

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

MARISA MONTICELLI

**APROXIMAÇÕES CULTURAIS ENTRE  
TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM E FAMÍLIAS, NO  
CONTEXTO DO NASCIMENTO HOSPITALAR: uma  
etnografia de Alojamento Conjunto**

FLORIANÓPOLIS - SC

2003

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**MARISA MONTICELLI**

**APROXIMAÇÕES CULTURAIS ENTRE  
TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM E FAMÍLIAS, NO  
CONTEXTO DO NASCIMENTO HOSPITALAR: uma  
etnografia de Alojamento Conjunto**

**FLORIANÓPOLIS - SC**

**2003**

**MARISA MONTICELLI**

**APROXIMAÇÕES CULTURAIS ENTRE  
TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM E FAMÍLIAS, NO  
CONTEXTO DO NASCIMENTO HOSPITALAR: uma  
etnografia de Alojamento Conjunto**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Área de concentração – Enfermagem, Saúde e Sociedade.

**ORIENTADORA: Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen**

Florianópolis - SC  
2003

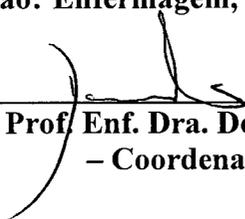
MARISA MONTICELLI

**APROXIMAÇÕES CULTURAIS ENTRE TRABALHADORAS DE  
ENFERMAGEM E FAMÍLIAS, NO CONTEXTO DO NASCIMENTO  
HOSPITALAR: uma etnografia de Alojamento Conjunto**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

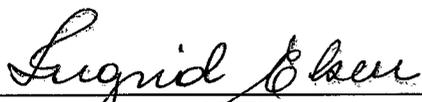
e aprovada em 31 de março de 2003, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.



---

Prof. Enf. Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
– Coordenadora do Programa –

**BANCA EXAMINADORA:**



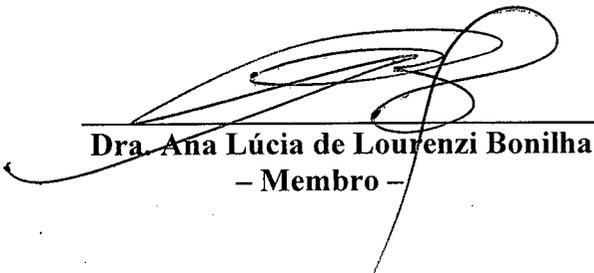
---

Dra. Ingrid Elsen  
Orientadora/Presidente



---

Dra. E. Jean Matteson Langdon  
– Membro –



---

Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha  
– Membro –



---

Dra. Vera Lúcia Barbosa  
– Membro –



---

Dra. Astrid Eggert Boehs  
– Membro –

Dedico este trabalho ao **Luciano**, pelas várias retomadas dos caminhos pessoais e familiares, principalmente quando minhas reflexões me levavam, quase que “de arrasto”, ao mergulho nos caminhos da ciência e da profissão. Sábias palavras e reconfortantes ações as tuas, que agiram como minha bússola, meu guia e meu amor maior, para que ainda tivesse a sanidade de perceber que as conquistas pessoais e profissionais se alimentam em ininterrupta constância. Obrigada por tantos cuidados teus, frente aos muitos descuidos meus.

## AGRADECIMENTOS

O antropólogo Vagner Gonçalves da Silva, na obra “O antropólogo e sua magia”, esboçou uma pequena história que dizia que em um dos ritos de iniciação cabula, modalidade de culto afro-brasileiro registrada em fins do século XIX, o adepto deveria entrar no mato com uma vela apagada e voltar com ela acesa, sem ter levado meios para acendê-la, e trazer, ainda, o nome de seu espírito protetor. De forma poética e sincera, o antropólogo diz que o ofício do etnólogo guarda semelhanças com essa cerimônia, pois freqüentemente, como pesquisadores, nos vemos perdidos em meio ao “campo”, num reino obscuro de um conhecimento ainda não articulado, até que possamos trazer à luz significados encobertos. Tomando de empréstimo as suas palavras, gostaria de citar alguns dos meus “guias protetores” sem os quais a magia de acender velas e de “dar à luz” na escuridão, teria sido muito mais difícil de ser realizada neste estudo que agora “devolvo” à sociedade.

Agradeço à professora e orientadora, Dra. Ingrid Elsen, por dividir comigo (mais uma vez) conhecimentos, experiências e planos. Sua sabedoria, temperança e “mão segura” sempre foram meu suporte afetivo e meu esteio intelectual no desafiante e por vezes desconcertante “ofício” de gerar conhecimentos. Ingrid, onde há semente, há frutos.

Aos professores e amigos (as): Denise Pires, Eliana Faria, Vera Blank, Jean Langdon, Mercedes Trentini, Arsênio Carmona, Lúcia T. Gonçalves, Maria Tereza Leopardi, Tamara Cianciarullo e Alcione Leite por terem acolhido minha proposta, ainda quando era “pré-projeto”, auxiliando a direcionar o olhar, a ampliar o horizonte e a redimensionar estratégias para o desenvolvimento do estudo que agora finalizo. A confiança é um dos sentimentos mais grandiosos e estimuladores. Obrigada pela força, incentivo e valorização de meus propósitos científicos.

Às professoras Ana Bonilha, Astrid Boehs, Coleta Althoff, Eda Schwartz, Jean Langdon e Vera Lúcia Barbosa, por aceitarem participar da Banca que apreciou o resultado final do presente estudo. Obrigada pelas reconhecidas contribuições. Além destes “guias protetores”, agradeço igualmente às professoras Mercedes Trentini, Rosane Nitschke e, novamente, à professora Jean, por terem aceitado participar com tanto empenho em minha banca de qualificação. Aquele momento foi indispensável no sentido de encubar idéias e germinar reflexões.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, representado por sua Coordenadora, professora Denise Pires de Pires e pela Sub-Coordenadora, professora Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, a todos os professores do doutorado, bem como aos funcionários, colaboradores, bolsistas e técnicos de informática, pelos constantes estímulos, atenções desmedidas, presteza nos encaminhamentos e propostas de soluções para os problemas que se apresentaram ao longo do caminho.

À chefia do Departamento de Enfermagem da UFSC, professora Vera Radlitz e professor Antonio de Miranda Wosny e, igualmente, aos docentes, servidores e colaboradores deste Departamento que me acolhe há exatos 24 anos, pela constante disponibilidade, apoio, valorização e cuidados durante todos os momentos desta trajetória. Certamente a atenção de cada um – como instituição e como indivíduos interessados, contribuiu sobremaneira para que eu chegasse até aqui. Meus agradecimentos especialíssimos à Odete, à Cida, à Rita de Cássia, à Ana e à Neide. Obrigada também aos novos chefes Gelson e Flávia, pela alegria do convívio e pela disposição em lutar pela valorização da enfermagem.

Às docentes da disciplina “Enfermagem Obstétrica e Neonatológica”: Mila, Odaléa, Vanda, Vitória, Telma, Suzana, Ana e Roberta – tanto as que “ficam”, quanto as que “passam” (mas “se deixam” um pouco ali) –, pela disponibilidade em redimensionar os programas, mudar os procedimentos, cancelar as agendas, replanejar os rumos da disciplina e

das aulas teóricas e práticas, para que pudesse comprometer apenas minimamente minhas atividades acadêmicas e docentes. Com vocês aprendo e reaprendo constantemente a conjugar os verbos compreender, apoiar e compartilhar – “pérolas” do verdadeiro companheirismo e que se esparramam para além da vida no trabalho. Mila, à você meu agradecimento especial.

Aos meus colegas professores dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica e de Enfermagem no cuidado à Família, pelas discussões que deram suporte às idéias e às várias atividades que beneficiaram direta ou indiretamente este trabalho. Obrigada também pelos afetos e pela “força”.

À Luzia, pelo apoio logístico sempre permeado por afetos e confianças. Obrigada pela grande ajuda nos procedimentos de documentação, organização, formatação e apresentação geral do trabalho.

Aos inúmeros parceiros que me auxiliaram com empréstimos ou indicações bibliográficas e aos outros tantos que certamente deixarei de mencionar aqui, por absoluta inércia de memória (espero que seja momentânea): Astrid Boehs, Carmen Susana Tornquist, Denise Guerreiro, Ilca Alonso, Jean Langdon, Marcos Leite, Nelson Blank, Silvana Pereira, Telma Carraro, Vânia Backes, Vera Radünz, e principalmente às minhas cunhadas “americanas” Cris e Juli, por não medirem esforços na garimpagem e nos envios da bibliografia estrangeira.

Aos meus colegas participantes do NIPPN (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Parto e Nascimento), particularmente aos que convivi de modo mais próximo antes de me afastar para a redação da Tese: Susi, Maninho, Marcos, Silvana, Miriam, Carmem, Viviane, Viviana, Camila, Heloísa, Bel, Luciana, Karina, Lindaura...e a quem maissaía e chegava. As polêmicas “interdisciplinares” e as conversas coletivas de temas de interesse comum ao redor do nascimento foram fomentos para minha inspiração e energia para a consecução deste estudo. Espero contribuir de alguma forma para estimular ainda mais nossas discussões.

Aos meus alunos – os de hoje e os de ontem – pelas constantes provocações científicas e profissionais que alimentam o “espírito” de todo professor, e por me ensinarem que a aprendizagem é um inesgotável compartilhar.

À família Stocco – Nora, Paulo, Mariana e Paula – pela hospitalidade e inesquecível recepção em Jurerê durante aqueles dois inesquecíveis meses de “recolhimento intelectual” para a elaboração da etnografia. Agradecimentos extensivos à família Capella: Bea, “Newtinho”, Diogo e Mislene, por serem os “rastreadores” do lugal da breve “reclusão” e pelos substanciosos e carinhosos recreios gastronômicos. Meus agradecimentos ainda para a Ilca e o Márcio, pelo companheirismo e amizade durante os estudos e nas raras pausæ em Jurerê, além do afeto sincero em todos os momentos da vida.

À Maria Albertina Braglia Pacheco (amiga Berta) pela indispensável leitura e ajuda insubstituível na revisão técnica da Tese. Você sempre está presente em minhas conquistas, principalmente por oferecer, mais do que a competência técnica, o ombro amigo de todas as horas. Agradeço também à Telma, pelas importantes “dicas” com o computador, com as normas da ABNT e com alguns indispensáveis ajustes gramaticais ao texto.

À Kenya e à Zéca, pelo amor desmedido, perto ou longe, próximo ou distante, nos momentos de vida totalmente iluminados ou com passageiras sombras. Amizades são para ser “saboreadas”, onde quer que a gente vá e como quer que a gente esteja.

Aos meus queridos amigos (além daqueles já nomeados, por distintas e redobradas contribuições) próximos ou distantes geograficamente: Ana Magela, Ângela e Paulo, Ângela, Aninha, Beth Hermes, Bettina, Calvino, Cláudia, Cleusa, Deise e Jacques, Denise Guerreiro, Denise e Jorge, Elza, Edilza, Edna, Elianinha, Fátima, Flávia, Fran, Gelson, Guinha, Horto, Jô e Maraca, Jonas, Josiê, Lygia, Maria de Lourdes, Marice, Marta e Júlio, Marta Prado, Naza, Olga, Rosângela, Rosane e César, Rose, Sandra e Gustavo, Sara, Seca, Tânia, Tia Lydia, Wilson, e àqueles que vou dar mil abraços por não ter citado, quero agradecer pela “força”,

pelos olhares carinhosos e sinceros e pelas presenças constantes, mesmo quando eu “não podia estar lá”.

À minha insubstituível família – meus pais (in memoriam), pela dádiva da vida, meu amado companheiro Luciano, meus irmãos queridos, vovó, sobrinhos (as), cunhadas (os), sogra e sogro, minhas tias e meus adoráveis primos, além de todos que “grudei” em meu coração pela vida afora... dedico à vocês o trabalho árduo que este estudo exigiu, mas também a serenidade da sensação do “dever cumprido” e da contribuição social que a ele está associada. Espero que este possa ser um motivo de orgulho para vocês. Por passarem tanto tempo mantendo trocas desfavoráveis, já que receberam ausência e pressa e não me negaram sequer um minuto de carinho e de “colo”, todo o meu amor, meu afeto e minha gratidão.

E finalmente, mas não por último, agradeço aos meus informantes, meus fiéis interlocutores na Maternidade da Luz, simplesmente por possibilitarem a existência deste estudo. Sem suas participações nada seria possível, quanto mais estudar “relações” e tudo que em torno delas gira. A todas essas pessoas sou muito grata pela permissão para observá-las e entrevistá-las e por aceitarem fazer parte da construção deste conhecimento, mesmo que com distintas participações – todas igualmente importantes. À todas as trabalhadoras de Enfermagem do Alojamento Conjunto da Maternidade da Luz, indistintamente, pela incessante parceria no trabalho de campo, por revelarem e deixarem-se “impregnar” pelo meu olhar tantas vezes ubíquo e, talvez, perturbador (ainda que tenha feito todos os esforços para “não olhar assim”). Vocês me ensinaram muito revelando suas experiências profissionais e pessoais, muitas vezes extremamente assoberbadas de trabalho e dificuldades de toda ordem. Espero que este estudo possa ser um instrumento para olharmos dentro de nós e, além de nos vermos nele, para que possamos, juntas, buscar estratégias para a superação daquilo que, também em parceria, descortinamos em outras perspectivas de compreensão. Às famílias que roubaram um pouco do seu tempo para dividirem comigo suas expectativas, seus desejos, seus cuidados, seus modelos, suas experiências com o nascimento e seus ensinamentos sobre “a vida” (mesmo quando o “nascimento” resultou em “morte” – a inelutável dialética da vida). Espero que este estudo nos ajude a “nascer” mais saudáveis, a cuidar com competência e a alargarmos nosso olhar compreensivo à cultura do nascimento, fazendo neste exercício, um permanente **cultivo à vida**. Tudo o que está escrito neste trabalho é passível de discussão, revisão e ampliação.

## RESUMO

MONTICELLI, Marisa. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 472f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

Este estudo teve como objetivos compreender as relações que se estabelecem entre trabalhadoras de enfermagem e famílias que vivenciam o período pós-parto em Unidade de Alojamento Conjunto, bem como identificar as perspectivas ou referências que estas trabalhadoras adotam, ao interagirem com as famílias que vivenciam o pós-parto, durante a hospitalização, com o propósito de compreender o universo cultural que permeia tais relações. Foi realizado em uma Unidade de Alojamento Conjunto de uma maternidade pública localizada no sul do país. O suporte teórico envolveu quatro abordagens de uma mesma vertente proveniente da Antropologia da Saúde: os conceitos de *illness*, *disease* e *sickness*; a realidade clínica como o “lugar de onde se fala”; a narrativa na prática clínica e; o conhecimento autoritativo relacionado ao nascimento. O método etnográfico foi selecionado como caminho metodológico, utilizando-se a observação participante como guia habilitador principal e a entrevista etnográfica como guia complementar no levantamento de dados. Dentre os informantes-chave participantes do estudo, 19 eram trabalhadoras (cinco técnicas, oito auxiliares, cinco atendentes e uma enfermeira) e 42 eram membros das famílias, englobando puérperas, homens-pais, avós, bisavós, além de duplas puérperas-companheiros, mães-filhas e genros-sogra. As trabalhadoras que não se incluíram nos critérios de seleção dos informantes-chave e os membros das famílias que demonstraram atuação mais periférica no decorrer dos cuidados pós-natais foram considerados como informantes gerais. A análise dos dados foi construída com base na “etnoenfermagem” de Madeleine Leininger, constando de quatro fases: coleta, descrição e documentação dos dados brutos; identificação e categorização dos descritores e componentes; identificação de padrões recorrentes e; formulação de temas, achados relevantes e formulações teóricas. Os temas que surgiram foram: a) “Entre o leito e o berço: a vivência do processo de cuidar de dois”, que apresenta um modelo de cuidado considerado *sui generis* na enfermagem hospitalar; b) “Aqui a autoridade sou eu: o *status* do conhecimento biomédico”, cujo teor segue padrões decorrentes do modelo da biomedicina, aprendido durante a formação profissional e a prática cotidiana da assistência; c) “Tem coisas que são do conhecimento da gente: o *status* do conhecimento das famílias”, que envolve o lugar hierárquico do saber experiencial das famílias; e d) “Conhecimentos que se constroem em narrativas terapêuticas: possibilidades de vitalização do pós-parto”, onde são apresentados saberes que se constroem interativamente, sem que se descaracterizem os conhecimentos que todos os atores sociais trazem de seus sistemas culturais de origem. Os resultados apontaram que as relações entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias na Unidade de Alojamento Conjunto, bem como as referências que as mesmas utilizam para cuidar das puérperas e dos recém-nascidos, mostram-se complexas e permeadas pelo exercício de poderes e diferentes conhecimentos autoritativos que ora beneficiam e ora enfraquecem os participantes. Tais resultados trazem contribuições na área da assistência, na formulação de políticas públicas relacionadas com o nascimento, para a produção de conhecimentos e para o ensino da enfermagem, principalmente em nível médio profissionalizante.

Palavras-chave: alojamento conjunto, enfermagem, família, cultura.

## ABSTRACT

MONTICELLI, Marisa. **Cultural approximation between nursing workers and families in the maternity: an ethnography of rooming-in.** 2003. 472f. Tese (Nursing Doctoral Thesis)– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

The purpose of this study was to comprehend the relationship between nursing workers and families who experience the delivery in a rooming-in unit and to identify the professional's approaches used to interact with these families during the hospitalization period in order to understand the cultural universe that permeates these interactions. The research was developed in a public maternity in Southern Brazil. The theoretical framework was based on health anthropology concepts of illness, disease and sickness; the clinical reality as the "place from where one's speaks"; the narratives in clinical practice and the authoritative knowledge related to birth. The ethnography was selected as the methodology and participant observation as the major guide and the ethnographic interview as auxiliary guide to collect data. The key informants were 19 workers, five technicians, 8 auxiliary workers, five attendants and one nurse. Forty-two family members including puerperae, fathers (of newborn), grandparents, great grandparents, and couples of puerperae-partner, mother-daughter, son-in-law and mother-in-law. The workers and families who did not attend the selection criteria to be key informants were included as general informants. The analyses were based on the Madeleine Leininger ethnonursing and consisted of four phases: data collection, description and documentation of raw data; identification and categorization of descriptors and components; the identification of recurrent patterns and relevant theme and theoretical formulation. The emerged themes were: between the bed and the cradle: a) the process of experiencing the 'caring of two' which presents one care model 'sui generis' in Hospital Nursing; b) "here, I am the authority": the status of biomedical knowledge whose content follows the pattern of biomedicine model, learned during professional studies and daily practice assistance; c) "some things, only we know": status of family Knowledge, that includes the importance of family life knowledge; d) Knowledge built in therapeutic narratives: possibility of energizing the knowledge that are built from the interactions. The results showed that relationship between nursing workers and families in rooming-in unit as well as their approaches used in caring for the puerperae and newborns showed to be complex and permeated by the use of power and different authoritative knowledge that sometimes benefits and other times weaken the participants. These results contributes to the nursing assistance area and the formulation of public politics related to birth and to knowledge production and to nursing education specially in professionalizing elementary course.

Key words: rooming-in, nursing, family, culture.

## RESUMEN

MONTICELLI, Marisa. **Aproximaciones culturales entre trabajadoras de Enfermería y familias, en el contexto del nacimiento hospitalario: una etnografía de alojamiento conjunto.** 2003. 472 hoj. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

Este estudio tuvo como objetivos comprender las relaciones que se establecen entre trabajadoras de Enfermería y familias que vivencian el período post-parto en la Unidad de Alojamiento Conjunto, así como identificar las perspectivas o referencias que estas trabajadoras adoptan, al interactuar con las familias que vivencian el post-parto, durante la hospitalización, con el propósito de comprender el universo cultural que orienta tales relaciones. Fue realizado en una Unidad de Alojamiento Conjunto de una maternidad pública localizada en el Sur del país. El soporte teórico comprendió cuatro abordajes de una misma vertiente proveniente de la Antropología de la Salud: los conceptos de *illness*, *disease* y *sickness*; la realidad clínica como el “lugar en donde se habla”; la narrativa en la práctica clínica y; el conocimiento aprobatorio relacionado al nacimiento. El método etnográfico fue seleccionado como camino metodológico, utilizándose la observación participante como un principal guía habilitador y la entrevista etnográfica como una guía complementar en el levantamiento de los datos. Entre los participantes del estudio como informantes claves, 19 eran trabajadoras (cinco técnicas, ocho auxiliares, cinco atendientes y una Enfermera), y 42 eran miembros de las familias, abarcando puérperas, hombres-padres, abuelos, bisabuelos, además de duplas puérperas-compañeros, madres-hijas y yernos-suegras. Las trabajadoras que no se incluyeron en los criterios de selección de los informantes-claves y los miembros de las familias que demostraron una actuación más periférica en el transcurrir de los cuidados post-natales fueron considerados como informantes generales. El análisis de los datos fue construida con base en la “etnoenfermería” de Madeleine Leininger, constando de cuatro fases: colecta, descripción y documentación de los datos brutos; identificación y categorización de los descriptores y componentes; identificación de los padrones recurrentes y; formulación de temas, hallazgos relevantes y formulaciones teóricas. Los temas que surgieron fueron: a) “Entre el lecho y la cuna: la vivencia del proceso de cuidar de dos”, que presenta un modelo de cuidado considerado *sui generis* en Enfermería hospitalaria; b) “Aquí la autoridad soy yo: el *status* del conocimiento biomédico”, cuyo género sigue padrones decurrentes del modelo de la biomedicina, aprendido durante la formación profesional y la práctica cotidiana de la asistencia; c) “Hay cosas que son del conocimiento de la gente: el *status* del conocimiento de las familias”, que envuelve el lugar jerárquico del saber experiencial de las familias; y d) “Conocimientos que se construyen en narrativas terapéuticas: posibilidades de vitalización del post-parto”, donde son presentados saberes que se construyen interactivamente, sin que se descaracterizen los conocimientos de todos los actores sociales traen en sus sistemas culturales de origen. Los resultados señalaron que las relaciones entre las trabajadoras de Enfermería y las familias en la Unidad de Alojamiento Conjunto, así como las referencias que las mismas utilizan para cuidar de las puérperas y de los recién-nacidos, se muestran complejas y orientadas por el ejercicio de poderes y de diferentes conocimientos aprobatorios que a veces benefician y a veces debilitan a los participantes. Tales resultados traen contribuciones en el área de la asistencia, en la formulación de las políticas públicas relacionadas con el nacimiento, para la producción de conocimientos y para la enseñanza de Enfermería, principalmente a nivel medio profesionalizante.

**Palabras Claves:** alojamiento conjunto, Enfermería, familia, cultura.

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>CAPÍTULO 1 Do Tema ao Problema</b> .....   | 13  |
| 1.1 Percurso criado para delinear o problema .....  | 20  |
| 1.1.1 Quem são as trabalhadoras de enfermagem e como se inserem na prática institucional?.....                            | 22  |
| 1.1.2 O que é Alojamento Conjunto, quais são as famílias que dele participam e como se dá o trabalho de enfermagem? ..... | 30  |
| <b>CAPÍTULO 2 Sustentação Teórica</b> .....   | 39  |
| 2.1 Os conceitos <i>disease</i> , <i>illness</i> e <i>sickness</i> no contexto da antropologia da saúde .....             | 39  |
| 2.2 O lugar de onde se fala – a realidade clínica .....   | 54  |
| 2.3 A narrativa na prática clínica .....  | 56  |
| 2.4 O conhecimento autoritativo relacionado ao nascimento .....   | 61  |
| <b>CAPÍTULO 3 O Caminho Metodológico</b> .....  | 68  |
| 3.1 Fundamentação do trabalho de campo .....  | 69  |
| 3.2 Nas trilhas da etnografia .....   | 82  |
| 3.2.1 As questões éticas relacionadas ao estudo .....   | 83  |
| 3.2.2 O local do estudo .....   | 84  |
| - As preliminares da entrada no campo .....   | 86  |
| - A entrada no campo: sinalizações e perspectivas .....   | 89  |
| - A permanência e a saída do campo .....  | 92  |
| 3.2.3 Os informantes participantes do estudo .....  | 95  |
| 3.2.4 Os guias habilitadores .....  | 98  |
| 3.2.5 O registro e documentação dos dados .....   | 106 |
| 3.2.6 O plano de organização e análise dos dados .....  | 107 |
| 3.2.7 Preocupações com o rigor da pesquisa .....  | 111 |
| <b>CAPÍTULO 4 O Cenário Cultural</b> .....  | 114 |
| 4.1 “A casa” .....  | 115 |
| 4.2 O macro-contexto da “casa” .....  | 120 |
| 4.3 A unidade de Alojamento Conjunto – visão geral .....  | 122 |
| 4.4 Os médicos e os residentes .....  | 134 |
| 4.5 O sistema de registros– os prontuários .....  | 136 |
| 4.6 Admissão: entre macas e maqueiros .....   | 138 |
| 4.7 O Programa de Saúde da Criança e a centralidade da “bolsa” .....  | 142 |
| 4.8 As altas .....  | 145 |
| <b>CAPÍTULO 5 As Trabalhadoras de Enfermagem</b> .....  | 150 |
| 5.1 Um lugar de mulheres .....  | 150 |
| 5.2 Entrelaçando trabalho e descanso: achando um jeito para “levantar as pernas” .....                                    | 156 |
| 5.3 Ritos comemorativos .....   | 159 |
| 5.4 Relações entre as trabalhadoras .....   | 162 |
| 5.5 Dificuldades vivenciadas .....  | 164 |
| 5.6 A organização do trabalho na Unidade.....   | 167 |
| 5.6.1 Hora-plantão e “escala mutante”.....  | 168 |
| 5.6.2 Passagem de plantão .....   | 170 |
| 5.6.3 Distribuição/divisão de tarefas .....   | 171 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>CAPÍTULO 6 As Famílias que Nascem...</b>  | 177 |
| 6.1 Família...famílias   | 177 |
| 6.2 A (o) acompanhante noturna (o)   | 181 |
| 6.3 “Por dentro” da família  | 185 |
| 6.4 “A gente pega amizade”: uma rede de solidariedade entre as puérperas   | 189 |
| <b>CAPÍTULO 7 Entre o Leito e o Berço: a vivência do processo de “cuidar de dois”.</b>                                   | 193 |
| 7.1 O divisor de águas: do “cuidado de um” para o “cuidado de dois”  | 194 |
| 7.2 “Tinha um bebê no meio do caminho”   | 196 |
| 7.3 Os significados, hoje  | 199 |
| 7.3.1 Como se sentem e atuam “cuidando de dois”  | 199 |
| 7.3.2 Os dois personagens do cuidado: a mãe e o recém-nascido  | 201 |
| - O recém-nascido é “forte”  | 220 |
| - O recém-nascido é “frágil”   | 222 |
| - O recém-nascido “não se sabe direito”  | 223 |
| 7.4 Quando é necessário transcender às normas: o “cuidar de dois” entre o informal e o instituído                        | 232 |
| <b>CAPÍTULO 8 “Aqui a Autoridade Sou Eu”: o status do conhecimento biomédico..</b>                                       | 241 |
| 8.1 A aprendizagem do modelo biomédico   | 243 |
| 8.2 “No Alojamento a família aprende o que é certo” – o cuidado educativo que medicaliza o pós-parto.....                | 250 |
| 8.2.1 A sala de banho como sala de aula  | 252 |
| 8.2.2 A mãe como “alvo” da aprendizagem  | 254 |
| 8.2.3 A repetição das orientações e a orientação das repetições  | 256 |
| 8.2.4 “Não te preocupa...é normal”   | 259 |
| 8.2.5 “Tu não sabes fazer direito”   | 265 |
| 8.2.6 “A índia, a mestiça e a lavradora têm crenças que são bem interessantes”   | 267 |
| 8.2.7 A cultura como obstáculo   | 268 |
| 8.2.8 “Se quiser fazer fora da maternidade, que faça, mas aqui dentro, não”  | 274 |
| 8.3 Quando a biomedicina “é o que vale” para as famílias   | 276 |
| <b>CAPÍTULO 9 “Tem Coisas que são do Conhecimento da Gente”: o status do conhecimento das famílias.....</b>              | 287 |
| 9.1 A confiança na experiência “das antigas”   | 288 |
| 9.2 Alguns modelos explanatórios das famílias relacionados ao período pós-parto  | 299 |
| - Ninguém pode “pegar ar”  | 303 |
| - A roupa amarela “pra triça”  | 305 |
| - O bebê embruxado   | 306 |
| - Se não segurar com jeito, pode “cair a arca”   | 329 |
| 9.3 “Tomo banho, mas a trança fica!”: a resistência aos cânones hospitalares   | 333 |
| 9.4 O círculo de comadres – espaço de reafirmação coletiva do conhecimento familiar.....                                 | 341 |
| <b>CAPÍTULO 10 Conhecimentos que se Constróem em Narrativas Terapêuticas: possibilidades de vitalização do pós-parto</b> | 348 |
| 10.1 O saber que se constrói na prática: entre experiências pessoais e experiências cotidianas no trabalho               | 350 |
| 10.2 “No Alojamento a gente ajuda a família a decidir” – o cuidado educativo que ‘empodera’                              | 362 |

|  |            |
|--|------------|
| 10.3 Vivenciando Dramas e Construindo Narrativas: o encontro terapêutico entre enfermagem, puérperas e famílias .....                        | 370        |
| 10.3.1 O cuidado em múltiplas dimensões .....  | 378        |
| 10.3.2 O tempo narrativo ultrapassa os tempos da clínica .....   | 382        |
| 10.3.3 O cuidado não deve ser uma “Salve-Rainha” – a mesma oração para todos .....   | 402        |
| 10.3.4 A puérpera como protagonista .....  | 405        |
| 10.3.5 O cuidado é sustentado por um enredo ou: “o tesouro tece a trama” .....   | 414        |
| <b>CAPÍTULO 11 Aproximações Culturais entre Trabalhadoras de Enfermagem e Famílias que Vivenciam o Pós-parto: considerações Finais .....</b> | <b>422</b> |
| <b>Referências .....</b>   | <b>444</b> |
| <b>Apêndices .....</b>   | <b>464</b> |

## **CAPÍTULO 1 – DO TEMA AO PROBLEMA**

*“Um estudo é um avanço quando é mais incisivo – o que quer que isto signifique – do que aqueles que o precederam; mas ele se conserva menos nos ombros do que corre lado a lado, desafiando e sendo desafiado”*

(Clifford Geertz, 1989)

---

As relações que se estabelecem entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias que vivenciam o processo do nascimento – em instituições hospitalares e, mais especificamente, em Unidades de Alojamento Conjunto – consubstanciam a temática abordada neste estudo. Relações estas que, do meu ponto de vista, configuram-se imersas no contexto cultural de cada ser humano que participa do processo do nascimento.

Acredito que a prática da enfermagem, inserida na complexa área da reprodução humana, necessita ser revisitada. O interesse em abordar o tema tem origem no exercício de minha prática profissional, na qual, durante quase duas décadas, venho me envolvendo com famílias e com profissionais de saúde. Nesta caminhada, deparei-me com múltiplas e diferentes nuances de encontros – por vezes mágicos, por vezes perversos – na realidade das instituições de saúde.

Quanto mais percorro meus olhos no horizonte do tempo passado, maior é a constatação de que devo continuar a vislumbrar o futuro, pois nada é mais desanimador do que a sensação de já ter vivido tudo. Estas divagações impulsionam-me a olhar o cotidiano já conhecido, com os olhos de estrangeira. Isto permite que me afaste da prática, ao mesmo tempo que dela me aproximo, procurando novos desvelamentos e trazendo um novo olhar para sentidos antes não percebidos.

A literatura que trata das questões relacionadas ao ‘nascimento’ ou ‘reprodução humana’ tem apontado inúmeros estudos recentes que contribuem, com diferentes abordagens, para o avanço do conhecimento na área. Porém, o enfoque antropológico tem se revelado muito promissor, uma vez que permite estreita aproximação para a captação de como

se estruturam os códigos simbólicos que regulam as relações humanas durante o processo do nascimento, ao mesmo tempo que fornece possibilidades metodológicas adequadas e enriquecedoras para pensar e agir, considerando-se as diferenças culturais envolvidas no fenômeno da reprodução. Gualda (1998a) chega a afirmar que a quase totalidade das obras de impacto, nesta área, foi escrita por antropólogos.

Uma das bibliografias mais significativas, nesta abordagem, foi escrita por Brigitte Jordan (1988). Em seus estudos antropológicos sobre o nascimento em quatro culturas distintas, a autora constrói um amplo mosaico cultural, revelando as diferentes redes de símbolos e significados que permeiam o processo do nascimento. Um dos aspectos, dentre tantos outros relevantes de seu trabalho, diz respeito ao reducionismo biomédico de se considerar o nascimento **apenas** como um 'evento médico' (centrado nos aspectos fisiológicos e patológicos do processo). Segundo a autora, esta percepção impede as aproximações entre profissionais e clientes, levando a relações conflituosas, polarizadas e rotinizadas nas instituições de saúde. O trabalho de Jordan tem sido considerado pelos autores contemporâneos, como um dos marcos mais importantes para o avanço do conhecimento antropológico em saúde e, mais particularmente, do que hoje se conhece como 'Antropologia do Parto' ou 'Antropologia do Nascimento' (DINIZ, 2002).

Davis-Floyd (1992), do mesmo modo, também contribui para a compreensão das diferenças culturais que se anunciam, no mundo tecnológico atual, como se fossem verdades universais. Ao aprofundar a perspectiva do nascimento como um rito de passagem, a autora realizou uma etnografia com mulheres de classe média dos Estados Unidos e argumentou que os rituais realizados por elas estavam impregnados de crenças e valores que foram sendo construídos durante o processo de socialização com outras mulheres da família e da comunidade de onde se originavam. Estas crenças e valores, muitas vezes, entravam em choque com as normas e rotinas estabelecidas pelas instituições de saúde.

Um estudo recente, realizado por Steinberg (1996), mostra o estado da arte das pesquisas antropológicas relacionadas ao nascimento. Nele, a autora analisa as principais contribuições destas pesquisas, em diversos países, incluindo o Brasil, e ratifica a influência da cultura popular neste processo integrante do ciclo da vida. Coloca que a rede de símbolos e significados popular precisa ser resgatada e incentivada, principalmente nos espaços onde a tendência do modelo profissional revela-se como dominante. Diz também que os estudos precisam ser mais aprofundados, no sentido de observar como as famílias, cada vez mais nucleares, agem e interagem durante o processo do nascimento e como esta experiência é moldada por pressões econômicas, políticas, religiosas, do sistema de parentesco e frente à

crescente sofisticação dos meios de comunicação e da tecnologia. Tais investigações poderão promover diretrizes para o desenvolvimento de novos modelos de cuidado à família, que sejam culturalmente sensíveis.

A literatura de enfermagem também tem sido pródiga no avanço do conhecimento relacionado ao nascimento. Os estudos sinalizam que as enfermeiras têm se mostrado sensíveis à abordagem cultural e percebem que o cuidado não é neutro, homogêneo, universal, mas profundamente embasado nas relações que se estabelecem com os sujeitos envolvidos no processo de cuidar. Esta constatação, embora possa parecer simplista, revela princípios fundamentais da ótica antropológica, na medida em que reconhece que os encontros cotidianos nos locais de trabalho envolvem, no mínimo, “dois universos humanos, dois mundos sócio-culturais em interação e duas pessoas portadoras destes universos, que comunicam conteúdos, que agem e interagem” (LALANDA, 1995, p.28). Além disto, o processo comunicacional sempre exige complementaridade entre conteúdo e relação (forma). De pouco adianta entender ‘o que está sendo dito’, se não se entende a linguagem não-verbal que está sendo expressada. Em qualquer encontro que se queira genuinamente alcançar reciprocidade, há a necessidade de se “transmitir a mensagem e definir a relação que se pretende estabelecer” (PORTIGO; MEDINE, apud FARIA, 1996, p.30).

A abordagem mais ampla das relações entre trabalhadoras de enfermagem e clientes está profundamente iluminada pelos conceitos antropológicos de *illness*, *disease* e *sickness*<sup>1</sup> em que o primeiro identifica-se com a perspectiva popular/familiar de experienciar o processo saúde-doença, isto é, o que sente e quais os significados atribuídos à experiência, ligando-se de imediato a uma construção que é social e cultural; o segundo identifica-se com a perspectiva profissional, amplamente ancorada no modelo biomédico ocidental, e o terceiro como o entendimento de uma desordem num sentido mais amplo (KLEINMAN, 1980, 1988, 1995)<sup>2</sup>. Para Young (1982), Langdon (1994), Heck (2000), Silveira (2000) e Jansen (2001), a

<sup>1</sup> A maioria dos autores brasileiros têm traduzido tais termos do seguinte modo: *illness* como “doença”, *disease* como “enfermidade” e *sickness* como “mal-estar” ou “distúrbio” (HECK, 2000; HELLMAN, 1994; LANGDON, 1994; NUNES, 2000; SILVEIRA, 2000). Outros traduzem *illness* como “enfermidade” ou “mal-estar” e *disease* como “doença” (GONÇALVES, 1998) e outros ainda traduzem *illness* como “doença”, *disease* como “patologia” e *sickness* como sendo “enfermidade” (SILVA, 2000). Em minha avaliação, em vista de tantas traduções distintas para os mesmos termos, pela falta de vocábulos específicos em nossa língua, é bastante complicado referir-me a eles usando a língua portuguesa. Diante disso, optei por utilizá-los em inglês, estando atenta no entanto para que os “sentidos” ou definições relativas a cada um deles permaneça de acordo com as definições originais apontadas pelos estudiosos da Antropologia da Saúde. Esta decisão também foi tomada em virtude deste estudo tratar do tema “nascimento” e não de uma determinada “patologia” (como câncer, diabetes, ou qualquer outro distúrbio desta natureza). Adoto os termos apenas no sentido de serem referenciais analíticos para a condução do estudo.

<sup>2</sup> Ver discussão e aprofundamento dos conceitos no capítulo seguinte.

*sickness* é um termo agregador para eventos que envolvam *illness* e *disease*<sup>3</sup>, englobando ao mesmo tempo o substrato orgânico e a subjetividade.

A questão mais importante, quando remeto a tais dimensões antropológicas, é que o nascimento e tudo o que se refere a ele não pode ser considerado somente na perspectiva da *disease*, ou seja, como um momento ou um evento que necessita de medicalização e de atenção interventiva dos profissionais de saúde, a todo e a qualquer custo; há uma perspectiva sócio-cultural a ser aí contemplada que se relaciona com a *illness*, envolvendo aspectos das experiências (subjetivas) de estar vivenciando o evento mais geral do nascimento, bem como cada um dos seus momentos constituintes, havendo ou não condições patológicas associadas (seja com relação à mulher que dá à luz ou à criança que nasce). É fundamental o entendimento de que quando profissionais e famílias se encontram por ocasião deste significativo marco de vida, também estão envolvidas questões de poder e processos de legitimações e negociações.

Nos últimos anos, as enfermeiras brasileiras têm aprofundado vários aspectos relacionados à saúde reprodutiva. Em muitos destes trabalhos, o enfoque antropológico tem se revelado como uma das escolhas mais pertinentes para focalizar os objetos de investigação, haja vista os estudos de Almeida e Gomes (1998) sobre o aleitamento materno, percebido como uma prática híbrida entre natureza-cultura; de Hoga (1997) sobre a importância da compreensão do contexto sócio-cultural na assistência ao planejamento familiar; de Osava (1997) sobre a participação de profissionais 'não-médicos' na assistência ao parto; de Gomes (1996) sobre as relações entre a mulher e a enfermeira obstétrica; e de Gualda (1998a) sobre a experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstétrica.

A leitura destes estudos, bem como as suas contribuições, ajudam a identificar a pertinência, a atualidade do tema e os problemas para os quais a Enfermagem Obstétrica e, de certa forma, a Enfermagem Neonatológica, ainda não encontraram respostas suficientes. A imensa maioria dos estudos concentra-se em torno da etapa do parto propriamente dito, apenas tangenciando o importante período vivenciado após o parto, quando a mulher e a criança permanecem 'internados' no hospital, até retornarem aos domicílios. Embora os três últimos estudos citados tenham centrado seus esforços nas relações que se estabelecem entre profissionais de enfermagem e mulheres que vivenciam o processo do nascimento, quase não abordam o período de internação pós-natal, tampouco abrangem as relações com a família, e

---

<sup>3</sup> Com base nisto, a partir de agora, refiro-me principalmente à *illness* e à *disease* como categorias analíticas de referência, entendendo que, tomadas em sua abrangência, representam a dimensão da *sickness* – à exemplo dos estudos desenvolvidos por Heck (2000), Jansen (2001), Riessman (2000) e Silveira (2000).

nem com as outras integrantes da equipe de enfermagem que co-atuam nas instituições-maternidades. A tônica da discussão e da abordagem, por força dos próprios objetivos traçados nas pesquisas, focaliza o ângulo da enfermeira. As demais integrantes da equipe, ou seja, as trabalhadoras de nível médio e elementar, são quase invisíveis na literatura, portanto, é um tema marginal, sobre o qual pouco ou quase nada tem sido escrito.

Esta constatação leva-me a questionar: e as outras integrantes da equipe de enfermagem? Quais são suas experiências, receios, suas contribuições? Como tem sido suas intervenções no processo de cuidar de famílias que vivenciam o processo do nascimento e mais especialmente, na vigência do período pós-parto? Qual o significado que conferem ao evento? Qual a proximidade que têm com a cultura popular e familiar? Como as enfermeiras se relacionam com as outras trabalhadoras de enfermagem e como atuam frente à cultura das famílias? Atuam vislumbrando o nascimento como um evento biomédico tão somente ou vislumbrando-o como um evento com dimensões e experiências sócio-culturais? São indagações como estas que me motivaram a desenvolver o presente estudo.

Minha experiência profissional, como enfermeira da área obstétrica e neonatológica e como agente formadora nesta mesma área, tem me levado a percorrer alguns caminhos que considero importante resgatar, neste momento, para qualificar e ajudar a clarear o problema de pesquisa.

Minhas atividades docentes sempre foram desenvolvidas em maternidades públicas e, especialmente em unidades de Neonatologia e Alojamento Conjunto. Estas unidades, em razão dos clientes que recebem, organizam-se de modo pouco convencional, se comparadas a outras unidades de intervenção clínica e/ou cirúrgica. Na quase totalidade das situações, não existe apenas um cliente 'internado' mas, no mínimo dois, o recém-nascido e a mãe que deu à luz. Mesmo que quiséssemos (como se pudéssemos!), não haveria maneiras de separar aquilo que, por força da própria natureza, se caracteriza como um binômio. Independente da filosofia, das crenças e das rotinas da instituição, encontram-se lá, quase em simbiose, dois seres humanos ainda limítrofes em suas condições físicas e sociais.

A singularidade desta situação, associada ao fato de ser o nascimento um evento esperado do ciclo da vida – uma vez que ainda é desta forma que os seres humanos aparecem no mundo – evidencia alguns conceitos que só existem na inter-relação: a interação, a comunicação, a relação, a socialização, a cultura. Independente da equipe de saúde, a história dos homens revela que o nascimento sempre ocorreu. Antes em casa, hoje no hospital, mas não se pode negar que a atuação no parto e pós-parto, sempre envolveu díades: mãe/recém-

nascido, parturiente\parteira, mãe\pai; tríades: mãe\recém-nascido\parteira, mãe\recém-nascido\pai; e grupos: família, vizinhos, parentes, comunidade, sociedade. Na instituição-maternidade, esta confluência de atores sociais sempre se mostrou presente, embora nem sempre visível ou importante para os profissionais de saúde que, em sua maioria, ainda consideram e intervêm no processo de nascer como se ele fosse um evento exclusivamente médico.

A realidade das maternidades sempre me levou a perceber que ao vivenciar o nascimento, as pessoas que nele estão envolvidas desenvolvem cuidados, isto é, desempenham ações que são plenas de símbolos e significados<sup>4</sup> que as auxiliam na reorganização para incorporar o novo (o recém-nascido e a nova mãe) e também as auxiliam a expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo do nascimento. Pude perceber, desde o início, que a cultura influenciava estas ações aprendidas e, virtualmente, tão incorporadas no processo cognitivo, que levavam a conflitos entre trabalhadoras e clientes.

Recortes desta vivência são inúmeros. Dentre eles posso destacar as ações relacionadas com o cuidado da mulher puérpera. Em muitas situações, presenciei verdadeiros embates entre as cuidadoras de enfermagem e as mulheres (mãe da puérpera, vizinha, sogra e a própria puérpera) quanto aos alimentos que a mulher deveria ou não ingerir durante seu período de internação, ou quanto aos procedimentos de higiene que deveriam ser seguidos. As trabalhadoras esforçavam-se para que as puérperas saíssem do leito o mais rápido possível, para dirigirem-se ao banho, para lavarem a cabeça, enfim, para ‘higienizarem-se’. Além disto, deveriam consumir todo o alimento disponível no cardápio alimentar da instituição, para que ficassem fortes e pudessem recuperar com brevidade a energia consumida no ato da parturição. As puérperas, por outro lado, ou ressaltavam uma posição de enfrentamento, dizendo que não lavavam a cabeça porque o “sangue poderia subir”, ou então colocavam em prática alguns mecanismos subliminares que revelavam mais um subterfúgio à regra, do que a aceitação das normas estabelecidas pelas agentes de enfermagem. Em adição, consumiam apenas os alimentos que consideravam favoráveis à sua situação, desprezando outros que consideravam agressores ou potencialmente produtores de risco.

Outro recorte a ser extraído, relaciona-se com o contexto ensino-aprendizagem, quando os alunos deparavam-se com situações peculiares, cujos instrumentos ‘aprendidos’ não davam

---

<sup>4</sup> Símbolo é qualquer objeto, ato, acontecimento, qualidade ou relação que serve de vínculo a uma concepção. A concepção é entendida como o (s) significado (s) do símbolo (LANGER, 1960). Para Geertz (1989), a cultura é uma teia de símbolos e significados.

conta da realidade que se apresentava. Quando, por exemplo, as mulheres revelavam alguma insegurança quanto ao cuidado com o bebê, os alunos proclamavam: – mas ele não quebra! Ou quando revelavam alguma substância ‘alienígena’ para “curar o umbigo”, os alunos, freqüentemente relatavam: “elas não sabem o certo”; “elas desconhecem”; ou mesmo “elas fazem errado”.

Todas estas cenas diárias levaram-me a perceber o quanto desconhecíamos o universo cultural daquelas pessoas e conduziam à constatação de que não tínhamos nem o referencial teórico adequado à realidade, e nem recursos instrumentais ou metodológicos que promovessem o compartilhamento de saberes, do meu ponto de vista, indispensável para cuidar de famílias durante o nascimento.

Estas preocupações fizeram com que eu me aproximasse de outras enfermeiras, ainda na década de 80, com o intuito de refletir a prática da enfermagem, a partir da ótica popular/familiar. Assim, durante alguns anos, desenvolvi projetos de pesquisa, em parceria, que resultaram em publicações.

O primeiro estudo (BOEHS; MONTICELLI; ELSESEN, 1988\1989), que tratava das percepções das mães sobre os cuidados prestados à criança no primeiro mês de vida, revelou a importância do suporte social que as mulheres puérperas encontravam nas sogras, mães, irmãs ou vizinhas nesta fase da vida; além de permitir a observação de que nem sempre a percepção de cuidado dessas mulheres é congruente com a percepção de cuidado das enfermeiras. Também observamos que, entre outras, o coto umbilical era uma grande fonte de preocupação para as mulheres. Isso nos levou ao segundo trabalho (BOEHS; MONTICELLI; ELSESEN, 1991), intitulado “Mulheres falando sobre as crenças e práticas no cuidado com o coto umbilical do recém-nascido”. Os resultados obtidos levaram-nos a perceber que os sentimentos de medo e receio, ao tocar o umbigo, estavam diretamente ligados às experiências anteriores vividas em família e aos significados que o ‘umbigo’ e o próprio recém-nascido têm para essas mulheres. Estes significados são permeados de valores como ‘sagrado’, ‘sujo’, dentre outros, que sinalizavam algo mais do que ‘aquele coto’ ou ‘aquela criança’. Refletiam a visão de mundo e os símbolos compartilhados por aquela cultura.

Posteriormente, ao ingressar no Curso de Mestrado, não tinha dúvida de que o tema a ser refletido dizia respeito à ligação cultura\saúde, focalizando então o nascimento como um fenômeno que ultrapassa a visão obstétrica ou puramente fisiológica. Novamente, o referencial antropológico parecia responder à necessidade de explorar os ‘dados’ da cultura e também oferecia uma ampla perspectiva de análise. A Teoria da Diversidade e Universalidade

do Cuidado Cultural de Dr<sup>a</sup> Madeleine Leininger (1991) foi de fundamental importância naquele momento.

No desenvolvimento do trabalho de dissertação, explorei os rituais de cuidado desenvolvidos pelas mulheres, em seus contextos ‘naturalísticos’<sup>5</sup>, onde um mundo completamente desconhecido descortinou-se. O estudo permitiu não apenas o desvelamento dos segredos das mulheres na vivência do parto e do ‘resguardo’, mas também a reflexão sobre quais propostas de intervenção poderiam ser pensadas para tornar a prática da enfermeira menos impositiva (etnocêntrica) e menos ingênua, isto é, achando que os ‘ensinamentos profissionais’, baseados no modelo biomédico higienista poderiam, de modo linear, repadronizar os rituais populares.

O fato de continuar desempenhando atividades docentes, ainda durante o estudo, proporcionou experiências enriquecedoras no sentido de relacionar teoria-prática-teoria e mostrando como a enfermeira podia trabalhar de modo congruente com a cultura das famílias mudando, inclusive, seus próprios rituais de cuidado profissional.

No entanto, hoje percebo, após colher os frutos daqueles estudos, que a preocupação ainda estava relacionada ao modo como a enfermeira (individualmente) podia trabalhar com a abordagem cultural. Era um modo solitário de desempenhar o cuidado com a família.

Após utilizar durante alguns anos o referencial testado naquela prática, tenho novas questões a serem respondidas. Questões estas que parecem também não ter sido exploradas de modo sistemático por outros autores, conforme citado anteriormente. Trata-se das relações que se estabelecem entre todas as **trabalhadoras de enfermagem** (enfermeiras, técnicas, auxiliares e atendentes – as três últimas em franca maioria em qualquer Unidade de Alojamento Conjunto) e as **famílias** que vivenciam o processo do nascimento.

### 1.1 PERCURSO CRIADO PARA DELINEAR O PROBLEMA

Entendendo que o problema de pesquisa não é algo isolado, mas inserido num contexto sócio-histórico, procurei delimitá-lo a partir de temário mais amplo, utilizando-me de um diagrama que possibilitou ‘cercar’ melhor o problema e ao mesmo tempo, dar idéia geral de sua magnitude e abrangência, em termos de realidades e possibilidades teórico-práticas.

---

<sup>5</sup> “Naturalístico” é entendido aqui, no contexto dos estudos etnográficos: como pesquisa de campo, em que o investigador atua no meio habitual onde o fenômeno pesquisado se desenrola.



As relações que ocorrem entre as famílias e as trabalhadoras de enfermagem, dentro do ambiente hospitalar, não acontecem por acaso e nem são isoladas de outras relações que se dão de modo concomitante ou mesmo antecedem ao encontro; elas surgem no intercâmbio que se produz entre várias pessoas que atuam naquela situação, tomando características de **inter-relações** (TRIVIÑOS, 1995), mas também influenciando e sendo influenciadas pelo **contexto** mais global. Em razão disto, para construir o quadro geral de delineamento do problema de pesquisa, procurei escorá-lo em dois amplos contextos: o contexto sócio-cultural – que envolve a experiência/vivência antropológica pessoal das trabalhadoras e das famílias – e o contexto normativo, que acontece no interior das instituições de saúde. Assim, para procurar compreender as relações entre as trabalhadoras e as famílias, por intermédio daquilo que dizem, fazem, valorizam e hierarquizam durante o tempo que estão juntas (alinhavados no centro do diagrama), e evitar que as reflexões se tornassem mecânicas ou casualísticas, entendi ser necessário problematizar em torno do ir-e-vir contextual de tais relações; daí a

importância do contexto sócio-cultural e do contexto normativo que, em sua abrangência, remetem à noção de *sickness* assinalada anteriormente. A seguir, serão descritos, de modo breve, os aspectos essenciais do fenômeno estudado, que correspondem à identificação do problema na prática social, com a finalidade de ‘dominar’ o objeto de pesquisa, conforme indicações de Goldenberg (1998) e Neto (1996).

### 1.1.1 QUEM SÃO AS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM E COMO SE INSEREM NA PRÁTICA INSTITUCIONAL?

A enfermagem, através dos tempos, vem construindo seus conhecimentos e desenvolvendo seus manejos e práticas com a finalidade de (pelo menos em tese— pois este é um indicativo ainda não inteiramente consensual) transformar o processo saúde-doença, a fim de contribuir para a saúde dos indivíduos e coletividades, por meio do seu processo de trabalho. É a profissão que lida, em todas as áreas de atuação, com as necessidades ou carecimentos humanos que, por sua vez, não são sempre naturais, mas produzidos nas relações sócio-culturais.

Para compreender quem são as trabalhadoras que atuam na profissão e, principalmente, para entender a caracterização da força de trabalho em enfermagem, há necessidade de resgatar o processo histórico de sua formação. Este resgate, inevitavelmente, nos leva à gênese da divisão do trabalho em saúde, bem como a sua inserção na prática hospitalar.

Na saúde, a divisão do trabalho quase que se confunde com o processo de institucionalização. Os estudos revelam que, antes do aparecimento do espaço institucional (o hospital, por excelência), os exercentes do trabalho em saúde desenvolviam as suas ações quase que de forma interdependente, como resultado da divisão social do trabalho. Pode-se entender que quase não havia o estabelecimento compulsivo de trabalho parcelar. Porém, com a evolução das instituições hospitalares, o médico toma para si a gerência do ato assistencial em saúde, delegando funções aos outros trabalhadores de saúde. Ao ser eleito como o espaço terapêutico de excelência para a relação médico-paciente, o hospital foi organizado de modo que os ‘outros’ trabalhadores e serviços pudessem dar conta do trabalho médico (Pires, 1998).

No Brasil, a enfermagem organiza-se como profissão também sob o mesmo modelo, integrando o trabalho coletivo. No processo de institucionalização do trabalho em saúde coube a ela as funções mais ‘manuais’ que diziam respeito a assistência aos pacientes internados. Enquanto coube à enfermeira o controle do processo de trabalho, os instrumentos,

os saberes e as técnicas de administração, aos outros elementos da equipe de enfermagem coube a realização de intervenções mais diretas junto aos clientes.

Como atividade coletiva, o trabalho da enfermagem ocorre por distribuição de partes dele entre os seus diversos agentes. Neste processo, as operações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução. Sem dúvida, isto exige habilidades diferentes para cada um dos elementos, também diferentes, 'darem conta' do trabalho a ser realizado. No entanto, como poder-se-ia pensar, este fato não revela simples divisão de tarefas para facilitar o trabalho. "Sendo todo o trabalho, intelectual ou manual, simples ou complexo, correspondente à historicidade do desenvolvimento da sociedade como um todo, o acesso dos ajustes aos seus conteúdos técnico-científicos tem ocorrido numa escala hierarquizada" (ROSA et al., 1989, p. 102).

A enfermagem moderna, que emerge a partir de Florence Nightingale, mostra que, já no século XVIII, sua origem foi pautada pela divisão técnica do trabalho (*Nurses e Lady-nurses*), cuja lógica advinha da própria divisão social do trabalho, de modo mais amplo (NIGHTINGALE, 1989).

Embora a abordagem de Nightingale seja considerada humanista e globalizante, é importante considerar que os parâmetros por ela adotados, a partir do contexto social e econômico de sua época, continuam sendo reproduzidos até os dias atuais, no interior dos hospitais e da equipe de enfermagem. Este contexto, no entanto, tornou-se verdadeiramente perverso, quando as idéias de Nightingale chegaram aos Estados Unidos, por volta de 1873 e foram 'temperadas' com a perspectiva da gerência científica proposta por Taylor, fazendo com que o treinamento disciplinar e hierárquico do sistema nightingaleano (que tinha o objetivo de oferecer ao paciente o melhor cuidado possível) fosse "deslocado para o treinamento de execução exímia de tarefas a serem cumpridas com o máximo de economia de tempo e material" (BACKES, 1999, p.258). Esta situação caracterizou-se com nova roupagem à divisão técnica da enfermagem, reforçando a separação entre quem planeja e quem executa o trabalho.

No Brasil, antes do processo de institucionalização, quem prestava assistência eram as parteiras e as voluntárias leigas ou religiosas. A organização da enfermagem profissional, enquanto processo de instrução formal somente aparece de modo ainda incipiente, no século XIX. Embora, segundo Pires (1998), a enfermagem só passasse a ter formação profissional independente, no Brasil, com a criação da Escola Ana Neri, no Rio de Janeiro, no ano de 1923. "O modelo de formação segue os princípios nightingaleanos e, logo, os enfermeiros formados passam a formar pessoal auxiliar para o exercício das tarefas delegadas de cunho

predominantemente manual” (PIRES, 1998, p. 93). Também é somente nesta década que as parteiras (já distantes de seu trabalho independente e treinadas pelos médicos e a eles subordinados) passam a integrar o trabalho profissional de enfermagem.

Já em 1936, com a criação do primeiro curso de formação de auxiliares, agregado à Escola Carlos Chagas, em Belo Horizonte, é que ficou instituída a existência de cursos de formação de auxiliares de enfermagem em caráter permanente. Mas é a Lei nº 775 de 1949 que institucionaliza, em definitivo, os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem (PIRES, 1989).

A crescente necessidade de mão-de-obra qualificada nas instituições hospitalares fez com que se elevasse cada vez mais a força de trabalho em enfermagem, principalmente auxiliares e atendentes de enfermagem que se encarregavam e ainda hoje encarregam-se da maior parte dos serviços hospitalares, subordinando-se aos médicos, aos enfermeiros e às regras institucionais que a todos regulam.

Com a Lei 2.604/55, que regia até 1986 o exercício da enfermagem profissional, oficializa-se a divisão do trabalho na enfermagem em categorias: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, parteiras e práticos de enfermagem, dentre eles o atendente de enfermagem.

O advento do técnico de enfermagem, como uma nova categoria profissional, deu-se somente em 1961 e mais espelhava a tendência tecnicista dominante de fortalecimento do ensino profissionalizante de nível médio, do que a necessidade da população em seu conjunto. Ressalte-se que, até os dias atuais, os técnicos são considerados em menor número, com relação à força de trabalho em Enfermagem (TORREZ, 1996).

Mas são os atendentes de enfermagem um capítulo à parte na organização e desenvolvimento da enfermagem brasileira. Ainda hoje, continuam sendo a mão-de-obra mais utilizada nos hospitais, apesar da nova legislação (LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL, nº 7.498/86) que estabeleceu o prazo para que só exercessem a enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O que se observa, corriqueiramente, é que muitas instituições deixaram de contratá-los como ‘atendentes de enfermagem’, substituindo a contratação do mesmo trabalhador, para desempenho das mesmas ações, com outros nomes, a fim de manter atualizado e de modo legal, o número de pessoal qualificado em seus quadros (PIRES, 1998).

Este trabalhador, apesar de existir desde que se institucionaliza a enfermagem, atua sem ter qualificação formal para o seu exercício, tendo sido, historicamente, treinado em serviço para a realização de determinadas funções. Sua inserção é assunto pertinente à história da prática profissional, ligada às condições sócio-políticas e econômicas. Estas condições

favoreceram o crescimento da categoria de atendentes de enfermagem que têm contribuído para a profissão. Contudo, ao mesmo tempo, tem trazido dificuldades por não terem formação profissional adequada e realizarem atividades junto aos clientes, ainda que não tenham nenhum respaldo formal para serem considerados **profissionais** de enfermagem (BEZERRA et al., 1998).

A lei do exercício profissional atualmente vigente continua confirmando a divisão interna da categoria, explicitando as atividades que são privativas do enfermeiro e definindo as atividades dos demais elementos. Dentre as privativas do enfermeiro, reconhece a prestação de cuidados de enfermagem que são considerados tecnicamente mais complexos, fundamentados cientificamente e que exijam capacidade na tomada de decisões imediatas. A Lei também estabelece que cabe ao auxiliar as atividades de nível médio, de natureza repetitiva e sob a supervisão do enfermeiro. Ao técnico cabe exercer atividades também de nível médio, envolvendo orientação, acompanhamento e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar. O atendente de enfermagem, logicamente, não tem mais suas funções previstas em lei, pelo próprio caminho proposto de profissionalizá-lo, embora continue a realizar atividades diretas e indiretas aos clientes hospitalizados.

Uma das características mais gritantes no trabalho de enfermagem é a feminização. Mesmo quando a participação feminina no mercado de trabalho brasileiro ainda era reduzida (antes da década de 70), a enfermagem já figurava entre aquelas profissões que tinham maior número de mulheres empregadas nas instituições de saúde.

Outra questão que permeia o trabalho da enfermagem é o seu assalariamento, cuja tendência torna-se cada vez mais crescente. Este aspecto também se relaciona à parcela de exercentes femininos no contexto do mercado de trabalho. Além do fato de que as profissionais enfermeiras percebem um salário inferior do que a maioria de outros profissionais de mesmo nível de escolaridade (médicos e odontólogos), a situação mais grave é justamente aquela das profissionais de nível médio e das atendentes de enfermagem que, em geral, têm duplo vínculo empregatício e quase sempre, em instituições hospitalares.

A jornada de trabalho nestes locais, não é especial e nem fixada em lei, mas é uma importante questão, pois os horários são bastante atípicos. O trabalho noturno, o trabalho alternado e os regimes de plantões, assim como as jornadas que iniciam muito cedo ou finalizam muito tarde, interferindo no sono e dificultando a conciliação entre vida familiar e social são especificidades do trabalho na enfermagem que precisam ser consideradas.

Mas são as **funções** desempenhadas pelos diferentes elementos que merecem atenção especial. Na maioria das vezes desenvolvem, como equipe, atividades parcelares e muitas vezes desarticuladas.

Como já se mencionou anteriormente, a gênese desta prática liga-se *pari passu* à origem mesma da enfermagem moderna, bem como a determinada modalidade de assistência calcada nos princípios tayloristas da gerência científica nos quais a enfermagem foi buscar subsídios para o trabalho nos hospitais. Porém, tais percursos históricos, de modo algum, ocorreram no vazio; ao contrário, efetivaram-se e tomaram alguns espaços e locais que foram cristalizando-se aos poucos a partir de determinada visão de mundo, de determinada 'cultura científica' advinda do paradigma cartesiano da saúde.

Tal cultura, também denominada de modelo médico (GONÇALVES, 1988) ou modelo biomédico (CAPRA, 1995; KLEINMAN, 1980), que predominou na área da saúde, nos países do ocidente, desde o início do século passado, trouxe intrincada rede de símbolos e significados que alterou profundamente a prática médica e a prática da enfermagem, seja no contexto da cura ou nas situações de cuidado. A visão anterior, baseada em pressupostos humanistas e globalizantes em relação à saúde e à doença dá lugar à concepção mecanicista da vida, servindo agora como suporte para intervenções fragmentárias e descontextualizantes.

Esta visão reducionista, ancorada na metáfora cartesiana de uma máquina, onde existe divisão rigorosa entre mente e corpo foi sendo paulatinamente introjetada nas instituições de saúde, principalmente nos hospitais, colaborando para que os mesmos se convertessem em amplas instituições profissionais, onde a ênfase recai com sensível força sobre as técnicas realizadas e a competência científica, em detrimento da relação profissional-cliente (CAPRA, 1995).

A cultura biomédica, ao provocar inúmeras reduções no processo saúde-doença, incorporou o modelo de *disease* em todos os seus meandros e, como consequência, afastou-se da perspectiva da *illness*. Esta associação se revela, por exemplo, no processo de redução da enfermidade à doença, onde esta última é vista como uma entidade bem definida, o que, por sua vez, faz com que o percurso terapêutico seja dirigido quase que exclusivamente à anormalidade biológica apresentada pelas pessoas que procuram os serviços de saúde.

Em contraposição, se houvesse aproximação com a *illness*, a compreensão dos estados patológicos e das situações de saúde-doença exigiria que os profissionais de saúde considerassem o contexto mais amplo da condição humana, provocando o olhar para perceber a rede de interações em que as pessoas, as famílias ou as comunidades estão inseridas. Nesta perspectiva, a experiência de estar vivenciando um infortúnio, não é vista como simples

reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. “Considera-se que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir” (UCHÔA; VIDAL, 1994, p.500). Ao deslocar o processo saúde-doença da vida total das pessoas, para a observância estrita de mecanismos bio-fisio-patológicos, a cultura da *disease* fez com que os profissionais do sistema de saúde oficial passassem a intervir de modo amplamente fragmentário: de um lado, reduzindo a experiência aos sinais e sintomas físicos e, de outro, trazendo exclusivamente para si o papel de autoridade especializada no diagnóstico e tratamento dos infortúnios, através de ações prescritivas e de instrumentos de controle dos corpos de ‘seus pacientes’. Neste *modus operandi*, o modelo biomédico acabou por ratificar e consolidar a maneira fragmentada de tratar e de cuidar dos problemas de saúde.

Os efeitos desta cultura profissional se fizeram sentir de modo bastante evidente no processo de organização da enfermagem, dentro das instituições hospitalares. Associados à divisão pormenorizada do trabalho em saúde, tais efeitos se refletiram diretamente no que Almeida et al. (1989) denominam de “modalidade funcional” de assistência, ou seja, o cuidado de enfermagem desenvolvido por tarefas, de acordo com seus níveis de complexidade e níveis de competência profissional. A modalidade funcional de assistência – a perspectiva de atuação da enfermagem fortemente alavancada pelo modelo biomédico com orientação para a *disease* – acaba por fragmentar o trabalho em determinados conjuntos de tarefas (que alguns denominam como conjunto de cuidados – restringindo, portanto, ‘cuidado’ à ‘tarefa’), especializando as trabalhadoras em executoras de funções específicas. Assim, por exemplo, enquanto uma realiza procedimentos básicos de higiene e conforto ao cliente, a outra se especializa em administrar medicamentos (BORSOI; CODO, 2000). Neste contexto as tarefas transformam-se em entidades e, por si mesmas, fundamentam o processo de cuidar.

Este empobrecimento do processo de cuidar faz com que, de certa forma, as tarefas percam sentido, finalidade, orientação e significado. Em outras palavras, tornam-se insignificantes quanto ao alcance e quanto aos seus propósitos, considerando-se que o cuidado exige, por sua própria natureza, inter-relações entre seres humanos que cuidam e que são cuidados. Relações estas que deverão estar encarnadas no contexto da vida das pessoas envolvidas no processo assistencial (COLLIÈRE, 1989).

Certamente que este modelo, claramente obsoleto do ponto de vista da complexidade do processo saúde-doença, da humanização da assistência, da dimensão social dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar e das diversas redes de significações associadas à abordagem em saúde tem sofrido críticas severas de todas as ordens, tanto em nível externo

quanto no domínio interno da disciplina, mas, apesar disto, ainda se encontra amplamente presente nas organizações hospitalares.

A realidade atual das instituições de saúde, no entanto, vem mostrando algumas possibilidades de mudança no que se refere especificamente ao trabalho que a enfermagem desenvolve no interior dos hospitais. As críticas ao modelo vigente, paulatinamente, estão levando à incorporação de novas práticas de relações entre os trabalhadores de enfermagem e os usuários do sistema de saúde oficial, colaborando para a redução da fragmentação do trabalho e para a aproximação entre os diversos sistemas de cuidados que convivem entre si, no ambiente hospitalar.

Neste modelo de assistência, denominado de “modalidade integral” (KURCGANT, 1991; MAGALHÃES, DUARTE, MOURA, 1995; FREITAS, ALVES, PEIXOTO, 1996), as atividades de enfermagem são realizadas no contexto da assistência, possibilitando a visão mais global das necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde. Uma vez que este modelo leva consigo o novo modo de perceber, interpretar e organizar o trabalho e a assistência de enfermagem, ele também requer maior qualificação e sensível reestruturação nos processos de formação e capacitação profissionais.

Os estudos, no entanto, têm mostrado que os serviços de saúde no Brasil não contam em seus quadros, com quantitativo de enfermeiras suficiente para prestar assistência direta às pessoas, ficando então sob os ombros das trabalhadoras de nível médio e elementar, o peso da compreensão dos ‘cuidados integrais’ e a conseqüente operacionalização desta modalidade de trabalho. “Quando o método utilizado é o cuidado integral, o enfermeiro é substituído pelo técnico ou auxiliar de enfermagem e até mesmo pelo atendente” (FREITAS; ALVES; PEIXOTO, 1996).

No contexto e nos recortes propostos para o presente estudo, a dimensão cultural ocupa lugar privilegiado de análise. E é neste cenário que se procura questionar se as trabalhadoras de enfermagem estão instrumentalizadas para cuidar (desde a perspectiva do levantamento de dados, até a avaliação do processo), de modo a inserir em suas práticas a dimensão indispensável da cultura. Acredita-se que o desempenho ‘global’ ou ‘integral’ da assistência, no mundo do hospital, não se resume, de modo linear, em abandonar o modelo funcional e adotar, em seu lugar, a modalidade integral, principalmente se nesta última modalidade não estiver contida a dimensão cultural necessária ao processo de cuidar.

Dito de outro modo, se esta segunda modalidade não englobar a abordagem da cultura, a pretensa ‘integralidade’ da assistência resultará empobrecida, uma vez que a compreensão da cultura fornece espectro bastante amplo de princípios que ajuda o pessoal de enfermagem a

identificar como as pessoas percebem o seu mundo, como o vivenciam, como se comportam neste mundo, além de fornecer informações imprescindíveis sobre como estes princípios relacionam-se com a saúde e a doença. A perspectiva vista sob esta ótica tem maior aderência ao modelo de cuidado com orientação da *illness* que ao inserir-se na prática institucional, pode provocar mediação entre os diversos sistemas de saúde, descentrando a posição hegemônica do referencial biomédico. Ao permitir este descentramento, também ajuda a vislumbrar as pessoas hospitalizadas como estando ‘em passagem’; portanto, possuindo autonomia, experiência e vivência da situação de saúde-doença que podem ser distintas daquela das trabalhadoras de enfermagem.

Incluir na prática da enfermagem uma perspectiva de cuidado nesta dimensão, como dizem Kleinman, Eisenberg e Good (1978), é elucidar o “modelo do cliente e da família” para permitir que suas experiências genuínas sejam trazidas à tona; que os significados pessoais e sociais atribuídos à situação sejam exteriorizados; para que suas expectativas quanto aos objetivos terapêuticos sejam considerados e para que eles possam participar ativamente da assistência à saúde. É necessário compreender que a interpretação que as pessoas elaboram para suas experiências não é fixa, cristalizada (como a cultura mesma não o é), mas configura-se como o resultado movediço de diversos meios pelos quais clientes e famílias adquirem seus conhecimentos de saúde-doença. Tais conhecimentos são mutantes e continuamente reformulados e reestruturados em decorrência de processos interativos entre diferentes modelos explanatórios.

Adotar esta perspectiva significa reconhecer também que saúde e doença são fenômenos culturalmente construídos e interpretados e que, neste jogo de reconhecimento, tanto a cultura profissional quanto a cultura popular possuem espaços de articulação e de movimentos, ainda que as rotinas e as regras institucionais desenhem os contornos normativos da assistência à saúde.

Aproximar-se da perspectiva de cuidado que contemple a *illness* leva necessariamente a que os saberes cotidianos (experiência antropológica pessoal) das pessoas sejam trazidos como ingredientes importantes no cenário assistencial. Não apenas o ‘saber popular’ dos clientes e famílias, mas de modo condicional, o saber advindo da experiência pessoal da própria trabalhadora de enfermagem. Trata-se aqui, daquele conhecimento proveniente do senso comum e que a cultura da *disease*, mesmo com todo o poder de sua inculcação, deixou fugidio, não conseguiu abafar. Aquele conhecimento, cujos laços de significação ajudam a “ver melhor como unir os saberes da experiência e as informações recebidas no processo de formação oficial para deduzir dele novos saberes, dos quais alguns serão próprios das

situações de cuidado” (COLLIÈRE, 1993, p.78). Em suma, é o referencial de cuidado que permite o afastamento do saber formal adquirido, flexibilizando a prática, sem descuidar-se de seus princípios fundamentais e imprescindíveis para quem desenvolve atividades profissionais.

A tônica desta perspectiva de cuidado, no espaço hospitalar, repousa na relação entre as pessoas, sejam elas clientes, famílias e/ou trabalhadoras de enfermagem. Preocupa-se, como expõem Lalanda (1995, p.28), “com o sistema de resposta humana e com o universo de sentido que lhe atribuem os utilizadores desse mesmo sistema”. Desse modo, os processos de negociação (mediação) tornam-se estratégias apropriadas para a atuação no processo de cuidar.

### 1.1.2 O QUE É O ALOJAMENTO CONJUNTO, QUAIS SÃO AS FAMÍLIAS QUE DELE PARTICIPAM E COMO SE DÁ O TRABALHO DE ENFERMAGEM?

O Alojamento Conjunto, de modo genérico, é compreendido como um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar, estimulando-se a participação do pai e da família. Este sistema dá-se sob a orientação e supervisão de uma equipe multiprofissional que inclui trabalhadoras de enfermagem, médicos obstetras e neonatologistas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais.

Sabe-se, porém, que a parturição, o partejamento e os cuidados com o recém-nascido tiveram por muito tempo a sua atenção desvinculada da prática médico-cirúrgica oficial. A prática histórica sempre foi permeada pelo trabalho essencialmente feminino. Os conhecimentos relativos ao parto e às atenções específicas ao binômio mulher-criança foram adquiridos através da tradição e da experiência empírica. O contexto social garantia a legitimação da prática da parteira que oferecia auxílio, conforto e proteção às parturientes em seus domicílios.

A relação que se estabelecia entre as mulheres, no seio familiar, de certa forma era permeada por uma rede de símbolos e significados que fazia sentido para todos os participantes do processo do nascimento. Havia o sentimento de pertencimento fortemente amparado em visões de mundo similares e modelos congruentes de assistência em saúde. As experiências das mulheres e das famílias eram como bússolas a guiar as escolhas dos procedimentos a serem adotados para cuidar da mulher e da criança.

A perspectiva adotada por quem ‘assistia’ ao parto, antes do advento da hospitalização, era a perspectiva da *illness*, profundamente imbricada nas respostas subjetivas da parturiente e/ou puérpera que protagonizava todo o processo e da família que a cercava. A assistência centrada nesta abordagem abria espaço para o modo como as famílias interpretavam a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre o comportamento da parturiente/puérpera, o relacionamento com as outras pessoas do seu meio cultural, bem como as diversas providências tomadas pela protagonista e sua família para resolver ritualisticamente as intercorrências porventura surgidas (HELMAN, 1994).

Tal cultura de cuidado imprimia valor inestimável à mulher que dava à luz, principalmente porque a situava no lugar de protagonista-mor do processo de integração social que unia elementos anteriores separados e reforçava os fracos elos da cadeia da comunidade. Deste modo, dar à luz a criança não era apenas um ato individual e privado, mas algo que fomentava ativamente a coesão social.

Como informa Kitzinger (1996), o parto é um processo social não apenas porque afeta a relação entre marido e mulher, entre os demais membros da família e da comunidade, mas também é social porque define a identidade da mulher de forma nova: agora ela é mãe. E, acrescenta-se que, principalmente no parto como ritual de iniciação, todas as relações familiares são afetadas, porque seus membros mudam de *status* social: o homem agora é pai; as sogras ou as mães agora são avós; e os sogros ou os pais agora são avôs. Mesmo que se relativize a participação masculina/feminina no processo do nascimento, de acordo com as cosmologias próprias e os processos históricos diferenciados, a cultura do cuidado, nos processos de parturição, sempre incluiu a família e a comunidade significativa.

O espaço da casa, como local de vivências intersubjetivas, certamente auxiliava na assistência ao nascimento centrada na experiência das mulheres e contextualizado em suas culturas. Quem ajudava no parto não agia como uma técnica do parto, mas, como indica Kitzinger (1996), como uma “pastora do parto”. Ela desempenhava o importante papel de conduzir a mãe e o bebê, não apenas no momento culminante, mas nos primeiros dias que lhe sucediam. Não se preocupava apenas com o cordão umbilical ou com o útero, mas com a futura mãe e com o novo membro da comunidade, como se esta fosse uma pessoa da família; não como uma possível “fisiologia patológica” (DINIZ, 1996), mas como contexto de assistência total, integral, onde a autoridade feminina era fortemente reconhecida e apoiada.

No sistema informal, as assistentes do processo do nascimento gozavam de grande prestígio, conheciam os eventos da gravidez, do parto, do puerpério e da iniciação da infância por terem empiricamente adquirido experiência dessa prática, ou por terem experiência

própria, e constituíam-se em zeladoras dos costumes femininos que se agrupavam em torno da idéia de proteção da mãe e da criança (SANTOS, 1998; GUALDA, 1994).

Em decorrência da revolução científica ocorrida nos séculos XVI e XVII e no bojo do capitalismo emergente, o hospital foi se tornando o lugar privilegiado da atenção, da pesquisa, ensino e saber médico (SILVA, 1989). As parteiras passam a ser institucionalizadas, assim como o próprio parto, e aquilo que era conhecimento adquirido na experiência e vivência empírica entre mulheres, passa a ser confiscado pelos médicos e seu trabalho amplamente subordinado a eles.

A medicina desenvolve-se nos séculos XVIII e XIX baseada na racionalidade científica moderna e vai se tornar instituição hegemônica de cuidado, inclusive ao parto e aos cuidados com o recém-nascido. A arte de partejar passou de ofício independente a atividade subordinada e controlada pela medicina (PIRES, 1989).

A partir do século XX as práticas do nascimento passam a predominar no espaço hospitalar e, nele, são ditados os rituais, as normas e as rotinas para tratamento e comportamento das mulheres e seus recém-nascidos fazendo, inclusive, com que a assistência ao recém-nascido surgisse, na área da saúde, como prolongamento da prática obstétrica (SCOCHI et al., 1996; GOMES, 1996). Neste novo cenário, aquilo que era a cultura anterior de cuidado centrado na *illness*, dá lugar ao cuidado ao nascimento centrado na *disease*. Em muitos hospitais, o nascimento é considerado não como um ritual de passagem, como um evento especial e com significados específicos na vida das famílias, mas sobretudo como um período em que a mãe e a criança são “isoladas e submetidas a processos físico-químicos e a exames médicos antes de serem declaradas ‘fora de perigo’ e devolvidas à sociedade” (KITZINGER, 1996, p.196).

Ao transferir o processo do nascimento, do seio da família, para o espaço hospitalar, não se deslocou apenas o *locus* do acontecimento, mas também e, indissociavelmente, passou-se a perceber o processo de nascer como dependente da tecnologia e do preparo formal de diversos especialistas e a conceber o processo de nascer como a expulsão ou a extração completa do corpo da mãe, do ‘produto’ da concepção (GUALDA, 1994; MONTICELLI, 1996). Assim, a idéia do nascimento como processo universal e despersonalizado passou a ser dominante e ainda continua amplamente presente na atualidade.

A institucionalização do nascimento, durante muito tempo, separou mãe e filho. As puérperas eram isoladas em unidades obstétricas de puerpério, enquanto os recém-nascidos eram alojados em unidades de berçário. Esta prática, garantida pelo modelo hegemônico higienista, respondia à ‘necessidade científica’ de evitar qualquer tipo de infecção, além de

imprimir racionalidade ao trabalho, promovendo o controle dos corpos das mulheres e bebês, prevenindo-se riscos potenciais.

Embora esta prática ainda vigore em muitos hospitais brasileiros, já existe tendência, relativamente recente, em ‘aproximar’ mães e filhos em Alojamentos Conjuntos, logo após o parto, fazendo com que aí permaneçam durante todo o período de internação. A participação da família vai se dar de acordo com as filosofias institucionais e com as rotinas estabelecidas para o funcionamento de cada Alojamento em particular. Este termos gerais, no entanto, este arranjo institucional não é novo e nem seus princípios norteadores e objetivos são, por assim dizer, uma ‘tendência’ profundamente inovadora. Ele surge com nova roupagem, mas a ‘filosofia’ que o sustenta tem o contexto histórico de lutas e conquistas sociais.

Alojamento Conjunto (*Rooming-in*) foi o termo usado pela primeira vez pelo americano Arnold Gessel, em 1943, para denominar a prática de acomodação da mãe e do filho em um mesmo ambiente, na instituição-maternidade. A partir daí outras experiências similares foram sendo postas em prática, principalmente com os resultados de estudos epidemiológicos e na área psicossomática, psicodinâmica e fisiologia aplicada ao comportamento, que constatavam os inconvenientes de caráter clínico-patológico causados pela concentração de recém-nascidos em berçários e os efeitos perversos da separação precoce mãe-filho (KAKEHASHI, 1996; UNGERER, MIRANDA, 1999; SCOCHI et al., 1996).

Mas não foram só os estudos científicos, as instituições, os profissionais de saúde e as políticas governamentais que impulsionaram e incentivaram o desenvolvimento de Alojamentos Conjuntos. Um fator muito importante para a sua implementação deu-se a partir do próprio movimento social das mulheres e, particularmente, de um movimento iniciado nos Estados Unidos, em que as mulheres exigiram ficar junto com seus bebês “como forma de deplorar os custos psicológicos da segurança e conveniência médico-hospitalar, que insistiam em separar os recém-nascidos de suas mães por ocasião do parto” (UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 7).

No Brasil, a prática de alojar conjuntamente puérperas e recém-nascidos não era freqüente até a década de 70. Apenas as Santas Casas de Misericórdia acomodavam mulheres de baixa renda junto com seus filhos. Ungerer e Miranda (1999) referem que foi apenas em 1997 que o Ministério da Saúde recomendou que as crianças sem risco permanecessem ao lado de suas mães, e não mais em berçários.

Embora muitos Programas de Incentivo (principalmente ao aleitamento materno) tenham sido propostos por órgãos governamentais, neste ínterim, foi somente em 1993 que

surgiu a portaria ministerial nº 1016, de 26 de agosto, regulando as normas básicas para implantação do Sistema de Alojamento Conjunto em todo o território nacional (BRASIL, 1993). Esta portaria justifica a obrigatoriedade do sistema, considerando a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais; a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar, evitando as complicações maternas e do recém-nascido; o Estatuto da Criança e do Adolescente que estabelece a obrigatoriedade do Alojamento Conjunto; e a necessidade de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diferentes níveis.

Alguns estudos realizados por enfermeiras brasileiras têm mostrado que, apesar da legislação, as Unidades de Alojamento Conjunto ainda não são tão frequentes como deveriam, mesmo em hospitais públicos. Além disto, em alguns casos, mesmo quando o sistema está disponível, as condições assistenciais não são aquelas condizentes com a qualidade merecida e quantidade de pessoal de saúde necessária. Ainda é frequente a atuação de atendentes de enfermagem e de médicos na atenção ao binômio (SCOCHI, ROCHA, LIMA, 1997; SCOCHI et al., 1996; COLLET, ROCHA, 1996). Portanto, bem longe da necessidade de “estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde de diferentes níveis”, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, a atenção à saúde repousa na relação polarizada médico-atendente.

De modo geral pode-se afirmar que, na organização do processo de cuidar em Alojamentos Conjuntos, ocorre uma divisão das atividades a serem desenvolvidas com o binômio mãe-criança, embora se esteja perseguindo, há algum tempo, a assistência à nova família que nasce. Observa-se que, nesta dimensão, intenção e concretização das idéias nem sempre coincidem.

O objeto da ação do cuidado de enfermagem, na prática, ainda tem sido o corpo anátomo-fisiológico do recém-nascido e da puérpera em suas adaptações à nova vida, com o objetivo de manter as condições de vitalidade do bebê e fisiológicas da mãe, além da prevenção de infecções e a diminuição da morbi-mortalidade de ambos (SCOCHI; ROCHA; LIMA, 1997). Como afirma Ayvazian (1990), a assistência à maternidade “centrada-na família”, ainda permanece como um discurso alvissareiro, mas não tem sido incluído, de forma ativa, na prática do cuidado em instituições hospitalares. Graedon (1990) acrescenta que as enfermeiras ainda não têm sido capazes de colocar em prática o cuidado culturalmente congruente, focalizado nas condutas, nas crenças e nos significados conferidos às experiências vivenciais das famílias em unidades de Alojamento Conjunto.

O cuidado ao nascimento e seu entorno, utilizando as expressões de Jordan (1989), ainda focaliza a distinção entre ‘parturição’ e ‘nascimento’, onde a primeira relaciona-se com

o ato universal fisiológico do nascimento, facilmente permeável aos processos de medicalização, e a segunda, ao processo que é localmente vivenciado, atribuído de significados particulares e comportamentalmente conduzido nas diferentes culturas e contextualizações familiares.

Em vista da formação profissional de enfermagem, ainda centrada no modelo biomédico e da prática do cuidado a ele associada, nas áreas de obstetrícia e neonatologia, alguns autores analisam que a prática da enfermagem ainda se mostra invisível quando se põem em discussão a relação profissional-cliente. Kitzinger (apud GUALDA, 1998a) argumenta que estas profissionais se adaptam à perspectiva institucional e acabam esquecendo o seu papel essencial e que há muito para ser feito no sentido de se criarem novos padrões de cuidados, aumentando a sensibilidade para as necessidades das mulheres e familiares e a eles se aliar na busca de conhecimento e mudanças. Gualda (1994) expõe que uma das principais associações com esta situação, é que existe profundo distanciamento entre o conhecimento profissional e o conhecimento popular.

Quando se lança o olhar somente, ou prioritariamente, ao corpo biológico da mulher e da criança, deixa-se de considerar que este corpo pertence ao universo de significações, muitas vezes, diferente do universo da cultura da enfermagem. Assim, perde-se de vista que existe a dimensão específica do processo. A dimensão simbólica que atribui significados plurais ao acontecimento e que dirige, inclusive, a forma pela qual se nasce e os comportamentos a serem desenvolvidos durante o processo do nascimento (MONTICELLI, 1996).

Ainda que se reconheça a existência do descompasso entre as concepções teóricas de abordagem e a prática efetiva do processo de cuidar nas maternidades e mais especificamente em Alojamentos Conjuntos, também há que se reconhecer que a prática das **enfermeiras**, na atualidade, tem revelado alguns avanços teórico-metodológicos. Littewood (apud HELLMAN, 1994), por exemplo, sugere que, embora a formação das enfermeiras ainda aconteça dentro da estrutura de trabalho biomédica, as enfermeiras estão melhor preparadas do que os médicos para compreender e lidar com a problemática da *illness* e da *disease*. A autora, segundo Hellman (1994, p.146) “vê o enfermeiro como o profissional de saúde melhor situado para a negociação dos objetivos do médico...com os objetivos do paciente”. Ainda nesta perspectiva, Gualda (1998a) evidencia o papel intermediário de ‘tradutor’ ou ‘decodificador’ da enfermeira obstetra.

A partir da concepção desse papel na interação profissional-cliente, nas Unidades de Alojamento Conjunto, as enfermeiras têm proposto a abordagem de procedimentos e rotinas

menos rígidas, instrumentalizando a prática também pelo conhecimento produzido pelas ciências sociais, enfatizando-se a necessidade do seu preparo adequado no ensinamento das mães (SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996). Mas, mesmo adotando esta ‘nova’ mentalidade que surge no cenário hospitalar, é de fundamental importância frisar novamente que as enfermeiras, no processo de cuidar em Alojamento Conjunto, não trabalham sozinhas. A realidade do trabalho, mesmo quando se emprega a “modalidade integral” na abordagem ao binômio mulher-neonato, continua sendo desenvolvida por diferentes agentes. Diferentes enquanto pessoas, diferentes enquanto portadoras de experiências anteriores com nascimentos, diferentes em relação às competências e atribuições profissionais legais e diferentes enquanto instrumentalização na abordagem do cuidado às mulheres e aos recém-nascidos, ainda que, no processo de formação, tenham sido preparadas para seguir o modelo da *disease*. Como coloca Dornelles (1995, p.109), “ainda que utilizando-se praticamente dos mesmos instrumentos de trabalho, cada agente da equipe os consome sob um ponto de vista particular, compatível com sua preparação e inserção na referida equipe”.

Embora os médicos e demais profissionais ligados ao período pós-parto também estejam inseridos na atenção à saúde pós-natal, a prática diária em Alojamentos, bem como os estudos relacionados, enfocam a tríade enfermagem-puérpera-recém-nascido com maior força no que diz respeito ao tempo de permanência juntos e mesmo ao grau de aproximação que se estabelece entre as trabalhadoras e as famílias. Há ainda que se considerar que em Alojamentos Conjuntos, pela característica ímpar da população que recebe, ocorrem intervenções educativas de modo sistemático e contínuo, mas também aí existe divisão do trabalho. Enquanto às técnicas, auxiliares e atendentes cabe a maioria das orientações individuais ou em pequenos grupos sobre os cuidados básicos com a puérpera e com o recém-nascido, especialmente o banho e os cuidados com o coto umbilical, às enfermeiras e algumas vezes aos médicos cabe a orientação em grupos às puérperas, principalmente por ocasião da alta hospitalar. Neste sentido, a prática de educação em saúde é também diferentemente abordada e valorizada, haja vista o preparo, a qualificação e a instrumentalização que é diferente para trabalhadoras diversas.

Na prática, é a enfermeira que sistematiza os dados coletados sobre a família. Também é ela que planeja, prescreve e avalia a assistência prestada, mas o foco de minhas preocupações volta-se agora para o modo como as atendentes, as auxiliares e as técnicas interagem com as famílias enquanto prestam assistência no dia-a-dia institucional. Tenho observado que estas trabalhadoras, muito além de executarem tarefas consideradas simples ou medianas – do ponto de vista da complexidade da assistência – envolvem-se no seu fazer cotidiano de um

modo que ultrapassa a pura execução das ordens do médico ou da enfermeira. Assim, as atendentes, auxiliares e técnicas de enfermagem, nas maternidades, participam do trabalho levantando dados, planejando e implementando os cuidados de maneira mais direta e imediata, e ainda avaliando se a decisão tomada surtiu efeito ou não, diante do resultado esperado. Certamente que muitos destes procedimentos não são formais e, virtualmente, de modo pouco 'visível'. Creio que este comportamento tem significado cultural bastante complexo, uma vez que ele se encontra na 'margem' da cultura organizacional e na 'margem' dos papéis formalmente esperados pela legislação profissional. Na ótica antropológica, o 'marginal' encontra-se fora dos padrões e das classificações estabelecidas pela sociedade.

Na assistência obstétrica e neonatal que acontece no meio hospitalar, principalmente nas Unidades de Alojamento Conjunto, são estas trabalhadoras (formadas pelas enfermeiras) que se envolvem no cuidado direto às famílias. São elas que, de forma mais intensa e regular, trocam experiências com a cultura popular de modo "verbal, direto e informal" (SCOCHI et al., 1996, p.21). O que se questiona é se isto seria suficiente para auxiliar na redução do impacto do modelo biomédico que medicaliza o nascimento e o pós-parto ou se estas atendentes, auxiliares e técnicas estão tão fortemente imbuídas e impregnadas pela rede de símbolos e significados da cultura profissional e institucional que não vislumbram outros modos de atuação que não aquele fundado na visão do pós-parto como condição patologizante. Pode ser, igualmente, que outras formas de atuação estejam sendo delineadas a partir da interconexão de todos estes modelos, utilizando-se diferentes abordagens e perspectivas ao interagirem com as famílias durante a vivência do período pós-natal imediato, dentro do hospital. Quiçá tais modos de cuidar estejam colaborando para a formação de uma outra cultura dentro da cultura institucional e da cultura da enfermagem. É em torno de tal problematização que se configuram as seguintes perguntas de pesquisa:

- . **Quais as relações que se estabelecem entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias que vivenciam o período pós-parto em Unidade de Alojamento Conjunto?**
- . **Quais as perspectivas ou referências que estas trabalhadoras adotam, ao interagirem com as famílias que vivenciam o pós-parto, durante a hospitalização?**

Desse modo, o presente estudo tem o **propósito** de compreender o universo cultural que permeia as relações entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias em Unidades de Alojamento Conjunto.

As respostas a estas perguntas contribuem para novas percepções sobre os intercâmbios produzidos entre profissionais e 'clientes', nas instituições-maternidade. Já se tem alguma compreensão sobre o modo de atuar das enfermeiras com relação às aproximações culturais com as famílias que recebem o novo ser humano, mas ainda se compreende muito pouco sobre as relações que se estabelecem entre as atendedoras, auxiliares e técnicas de enfermagem com estas mesmas famílias. Acredito também que, ao aprofundar os aspectos culturais do cuidado, na área obstétrica e neonatal, incorporando a cultura como uma teia de símbolos e significados, estarei contribuindo para assumir a prática culturalmente sensível e competente, e não apenas como dimensão periférica da ação da enfermagem.

## CAPÍTULO 2 - SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

*“Os fenômenos da gravidez e do nascimento são aspectos essenciais da realidade biológica e cultural. A cada dia, eles constituem o começo da vida para milhares de novos cidadãos globais, o fim da vida para alguns e as substâncias das experiências para as mulheres como mães. Como as mulheres vivem estas experiências – suas escolhas, além do tratamento que recebem – influenciarão nas suas vidas e nas de suas famílias, para melhor ou para pior.”*

(Robbie Davis-Floyd e Carolyn Sargent, 1997, tradução nossa)

---

### 2.1 OS CONCEITOS *DISEASE*, *ILLNESS* e *SICKNESS* NO CONTEXTO DA ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Os termos *disease*, *illness* e *sickness* têm sido utilizados por muitos autores da Antropologia da Saúde, para nortear a construção do conhecimento antropológico na área, incluindo aí o estudo sistemático das representações e comportamentos associados à saúde e à doença. Mais do que simples conceitos elaborados para guiar trabalhos de campo, no sentido operacional ou pragmático, têm sido abordados como distinções paradigmáticas que promovem ampla estrutura para estudar os sistemas culturais da atualidade e, particularmente, os “sistemas de cuidado em saúde”, conforme denominação de Kleinman (1980, 1988, 1995), renomado antropólogo médico da Universidade de Harvard e um dos principais representantes da abordagem interpretativista na Antropologia da Saúde.

A distinção inicial dos termos parece ter sido estabelecida pelo antropólogo Leon Eisenberg, em 1977, envolvendo apenas os dois primeiros vocábulos<sup>6</sup>. O autor postulava a *disease* como referindo-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou

---

<sup>6</sup> A inclusão da *sickness* como integrante do modelo analítico de interpretação para a pluralidade de significados da palavra “doença” começou a aparecer somente mais tarde, principalmente a partir dos estudos da ‘Antropologia Interpretativa Crítica’.

sistemas, e a *illness* como a **experiência** subjetiva sentida pelo doente (UCHÔA, VIDAL, 1994; HAHN, 1995).

Estudos mais recentes (das duas últimas décadas) têm aprofundado esta perspectiva, mostrando-se pródigos para o entendimento dos diversos sistemas culturais que coabitam no mundo contemporâneo e para iluminar as relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e clientes.

A *disease* está ligada à perspectiva do profissional de saúde e se refere a alguma anormalidade biofisiológica que pode ser objetivamente demonstrada pela ciência biomédica ocidental (CHRISMAN; JOHNSON, 1990). É o ‘modus operandi’ da biomedicina que tem como premissas básicas a racionalidade científica, a ênfase em dados psicoquímicos, o dualismo mente-corpo, a visão da enfermidade como entidade e a ênfase sobre o paciente individual, não na família ou na comunidade. A *disease* pode ou não ser reconhecida pela cultura popular.

A definição médica de um problema de saúde, por exemplo, é em grande parte, ancorada em mudanças físicas do organismo que podem ser demonstradas objetivamente, e concebidas como o desvio de variáveis biológicas em relação à norma. A condição de normalidade, no entanto, reside na visão de mundo do profissional, ou seja, no modelo explicativo que permeia o fenômeno sob investigação.

Good (1997) e Good e Delvecchio Good (1993) informam que este termo pertence à cultura profissional e, em particular, à cultura especializada da medicina. O profissional interpreta o problema de saúde dentro de taxonomias e nomenclaturas particulares ou, como refere Kleinman (1988, p.5, tradução nossa), “uma nosologia da doença” que culmina com a entidade diagnóstica: “uma doença x, ou um estado fisiológico y”. Em termos biológicos estritos do modelo biomédico, significa que a *disease* é reconfigurada somente como a alteração na estrutura biológica ou funcional.

A *illness*, noutra perspectiva, é a experiência subjetiva das pessoas (clientes), de modo individual ou coletivo, sobre um determinado estado ou problema construído culturalmente e que não está, necessariamente, limitado à *disease*. De acordo com Heck (2000), nem sempre corresponde a uma doença oficial e pode estar relacionada a certos estados de desvalorização social que não são necessariamente enfermidades, e à construção social do grupo. Nesta abordagem, a experiência da doença ou dos estados fisiológicos não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela congrega normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas de pensar e agir (FLORES, SILVA, 1996; UCHÔA, VIDAL, 1994). Além disto, as mais recentes

discussões sobre a construção social da doença enfatizam que a experiência com a *illness* é fundamental para se compreender a “causação social da doença” (NUNES, 2000, p.226).

Particularmente, a *illness* é a maneira como o cliente e seus significantes (família ou rede social) interpretam a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências para fazer frente à situação. Diz respeito, portanto, a todas as aflições subjetivas vivenciadas pelas pessoas. Kleinman, Eisenberg e Good (1978, p.252, tradução nossa) frisam que tanto os significados conferidos aos sintomas, quanto as respostas emocionais aos mesmos, “são influenciados pelo *background* do paciente e sua personalidade, bem como pelo contexto cultural, social e econômico em que aparecem”. Segundo Good (1997) este termo passa necessariamente pela análise das redes semânticas dos discursos sobre o sofrimento, da interação social e da articulação de ações que avaliarão este sofrimento.

Quando se fala em experiências subjetivas com a doença, deve-se incluir os julgamentos do cliente e de sua família sobre qual a melhor forma de enfrentar os infortúnios, bem como os problemas práticos que estes infortúnios geram na vida diária dos sujeitos envolvidos. As condutas referentes à *illness* consistem em iniciar o tratamento e decidir quando se deve procurar a ajuda do sistema médico oficial ou de qualquer outro sistema (KLEINMAN, 1988).

Kleinman, Eisenberg e Good (1978) esclarecem que estas abordagens não devem ser consideradas como entidades, uma vez que são modelos explicativos que espelham relações múltiplas entre aspectos separados de um fenômeno complexo, fluido e amplo – a experiência social da doença. São conceitos que derivam da experiência social e ajudam a construir formas especiais da realidade clínica. Kleinman (1980) refere que as ações desenvolvidas na realidade clínica deveriam levar em consideração tais perspectivas, porque todas são integrantes do cuidado.

A *sickness*, outro termo adotado por Kleinman a partir de 1988<sup>7</sup> e explorado um pouco mais em 1995, trata-se de um conceito que engloba os anteriores, de onde se exteriorizam as conseqüências sociais da doença. É um conceito que vem sendo usado principalmente por

---

<sup>7</sup> “(...) para completar o quadro, eu introduzo um terceiro termo, a *sickness*, definindo-o como uma desordem em seu sentido genérico, em nível individual ou coletivo, em relação às forças macrosociais (econômicas, políticas, institucionais). Por exemplo, quando falamos da relação entre a tuberculose, a pobreza e a desnutrição, nós estamos invocando a tuberculose como *sickness*; similarmente, quando discutimos a contribuição da indústria do tabaco para a pesquisa epidemiológica do câncer de pulmão, estaremos descrevendo o câncer como *sickness*. Não apenas os pesquisadores, mas também os pacientes, as famílias e os terapeutas, podem extrapolar da *illness* para a *sickness*, adicionando outra dobra para a experiência da desordem, percebendo-a como um reflexo da opressão política, deprivação econômica e outras fontes sociais da miséria humana” (KLEINMAN, 1988, p.6. tradução nossa).

representantes da abordagem crítica da Antropologia da Saúde, e se refere, segundo Young (1982; 1993), ao processo que é determinado pelos aspectos políticos, econômicos e sócio-culturais que tem lugar em toda e qualquer sociedade. Produzida nas relações sociais, a *sickness* visa focar o processo da construção sócio-cultural da doença, sem deixar de envolver poderes e processos de negociação, diante da *disease* e da *illness* (LANGDON, 1994).

Arthur Kleinman propôs um método de abordagem para auxiliar no estudo dos traços cognitivos e nos problemas de comunicação associados às atividades de saúde. Este método é enfatizado por muitos profissionais (antropólogos da área e profissionais de saúde propriamente ditos) como de grande utilidade para considerar o processo através do qual os conceitos colocados anteriormente são organizados, interpretados e tratados por distintos e complementares setores de cuidado à saúde. O método está consubstanciado no denominado Modelo Explanatório (“Explanatory Model”)<sup>8</sup>, que sistematiza o estudo dos modelos adotados por diferentes tipos de pessoas quando se enfrentam problemas de saúde.

Kleinman (1980) construiu o seu modelo, sob a influência da corrente interpretativista da antropologia, que nasceu com Clifford Geertz (1989), para quem a cultura é uma teia de símbolos e significados que permite aos indivíduos, famílias e aos grupos, interpretar as suas experiências e guiarem suas ações. Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir das pessoas, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são construídas culturalmente (UCHÔA; VIDAL, 1994). Kleinman, Eisenberg e Good (1978); Good (1997); Good e DeVecchio Good (1980), mesmo abordando diferentes aspectos que afetam a área da saúde, argumentam que qualquer desordem, seja ela física ou psicológica, pode ser alcançada por meio da mediação cultural, já que a desordem é sempre interpretada pela pessoa que a sofre, pelos profissionais de saúde e pelas famílias, embora não tenham todos os mesmos níveis de explicações.

Kleinman (1980) então, localiza seus argumentos, inspirado no trabalho de Geertz (1989), afirmando que a cultura fornece modelos ‘de e para’ os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. O modelo baseia-se no pressuposto de que todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser

---

<sup>8</sup> Alguns autores brasileiros traduzem este termo como “modelos explicativos” (UCHÔA, VIDAL, 1994; RABELO, ALVES, SOUZA, 1999; BOEHS, 2001) e outros como “modelos explanatórios” (GONÇALVES, 1998; SILVA, 2000). Utilizo aqui esta última tradução, apenas por considerá-la menos “dura” em termos conceituais.

estudadas e compreendidas como um sistema cultural. Do mesmo modo que em outros sistemas culturais (parentesco, religioso, linguagem, etc.), o sistema de cuidado à saúde se insere no contexto cultural através dos significados simbólicos que contém e que se apoiam em modelos de interações interpessoais e em instituições sociais. O sistema de saúde é entendido como sendo um sistema simbólico que se sustenta no arranjo peculiar das instituições sociais e modelos de inter-relação pessoal; é a totalidade das inter-relações que ocorrem em toda cultura, da doença ou dos estados fisiológicos, a resposta a eles, a experiência individual de adoecer ou de encontrar-se em determinada modificação fisiológica, o tratamento e as instituições correlatas. Os modelos explanatórios, as normas, os papéis, o *status*, as relações de poder, as interações e as instituições são parte integrante dos sistemas de saúde (KLEINMAN, 1988). Todos estes fatores podem influenciar a construção de distintas realidades clínicas dentro do mesmo sistema de saúde.

Assim, todo sistema de cuidado em saúde configura-se internamente pela interação de três setores, que compreendem: a) o setor profissional, b) o setor familiar e c) o setor popular<sup>9</sup>. Cada um deles abrange, pelo menos, cinco aspectos: a etiologia da condição (o por quê do aparecimento de determinado fenômeno); a duração e as características do início dos sinais e sintomas; os processos fisiopatológicos envolvidos; a história 'natural' e a gravidade da doença ou da ocorrência; e os cuidados e tratamentos para corrigir a condição (itinerário terapêutico) (KLEINMAN, 1980; CSORDAS, KLEINMAN, 1990).

O setor **profissional** ou alternativa profissional corresponde à rede oficial de assistência à saúde, as unidades básicas de saúde e os hospitais. Para Kleinman, o sistema hospitalar cuida dos casos agudos, severos, ou episódios de ameaça à vida, além dos nascimentos e mortes e está menos preparado para lidar com os significados subjetivos associados às doenças.

O campo profissional, através dos tempos, tem mergulhado no etnocentrismo e no cientificismo que dominam as profissões da área da saúde. Esta perspectiva segue o paradigma dominante da ciência biomédica que enfatiza variáveis que são compatíveis com o reducionismo biológico e com as soluções tecnológicas, mesmo quando os problemas são de natureza social ou cultural.

---

<sup>9</sup> Adoto neste estudo as designação usadas por Langdon (1994), por concordar que tais traduções conotam melhor os locais onde cada um dos setores está inserido na sociedade. A autora denomina de setor familiar ao que Kleinman (1980) chama de "*popular*" e de setor popular ao que Kleinman chama de "*folk or traditional*". Os sentidos ou definições de cada um deles, no entanto, permanece fiel aos originais do autor. Além disso, para evitar repetições durante o texto, uso as expressões "campo", "setor", "subsistema", "alternativa", "arena" ou ainda, "categoria", de modo intercambiável, sempre que me referir a cada uma das matrizes profissional, familiar ou popular.

O “*bias*” de muitos profissionais de saúde é reestruturar o cuidado, enfrentando um modelo idealizado de cuidado profissional, onde o que prevalece são os dados objetivos, o indivíduo visto isolado do seu contexto e a doença vista como entidade. Kleinman (1980) refere que esta visão, e a prática dela decorrente, é extremamente reducionista e fragmentada, pois as pesquisas etnográficas têm mostrado que 70 a 90 % dos episódios de enfermidades são tratados inicialmente, e algumas vezes de modo exclusivo, no contexto da família. O autor chama a atenção de que os médicos, principalmente, encontram-se tão imersos nesta ‘reliquia arcaica’ (referindo-se à prática de isolar o cliente de seu meio) que têm devotado pouca atenção à *illness*, o mais básico de todos os processos de cuidado à saúde.

Embora Kleinman tenha incluído a enfermagem como uma das profissões que desempenham atividades no campo profissional, não imprime relevância ao seu desempenho, centrando seu modelo na prática médica e, particularmente, na prática psiquiátrica. Helman (1994), no entanto, aponta que em termos de relações de poder na provisão de assistência à saúde, a esfera de ação da enfermeira está separada, mas ainda subordinada à esfera da ação do médico, seguindo o mesmo modelo. Tal entendimento também é adotado por Tishelman (1993) e Tishelman, Taube e Sachs (1991), quando argumentam que a alternativa profissional é vista como um sistema sócio-cultural com valores, normas e perspectivas relativamente comuns e que isto “proporciona uma estrutura dentro da qual a perspectiva da enfermeira também pode ser examinada em termos de influências, limites e possibilidades” (TISHELMAN, 1993, p.33, tradução nossa). Muitas vezes, no entanto, os profissionais, na relação terapêutica, ‘apropriam-se’ do saber dos clientes ou das famílias apenas com o intuito de substituí-lo pelos padrões de conhecimentos e práticas da biomedicina. A teórica de enfermagem Madeleine Leininger, embora enfatize o papel da enfermagem em aproximar o setor de cuidado popular ao setor de cuidado profissional não aprofunda a maneira como se dá este movimento na prática, e não enfatiza as relações de poder que ali se instalam (BOEHS, 2001; MONTICELLI, 1994).

O setor **popular**, embora considerado por Kleinman como não profissional e não burocrático, envolve os ‘especialistas da cura’. Por não serem profissionais oficiais do sistema de saúde, encontram-se geralmente à margem do mesmo, constituindo-se em alternativas de tratamento que ocupam posição intermediária entre o familiar e o profissional. Neste subsistema encontram-se as benzedadeiras, os curandeiros, os shamans, as parteiras, os rezadores, os especialistas em ervas, dentre outros, quase sempre considerados como “especialistas não institucionalizados” (KLEINMAN, 1988, p.261, tradução nossa).

Os ‘especialistas’, geralmente, compartilham valores culturais básicos e também visões de mundo similares aos das comunidades em que vivem. Esta inserção cultural inclui crenças sobre a causa, o significado, o diagnóstico e o tratamento dos problema de saúde. Nas comunidades em que a origem dos problemas de saúde são atribuídas a forças sociais, ou mesmo sobrenaturais, por exemplo, os ‘especialistas’ comungam muitas vezes a mesma visão e têm poderes que são compartilhados pelos membros da comunidade, onde a eficácia simbólica tem lugar extremamente marcado, sendo os resultados explicitamente visíveis (MONTICELLI, 1997). Em muitas realidades, são reconhecidos pelo grupo como desempenhando papéis de cura e possuidores de conhecimento especializado sobre algum aspecto da saúde. A arena popular de atenção à saúde é um campo extremamente dinâmico e heterogêneo (LANGDON, 1994).

O setor **familiar**, terceiro componente do sistema de cuidado à saúde, aparece como central no modelo de Kleinman. Segundo o autor, embora seja o setor mais presente na sociedade, é o menos estudado e o mais pobremente entendido. Neste nível estão os indivíduos, as famílias, a rede social e as crenças e valores que permeiam a cultura popular. São todas as alternativas de que os indivíduos e as famílias dispõem e que têm a característica de não serem pagas. São consideradas práticas não profissionais, não especializadas, que acontecem na arena cultural popular, onde os problemas de saúde são inicialmente definidos e onde se iniciam as atividades de cuidado. As escolhas estão firmemente ancoradas nos processos cognitivos e nas orientações culturais. O campo familiar “interage com cada um dos outros setores, mas retorna a ele para decidir se o percurso terapêutico será seguido ou não” (KLEINMAN, 1980, p.51, tradução nossa).

Dentre as alternativas apresentadas por este subsistema encontram-se a auto-medicação, o conselho ou tratamento recomendado por algum parente, amigo, vizinho ou colega de trabalho, as alternativas de assistência mútua em igrejas, grupos de auto-ajuda, consulta a farmacêuticos ou mesmo a consulta a outra pessoa leiga que tenha experiência específica em cada desordem particular, ou no tratamento de determinado estado físico.

A família, em muitas culturas, é o principal agente do sistema de cuidado. As mulheres, principalmente as mais idosas, consideradas mais experientes nas questões do cuidado, exercem influências poderosas em todo o decurso do processo saúde-doença vivenciado pelos membros da própria família, ou por outras famílias da comunidade. Kleinman (1988) enfatiza que a família é considerada como o “locus” da responsabilidade pela tomada de decisões terapêuticas. Todavia, poucos profissionais de saúde, em culturas ocidentais, adquirem conhecimento sistemático sobre o contexto familiar do cuidado e ainda

pouco se tem trabalhado para avaliar como a experiência da *illness* vivida pelo cliente afeta e é afetada pela unidade familiar.

Dentre as exceções, destaco o estudo de Elsen (1984), que foi desenvolvido para investigar os conceitos de saúde e doença entre famílias de uma comunidade pesqueira do sul do Brasil. Os resultados indicaram, dentre outros, que as famílias possuem modelos de cuidado em saúde que são profundamente enraizados em suas culturas. Estes modelos contribuem imensamente para as que as famílias avaliem o *status* de saúde de seus membros, para que selecionem as condutas preventivas e para que decidam sobre os tipos de ajuda e tratamentos necessários.

É de suma importância compreender que estes setores abordados por Kleinman não são estanques e nem compartimentalizados. Tanto interpenetram-se de maneira incessante, quanto mantém relações de aproximação e distanciamento com os macroprocessos socioculturais. Do mesmo modo, nenhum deles, isoladamente, é identificado como fonte última de significação das afirmações proferidas por quem o procura. Tampouco qualquer um deles pode ser avaliado como “o” conhecimento autêntico sobre os eventos que envolvem o processo saúde-doença. Dentro do torvelinho de referências e contra-referências que se encontra envolvido na costura dos modelos, há que se considerar também as experiências, as trajetórias e os projetos, tanto familiares quanto individuais, formulados e elaborados dentro de um amplo campo de possibilidades (RABELO, ALVES, SOUZA, 1999; VELHO, 1999).

Uchôa et al. (1997) consideram que o modelo proposto por Kleinman torna possível aos pesquisadores familiarizarem-se com os diversos modelos explanatórios que prevalecem entre os membros de algum grupo específico, para avaliar as lacunas entre eles e o modelo biomédico, e para planejar intervenções sociais e culturais de maneira apropriada – “um ponto dramaticamente vital para o sucesso de qualquer programa de saúde” (UCHÔA et al., 1997, p. 145). Uchôa e Vidal (1994) adicionam que a grande contribuição de tais modelos, enquanto ‘instrumentos analíticos’ é que os mesmos permitem abordar sistematicamente, e em seus aspectos plural e dinâmico, o conjunto de crenças, valores, normas e condutas predominantes no campo da saúde.

O estudo de modelos explicativos empregados por diferentes categorias de pessoas (profissionais, doentes, famílias e outros)-permite uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, o exame da interação entre eles e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre modelos culturais e modelos médicos durante as atividades clínica, educativa ou de pesquisa (UCHÔA; VIDAL, 1994, p.501. Grifo nosso).

Na área da enfermagem, Leininger (1991, 1997a, 1999) designa o cuidado como conceito central para a profissão, considerado-o como a essência da enfermagem. A autora refere que os processos, as funções e as atividades de enfermagem variam de acordo com a cultura em que ela está inserida, com a visão de mundo de cada indivíduo, família ou comunidade e com a própria cultura profissional. A implementação do cuidado

impõe ao enfermeiro uma atitude consciente, um esforço deliberado de utilização de crenças, de valores e de compreensão do estilo de vida dos indivíduos, famílias e grupos na assistência significativa a pessoas que necessitam de ajuda (GUALDA, 1998b, p.34).

No desenvolvimento de sua teoria, Leininger identificou dois tipos de cuidado, aos quais denominou cuidado genérico (ou popular) e cuidado profissional. O cuidado genérico diz respeito às ações que estão incrustadas na perspectiva 'folk', familiar, naturalística ou popular e que são usadas e creditadas pelas culturas, sendo práticas de cuidados primários básicos. É a forma de expressão de cuidado humano mais antiga e precede o cuidado profissional. O cuidado profissional, por outro lado, se refere a tudo aquilo que é aprendido e praticado pelas enfermeiras e que é produto da formação em escolas de enfermagem, sendo amplamente usado no contexto clínico da profissão. Na visão de Leininger (1991), a enfermeira deveria fazer a aproximação entre os 'dois mundos': o do cuidado popular e o do cuidado profissional.

A autora chama a atenção de que ambos existem em todas as culturas humanas, mas o cuidado genérico ainda precisa ser descoberto e integrado ao cuidado de saúde profissional, a fim de que possa haver a provisão da congruência cultural e das práticas de cuidado efetivas e eficientes para a promoção do cuidado de enfermagem de qualidade (LEININGER, 1996).

Esta abordagem é muito similar à proposta de Kleinman (1980). No entanto, Leininger realiza uma fusão entre o setor popular e o familiar, preferindo denominá-lo de cuidado genérico, uma vez que ele conjuga a perspectiva dos 'especialistas', da família e de sua rede social. Ambos não são transmitidos em instituições formais de ensino.

Outra abordagem imprescindível sobre o setor não profissional é a empreendida por Elsen (2002), em que a autora, ao refletir sobre as relações entre o cuidado e a vida do grupo familiar como tal, realiza sistematização conceitual, trazendo à tona e aprofundando o conceito de "cuidado familiar". Nesta abordagem, a autora argumenta que este cuidado pode ser reconhecido através de vários atributos, dentre os quais destaca a "presença, inclusão, promoção da vida e bem-estar, proteção e orientação para a vida" (ELSEN, 2002, p.17).

Como qualquer estudo que ajuda a 'fazer a diferença' e que tem 'peso' nos meios acadêmicos, o trabalho de Kleinman tem sido alvo de outros olhares, principalmente dos

pensadores da antropologia crítica. Pappas (1990), por exemplo, mesmo reconhecendo que Kleinman faz ricas descrições das interações entre profissionais e clientes, afiliando explícitas estratégias de competição, conflitos e interesses entre cuidadores e clientes, argumenta que a questão do poder repousa fora da interação profissional-cliente, sendo mesmo o “poder visto como exterior e, algumas vezes, como um aspecto negativo da interação” (PAPPAS, 1990, p.201, tradução nossa). Concordando com as críticas de Pappas e procurando aprofundar seus argumentos, Boehs (2001) analisa os movimentos de aproximação e distanciamento entre os setores de cuidado profissional e familiar em um hospital infantil, e argumenta que naquele espaço de convivência institucional, o dispositivo de poder e a disciplina, que implica em vigilância e controle, não acontece de modo unilateral; ora o poder está com a família, ora com a equipe de enfermagem.

Rubel e Hass (1990) e Lock e Scheper-Hughes (1990) dizem que a proposta de Kleinman é frágil quanto ao modo pelo qual os modelos explanatórios são compartilhados e ressaltam que a mesma não deixa clara a ligação entre a experiência de estar doente e o contexto social mais amplo. Neste mesmo sentido, Young (1982; 1993) argumenta que o autor não ignora, mas é pouco específico quanto às forças sociais na produção da *illness* e da *disease*.

Tanto Young (1982) quanto Williams e Healy (2001), críticos de Kleinman em épocas distintas, enfatizam que seu “Explanatory Model” é de algum modo pouco permeável a mudanças e algo fixos em relação a considerar dentro de seus próprios contornos, lugares para outros conhecimentos. Em razão disto, propõem outros modelos que, no entendimento destes autores, daria maior ‘fluidez’ ao conceito, além de permitir a exploração, dentro de si, de diferentes tipos de conhecimentos médicos que aparecem nas declarações das pessoas. Young, por exemplo, constrói um esquema interpretativo similar ao de Kleinman, utilizando-se para isso dos conceitos de “protótipos” e “cadeias complexas”, enquanto Williams e Healy adotam outro conceito, denominando-o de “mapa exploratório” (“exploratory map”), que em seu entender seria mais ‘intercambiável’. Em minha análise, os autores acabam dando uma nova roupagem ao modelo de Kleinman, sem no entanto avançar de modo tão significativo, embora consigam contextualizá-lo melhor em termos de associação com fatores macrossociais. Parece-me que o mais importante ao utilizar o referencial do autor é manter o horizonte em sintonia com os princípios geertzianos do ‘modelo de’ e ‘modelo para a realidade, além de se atentar para o pressuposto evidenciado por Pappas (1990) de que toda relação é uma relação de poder, e o colocado por Jordan (1993), de que diferentes conhecimentos ‘autoritativos’ vigoram em diferentes cenários clínicos.

Outras críticas a Kleinman envolvem a compreensão de que o seu “processo clínico é uma maneira para que os indivíduos se adaptem ao invés de negociarem” modelos explanatórios (Young, 1982, p.265, tradução e grifos nossos). Segundo este autor, muitas vezes estes modelos se aproximam mais de características de ‘modelos adaptativos’. Tal pressuposto também é adotado por Boehs (2001), levando em consideração não apenas os trabalhos de Kleinman, mas também a teoria de Leininger (1991), pois com base em pesquisas que utilizaram esta teoria de enfermagem, inferiu que “mesmo quando o profissional assume uma postura para conhecer a cultura do cliente, este apenas acomoda, havendo pouca margem para a negociação de cuidado” (BOEHS, 2001, p.246).

Ainda que outras colaborações estejam sendo adicionadas ao empreendimento de Kleinman, os autores, indistintamente, reconhecem o valor de sua construção científica. Good (1997) frisa que os estudos desenvolvidos e publicados por Kleinman estimularam tanto o surgimento da abordagem interpretativa quanto da abordagem crítica na área da antropologia da saúde. A primeira, privilegiando as explicações da doença a partir do seu entendimento como uma *experiência* e sua compreensão no campo simbólico e a segunda trazendo à discussão as questões de poder e seus desdobramentos no campo da saúde.

Young (1982), mesmo sendo representante de outra escola de pensamento dentro da antropologia da saúde, refere que o modelo explanatório original de Kleinman e seus seguidores congrega várias vantagens no campo da antropologia da saúde. Dentre elas destaca-se a importância *analítica* do mesmo, considerando-o como um instrumento para o estudo dos processos de cura e das transações clínicas entre os pacientes e os profissionais; a importância *pedagógica* do modelo explanatório, como referencial para ensinar aos profissionais sobre os significados da *illness* e as limitações do modelo biomédico para a prática clínica e a importância *clínica* que o modelo possui, como um instrumento para determinar as prioridades e os interesses dos pacientes, para explorar os problemas de desentendimentos, as alianças de negociações terapêuticas entre profissionais e clientes e para escolher e avaliar tratamentos e métodos que conduzam aos resultados terapêuticos

É necessário esclarecer que para elucidar qualquer um dos modelos explanatórios que coexistem, coabitam, e por vezes competem no meio urbano, há a necessidade de compreender as noções que cada um tem acerca dos sintomas, de sua(s) etiologia(s), patofisiologia, severidade da condição, seu percurso e os tratamentos que são buscados. Além disso, é importante que os profissionais de saúde esclareçam como e por que as escolhas são feitas entre várias alternativas.

Não há como negar a existência de diferentes redes terapêuticas. As pesquisas na área vêm revelando que os aconselhamentos e os tratamentos se dão ao longo das conexões da rede, iniciando pelos conselhos da família, dos vizinhos, e passando aos “especialistas populares” ou à rede oficial de saúde. Recebida as recomendações dos profissionais de saúde, estas podem ainda retornar a serem discutidas ou avaliadas por outras partes da rede do cliente, à luz de seu conhecimento e experiência. Assim, as pessoas que procuram assistência à saúde escolhem não apenas entre diferentes tipos de setores (profissional, familiar ou popular), mas também entre os diagnósticos e as recomendações que fazem sentido para elas e as que não fazem. No último caso, o resultado pode ser de ‘não-adesão’ ao tratamento, ou a transferência para outro segmento da rede terapêutica.

A utilização dos conceitos propostos por Kleinman, bem como a rede de informações e de práticas instaladas em cada um dos setores de cuidado à saúde propostas por ele são referenciais iluminadores para o desempenho dos profissionais de saúde em qualquer lugar em que estes se encontrem como cuidadores, no jogo de relações que são estabelecidas com quem necessita de cuidado. São dimensões que enriquecem as relações, fortalecem os laços de confiança, reduzem o etnocentrismo e colaboram para que os conflitos sejam dirimidos. Good (1997) esclarece que cada prática terapêutica é mais do que tudo, interpretativa, e demanda contínua tradução, decodificação e negociação entre os diferentes sistemas. Isto envolve interação cognitiva, afetiva e fatores experienciais no universo das relações sociais e das configurações culturais.

Incorporar estes elementos na prática da profissão implica, no entanto, em reconhecer que a cultura, como uma rede de símbolos e significados elaborada pelos seres humanos é pública, compartilhada, aprendida, lógica e dinâmica. Não se apresenta apenas como ‘costumes’, ‘imitações’, ‘feixe de hábitos’, ‘tradições’ ou ‘fruto de sociedades primitivas’. Ao contrário, é imperativo considerar a cultura como sendo ativa e participativa - portanto estimulante e não redutora. A cultura abrange estruturas e significados através dos quais os seres humanos do nosso tempo dão forma às experiências vivenciadas e encontram sentido na experiência. Através da cultura, os seres humanos comunicam, interagem, e desenvolvem seus conhecimentos e suas atividades em relação à vida (MONTICELLI, 1997).

As diversas redes terapêuticas utilizadas em diferentes cenários e situações de saúde-doença precisam ser vislumbradas pelos profissionais, não apenas no sentido de perceber que elas existem ou estão lá, do lado de fora do posto de saúde, do hospital, do consultório, como se fossem excentricidades que de modo algum interferem no ‘poderoso’, ‘científico’ e ‘comprovado’ modelo oficial de saúde. É necessário que tais redes façam sentido para a

ciência e que contribuam para nos ajudar a pensar e a fazer o cuidado terapêutico do lado de cá, pois segundo Teixeira (1997), nelas se encontram o dinamismo do processo saúde-doença bem como as conexões estabelecidas para a manutenção da vida.

Como afirmei anteriormente, a inter-relação destes conceitos (mais do que a distinção entre eles) tem fornecido suporte para muitos trabalhos na área de Antropologia da Saúde, principalmente nos Estados Unidos e na Inglaterra. Essa abordagem vem sendo utilizada para compreender os modelos explanatórios da cultura familiar e, de algum modo, também da cultura profissional. Os termos referem-se, metodologicamente, aos contrastes entre dois mundos culturais que se encontram quando os clientes interagem com os profissionais de saúde. Pelto e Pelto (1990) esclarecem, no entanto, que grande parte da pesquisa em antropologia médica dos anos 80 para cá, focaliza-se nas situações de pluralismo cultural, nas quais várias culturas convivem num mesmo espaço, principalmente na cultura de saúde cosmopolita, onde as informações, as crenças, os hábitos e os comportamentos relacionados ao processo saúde-doença modificam-se continuamente, levando à diversidade de práticas em saúde.

Considerando este contexto, Chrisman e Johnson (1990), antropólogos médicos americanos, têm desenvolvido conteúdos culturais nas escolas oficiais de medicina dos Estados Unidos. Para eles, o objetivo a ser alcançado com o empreendimento pedagógico, é fornecer subsídios para que os 'clínicos' sejam capazes de reconhecer as múltiplas maneiras de experienciar e explicar a doença e ressaltar as implicações deste reconhecimento para os processos de cuidado e cura. Além disto, os autores enfatizam a importância de que os médicos reconheçam que suas maneiras de olhar a doença e intervir sobre ela não são, necessariamente, o único caminho a ser perseguido. A contribuição antropológica, dizem eles, "não é simplesmente estabelecer o contraste em mundos diferentes, mas ser capaz de pontuar as diferentes crenças sobre o processo saúde-doença, como uma propriedade fundamental da cultura" (CHRISMAN; JOHNSON, 1990, p.110, tradução nossa). Além disso, os antropólogos aludem que este conjunto de crenças influenciam a conduta, tanto dos pacientes, quanto dos próprios profissionais.

Uma das conseqüências da introdução da pesquisa e do ensino de antropologia em 'cenários médicos', é que os mesmos têm sido capazes de incorporar a antropologia na prática, enquanto respeitam a orientação e os princípios clínicos. A base cultural contribui para que os médicos possam traduzir outras perspectivas, capacitando-os a usarem *insights* antropológicos. Rhodes (1990) diz que freqüentemente estes *insights* têm que ser postos em

prática, levando à negociação de perspectivas (dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde).

Para Kleinman e seus seguidores, a palavra *negociação* é essencial quando há o encontro de diferentes redes terapêuticas ou modelos explanatórios. Em qualquer encontro clínico entre cuidadores de saúde e clientes deverá haver estratégias que viabilizem a elucidação dos modelos adotados. Tal processo reveste-se em importante passo para que os profissionais “engajem-se nas verdades do cliente, para que se previnam discrepâncias na avaliação dos resultados terapêuticos, para promover a concordância ou diminuir as distâncias entre experiências diversas e para reduzir as insatisfações dos clientes” (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978, p.257, tradução nossa).

Kleinman (1988) propõem algumas estratégias (passos práticos) que contribuem para que o profissional possa fazer mediações entre o modelo familiar e o biomédico. O primeiro passo é entender os modelos do cliente e de sua família. É importante considerar que as declarações freqüentemente contém contradições, pois os modelos explanatórios não são meramente representações cognitivas; eles estão profundamente enraizados em tumultos emocionais que fazem parte da experiência de estar naquela condição de saúde-doença.

O próximo passo é apresentar ao cliente e à sua família o modelo do profissional. Quando esta explicação é feita, o profissional tem a grande vantagem de colaborar com informações acuradas para o cliente e sua família que podem contribuir para o processo terapêutico. Assim, o profissional interpreta as queixas, os sintomas e os sentimentos trazidos inicialmente pelo cliente, mas experimenta um exercício de partilha do seu saber com as experiências daquele que busca ajuda, e sua interpretação tanto é influenciada pelo cliente como influencia a experiência. As perguntas feitas pelo profissional modelam a queixa, os sintomas e os sentimentos, visando a identificação de um caminho terapêutico (CAPRARA ; SILVA FRANCO, 1999).

O terceiro passo é engajar o cliente e sua família em uma negociação efetiva. O processo de negociação verdadeiramente genuíno necessita que, no mínimo, o profissional tenha profundo respeito pelos pontos de vista do cliente/família. Neste passo é imprescindível a ação colaborativa em que o conhecimento autoritativo seja mais importante do que o conhecimento autoritário. É importante utilizarem-se práticas sensíveis à incorporação de várias fontes de conhecimento, de forma a possibilitar ao profissional o conhecimento baseado não somente na autoridade proveniente da ciência, mas uma nova concepção de conhecimento profissional articulado a uma postura “daquele que identifica sua condição de

paciente, cliente, usuário, um saber decorrente da prática ou da experiência” (CAPRARA; SILVA FRANCO, 1999, p.652).

A dimensão final do paradigma do modelo explanatório, segundo Kleinman (1988, p.243, tradução nossa), é a “oportunidade que todo este processo representa para a interpretação auto-reflexiva dos interesses, das influências e das emoções que estão implícitas no próprio modelo adotado pelo profissional”. Esta deveria ser a prática de rotina em todas as interações entre profissionais e clientes.

Apesar de serem práticas promissoras, estes referenciais ainda constituem-se em pequenas rajadas de ventos inovadores, se considerarmos a formação acadêmica e o efetivo desempenho profissional em nível mundial e brasileiro, de modo particular. Para assumir estes conceitos como paradigmas analíticos apropriados para pensar e agir profissionalmente, há a necessidade de incorporar o conceito de cultura, como um dos conceitos imprescindíveis da prática em saúde. Implica em reconhecer que há, na vivência do processo saúde-doença, diversas alternativas de assistência, múltiplos itinerários terapêuticos e (ainda) o imenso limbo cognitivo a separar *disease* e *illness*, quando se trata das relações que se estabelecem entre profissionais e clientes.

É importante expor ainda que a utilização dos conceitos provenientes do referencial da Antropologia da Saúde se situa sempre na perspectiva analítica de inter-relação e não de entidades separadas, pois entendo que são construções históricas e culturais. De igual importância é a pressuposição teórica que tenho de que o **nascimento não é doença** (*disease*), conforme vem sendo considerado e abordado pelo conhecimento profissional hegemônico<sup>10</sup>; e ainda que as pessoas e famílias estejam passando pelo mesmo evento do nascimento ou pelas mesmas anormalidades orgânicas e funcionais que possam estar envolvidas no processo de nascer, as experiências ocorrem de forma totalmente diversa. Com base nestes pressupostos é que utilizo os conceitos para refletir sobre o período do puerpério vivenciado pelas famílias dentro da instituição e as relações com o setor profissional. Assim, penso que para analisar o nascimento e o pós-parto, bem como para analisar ‘a doença’ (à exemplo das construções teóricas da Antropologia Médica), faz-se necessário uma “etnografia da experiência”, que inclua obrigatoriamente a *illness* (KLEINMAN, 1995; GOOD, 1997), já que o **nascimento**

---

<sup>10</sup> Veja-se por exemplo como a mulher que vivencia o puerpério é considerada do ponto de vista biomédico, em um dos livros-textos mais utilizados na formação dos profissionais de saúde: “são poucas as pacientes que não têm alguma queixa (...). Na maioria das vezes as lamúrias carecem de importância clínica, e devem-se à sensibilidade exacerbada da puérpera, pelo comum em fase de readaptação, indormida, e com ele permanentemente preocupada. Refletem-se os conflitos anímicos na forma pela qual a paciente encara os eventos do puerpério. Atitude peculiar e sem dúvida responsável por muitos tabus que rodeiam o ‘resguardo’” (REZENDE, 1982, p.357).

também é experiência. Creio que deste modo, colabora-se para o entendimento da construção sócio-cultural do nascimento e de suas fases constituintes, de modo mais genérico (*sickness*).

## 2.2 O LUGAR DE ONDE SE FALA – A REALIDADE CLÍNICA

As práticas e os saberes exercidos com finalidades terapêuticas são ‘práticas clínicas’, como referem os estudiosos da Antropologia da Saúde. E por serem práticas clínicas, os modos de atuação que ali se alojam são considerados como constituindo determinada *realidade cultural*, onde o poder profissional é dominante. A esta situação Arthur Kleinman denominou de *realidade clínica*, um termo usado para “designar os contextos socialmente constituídos que influenciam os processos terapêuticos e o cuidado clínico” (KLEINMAN, 1980, p.41, tradução nossa). Tal realidade é mediada pela realidade simbólica que inclui a linguagem, os sistemas de significados, as normas e os poderes que se estabelecem na vigência do processo terapêutico.

Assim, é necessário perceber este contexto como *construção cultural*, ou seja, o modo de olhar e de agir engendrado numa intrincada rede de símbolos e significados que se sustenta na racionalidade biomédica. Esta racionalidade possui determinado modo de se relacionar com seu objeto, traduzindo-se num *poder* dominante na arena da saúde. Muitas vezes, os profissionais médicos ou de enfermagem têm dificuldades para entender que o seu saber é um saber próprio desta racionalidade e que ele *também* é um saber cultural.

Ao analisar o processo através do qual a biomedicina constrói o seu objeto, o antropólogo Byron Good argumenta que “a medicina formula o corpo e a doença de uma maneira culturalmente distinta” (GOOD, 1997, p.65, tradução nossa) e que isto envolve a construção de um mundo distinto de *experiência*, abordagem também compartilhada por Davis-Floyd e Sargent (1997).

Já na formação profissional, por exemplo, os noviços aprendem que entrar no mundo da medicina – fortemente centrado no ambiente hospitalar – não é somente aprender a linguagem e a base do conhecimento biológico, mas aprender as *práticas* fundamentais através das quais os praticantes se comprometem e formulam a realidade de um modo especificamente “médico”. Neste modo de enculturação, incluem-se formas especializadas de perceber o corpo humano como um ‘corpo’ médico e como o lugar do ‘conhecimento’ médico. A educação médica autoriza as práticas clínicas e seus objetos e, ao mesmo tempo, “estas práticas constroem os objetos de atenção médica e reproduzem as relações de poder nas quais elas estão embutidas” (GOOD, 1997, p.83, tradução nossa). Neste contexto, a doença é

encarada como residindo em um corpo individual e a sua história é buscada a partir do projeto médico, vale dizer, sem a presença do cliente, como um ‘agente personalizado’, como alguém que vive o seu drama com visões, crenças, sentimentos, motivações e tempos diferentes daqueles do conhecimento e da prática médicas (LOCK, SCHEPER-HUGHES, 1990; WAGNER, 1997). E isto é particularmente importante, tomando-se em consideração o nascimento como processo ‘medicalizado’ ou ‘a ser medicalizado’. Good (1997) sustenta que, em algumas áreas, a condição objetiva do corpo tem servido muito bem à medicina. Para outros processos aos quais a medicina assiste – nascimento ou doenças crônicas, por exemplo – a abstração de um mundo de objetos físicos tem levado a uma forma racional, mas altamente distorcida da prática clínica. Aí, principalmente, diz o antropólogo, o conhecimento objetivo do corpo humano e da doença **não é possível** de ser separado da experiência subjetiva.

Mattingly (1998) argumenta que esta racionalidade de saberes e práticas também se reflete, de modo geral e histórico, na construção da cultura das outras profissões da saúde. Embora existam outros saberes e outras práticas frequentemente adotados na *performance* das práticas clínicas, “os valores médicos e a estrutura autoritária são poderosos e são, de certa maneira, internalizados pelos terapeutas” (MATTINGLY, 1998, p. 148, tradução nossa).

Alguns profissionais de saúde valorizam suas práticas e suas capacidades imaginativas para ligar suas intervenções à vida de seus pacientes, mas porque quase não há este tipo de linguagem dentro do discurso médico e porque isto não é uma parte ‘reembolsável’ do tratamento, os aspectos fenomenológicos do mesmo são muitas vezes negligenciados e colocados em prática quase furtivamente. Estas atenções à *illness* (como experiência) constituem prática *underground* para muitos profissionais de saúde, principalmente os não médicos (MATTINGLY, 1998).

Os estabelecimentos sociais e, em especial, as instituições hospitalares, são organizações complexas que envolvem a questão de poderes algumas vezes oculta na racionalidade organizacional que embebe os saberes e as práticas dos profissionais.

Carapinheiro (1998) refere que o hospital não é só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos (e para nossos propósitos, também é neste lugar que a instituição-maternidade está apoiada), mas simboliza, igualmente, o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Ao se prescrutar as ‘câmaras vitais’ dos hospitais, diz Carapinheiro (1998), estudam-se os profissionais, mas também se estudam os doentes. Para ambos, descobrem-se os conteúdos dos saberes, os seus referentes simbólicos e os sentidos das suas práticas sociais, que tornam

possível compreender porque é que a realidade clínica se compõem de realidades culturais tão diversas.

Sendo uma “instituição total”, na acepção de Goffman (1999, p. 20), no hospital “desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração”. Como uma organização complexa, a instituição se distingue pelo seu caráter envolvente ou totalizante, sintetizado na barreira ao intercâmbio social com o mundo exterior.

Goffman (1999), em seu estudo clássico sobre a condição social dos indivíduos em hospitais psiquiátricos, prisões e conventos, traça minuciosa sociologia dos aspectos formais da vida institucional, onde as relações de poder estão perpassadas desde o processo de admissão em que se observam as formalidades de chegada ao hospital e ao setor de internação, o despojamento das roupas e valores pessoais, a atribuição de uma cama e a obrigatoriedade de ocupá-la imediatamente; passando pela ‘fase de internado’, onde se vêem despontar situações de reclusão, cujas modalidades “são explícita e minuciosamente reguladas”; até o momento da alta institucional, quando as ações rituais explicitam que o indivíduo já pode ser “liberado” das regras e normas e ser então reconduzido ao ‘ambiente de fora’.

De outra parte, os estudos do autor também revelam, em seus interstícios, alguns domínios informais da vida da “instituição total”, mostrando que os internados utilizam-se de dispositivos conhecidos como ‘expedientes’, ‘zonas francas’, ‘territórios reservados’, dentre outros, cujos propósitos são reveladores de práticas ‘clandestinas’, compostas não só do que a instituição oficialmente espera que eles façam no seu cotidiano, mas também do que não está arregimentado pela instituição e que os indivíduos exploram para humanizar o ambiente e preservar o seu ‘eu individual’ face à imposição do ‘eu institucional’. Segundo Carapineiro (1998) e Boehs (2001), isto aponta para a importância da dimensão informal que ocorre na organização hospitalar, mostrando que este tipo de instituição organiza-se segundo múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder, ainda que o poder profissional seja o dominante. De acordo com Carapineiro (1998), há uma hierarquia de saberes que vai desde o saber ‘central’ dos médicos ao saber ‘periférico’ dos enfermeiros e ao saber ‘profano’ dos indivíduos internados.

### **2.3 A NARRATIVA NA PRÁTICA CLÍNICA**

Na atualidade, os estudos antropológicos têm revelado a narrativa como um evento social e não mais como um texto fixo. Nesta forma de expressão e de criação, Langdon (1999)

refere que a narrativa estabelece o paradigma de como entender o presente. Assim como o rito – segundo a definição de Geertz (1989) – desempenha a expressão simbólica que fornece um modelo ‘de e para’ o mundo, o antropólogo, ao interpretar o contexto narrativo como um evento social, procura alcançar os conteúdos e os sentidos sociais da experiência. “É preciso levar em conta a experiência singular (ligada à dimensão coletiva e social) e o significado dado a essa experiência por sujeitos singulares” (MALUF, 1999, p.71). Neste contexto torna-se fundamental entender também a produção das narrativas como parte da cultura expressiva, “como expressões vivas que envolvem drama, criatividade e poética” (LANGDON, 1999, p.20).

Na concepção de Good (1997), a narrativa é o processo no qual a experiência é retratada e recontada, onde os eventos são rerepresentados tendo uma ordem significativa e coerente e onde as atividades e os eventos são descritos em associação com as experiências vivenciadas, assim como os significados que fazem sentido para as pessoas envolvidas (seja para o narrador ou para a audiência presente). Porém, a experiência sempre excede sua própria descrição. Ela é, em essência, sensual e afetiva, e excede objetificação nas formas simbólicas. Quando alguém (um cliente, por exemplo) narra uma determinada experiência, novas questões sempre são elucidadas e estas novas questões trazem outras reflexões sobre as experiências anteriores, fazendo com que o sujeito se renove e renove também a sua inserção no mundo. O que era um ‘modelo de’ é transformado num ‘modelo para’. É neste sentido que se pode dizer que a narrativa reconstrói a experiência (BRUNER, 1987; GOOD, 1997).

A narrativa também apresenta-se como modo de pensamento que é usado quando queremos entender eventos concretos que requerem a conexão do mundo interno dos desejos e motivações, com o mundo externo das ações observáveis e das ocupações humanas. “A narrativa oferece o que seja talvez nosso modo mais fundamental de entender a experiência” (MATTINGLY; GARRO, 1994, p.771, tradução nossa). Mattingly (1994) afirma que a narrativa oferece a possibilidade de compreender a vida no tempo, de obter o sentido de como as nossas ações e as ações dos outros ajudaram a modelar nossa própria história e em quem estamos nos tornando, em decorrência de onde estivemos. Ela proporciona um poderoso meio para comunicar e dar significado à experiência. Criar narrativas é sempre um processo ativo e construtivo, já que elas não são limitadas à reconstruções do passado, mas são usadas para expressar a situação de alguém que vivencia alguma desordem (no presente), podendo também antecipar o futuro.

Good (1997) e Garro (1994) referem que o contexto sócio-cultural informa e forma narrativas. Numa situação de saúde-doença, por exemplo, as reflexões sobre os papéis sociais,

as prováveis causas das desordens, as avaliações dos modos alternativos de responder à *illness* e os comentários morais estão entre aqueles aspectos que podem ser incluídos no contexto sócio-cultural da narrativa. Neste sentido, os modelos explanatórios de Kleinman (1980) podem servir de base à construção e interpretação das narrativas, em qualquer contexto de saúde-doença.

Os estudos desenvolvidos no campo da antropologia médica, particularmente nas duas últimas décadas, têm abordado as narrativas com o objetivo de explorar as experiências da *illness* e os processos terapêuticos, em diferentes cenários e contextos culturais. Tais estudos mostram como as narrativas são concebidas e usadas teoricamente para entender a variedade de tópicos que são considerados importantes nos processos de saúde, cura e cuidado durante a vivência da *illness*, seja em situações agudas ou na vigência de doenças crônicas. No entanto, é sobre estas últimas que os estudiosos têm se debruçado de modo mais freqüente. É também na área médica que os estudos antropológicos são desenvolvidos, embora se perceba que começam a surgir focos investigativos, envolvendo outros profissionais da saúde e experiências com narrativas dentro de seus próprios campos de atuação e conhecimento.

A grande maioria destes trabalhos, a exemplo daqueles conduzidos por antropólogos médicos, acontecem na prática clínica. Good (1997) registra que produções deste tipo tem proporcionado relatos clínicos detalhados sobre as doenças, ultrapassando as abordagens tradicionais de “estudos de caso” e desenvolvendo formas mais elaboradas de histórias que também refletem sobre o que esta situação nos diz sobre o sofrimento e a condição humana.

As abordagens empreendidas sobre *narrativas terapêuticas* em encontros clínicos têm sido consideradas fundamentais, inclusive, para que profissionais e clientes *negociem* as experiências da *illness*, implicando com isso na negociação das ações terapêuticas a serem implementadas (GOOD, 1997; MALUF, 1999).

De acordo com Mattingly (1994), a narrativa possui um papel central no ‘mundo clínico’, não apenas porque permite relatos retrospectivos de eventos passados, mas também porque é uma forma em que os profissionais de saúde e os clientes empenham-se ativamente em ultrapassar o ‘tempo clínico’. Para Mattingly e Garro (1994), as narrativas terapêuticas oferecem uma lógica para explicar a *illness*, proporcionam metáforas para compreender a experiência e evidenciam a *illness* e o processo terapêutico dentro do ‘tempo humano’.

Para Kleinman (1988, 1995), as narrativas terapêuticas ajudam a integrar a realidade social do processo saúde-doença; mostram como o significado é criado na *illness* e como os valores culturais e as relações sociais modelam a experiência do corpo e da vida social. Cada cliente traz para o profissional uma história, diz ele,

[e] tal história envolve a doença em uma rede de significados que faz sentido somente no contexto daquela vida em particular. Mas para entender que a vida e a experiência da doença criam isto, nós devemos relacionar vida e doença ao *contexto cultural* (KLEINMAN, 1988, p.96, tradução nossa).

No entanto, Kleinman não está interessado em abordar a narrativa enquanto performance. É nas narrativas que os clientes *contam* durante as sessões terapêuticas que ele prefere buscar o significado da doença (MALUF, 1999).

Good (1997), ao explorar as narrativas acerca da epilepsia (na Turquia) ou da doença do coração (no Irã), mostra a complexidade e as incertezas dos processos sociais envolvidos na construção das experiências. Para ele, o ‘aprendizado’ de uma condição, é feito aos poucos, a partir de encontros com profissionais de saúde, de conversas com outras pessoas que apresentam sintomas similares, através da literatura popular ou mesmo da própria ‘experiência corporificada’. Com isto, o autor mostra que as pessoas aprendem a visualizar a doença através da perspectiva dos outros e das ‘próprias narrativas’. Tanto os relatos quanto as compreensões não são dadas de uma só vez, mas vão surgindo com o passar do tempo. Outra questão bastante importante trazida por Good (1997, 1977) é que, nas narrativas, nenhuma síntese é completamente finalizada. Há sempre espaço para a “produção de novos significados”.

Garro (1994) também tem demonstrado como o conhecimento cultural e os argumentos para o cuidado em saúde são enquadrados em narrativas terapêuticas, seja através de narrativas que acontecem naturalmente, ou através de entrevistas específicas.

Mas são os estudos antropológicos conduzidos por Mattingly (1998), dentro da performance narrativa, que provocam um revigorado olhar teórico à questão. A autora faz o uso mais extensivo e explícito da teoria narrativa para explorar as experiências dos clientes tratados pelas terapeutas. Na percepção de Good (1997), Mattingly constrói ampla abordagem narrativa para o contexto clínico; põe relevo ao papel dos profissionais em construir o enredo da experiência da doença e o trabalho terapêutico no qual os clientes estão engajados; e também mostra a importância das narrativas em modelar e avaliar o trabalho dos profissionais.

Khon (2000), uma profissional médica que usou a abordagem de Mattingly para investigar a performance dos profissionais de saúde no processo terapêutico com crianças portadoras de anomalias crânio-faciais, na Califórnia, assegura que o “paradigma (...) pode ser ampliado para o uso de outros profissionais dentro do contexto clínico” (KHON, 2000, p.204, tradução nossa).

O “paradigma da teoria narrativa” (MATTINGLY; GARRO, 1994, p.772) proporciona uma abordagem que permite observar: o papel da narrativa em prefigurar expectativas para o futuro; a narrativa como um instrumento social e persuasivo para conhecer os outros (e a si mesmo) acerca da proeminência de doenças particulares ou histórias de cura; e a narrativa como um caminho para compreender a experiência presente, que é fortemente marcada pelo possível, mas somente parcialmente revelado, futuro. Ao colocar em prática (provocar) um determinado enredo terapêutico, o profissional interage com os clientes de diversas formas. Os diferentes estilos e abordagens adotados para interagir com eles sugere que alguns profissionais de saúde são mais instrumentalizados para construir uma ‘trama narrativa’, e colocá-la em prática, do que outros (KOHN, 2000).

Mattingly (1998) argumenta que os clínicos (os terapeutas) tomam os episódios de ação, no desenrolar dos encontros clínicos, e os estruturam em uma trama ou enredo (*‘plot’*) para seus clientes. Assim como os historiadores usam o enredo para modelar uma série de eventos em histórias significativas para um contexto particular, os profissionais de saúde usam-no para modelar os encontros clínicos em eventos que tenham significado para os clientes, seja nos momentos terapêuticos ‘per se’, ou no contexto mais amplo de continuidade do processo terapêutico. Este processo é denominado narrativa terapêutica (*“therapeutic emplotment”*), ou seja, o modo como o profissional constrói o enredo (o *“plot”*) e envolve nele o cliente; um conceito central do paradigma da teoria narrativa que sempre pressupõem movimento, ação e desempenho, tanto do profissional quanto do cliente; vale dizer, tanto do narrador quanto da audiência.

O processo da narrativa terapêutica dá sentido de unidade e significado simbólico àquilo que poderia ser considerado como a sucessão precária de ações que ocorrem no encontro clínico. Kohn (2000) diz que este processo é inerentemente social: os profissionais encorajam os clientes (e suas famílias) a se juntar a eles para criar a narrativa significativa dentro do encontro clínico. Através da participação na narrativa terapêutica os clientes tornam-se sujeitos ativos de seus próprios cuidados ou tratamentos e, junto com os profissionais, dirigem-se à noção compartilhada do ‘imaginado futuro’: suas próprias recuperações, a perspectiva de tornarem-se melhores, em constante vir-a-ser, a aquisição de uma nova qualidade de vida, o alcance de determinado estado fisiológico ou mesmo o bem-estar físico. Nesta perspectiva, as coisas não são simplesmente feitas *para* os clientes ou seus familiares, mas eles tornam-se *atores*, ao serem encorajados a participar de suas próprias ‘recriações’. Não basta a imaginação do profissional; é imprescindível considerar a imagem que o cliente quer para si.

Esta abordagem, a meu ver, colabora não apenas na interpretação da experiência que se constrói durante a vivência de problemas crônicos de saúde, mas também nos processos de mudança fisiológicos e nos eventos transicionais da vida, como é o **evento social do nascimento**.

A narrativa não funciona apenas como uma forma de falar; ela também é percebida como um modo estético e moral que se encontra subjacente na performance (ação) clínica. Isto quer dizer que o profissional e o (s) cliente (s) não somente *dizem histórias*, mas eles as *criam*, como estruturas para as suas ações. É algo como *fazer histórias* que Mattingly (1998, p.29, tradução nossa) se refere quando fala de narrativas terapêuticas: “a relação significativa entre a narrativa e a experiência não é referencial, mas emerge na experiência da narrativa como performance”.

Ao desenvolverem a trama da narrativa, os profissionais têm a possibilidade de realizarem uma ponte negociável entre a *illness* e a *disease*, embora se reconheça que alguns momentos são mais ‘narrativos’ do que outros.

No presente estudo, as narrativas que coloquei em foco se originaram dos relatos feitos pelas famílias a respeito de suas experiências com os nascimentos (tanto aqueles que estavam em curso durante o momento da coleta de dados, quanto os nascimentos anteriores vividos pela família) ou sobre seus modelos explanatórios envolvendo distúrbios e dramas vivenciais que envolveram a puérpera e o recém-nascido durante aquele período, até as narrativas terapêuticas ocorridas entre as famílias e as trabalhadoras durante o desenrolar da prática clínica na Unidade de Alojamento Conjunto. Estas narrativas foram analisadas a partir dos relatos feitos em nível individual/pessoal (cada um dos componentes da unidade familiar ou da equipe de enfermagem) ou em nível familiar/coletivo (narrativas da família – enquanto unidade de cuidado, ou narrativas entre ‘pares’ – por exemplo, as experiências assinaladas por grupos de puérperas), e ainda aquelas decorrentes das negociações entre profissionais e clientes, diante do processo terapêutico implicado nos cuidados pós-natais e pós-parto.

#### **2.4 O CONHECIMENTO AUTORITATIVO RELACIONADO AO NASCIMENTO**

O fenômeno do nascimento, experienciado pela mulher e sua família, é muito real e profundamente afetado pelas constantes mudanças tecnológicas, políticas e sociais do mundo atual. Um foco de especial atenção, nesta situação, são os conflitos e as tensões dos sistemas

de conhecimento autoritativo<sup>11</sup> (JORDAN, 1993) que prevalecem quando se busca refletir sobre o nascimento, sobre as diferentes experiências populares em diferentes contextos locais, bem como sobre as perspectivas que profissionais e famílias adotam quando assistem ou vivenciam o processo do nascimento.

O conhecimento a respeito do nascimento admite mais do que uma percepção dos processos biológicos tais como os estágios do parto, as mudanças no corpo grávido ou esvaziado após o nascimento do bebê, ou o crescimento do feto e o desenvolvimento do recém-nascido. Quando se fala em conhecimento relacionado ao nascimento, fala-se em cuidado à saúde de modo mais amplo e multidimensional. Isto também envolve as relações com os profissionais de saúde, as escolhas das instituições para os cuidados pré-natais, natais e pós-natais, as vivências anteriores com outros nascimentos, e o entendimento de como o sistema de saúde funciona. Portanto, também envolve o conhecimento social que, no contexto atual, inclui o conhecimento dos procedimentos profissionais que ocorrem durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, além do conhecimento institucional das 'burocracias' hospitalares. As famílias preocupam-se com os aspectos pessoais de tais cuidados e com as suas 'habilidades' em agir com seus conhecimentos para acessar os cuidados profissionais institucionalizados (LAZARUS, 1997).

Os conhecimentos adotados durante a vigência do processo do nascimento provêm de modelos sobre o nascimento que são similares, em muitas instâncias, aos modelos explanatórios teorizados por Kleinman (1980). Como estes, os modelos sobre o nascimento também são freqüentemente ambíguos e inconsistentes. Como diz Lazarus (1997, p.138), "o conhecimento filtra e constrói experiências", e cada um deles é inseparável das relações e das experiências sociais. "Os seres humanos monitoram suas condutas via o conhecimento que possuem das circunstâncias de suas atividades" (GIDDENS apud LAZARUS, 1997, p.139, tradução nossa).

Aos conhecimentos que se encontram na base dos modelos (ou sistemas) relacionados ao nascimento, Jordan (1993) atribui o termo "*conhecimento autoritativo*". O conceito é mais explicitamente desenvolvido na obra "Birth in four cultures", em sua quarta edição. Tal obra tem sido amplamente responsável pelo subsequente florescimento dos estudos sobre a **antropologia do nascimento**. A autora define conhecimento autoritativo como segue:

---

<sup>11</sup> Na literatura americana, o termo usado é "*authoritative knowledge*". Por não encontrar, na literatura brasileira, nenhum outro termo que tenha tradução específica, minha opção foi a de utilizar, literalmente, o termo "conhecimento autoritativo".

(...)por alguma razão especial, existem vários sistemas de conhecimento, alguns dos quais, por consenso, vêm para ter mais peso do que outros; ou porque eles explicam o estado do mundo melhor para os propósitos a que se destinam (eficácia), ou porque eles estão associados com base de poder mais forte (superioridade estrutural), e usualmente ambos...A consequência da legitimação de um tipo de conhecimento como autoritativo é a desvalorização, muitas vezes o desprezo, de todos os outros tipos de conhecimento...A constituição do conhecimento autoritativo é processo social em andamento que constrói e reflete relações de poder dentro de uma comunidade da prática (JORDAN, 1993, p.152, tradução nossa).

Esta noção tem sido utilizada por alguns estudiosos da antropologia do nascimento como importante referencial teórico para ajudar na compreensão dos sistemas de saúde, seja em situações que utilizam tecnologias simplificadas para o processo de assistir ao nascimento (BIESELE, 1997; FIEDLER, 1997; JAMBAI, MAC CORMACK, 1997; KITZINGER, 1997; SESIA, 1997; SZUREK, 1997), em situações em que as tecnologias consideradas sofisticadas são situadas em favor do processo de nascer (BROWNER, PRESS, 1997; GEORGES, 1997; LAZARUS, 1997), ou mesmo quando se realizam estudos comparativos entre o campo especializado da biomedicina (modelo biomédico ou modelo tecnocrático – *disease*) e as práticas consideradas alternativas (modelo de partejamento ou ‘modelo holístico’ – *illness*) do nascimento (DAVIS, 1997; DAVIS-FLOYD, DAVIS, 1997; KETLER, 2000; SARGENT, BASCOPE, 1997).

O conhecimento autoritativo é aquele que faz sentido para as pessoas. Quando estas se engajam ativamente na produção e reprodução do conhecimento autoritativo, elas continuamente reforçam sua validade.

É importante compreender que para identificar um corpo de conhecimentos como autoritativo (para nós, como pesquisadores), não se trata de observar a precisão ou a exatidão daquele conhecimento, mas sim o rótulo ‘autoritativo’ nos leva a prestar atenção ao seu *status* dentro de um grupo particular e ao que este conhecimento faz na manutenção da definição da moralidade e racionalidade do grupo (JORDAN, 1993). “O poder do conhecimento autoritativo não está na sua precisão, mas naquilo que **efetivamente conta**” (JORDAN, 1997, p.58, tradução nossa).

A autoridade, sob o ponto de vista do conhecimento autoritativo, é vista como a probabilidade que definições da realidade e julgamentos de significados e valores *particulares* prevaleçam como *válidos e verdadeiros*. Assim, uma **autoridade cultural**, por exemplo, como aquela do conhecimento autoritativo dos médicos, pode residir na academia ou nos textos científicos. A autoridade pode também estar vinculada ao controle da ação. Neste sentido a autoridade implica na posse de algum *status*, qualidade ou reivindicação que compele força ou obediência (STARR apud SARGENT; BASCOPE, 1997). É em sua

capacidade como autoridades culturais que especialistas, tais como médicos, enfermeiras e parteiras fazem julgamentos do que constitui a doença, as complicações do parto, os riscos ou as intervenções a serem colocadas em prática durante o processo do nascimento (SARGENT; BASCOPE, 1997).

Jordan (1993, 1997) refere que, durante o processo do nascimento, como em qualquer outra situação social, várias “maneiras de conhecer” existem; algumas das quais possuem mais peso do que outras. Tal conhecimento autoritativo é aceito como legítimo, é socialmente sancionado e serve como fundamento para a ação.

Jambai e MacCormack (1997) dizem que quando consideramos uma série de fatores que afetam a saúde reprodutiva das mulheres, percebe-se claramente que a autoridade e a legitimidade são constantemente testadas pelas circunstâncias e negociadas em situações práticas. Na grande maioria das situações que envolvem o nascimento em todo o mundo, não existe apenas um único sistema de conhecimento autoritativo, mas vários. Os sistemas coexistem com variados graus de cooperação e conflito. As pessoas que precisam de ajuda freqüentemente se movem de um sistema para outro quando não encontram sentido para a situação.

Para Jordan (1993), a noção de interação ou de inter-relação entre pessoas que colaboram durante o nascimento é significativamente importante na construção e validade dos conhecimentos autoritativos.

O conhecimento autoritativo não é produzido simplesmente pelo acesso à tecnologia complexa ou por hierarquia abstrata; é uma maneira de “organizar as relações de poder em um espaço que as faça parecer literalmente impensáveis de qualquer outra maneira” (RAPP, 1997, p.xii, tradução nossa). Poderia-se dizer que o conhecimento adquirido nas práticas interacionais é que fundam a construção do conhecimento que ‘realmente conta’.

Jordan (1997) diz que o conhecimento autoritativo é aquele em que os participantes concordam, em uma dada situação particular; que *eles* vêm como conseqüente, oficial e legítimo e na base do qual *eles* tomam decisões e proporcionam justificativas para os cursos da ação. As práticas desenvolvidas a partir deste conhecimento informam sistematicamente o desempenho e a interação dos participantes. Em todos os grupos sociais as pessoas dão justificativas para o que elas fazem, razões do porque elas fazem o que fazem desta maneira e não de outra, ou, quando enfrentam problemas, do porque que as coisas deveriam ter sido diferentes.

A autora também esclarece que o conhecimento autoritativo *não* significa, necessariamente, o conhecimento das pessoas que estão em posição de *autoridade*. Não se

trata, portanto, de um conhecimento autoritário, e sim um conhecimento embasado nas noções de “interacionalidade” e “empoderamento” (JORDAN, 1997, p.58, tradução nossa), onde as redes sociais têm poderosa influência. As tecnologias de diversos tipos também jogam importante papel no desempenho e exposição do conhecimento autoritativo por causa de seus valores simbólicos (e, muitas vezes, de seus valores práticos), de suas associações com especialistas, suas expressões de poder e outras relações significativas entre as pessoas que estão engajadas numa comunidade prática. Mas Sargent e Bascope (1997) argumentam que, muitas vezes, o conhecimento autoritativo está envolto em posições de autoridade. Particularmente, nos casos de nascimentos cirúrgicos, as mulheres são dependentes da especialidade obstétrica e do conhecimento biomédico. Em casos de cesáreas, por exemplo, os artefatos tecnológicos do nascimento estão submersos no conhecimento autoritativo médico. Nestas e em outras situações semelhantes, as mulheres inclusive *valorizam* a medicalização do nascimento.

Jordan se refere a um tipo de conhecimento amplamente presente no mundo tecnologizado, que é o *conhecimento autoritativo hierárquico*, próprio do conhecimento biomédico. Assinala que este conhecimento, pela própria cultura nele produzida, desvaloriza os outros tipos de conhecimento, seja o das enfermeiras, das parteiras ou das mulheres que dão à luz. De outro modo, também fala em um tipo de conhecimento a que ela denomina como “*horizontal*” (JORDAN, 1993, p.167, tradução nossa) e que deveria estar na base das decisões quando isto diz respeito às intervenções em saúde. Ela sugere que haja um redesenho da ‘ecologia do parto’ e revela a preocupação vigente entre os estudiosos da área e entre alguns profissionais, que o conhecimento hierárquico não seja privilégio dos médicos (como têm sido considerado na prática clínica institucionalizada), mas que ele seja um conhecimento compartilhado. Em suas próprias palavras:

necessitamos pensar em como ultrapassar a situação em que o conhecimento autoritativo é **hierarquicamente** distribuído, para uma situação onde ele seja, por consenso, **horizontalmente** distribuído – isto é, onde todos os participantes, no parto e nascimento, contribuam para o estoque de conhecimentos na base do qual as decisões sejam tomadas (JORDAN, 1992 apud DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997, p.17, tradução e grifos nossos).

De modo correspondente, o referencial de Jordan tem sido explorado por alguns estudiosos (aprofundando-o, validando-o ou desafiando-o), sendo que todos eles apontam para esta mesma preocupação. Tais estudos reafirmam que a produção do conhecimento biomédico e a legitimação de tal conhecimento como cientificamente válido e autoritativo é, ele mesmo, um processo cultural, conforme registrei nos itens precedentes.

Os estudos sustentam que a *naturalidade persuasiva* do conhecimento autoritativo associada com a prática biomédica tem projetado o nascimento como uma condição médica, mais do que como um evento do ciclo da vida. De acordo com Renne (2000), é necessário analisar o processo através do qual esta aparente *naturalidade* do nascimento medicalizado tem se constituído; se é menos hierárquico ou mais consensual, e como os sistemas de nascimento, amplamente constituídos, devem ser ‘reconstituídos’.

Embora haja um denominador comum referente à necessidade de botar um freio no conhecimento médico sobre o nascimento, vários pesquisadores, principalmente da área da antropologia do nascimento (algumas vezes denominados ‘ativistas’ das causas das mulheres e do nascimento humanizado; além daqueles provenientes da antropologia do gênero), têm desenvolvido investigações em diferentes contextos culturais, enfatizando que não há consenso sobre o ‘monopólio’ do conhecimento autoritativo dos profissionais médicos na construção do “conhecimento experiencial” (KETLER, 2000), ou do “conhecimento incorporado” (BROWNER; PRESS, 1997) das mulheres que dão à luz.

Ao se considerarem ‘outras possibilidades’ (alternativas) à hegemonia do conhecimento médico, entretanto, é necessário observar que não se pode simplesmente transferir um contexto cultural para outro; que há diferenças entre os sistemas ‘nativos’ de conhecimento autoritativo e aqueles que são conscientemente construídos em oposição direta ao sistema biomédico; e que tampouco pode o conhecimento autoritativo relativo ao nascimento ser inteiramente recriado do passado, pois “na maior parte do mundo contemporâneo tecnologicizado, é improvável voltar-se atrás, para [a utilização de] tecnologias simples” (JORDAN, 1993, p.73, tradução nossa).

Renne (2000, p.281, tradução nossa) afirma que a produção existente sobre o conhecimento autoritativo aborda um importante ponto: “apesar dos esforços da ciência obstétrica para convencer as mulheres e seus próprios praticantes [profissionais] do contrário, não há apenas uma forma de conhecimento autoritativo sobre o nascimento”.

Ketler (2000), por exemplo, ao comparar o reflexo de dois distintos cursos de preparação para o nascimento, conduzidos por enfermeiras italianas, na produção do conhecimento autoritativo das gestantes, concluiu que o processo social ocorrido num dos cursos levava as mulheres a desafiarem o conhecimento biomédico, a partir do conhecimento experiencial de cada uma das mulheres e da troca de conhecimentos que ocorria entre elas. A legitimação do conhecimento das mulheres ocorria, em grande medida, pela situação de ‘empoderamento’ conferido a elas pela performance adotada no curso.

Davis-Floyd e Davis (1997) examinam como as parteiras americanas estão adotando a forma de conhecimento autoritativo que combina abordagens espirituais e psicológicas para o nascimento. Segundo as autoras, as parteiras 'pós-modernas' adotam modos *alternativos* de conhecimento para enfrentar a dominação do conhecimento biomédico, inclusive, incluindo oficialmente a *intuição*, como forma de conhecimento autoritativo.

Fiedler (1997), em estudo realizado em casas de parto japonesas, mostra como o meio ambiente físico e social modelam e são modelados pelo conhecimento autoritativo das parteiras e pelas experiências das mulheres. "O que constitui conhecimento autoritativo no nascimento pode ser construído interacionalmente entre a mãe e a parteira, durante o trabalho de parto" (FIEDLER, 1997, p.172, tradução nossa).

O estudo de Browner e Press (1997) buscou compreender como as mulheres utilizavam o conhecimento durante suas participações em consultas de serviços de pré-natal nos Estados Unidos. Particularmente, o objetivo era conhecer quais conselhos elas seguiam (conhecimento incorporado) e quais ignoravam. Os resultados mostraram claramente que as mulheres não consideravam as recomendações como autoritativas, simplesmente porque elas tinham sido fornecidas por profissionais, mas suas escolhas repousavam em outros conhecimentos provenientes de suas redes sociais e das experiências anteriores com nascimentos. Assim, alguns conselhos que faziam sentido eram seguidos (incorporados), enquanto outros não. Nestes últimos, o conhecimento que 'contava' estava relacionado com as experiências anteriores em família (ligado, portanto, à *illness*). As autoras admitem que as mulheres, naquele contexto, "são intérpretes ativas das informações médicas" (BROWNER; PRESS, 1997, p.126, tradução nossa), não se submetendo aleatoriamente aos preceitos culturais da *disease*.

A noção de conhecimento autoritativo utilizada nestes estudos abre possibilidades teóricas para que sejam feitas interpretações sobre as relações que ocorrem entre trabalhadoras e clientes na prática clínica, bem como sobre as perspectivas que ambos adotam durante a vivência conjunta do processo do nascimento.

## **CAPÍTULO 3 - CAMINHO METODOLÓGICO**

*“...temos que descer aos detalhes, além das etiquetas enganadoras, além dos tipos metafísicos, além das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos, dentro de cada cultura”.*

(Clifford Geertz, 1989)

---

O tema a ser explorado, o domínio de investigação a ser perscrutado e as perguntas norteadoras formuladas, levaram-me a assumir o presente estudo com abordagem qualitativa. Esta abordagem revelou-se apropriada, por viabilizar a incorporação da rede de símbolos e da intencionalidade, como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Segundo Minayo (1994), a metodologia qualitativa ajuda a compreender os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano e da vivência da pesquisadora com os sujeitos do estudo.

Uma vez que, neste empreendimento, pretendeu-se identificar e compreender as relações que se estabelecem entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias que vivenciam o pós-parto em uma unidade hospitalar de Alojamento Conjunto, bem como identificar as perspectivas ou referências que estas trabalhadoras adotam ao interagir com as famílias, durante a hospitalização, a metodologia qualitativa foi considerada a abordagem mais promissora, já que atores sociais são sujeitos da investigação.

De acordo com vários autores (BOGDAN, BIKLEN, 1982; GUBRIUM, HOLSTEIN, 1997; LEININGER, 1985b; MINAYO, 1992; TAYLOR, BOGDAN, 1984), este tipo de abordagem possui as seguintes características:

- busca desvendar os significados, as atitudes e as crenças para a compreensão de um fenômeno em especial;
- tem o ambiente natural (ou 'naturalístico') como fonte direta de dados;
- a pesquisadora é o instrumento de pesquisa mais importante;
- tende a ser mais descritiva;
- tende a ser mais indutiva, ou seja, a pesquisadora desenvolve conceitos, padrões e temas recorrentes a partir dos dados levantados;
- a pesquisadora inicia o estudo com questões abertas (vagamente formuladas) e persegue um processo de estudo flexível, estando aberta a novos questionamentos ou mudanças nos rumos investigativos;
- na investigação qualitativa há mais interesse pelo processo do que pelos resultados ou produtos;
- a pesquisadora observa os fenômenos como se eles estivessem acontecendo pela primeira vez; indaga-os extensivamente e procura não tomá-los como padrões imediatos de referência;
- a pesquisadora procura compreender os ambientes e as pessoas de modo aberto, não reduzindo-os a variáveis ou a relações de causa e efeito; mantém um permanente interesse pela 'complexidade interacional';
- a pesquisadora permanece sensível aos efeitos de sua presença junto às pessoas do estudo, procurando minimizá-los, sem contudo, ter a pretensão de eliminá-los;
- a pesquisadora busca compreender as pessoas partindo da estrutura de referência, dos valores, das crenças e das visões de mundo delas, sem no entanto, furtar-se de interpretações e 'significados-em-contexto';
- para a pesquisadora, todas as perspectivas são importantes. Ela procura pela compreensão detalhada das perspectivas das outras pessoas;
- a abordagem qualitativa é humanística. A pesquisadora preocupa-se com o que as pessoas sentem e pensam, suas frustrações e conquistas;
- a pesquisadora valida o estudo assegurando-se que as informações obtidas (os dados) representam exatamente o que as pessoas dizem e o que elas fazem, para gerar conhecimentos da vida social em foco.

### **3.1 FUNDAMENTAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO**

Tendo em vista que o presente estudo teve suas bases teóricas fundadas no campo antropológico, além de ter o propósito de compreender o universo cultural que permeia as relações entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias, em um campo de saber e fazer

específicos (Alojamento Conjunto), o **método etnográfico** foi utilizado como um amplo caminho de descoberta para compreender o fenômeno sob investigação. Reservo os próximos parágrafos para apresentar alguns princípios, características, pressupostos e conceitos que fazem parte do empreendimento etnográfico e sob os quais erigi a metodologia da pesquisa.

Na antropologia, diz Geertz (1999, p.234), o foco em comunidades naturais, grupos de pessoas que estão ligadas entre si de múltiplas maneiras, “possibilita a transformação daquilo que parece ser apenas uma coleção de material heterogêneo em uma rede de entendimentos sociais que se reforçam mutuamente”.

Para a condução do estudo etnográfico busquei ancoragem nos diversos estudiosos da antropologia, enquanto ciência da cultura, e nos ensinamentos de Madeleine Leininger sobre a ‘etnoenfermagem’, que tem, segundo a autora, orientado os profissionais na descoberta dos interesses e fenômenos centrais da enfermagem, dentro do escopo do cuidado humano (LEININGER, 1991).

De modo geral, a antropologia tem se caracterizado por ser a ciência que busca compreender a alteridade, cujo significado está em seu caráter relacional com o ‘outro’ enquanto elemento de aproximação e distanciamento. Porém, Rodrigues e Caroso (1998, p.137) advertem que, “mesmo por meio de um número sem fim de combinações, não se esgotariam os argumentos que os autores, uns em relação aos outros, apresentam para se aproximarem ou se distanciarem”.

Esta desafiante incomodidade, ao mesmo tempo que nos instiga a desvendar o desconhecido, também nos alerta que o desconhecido mesmo, nunca será totalmente desvendado. Segundo Geertz (1989), o conhecimento sistematizado não explica tudo, nem mesmo tudo o que é humano, mas ainda assim nos ajuda a compreender alguma coisa. E é este compreender ‘alguma coisa’ que a etnografia se propõe a perseguir...uma nova paisagem a ser descortinada...um novo modo de mergulhar neste “mundo (in)visível que se senta à mesa conosco todo dia para jantar” (ARIÉS apud LEITE, 1998, p.42). Ou, como refere Peirano (1995, p.28), aludindo-se à etnografia contemporânea, trata-se de “procurar ‘o outro’ perto de casa(...)”.

A etnografia, em qualquer estudo, deve ser sempre buscada como um caminho de trânsito, um momento de passagem, como uma “floresta de significantes incompletos, aberta a novas leituras e escritas de modo situacional, contextual, a expor a ‘descoberta do outro’, como uma invenção precária e de pouca duração” (LEITE, 1998, p.42).

Creio que estes argumentos são indispensáveis a quem se lança no percurso etnográfico, como sustentáculos para afastar qualquer pretensão em captar explicações

derradeiras ou verdades absolutas. O desenho é aberto à invenção; à obtenção de dados e ao descobrimento; à análise e à interpretação (SILVA, 1998; VIDICH, LYMAN, 1994).

A etnografia refere-se à descrição de um sistema de significados culturais de um determinado grupo, objetivando entender o modo de vida, a partir do ponto de vista dos informantes. Refere-se ao processo sistemático de observar, detalhar, descrever densamente, documentar e analisar os estilos de vida ou padrões particulares de uma cultura a fim de compreender os estilos de vida ou a organização das pessoas.

O trabalho de campo inclui o estudo disciplinado do que o mundo é e de como as pessoas têm aprendido a ver, ouvir, falar, pensar, narrar e agir de formas diversificadas. Em mais do que um estudo sobre as pessoas a etnografia significa ‘aprender com as pessoas’ (GEERTZ, 1989; LEININGER, 1991; SPRADLEY, 1979, 1980). Desse modo, a pesquisa é a relação de troca e não o processo de “apropriação do outro, no qual este é alienado de si, pelo saber que cauciona o poder do pesquisador” (ROMANELLI, 1998, p.127).

Para Spradley (1980), a questão principal da etnografia é com os significados das ações e dos eventos para as pessoas que se está buscando compreender. Alguns destes significados são diretamente expressados na linguagem; muitos outros são comunicados apenas indiretamente, através da palavra e da ação. Mas em cada cultura as pessoas fazem uso constante destes sistemas complexos de significados para organizarem suas condutas, para entenderem-se e entenderem os outros, e para dar sentido ao mundo na qual elas vivem.

Uma premissa básica que fundamenta os estudos etnográficos está relacionada às perspectivas *emic* e *etic*<sup>12</sup>. Os antropólogos falam do *etic* como uma grade universal que lhes permite o registro de suas observações em diferentes cenários culturais e se referem ao *emic* como sendo o conjunto de distinções que fazem a diferença para as pessoas naqueles mesmos cenários. Hahn (1995), ao falar da pesquisa etnográfica, aborda o *etic* como sendo uma estrutura externa que é aplicável em qualquer lugar e o *emic* como uma estrutura interna, de cunho local tão somente. A tarefa do antropólogo é usar a estrutura universal (externa) da observação a fim de adquirir compreensão da estrutura local (interna). Por isto mesmo, vários estudiosos da área assumem seus papéis, no processo e no produto etnográficos, como de intérpretes ou tradutores (‘translators’) da visão *emic* (EMERSON, FRETZ, SHAW, 1995; KLEINMAN, 1980; STREUBERT, CARPENTER, 1995). O antropólogo, ao interpretar, no sentido dado por Geertz (1989, p. 20 e 28), “constrói uma leitura de...”.

---

<sup>12</sup> Tais termos têm sido traduzidos nos textos antropológicos brasileiros como “êmico” e “ético”. Utilizo-os, no entanto, conforme a língua original para que os mesmos não sejam confundidos com conceitos que apresentam definições dentro de outras abordagens teóricas.

De um modo amplo pode-se dizer que a perspectiva *emic* refere-se à forma pela qual os próprios membros da cultura percebem seu mundo; é a visão a partir de dentro, através da utilização de conceitos e linguagem próprios daquela cultura, enquanto a perspectiva *etic* refere-se à interpretação das experiências da cultura, a partir de fora (GUALDA, 1993; POLIT, HUNGLER, 1995). Segundo Gualda (1993, p.43-44), “numa perspectiva *etic*, as manifestações de comportamento são interpretadas e explicadas, na dimensão teórica e de linguagem do pesquisador...”

Para Romanelli (1998), o ‘relato do outro’ que o pesquisador faz, é a interpretação *etic*, ou seja, o conjunto de explicações que faz parte do segmento específico ao qual os sujeitos pertencem. Quando as pessoas dizem algo, referem-se a algo, narram sobre suas experiências, interagem umas com as outras ou desenvolvem atividades em contextos ‘naturalísticos’, elas revelam o lado *emic*. Entretanto, a interpretação *emic* não substitui, por si só, a análise *etic* que deve ser elaborada teoricamente pelo pesquisador. Neste sentido, no empreendimento etnográfico, deve-se considerar as representações contidas na linguagem dos informantes (a interpretação *emic*) como dados “que deverão ser interpretados a partir das formulações teóricas da antropologia e que constituem a dimensão *etic* da análise” (ROMANELLI, 1998, p.131). É importante compreender que nem sempre as matrizes *emic* e *etic* mantêm correspondência, pois Clark (2001) sustenta que quando o pesquisador realiza o seu trabalho, ele está interpretando, analisando, realizando algum tipo de julgamento, ainda que este se mantenha nos limites da sustentação teórica e dos objetivos do empreendimento científico.

Esta visão é compatível com o pensamento de Geertz (1989), para quem a antropologia deve tratar de fenômenos culturais como sistemas significativos e, portanto, passíveis de interpretação. Propõem que o conhecimento advindo da etnografia se construa a partir da compreensão de significados localizados, próprios dos contextos culturais em que são produzidos. Porém, embora Geertz, em suas publicações, refira-se às perspectivas *emic* e *etic* (até por conta do debate contemporâneo relacionado à presença do autor no empreendimento etnográfico – como processo – e no texto etnográfico – como produto), na obra “O saber local” (1999), ele adota os conceitos de ‘experiência-próxima’ e de ‘experiência-distante’, para esclarecer que o uso de ambas as perspectivas trata-se mais da questão de grau do que de oposição extrema. Um conceito de experiência-próxima é aquele que alguém (um paciente, como informante, por exemplo) usaria naturalmente, coloquialmente e sem esforço para definir aquilo que seus semelhantes vêem, sentem, pensam ou imaginam, e que ele próprio entenderia facilmente se os outros o utilizassem no mesmo

contexto. Idéias e realidades representadas nas experiências-próximas estão natural e indissolúvelmente ligadas. Experiência-distante seria aquela que os especialistas (uma enfermeira ou uma pesquisadora, por exemplo) utilizam para levar a cabo seus objetivos científicos.

Ao focalizar uma determinada cultura ou grupo de pessoas que estão ligadas entre si de inúmeras maneiras, possibilita a transformação daquilo que parece apenas a coleção de material heterogêneo em uma rede de compressões sociais que se reforçam mutuamente. Para Geertz (1999), a tarefa do etnógrafo não é apenas a de observar ou descrever, mas a inscrição ou **descrição densa dos significados** da ação humana.

Embora tenha sido originado no trabalho de campo dos antropólogos, o método etnográfico vem fazendo parte de estudos culturais em outras disciplinas, como a psicologia social, a ciência política, a sociologia, a educação, a administração, dentre outras. A enfermagem, como uma disciplina das ciências humanas e, mais particularmente, das ciências da saúde, também vem utilizando-o em pesquisas, principalmente após as primeiras publicações realizadas por Madeleine Leininger, a partir da década de 60. Nas quatro décadas que se seguem, Leininger vem introduzindo e refinando conceitos e tem elaborado o ‘método de pesquisa da etnoenfermagem’, derivado parcialmente da etnografia, mas focalizando no fenômeno da enfermagem, numa perspectiva transcultural.

O propósito central da etnoenfermagem é o de estabelecer um método amplo para estudar, documentar e analisar o ponto de vista local das crenças e práticas atuais ou potenciais do fenômeno do cuidado da enfermagem, das culturas ou grupos, para gerar conhecimento específico para a disciplina (LEININGER, 1995, 1991).

Leininger e várias outras enfermeiras, principalmente as americanas, vêm utilizando os etnométodos para focalizar questões culturais de interesse para a profissão, abordando os aspectos humanísticos e científicos do cuidado humano. Particularmente, a etnoenfermagem ajuda a aprofundar as relações entre as enfermeiras e as pessoas, as famílias, os grupos e as comunidades com quem estas profissionais interagem. Neste sentido, os estudos antropológicos têm significado fundamental para obter a apreciação das diferenças que existem entre a cultura profissional e a cultura popular e para buscar a superação das incongruências.

Leininger (1991, p.84, tradução nossa) esclarece que adota a etnoenfermagem como “postura filosófica” para se contrapor a alguns estudiosos da área que acreditam que os profissionais de saúde são os ‘conhecedores’ dos cuidados e das ‘verdades médicas’ e que

suas missões são de 'instruir e ensinar' clientes que são 'não-conhecedores' daquilo que é melhor para eles.

Na ótica de Reeb (1992), trata-se do processo de descoberta heurístico sobre o que acontece numa determinada área da enfermagem, incluindo os significados e interpretações do que ocorre, de modo denso, em um determinado fenômeno atual ou potencial de enfermagem. O método da etnoenfermagem se focaliza na descoberta da visão de mundo das pessoas e em seus *insights* relacionados à enfermagem.

Em linhas gerais o método de pesquisa da etnoenfermagem enfatiza que é necessário desenvolver algumas técnicas que sejam não agressivas e não confrontativas; requer um modo genuinamente interessado de ouvir e de confirmar as idéias dos informantes; ser uma aprendiz humilde e aberta; tornar-se sensível ao ponto de vista *emic*, sem descuidar-se do ponto de vista *etic*; manter a 'mente aberta' e suspender as crenças pessoais, as experiências profissionais e as experiências anteriores com pesquisas; ser capaz de tolerar conhecimentos ambíguos e incertos; aprender a valorizar e respeitar as visões de mundo e as experiências das pessoas, estejam elas doentes, saudáveis ou oprimidas; registrar tudo o que está sendo colocado pelos informantes, de maneira cuidadosa e consciente, observando os significados, as experiências e as interpretações que são atribuídas por eles, a fim de preservar suas idéias; manter o foco de interesse no 'contexto cultural', qualquer que seja o fenômeno sob estudo. Em suma, trata-se de uma metodologia "centrada nas pessoas, que é fundamentada em dados do conhecimento e estilo de vida dos informantes, de modo confiável, autêntico e significativo" (LEININGER, 1996, p.76, tradução nossa).

As pesquisas em etnoenfermagem podem promover a compreensão de significados nas experiências de *illness*, *disease* e *sickness* e podem "gerar insights úteis para promover mudanças culturais que ajudem a melhorar os sistemas de cuidados em enfermagem" (GERMAIN, 1993, p.265, tradução nossa).

O conhecimento cultural requer o entendimento das pessoas sobre o que elas fazem, o que elas dizem, como elas relacionam um com o outro, quais são seus costumes e crenças, como elas atribuem significados a suas experiências (STREUBERT; CARPENTER, 1995) e como constróem estas experiências, em narrativas relacionais (GADOW, 1999). Os campos ou situações sociais onde as pesquisas etnográficas são desenvolvidas conduzem as enfermeiras "à visão do mundo como ele se apresenta e não como elas desejam que seja" (STREUBERT; CARPENTER, 1995, p.92, tradução nossa).

Conforme já mencionado, a pesquisadora é o principal instrumento do processo etnográfico, uma vez que ela toma parte da cultura estudada, por associação física com as

pessoas em seus ambientes naturais, durante o tempo que se despende com o trabalho de campo. O 'campo de pesquisa' é concebido por Minayo (1992) como o recorte que a pesquisadora faz em termos de espaço, representando a realidade empírica a ser estudada a partir da abordagem teórica que fundamenta o objeto da investigação. A experiência de campo depende, em grande parte, da biografia da pesquisadora, das opções teóricas que faz, do contexto cultural e das situações imprevisíveis que se configuram, no dia-a-dia, no próprio local de pesquisa entre pesquisadora e informantes (PEIRANO, 1995).

Desde que Malinowski (1984), na década de 20, legitimou o trabalho de campo como condição *sine qua non* para a apreensão da realidade, pode-se dizer que é neste espaço que se dá o encontro com 'o outro', mesmo que este 'outro' sejamos nós mesmos e a nossa própria sociedade. Para Malinowski, o 'estar' no campo permite a obtenção de respostas às questões que motivam o pesquisador para o estudo: o que as pessoas dizem sobre o que fazem, o que realmente fazem e o que pensam a respeito do que fazem. O contato íntimo com os informantes leva o etnógrafo a elaborar, progressivamente, as interpretações sobre os dados obtidos. Ao chamar a atenção para o aspecto microscópico e artesanal da pesquisa antropológica, GEERTZ (1989, p.32) afirma que "os antropólogos não estudam as aldeias (...), eles estudam *nas* aldeias".

Kleinman (1980), ao estudar os sistemas de cuidado à saúde, aborda o campo ou o mundo social em que mergulha o etnógrafo médico em suas pesquisas, como uma 'realidade clínica', que pode ser, por exemplo, um hospital psiquiátrico, um posto de saúde, uma unidade de internação, um consultório ou uma sala de parto; em suma, um lugar onde diferentes setores de cuidado (profissional, popular ou familiar) convivem, desenvolvendo distintos papéis, interações e modos de atuar em saúde. Admite que as situações que envolvem cuidados em saúde são bastante complexas e que, a despeito das similaridades existentes entre os sistemas de cuidados, também encontram-se algumas diferenças, "não somente no desempenho dos papéis esperados, mas também com respeito à maneira como o evento é construído e experimentado e como a terapêutica é selecionada e utilizada" (KLEINMAN, 1980, p.9, tradução nossa).

Na realidade clínica, mesmo considerando que os encontros não são permanentes, enfatiza-se que tanto os profissionais de saúde quanto os 'clientes' possuem construções culturais, e que ambas as construções, na interação promovida pela pesquisa de campo, também promovem outras construções, desconstruções e reconstruções através dos processos comunicativos envolvidos e das narrativas engendradas.

A interpretação do que as pessoas compreendem, a partir daquilo que evidenciam através do que dizem e fazem, isto é, como elas interagem e se comunicam dentro da realidade, compõem o domínio de interesse principal do etnógrafo [nas situações de cuidado em saúde] (TISHELMAN, 1993, p.35, tradução nossa).

A investigação etnográfica requer, como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a não intrusão e a capacidade de observação e de interação com os atores sociais ou com os informantes envolvidos (AAMODT, 1982; SPRADLEY, 1980; MINAYO, 1992). Embora a prática etnográfica, como qualquer outra prática de pesquisa qualitativa, necessite de técnicas e de procedimentos determinados que auxiliem na construção e obtenção de dados, é importante considerar que essa não é uma questão puramente operacional. De acordo com Geertz (1989), é muito importante estabelecer relações, selecionar informantes, mapear campos e manter um diário, dentre outras coisas, mas não são “essas coisas...que definem o empreendimento. O que o define é o tipo de esforço intelectual que o representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’” (GEERTZ, 1989, p.15).

Este é um posicionamento teórico-filosófico fundamental de ser compreendido; o que não quer dizer que, antes de ir ao campo, a pesquisadora não tenha que preocupar-se em prever as formas de realizá-la. Apenas informa, e com muita propriedade, que não se absorva o operacionismo como dogma metodológico; vale dizer, que o método não seja reificado.

Dentre os cuidados necessários ao planejamento, é importante que sejam preparadas as técnicas de obtenção de dados e as formas conseqüentes de análise, bem como deve-se estar ciente das peculiaridades do papel da investigadora, no contexto da entrada, permanência e saída do campo de pesquisa.

Dentre as técnicas mais utilizadas neste processo de investigação encontram-se a observação participante e a entrevista. Leininger (1991) prefere o termo ‘guias habilitadores’, no lugar de ‘técnicas de investigação’, porque estas últimas podem ser confundidas com as características de impessoalidade e experimentação, próprias dos estudos quantitativos.

No método etnográfico, o confronto da fala e da prática social é tarefa complementar e concomitante. “Checar o que é dito com o que é feito, com o que é celebrado e/ou está cristalizado” (MINAYO; SANCHES, 1993, p.246) é uma tarefa que não dispensa as etapas de observação e convivência no campo.

Desde Malinowski (1984), são inúmeros os autores que têm abordado a observação participante como a estratégia mais apropriada para a coleta de dados. Embora haja uma ou outra modificação na sua utilização, os estudiosos concordam que os seus fundamentos têm se mantido mais ou menos os mesmos.

Spradley (1980) refere que o observador participante chega ao campo de pesquisa com dois propósitos principais: engajar-se nas atividades da situação, sempre atento aos aspectos éticos, e observar criteriosamente as atividades, as pessoas e os aspectos físicos da situação. Também informa que há algumas peculiaridades relacionadas ao papel do observador, que devem ser consideradas: ser explicitamente informado ou consciente sobre tudo o que as pessoas dizem e fazem; usar 'lentes de aumento' para olhar além do foco de atividade imediato; experienciar o sentimento de ser, simultaneamente, um *insider* e um *outsider*; exercer a introspecção para compreensão mais apurada das experiências e comportamentos das pessoas e fazer registros detalhados de tudo o que vê e experiencia.

Minayo (1992, p.107) chama a atenção para o fato de que o campo não é neutro. A forma de realizar a observação participante "revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los". Streubert e Carpenter (1995) adicionam que o trabalho é dialético; a pesquisadora afeta e é afetada pelos fenômenos que ela busca compreender.

O tipo e o grau de participação da pesquisadora, no empreendimento etnográfico, tem sido um desafio, visto que ela tem que identificar o momento adequado em que deve observar e quando participar. Na realidade, diz Zago (1994, p.27), "o processo é um contínuo ir-e- vir, onde há movimentos de: essencialmente observar, observar com alguma participação, essencialmente participar e observar refletindo". É isto, justamente, que faz com que a pesquisadora seja considerada o principal instrumento de coleta de dados. A intensidade do envolvimento pode variar ao longo do processo etnográfico, dependendo das exigências e especificidades do próprio trabalho de campo.

O que parece fundamental, de acordo com André (1989), é que a pesquisadora tenha muito claro em cada momento por que certo grau de participação e não outro está sendo assumido e saiba avaliar prós e contras desta ou daquela opção. Para a pesquisadora, o mais importante é registrar estas mudanças e usá-las como parte dos dados que estão sendo analisados. Segundo Agar (1986 apud GERMAIN, 1993), uma etnografia não é nem objetiva e nem subjetiva; é interpretativa.

Leininger (1991), ao propor o método da etnoenfermagem, imprime bastante ênfase à reflexão, como parte integrante da observação participante, que ela denomina OPR (Observação, Participação, Reflexão). Ao fazer uso deste guia habilitador, para os propósitos da enfermagem, a autora diz que a reflexão sobre os fenômenos observados ou sobre os comentários ouvidos ajudam a enfermeira a refletir sobre todos os aspectos do contexto da pesquisa, antes de interpretar uma idéia ou experiência. Na conclusão do estudo, a enfermeira

reflete sobre os achados, confirmando-os com os informantes. Embora a reflexão ocorra com maior ênfase na fase final do estudo, ela já se inicia desde o momento da entrada no campo.

Vários tipos de observação podem ser feitas durante o desenvolvimento da observação participante. Spradley descreve as três que considera mais importantes: as observações descritivas; as focalizadas e as seletivas. Para ter compreensão mais ampla sobre esta abordagem, utilizo o trabalho de Spradley (1980), cotejando-o com as sugestões advindas das enfermeiras Streubert e Carpenter (1995).

A observação participante inicia quando a pesquisadora entra no campo e começa a fazer perguntas (com base nos objetivos previamente traçados) acerca da cultura escolhida (para efeitos de exemplificação, utiliza-se como 'campo', uma determinada unidade hospitalar). Inicialmente, formulam-se questões bastante amplas, tais como: quem trabalha na unidade? Quem vem à unidade para ser cuidado? Como é o cenário da unidade? Quem proporciona o cuidado às pessoas que estão internadas na unidade? Além de se fazer estas perguntas, a pesquisadora começa a fazer observações. As observações descritivas começam quando a pesquisadora entra na situação social, ou na 'realidade clínica', ou simplesmente 'no campo'.

O que a pesquisadora está tentando fazer é iniciar a descrição da situação social, obter ampla visão da situação e determinar o que deverá fazer a partir daí. Depois que se completa este tipo de observação, observações mais focalizadas precisarão ser conduzidas. Tais observações são geradas a partir das questões feitas em momento anterior, durante a fase perscrutativa inicial. Por exemplo, se na unidade clínica observou-se que as enfermeiras eram responsáveis pelas atividades de educação em saúde, agora se utiliza a observação focalizada a fim de olhar especificamente como acontecem estas atividades, as narrativas nelas envolvidas e os tipos de ensinamentos em saúde desenvolvidos pelas enfermeiras.

Com base na observação focalizada, a pesquisadora realiza uma observação mais seletiva. Como exemplo, pode-se considerar que a pesquisadora observou que somente duas das sete enfermeiras, na unidade, conduziam educação em saúde para pessoas portadoras de HIV. A observação ou entrevista seletiva com estas duas enfermeiras será realizada, buscando-se justificativas para a conduta.

Streubert e Carpenter (1995) utilizaram os exemplos colocados anteriormente, apenas como uma forma didática de mostrar os tipos de observações a serem conduzidas, mas certamente, as observações não são realizadas de modo linear como possa parecer. Questões amplas também podem advir de observações focalizadas ou seletivas e várias outras questões podem estar envolvidas ao mesmo tempo.

Através do desempenho de um papel participativo no ambiente em questão, o observador pode obter *insights* que poderiam escapar ao observador mais passivo e dissimulado. Os estudiosos da observação participante defendem o fato de ela representar tanto uma fonte de dados quanto uma base para a compreensão do significado dos mesmos.

Chama-se atenção ao fato de que o ‘olhar’ lançado na observação não é um olhar qualquer, desinteressado, ou, como diz Spradley (1980, p.59, tradução nossa), não é um “olhar comum” (ordinário), mas envolve olhar, ouvir, fazer perguntas e refletir teoricamente. O questionamento etnográfico (ou entrevista etnográfica) é utilizado juntamente com a observação participante e é decorrente do relacionamento complexo com os informantes. Tal questionamento inclui conversações informais e deliberadas para descobrir os significados culturais que emergem na prática clínica. “Inclui também entrevistas com pessoas-chave do grupo, bem como entrevistas informais com várias pessoas” (GUALDA, 1993, p.50).

Spradley (1979) esclarece que a entrevista se assemelha à conversação amistosa, ocorrendo, muitas vezes, em meio à observação participante, onde o pesquisador vai introduzindo questões etnográficas que busquem um nível maior de detalhamento ou aprofundamento das situações vivenciadas. Rocha et al (1998) acrescentam que, ao invés de procurar ‘retratar’ sistematicamente todo o processo sob investigação, na entrevista, selecionam-se aspectos dele, relevantes para o esclarecimento das questões centrais do estudo.

Neto (1996) diz que a entrevista não significa conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos informantes, enquanto sujeitos da pesquisa que vivenciam determinada realidade que está sendo focalizada. Em geral, as entrevistas podem ser estruturadas, não estruturadas, ou ainda pode-se ter estas duas modalidades articuladas. Deste modo, torna-se possível trabalhar com a entrevista como um guia mais aberto, onde o informante aborda livremente o tema proposto, sem necessariamente haver perguntas previamente formuladas ou elencadas.

Romanelli (1998) esclarece que é necessário considerar esta técnica como processo e não apenas como produto da pesquisa. Assim, encontram-se envolvidas duas dimensões. A primeira diz respeito à sua realização, instância de fluxo e de troca de experiência entre a pesquisadora e o informante em uma relação face à face, em que a alteridade entre ambos é condição e pressuposto para que ocorra o processo de comunicação. A segunda dimensão da entrevista refere-se aos seus resultados, ou seja, à construção dos ‘dados’ etnográficos.

Outro cuidado fundamental no desenvolvimento de estudos etnográficos é quanto aos registros dos dados, que deve ser realizado de modo rigoroso. Os relatos obtidos dos informantes, assim como as observações feitas pela pesquisadora devem ser anotados

literalmente, de modo fiel e o mais próximo possível de sua ocorrência. Também deve-se registrar as experiências, as idéias, os medos, os erros, as confusões, as reflexões do pesquisador, suas condutas, mudanças na perspectiva metodológica, sentimentos e *insights* analíticos, surgidos durante a realização do estudo.

Os documentos gerados das observações e entrevistas são diversamente denominados como 'notas de campo', 'diário de campo' ou 'caderno de campo', mas têm em comum, o objetivo de manter registrados as condutas, as informações, as interpretações, as falas; enfim, tudo o que se passa no contexto da pesquisa. Os etnógrafos têm enfatizado reiteradamente a necessidade de se realizar os registros logo após cada inserção no campo, para manter a acuidade. Embora haja outras formas de registrar os eventos, como através de filmes, fotografias ou outros equipamentos, o registro escrito ainda é considerado como a forma mais freqüentemente utilizada neste tipo de estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Há vários tipos de anotações a serem feitas durante o processo de registro etnográfico e os autores são unânimes em argumentar que tal tarefa depende mais do estilo e da criatividade da pesquisadora, do que propriamente de princípios técnicos a serem implementados. Sugere-se, no entanto, a organização dos registros, de duas maneiras: como notas condensadas e como notas ampliadas, mantendo o foco na abordagem teórica que sustenta o estudo. As notas condensadas representam a sumarização dos eventos que estão em ocorrência e freqüentemente incluem frases-chave e identificação dos eventos mais importantes. Normalmente, são anotadas durante ou imediatamente após cada sessão de observação. Na verdade, servem para o registro em contexto e seu valor real está em proporcionar lembranças mais vívidas, quando da realização das notas ampliadas.

As notas ampliadas devem ser procedidas tão logo quanto possível, após cada entrevista ou observação e, como o próprio nome indica, representam a expansão da versão condensada. A pesquisadora descreve, de modo denso e detalhado o que viu e ouviu no encontro com os informantes e reaviva a memória, a partir das notas condensadas (LEININGER, 1985a, 1991, 1997b; SPRADLEY, 1980).

Spradley (1980), ainda, oferece três princípios a serem observados durante a documentação do trabalho etnográfico. O primeiro diz respeito à 'identificação da linguagem', em que precisa ficar claro quando é a linguagem da pesquisadora que está sendo utilizada e quando se trata da linguagem utilizada pelo informante. O objetivo é obter registro etnográfico que reflita as mesmas diferenças nos usos das linguagens, como se elastivessem se desenvolvendo na situação de campo (SPRADLEY, 1980). O segundo princípio trata do 'verbatim'. Este princípio requer que se utilizem as palavras exatas do informante. Quando

possível e com autorização, o gravador torna-se um recurso útil para garantir os verbatins. O autor chama a atenção para que as palavras, frases ou narrativas usadas pelas pessoas não sejam resumidas. O último princípio é denominado de ‘princípio concreto’ e requer que a pesquisadora documente o que é visto e ouvido, inicialmente, sem interpretações. As generalizações e interpretações precipitadas podem limitar o acesso a *insights* valiosos da cultura. Estes três princípios auxiliam no registro mais apurado dos dados e contribuem para a análise etnográfica.

Como já se mencionou anteriormente, o processo de análise etnográfica se faz, de alguma forma, desde o início do trabalho de campo, paralelamente às atividades de observar e ouvir. Este processo se dá à medida que a pesquisadora vai selecionando os aspectos que merecem melhor exploração e quando ela decide que elementos devem ser priorizados. Tal análise envolve uma série complexa de tarefas, tais como a codificação dos registros e de outros materiais coletados, a criação ou especificação de categorias e a estruturação dos conceitos e concepções mais abrangentes (ANDRÉ, 1989). Minayo (1992) aponta três finalidades complementares da fase de análise: estabelecer a compreensão dos dados coletados, responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte. Analisar dados à luz da etnografia envolve grande dose de abstração e interpretação. Os padrões culturais e as evidências empíricas “devem ser descritas e o significado para as pessoas, nas diversas situações sociais deve ser interpretado” (GUALDA; MERIGHI; OLIVEIRA, 1995, p.303).

Não há apenas um modo de analisar dados etnográficos. São várias as abordagens utilizadas para tal empreendimento. Os autores têm colocado que existe também a possibilidade de utilizarem-se métodos compatíveis. De um modo geral, a análise é a busca por padrões que identifiquem a conduta estudada. De acordo com Germain (1993), Leininger (1991, 1997a) e Streubert e Carpenter (1995), usa-se principalmente a análise qualitativa para derivar padrões ou temas, de modo indutivo. Dessa forma, colocam-se situações apropriadas para interpretar as ações culturais, ultrapassando a mensagem manifesta e atingindo os significados latentes (MINAYO; SANCHES, 1993).

Em relação ao escopo específico da enfermagem, Leininger (1989) coloca que a análise da etnoenfermagem focaliza-se nos dados relacionados às práticas desenvolvidas no cuidado à saúde, às interações que acontecem entre as enfermeiras e os clientes, à produção de significados culturais, à construção de experiências na vivência do processo saúde-doença, ou a outros fenômenos de interesse para a disciplina. Este tipo de análise, segundo a autora, inclui a identificação de temas e padrões de cuidado, a classificação semântica de expressões

de cuidado à saúde e a análise interpretativa dos dados. O que é observado, o padrão das condutas, e as narrativas feitas pelos informantes são analisados e avaliados a fim de se obter visão total (mas não cristalizada) da cultura sob investigação.

De acordo com Geertz (1989), o etnógrafo, ao analisar, constrói interpretações sobre as interpretações dos informantes, haja vista que os mesmos produzem interpretações de suas próprias experiências. Esta abordagem é extremamente importante na tarefa de análise etnográfica e se manifesta num permanente e interminável questionamento da pesquisadora a respeito dos limites de sua capacidade de conhecer o grupo que estuda e, segundo Goldenberg (1998), também se traduz no inevitável questionamento da necessidade de expor, no texto por ela elaborado, suas dúvidas, perplexidades e os caminhos que levaram a sua interpretação, percebida sempre como parcial e provisória. Deste modo, de acordo com Durhan (apud ROCHA; ECKERT, 1998), a prática social adquire forma e sentido, mas não é estritamente determinada, admitindo-se todo espaço de arbítrio, criatividade, improvisação e transformação.

No que se refere especificamente às questões éticas, a etnografia requer o mesmo respeito quanto qualquer estudo científico que envolva seres humanos e merece a mesma atenção, empenho, planejamento e responsabilidade da pesquisadora, quanto as orientações teóricas e técnicas. Aliás, entendo que os princípios que asseguram os direitos das pessoas devem estar permeando todo o trabalho, e não apenas em um particular momento.

Desde que a pesquisadora traça os primeiros esboços de seu empreendimento científico, a proteção a estes direitos deverá estar assegurada; inclusive na escolha mesma do tema e do problema a ser investigado. Mesmo porque as idéias e princípios éticos não estão 'no papel' e sim na vigência das inter-relações e nos processos comunicativos que são estabelecidos em comum acordo entre pesquisadora e 'pesquisados'. É no calor dos encontros que o respeito ao ser humano, às suas idéias, à sua liberdade; à sua segurança, aos seus desejos de contribuir ou não com a pesquisa devem ser considerados.

### **3.2 NAS TRILHAS DA ETNOGRAFIA**

Procurando seguir os pressupostos, as orientações e as recomendações mais gerais do empreendimento etnográfico relatados anteriormente, adotei então trilhas metodológicas específicas, desenhadas a partir do propósito e dos objetivos do presente estudo e que serão

apresentadas a seguir, tendo o cuidado de manter as combinações acordadas com a instituição e com os informantes no que se refere às questões éticas envolvidas<sup>13</sup>.

### 3.2.1 AS QUESTÕES ÉTICAS RELACIONADAS AO ESTUDO

Para balizar todas as atividades de pesquisa, assumi os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética profissional. Adotei ainda algumas considerações éticas específicas referentes aos estudos qualitativos e etnográficos (GADOW, 1999; GERMAIN, 1993; LEININGER, 1997a, 1991; POLIT, HUNGLER, 1995). Resumidamente, os princípios que guiaram minhas relações com os participantes do estudo, foram os seguintes: a) a fim de assegurar a privacidade institucional, obtive consentimento informado da Comissão de Ética da instituição pública onde se desenvolveu o estudo; b) o nome real da instituição não foi revelado, sendo-lhe atribuído um nome fictício; c) a fim de assegurar os preceitos éticos do empreendimento científico, encaminhei o projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina; d) como um meio de realçar a privacidade pessoal dos participantes, obtive consentimento informado de todos os informantes-chave do estudo; e) tive particular cuidado em salvaguardar a identidade dos informantes, atribuindo-lhes nomes fictícios; f) assegurei a todos os informantes o direito de participar ou não da pesquisa, dando inclusive a oportunidade de renegociar suas concordâncias iniciais, em qualquer momento do estudo, sem adotar qualquer artifício de coerção; g) todos os informantes tiveram conhecimento dos objetivos, propósitos e contribuições do estudo, desde minha entrada no campo e, posteriormente, sempre que necessitaram de esclarecimentos adicionais; h) as entrevistas e observações somente foram gravadas com a permissão dos participantes e a eles foi dado o direito de solicitar que o gravador fosse desligado, sempre que desejaram que algo não fosse gravado. Também cuidei para que não fossem gravadas situações que envolviam questões pessoais, mesmo que isso não fosse solicitado explicitamente pelo informante; i) na tentativa de salvaguardar a confidencialidade dos dados e proteger os direitos dos informantes, nenhum nome real foi registrado nos documentos da pesquisa; j) durante o

---

<sup>13</sup> Em razão dos acordos mútuos, doravante, alguns dados referentes à instituição serão suprimidos ou levemente modificados. Tal decisão apoia-se principalmente na finalidade de assegurar a confidencialidade e o anonimato do cenário em que foi realizada a pesquisa, bem como das trabalhadoras de enfermagem e das famílias que foram envolvidas como participantes gerais ou como informantes. Mesmo sabendo que tanto a instituição quanto as pessoas que tomaram parte direta ou indiretamente do estudo mostraram-se abertas para possíveis mudanças, em decorrência dos resultados investigativos – pois foram explícitos na demonstração de interesse em perseguir caminhos para quaisquer mudanças que impliquem em incremento da qualidade assistencial – considero fundamental resguardar os dados de identificação que possam deixar desnecessariamente expostas, tanto as pessoas quanto a instituição.

trabalho de campo, como pesquisadora-enfermeira, mantive-me disponível para ajudar nas situações solicitadas, interrompendo a coleta de dados quando foi necessário; k) assegurei à instituição e aos informantes que as informações coletadas seriam exclusivamente utilizadas para fins de pesquisa; e l) à instituição e aos participantes da pesquisa resguardei o direito e a viabilidade de conhecerem os resultados da investigação.

### 3.2.2 O LOCAL DO ESTUDO

O cenário onde se desenvolveu a pesquisa foi uma Unidade de Alojamento Conjunto de uma maternidade pública, considerada como a 'realidade clínica' onde acontece o cuidado pós-natal imediato e onde ocorrem inter-relações com trabalhadoras e famílias que vivenciam este importante período do processo do nascimento. Tal escolha se processou pelo fato de que, neste local, as trabalhadoras de enfermagem desenvolvem cuidado direto às famílias, de modo mais próximo e sistemático, interagindo com as mesmas desde a internação até o momento da alta. Portanto, pareceu ser o contexto mais significativo para o problema a ser investigado. Além disso, o problema de estudo teve origem neste local, enquanto maternidade pública onde desenvolvo atividades docentes; havia determinada expectativa entre algumas trabalhadoras para a realização da investigação, uma vez que as relações entre a enfermagem e as famílias, principalmente quanto às questões culturais que permeiam o cuidado, já há algum tempo, vinham sendo tema de discussões. Deste modo, a aproximação com algumas pessoas foi elemento facilitador para a vivência do estudo, pois como coloca Neto (1996, p.56), é nesta aproximação que "são criados e fortalecidos os laços de amizade, bem como os compromissos firmados entre o investigador e a população investigada, propiciando o retorno dos resultados alcançados para essa população e a viabilidade de futuras pesquisas"; por ser este um local rico em oportunidades para observação participante e por ser esta uma unidade hospitalar que recebe, com frequência, puérperas de diferentes contextos sócio-econômicos e de diferentes *backgrounds* culturais.

Todos esses motivos, em seu conjunto, preenchem os requisitos colocados por Spradley (1980) e por Leininger (1991), para a seleção do campo: acessibilidade; não intrusão; possibilidade de obter permissão para o trabalho de campo; a frequência com que as atividades de enfermagem ocorriam e a possibilidade não apenas de realizar observações e entrevistas, mas também de atuar como participante total na realidade clínica. A Unidade de Alojamento Conjunto, além de ser um espaço físico apropriado para o desenvolvimento da etnografia, também foi caracterizada como um contexto cultural, um espaço social e simbólico onde ocorriam as inter-relações inerentes ao propósito da pesquisa. Um lugar onde

existia o encontro entre o sistema profissional e o sistema familiar de cuidado à saúde. Um lugar onde vários conhecimentos autoritativos conviviam e se intercambiavam. Um lugar onde conhecimentos e práticas similares e divergentes eram desenvolvidos e postos em destaque, alinhando diferentes relações de poder, e narrativas menos ou mais terapêuticas eram colocadas em curso, ainda que as trabalhadoras e as famílias não tivessem plena consciência do exercício destas práticas.

Durante exatos doze meses permaneci no cenário de estudo (de 21 de março de 2001 a 19 de março de 2002), explorando as características do local, coletando dados, conversando com as pessoas, analisando os movimentos, os sons, os odores, as interações, os medos, as atividades de cuidado, as reações e emoções, os conhecimentos e práticas vigentes, o que era dito e não dito, percebendo os segredos e as manifestações de ações criativas produzidas no meio e entre as pessoas que transitam na Unidade, aprofundando temas, observando as movimentações diárias, aguçando o olhar aos significados, às crenças e às práticas ali desenvolvidas com o objetivo de entender a visão de mundo, o *ethos* daquele lugar, enfim, **vivendo** o cenário e me enriquecendo com os ‘sujeitos’ da pesquisa, alguns dos quais se tornaram meus fêis informantes, sempre dispostos a interagir, falar, mostrar, contar como é, como não é e como ‘deveria ser’ para ‘ser melhor’ para toda a comunidade que ali se encontra.

Embora tivesse diferentes graus de aproximação e contato com as pessoas – pois as trabalhadoras sempre estão ali, enquanto que as famílias estão de passagem –, surpreendi-me com a disponibilidade e interesse de ambos em participar do estudo, logo que os objetivos eram comunicados. Muitas vezes o desejo de participação e a expressa manifestação de envolvimento era tão grande, que me deixava confusa entre os antagonísticos e onipresentes papéis que tive que aprender a conviver. Houve momentos em que me senti enfermeira, em outros conselheira, ouvinte, parceira, confidente, e em outros ainda, a que apaga incêndio, a que ameniza conflitos, reduz as ‘rusgas’, depositária de ansiedades, sentimentos de desvalorizações e desconfianças, a que “pode-ser-usada-como-ponte-entre-os-que-têm-críticas-a-fazer-e-têm-medo-ou-receio-ou-insegurança-ou-vergonha”. Ou seja, sentimentos que são experimentados por qualquer pesquisador, ainda que tenha ele bem claros os contornos de sua *performance*, mesmo antes de entrar em campo. Mas procurei manter o papel constante de ‘pesquisadora’, ou seja, de aprendiz das vivências, experiências e significados expressos durante o percurso. Procurei absorver ‘tudo’ com toda a curiosidade que meu desempenho como pessoa podia suportar, e com a seriedade investigativa que os

pressupostos da ciência exigem trilhar. Creio ter encontrado, neste empreendimento, o verdadeiro sentido de ser o pesquisador o principal 'instrumento' da pesquisa qualitativa.

### **As preliminares da entrada no campo**

Antes de iniciar o processo sistemático de coleta de dados, planejei um período para que ocorresse a primeira aproximação com o cenário institucional, de modo mais geral, e também com a realidade cotidiana da Unidade de Alojamento Conjunto, enquanto cenário específico para a circunscrição da etnografia. Esta fase foi caracterizada como 'exploração' do campo de pesquisa, envolvendo de igual modo as primeiras incursões com as pessoas que faziam parte da comunidade do AC.

Durante este intervalo de aproximadamente um mês, estabeleci os primeiros contatos formais com a Direção da Maternidade, providenciei os documentos necessários, procurei munir-me com todo o arsenal normativo e regimental da instituição e da Unidade, bem como tornar-me ciente da filosofia que direciona a assistência, dos valores, dos símbolos, das rotinas e dos rituais institucionais e da Unidade em foco.

Concomitantemente aos processos de apresentação formal junto à Direção Geral e à Direção de Enfermagem, fiz as primeiras aproximações com a enfermeira do Alojamento e com as demais trabalhadoras do setor, falando de modo geral sobre o estudo e seus propósitos a quem estava presente enquanto eu fazia as visitas introdutórias, sem preocupações acentuadas quanto à formalização para a participação na pesquisa. Naqueles contatos iniciais, minha intenção maior era a de me familiarizar com as pessoas e o cenário e também de promover a familiarização das pessoas da comunidade com a minha pessoa e com a minha presença ali. Os contatos informais e não herméticos foram preponderantes para que eu fosse bem recebida na Unidade e contribuíssem para o que viria a ser uma forte relação de confiança e parceria com a grande maioria das trabalhadoras e das famílias. Além de apresentar o desenho mais geral da pesquisa que pretendia desenvolver, eu também tive a insubstituível oportunidade de colher e acolher sugestões de encaminhamentos e estratégias de abordagem para o posterior desenvolvimento da coleta de dados. Outrossim, procurei conhecer o organograma do setor, seu funcionamento, os diferentes profissionais que ali atuam e os papéis correspondentes ao exercício profissional, a organização geral do trabalho na Unidade e iniciar conversas informais com as puérperas e suas famílias.

Durante este primeiro mês fui à Maternidade três a quatro vezes por semana, sendo que cada período de permanência teve a duração variada entre uma a três horas. Embora tenha me preocupado em ir ao campo em dois finais de semana e também em fazer três incursões

nas primeiras horas do turno da noite, a tónica recaiu sobre o horário diurno, que correspondia ao período de funcionamento das dependências administrativas da Secretaria da instituição e da Direção Geral – minha preocupação particular naquele momento. Enquanto estabelecia os contatos formais e legais com a Direção e aguardava os procedimentos que objetivavam assegurar os preceitos éticos do processo investigativo, obtive o seu consentimento oral para iniciar as ‘preliminares’ junto ao campo de pesquisa. Certamente a minha atuação anterior como docente colaborou na confiança depositada de imediato para a consecução desta primeira e importante fase do processo mais geral da pesquisa.

Minha primeira reunião com o diretor da Maternidade ocorreu após agendamento prévio por telefone. Naquela oportunidade, além de levar em mãos uma cópia integral do projeto de pesquisa, uma carta de apresentação, além dos formulários pertinentes, a fim de solicitar encaminhamentos para a obtenção do consentimento livre e esclarecido, relatei oralmente sobre os objetivos, propósito e possíveis conquistas que poderiam ser perseguidas a partir dos resultados alcançados com o estudo. As idéias ali delineadas e dialogadas foram recebidas com grande interesse e disposição, não apenas do ponto de vista da investigação propriamente dita, mas dos prováveis retornos que a instituição poderia ter, considerando-se primordialmente a qualidade da assistência no Alojamento Conjunto, bem como a valorização do profissional de enfermagem que ali desenvolve o processo de cuidado. Neste entendimento também incluía-se o propósito de compreender de modo mais aprofundado esta importante e significativa etapa do processo do nascimento institucionalizado.

Como a atual direção da instituição havia assumido o cargo há pouco tempo, e diante da frágil organização em termos dos trâmites legais a serem percorridos, já que não havia ainda uma Comissão sistematizada de ética em pesquisa (e sim comissões separadas de ética em enfermagem e ética médica), assumi o compromisso de providenciar todos os documentos de interesse para a instalação e constituição de uma Comissão interdisciplinar específica, enquanto o meu projeto de pesquisa era encaminhado à Comissão de ética de enfermagem. Naquele dia, deixei a Maternidade com a certeza de que o caminho ético não é somente o ‘caminho burocrático’ de solicitações formais e encaminhamentos, mas algo que dá sentido à própria ação de construir o conhecimento.

A partir destes primeiros acordos e negociações, cada parte fez os encaminhamentos necessários para a consecução dos objetivos mútuos, e ao final de quinze dias e outras duas reuniões agendadas com o diretor, recebi em mãos o consentimento formal para a realização do estudo (Apêndice A), sem quaisquer contraposições de caráter teórico ou metodológico. Durante o decorrer do trabalho de campo, alguns meses mais tarde, fui informada pelo diretor

que a Comissão interdisciplinar de ética em pesquisa já estava instalada e funcionando de acordo com a legislação específica. Daquele momento em diante, estavam lançadas as bases iniciais para o desenvolvimento da pesquisa. No entanto, havia a necessidade ainda de dar continuidade à apresentação do projeto para as trabalhadoras de enfermagem do Alojamento Conjunto e às famílias que iriam participar da pesquisa, para a obtenção do consentimento informado, pois até aquele momento, tinham apenas algumas idéias esparsas sobre os objetivos e intenções.

A coincidência de papéis exercidos pela enfermeira, enquanto chefe da Unidade de Alojamento Conjunto e ao mesmo tempo, enquanto presidente da Comissão de ética em enfermagem, naquele período, foi um fator de importância preponderante para a aceitação da pesquisa naquele local, já que a leitura atenta do projeto contribuía para que houvesse ciência em relação a todas as fases propostas para o desenvolvimento da etnografia e também quanto às condutas éticas relacionadas aos procedimentos investigativos. Além disso, a participação afetiva e interessada da enfermeira, bem como sua concordância imediata com o desenvolvimento do estudo, ajudou sobremaneira na comunicação do projeto às demais trabalhadoras, no sensível acolhimento às idéias germinais do desenho de pesquisa, e também na recepção, permanência e envolvimento com a pesquisadora, durante um ano inteiro de coleta de dados. O primeiro contato com a enfermeira foi promovido pelo próprio diretor, quando da entrega da documentação para que fosse analisada pela Comissão de ética. A partir daí, houve encontros pessoais mais algumas vezes e fez-se contatos telefônicos, nos quais tive oportunidade de dar outras informações e dirimir algumas dúvidas relacionadas a questões teórico-metodológicas do projeto. Aproveitei aquelas oportunidades para discutir sobre os horários mais compatíveis para que pudesse apresentar a proposta às demais trabalhadoras do Alojamento. Concordou-se que seria melhor começar pelas equipes diurnas, já que abrangeria seu turno de trabalho e a mesma estaria por perto para auxiliar nos momentos em que fosse necessário 'quebrar o gelo'.

Após receber o parecer substanciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – para o qual eu havia encaminhado o projeto com relativa antecedência –, entrei definitivamente na Unidade com o objetivo de iniciar os procedimentos relacionados com a obtenção dos consentimentos informados das trabalhadoras e das famílias. Neste processo, paralelamente, comecei a coleta de dados propriamente dita.

### **A entrada no campo: sinalizações e perspectivas**

Se de um lado eu recebia apreciações positivas sobre a pesquisa que pretendia desenvolver e percebia demonstrações vivas de interesse em participar da mesma, de outro, os primeiros passos dentro da Unidade já anunciavam que teria que despender bastante tempo afim de que todas as trabalhadoras estivessem cientes sobre o estudo, sobre as possíveis conseqüências que adviriam da pesquisa e, principalmente, da forma de participação de cada uma delas, enquanto 'sujeitos' do estudo. Eu tinha intensa ansiedade no que diz respeito a esta questão, não apenas porque a 'informação' sobre a proposta seja uma consideração ética básica, necessária e incontestável do processo de pesquisa, mas também porque, no início, eu não tinha a mínima idéia de quem, entre todas, seriam os 'sujeitos' e muito menos quem seriam as escolhidas para serem 'informantes'; Julgava que a convivência diária na Unidade iria indicando, naturalmente, os protagonistas que ficariam 'mais perto' e os que permaneceriam 'mais distantes'. Eu também desejava intensamente que ninguém fosse deixado 'de fora', assim, de imediato; para mim era fundamental que as próprias pessoas, caso decidissem, dissessem elas mesmas que não queriam participar por qualquer motivo, mas não sem ter a oportunidade (diria mesmo 'ter a chance de escolher') de estar entre os sujeitos eleitos por mim para tomar parte ativa no estudo.

A primeira decisão difícil teve então que ser tomada, e não era pequena, pois envolvia apresentar o projeto para uma população de quase quarenta trabalhadoras de enfermagem, sem contar as indecisões iniciais com relação ao 'como' proceder em relação a isso, já que faziam rodízio a cada três dias de trabalho e embora cada equipe (ou 'turma', como elas preferem denominar) tivesse 'mais ou menos' a mesma conformação, logo percebi que não era bem assim, pois elas freqüentemente trocavam de plantão ou faziam rodízios com outras de outros plantões ou mesmo de outros turnos. Não foi fácil descobrir que havia, por exemplo, duas escalas de trabalho: a 'oficial' e a 'de gaveta' (esta última, tratase de uma escala mutante que foi sugerida pela enfermeira e adotada por todos, para facilitar as freqüentes trocas de nomes para a realização dos plantões). Não porque alguém tenha me omitido esta informação, mas percebi com o tempo que a estratégia era 'tão normal', tão 'localmente significativa', que funcionava a pleno vapor, estando inteiramente incorporada no cotidiano daquela comunidade. Somente os menos atentos, como eu, não percebiam de imediato que o 'oficial' não quer dizer o que 'melhor funciona'. As pessoas são criativas em gerar estratégias para viver melhor no trabalho...embora a 'escala de gaveta' também já apresentasse outros desdobramentos, para desespero da pesquisadora. Creio que com o andamento do trabalho o leitor poderá entender a questão de modo mais aprofundado.

Tomada a decisão, e sem fazer ainda alguma incursão mais sistemática às famílias— os ‘outros’, mas não menos importantes, ‘sujeitos’ da pesquisa —, pacientemente, iniciei minha peregrinação aos turnos de trabalho, procurando cobrir tanto os dias ‘comerciais’, como também os finais de semana, feriados, períodos noturnos e diurnos. Ainda que este procedimento tenha gerado cansaço, diante dos horários não totalmente programados, pois era eu quem tinha que me adequar aos tempos e movimentos da realidade clínica, e também diante das inúmeras repetições de conteúdos sobre a proposta de pesquisa, os sentimentos mais vívidos eram os de estar sendo bem-vinda, ter proposto objetivos investigativos que correspondiam ao esperado pelos próprios ‘sujeitos trabalhadores’, e ‘sujeitos de pesquisa’ e particularmente, uma sensação muito forte de que o fato de haver escolhido aquele local e aquelas pessoas como ‘campo’ de pesquisa, havia gerado sentimentos de valorização pelo trabalho que ali desenvolviam com as puérperas e recém-nascidos.

Enfim, a ‘entrada’ no campo de pesquisa, paulatinamente, foi se transformando em lugar seguro e em terreno fértil para colher informações, observar interações e compreender narrativas. Aos poucos, fui apresentando o projeto para toda a população de trabalhadoras. Quase sempre meu contato ocorria próximo do horário de retorno do ‘lanche’ dos funcionários, fosse de dia ou de noite, pois percebi logo que era um momento em que havia no Posto de Enfermagem a maior concentração de trabalhadoras do turno. Iniciava com minha apresentação e passava então a relatar sobre a proposta. Sempre que havia qualquer questionamento, demonstrava meu interesse em dialogar, fornecendo respostas precisas e ajustadas às dúvidas que faziam, fosse em nível coletivo ou individual. Também solicitei colaboração das mesmas para que me ajudassem a divulgar o projeto, comentando sobre ele com as outras colegas, e percebi que houve correspondência quando chegava em alguns turnos e já encontrava algumas pessoas dizendo: “*ah, a fulana me falou*”; ou então: “*já estávamos esperando a tua vinda. Achamos bem interessante a proposta*”; e ainda: “*a Lara [enfermeira] falou que você viria*”.

Durante minha exposição, enfatizava que iria observá-las interagindo com as puérperas, os bebês e suas famílias, ou seja, que muitas vezes estaria por perto quando estivessem prestando os cuidados à clientela do Alojamento e que a participação de cada uma no estudo ia se dar aos poucos e, inclusive com algumas, eu iria aprofundar temas em entrevistas futuras. Havia aquelas que de imediato referiam não haver qualquer entrave, impedimento ou problema em atuarem como protagonistas, enquanto algumas ‘sugeriam’ estratégias e aconselhavam cuidados a serem tomados pela pesquisadora, diante de alguns percalços que poderia encontrar pelo caminho: “*vais observar de noite também, né, porque*

*não tem cultura só de dia”; “vais descobrir coisas bem cabeludas. Inda mais se tu vais ver as relações. Vais te espantar! Eu gosto daqui, mas tem coisas...”; “então tu vens na segunda à noite e já pega a primeira turma da noite, assim eles vão te conhecendo e tu a eles”; “com a gente tu podes contar, com as outras eu não sei”; “aqui na nossa turma tudo bem, mas não vai ser muito fácil com todo mundo não, vais encontrar muitas resistências. Tem umas de outros plantões que são fogo!”; “taaaalvez você tenha algum probleminha porque tem gente que não vai aceitar muito que você faça observação. É claro que não vamos dizer os nomes porque é anti-ético, mas você descobrirá com o tempo”.*

Procurei desde logo deixar claro que qualquer pessoa poderia dizer ‘não’ à proposta, sem nenhum constrangimento ou qualquer tipo de represália, fosse pelo motivo que fosse, e em momentos distintos de participação. Também esclareci que poderiam optar por participar de uma parte da pesquisa e não participar de outra. Assim por exemplo, poderiam estar envolvidas em observações e não desejar conversar comigo sobre alguns temas. Porém, houve absoluta concordância verbal de todas, e quando, nos meses posteriores, eu as lembrava que poderiam desistir ou desejar que alguma situação não fosse abordada por mim na pesquisa, poucas colocaram-se desta maneira. Acredito também que o meu compromisso com o anonimato, tanto pessoal, quanto institucional, bem como com os ‘segredos’ pessoais que seriam guardados e ainda com o esclarecimento de que meu papel era de pesquisadora, foram motivos fortes para o apoio quase incondicional ao projeto que se iniciava. Demandava daí, no entanto, uma preocupação cada vez maior com a ‘responsabilidade’ que pesava sobre os ombros da pesquisadora. Deixei claro que toda a vez que elas fossem envolvidas como participantes, fosse por meio de observações ou entrevistas, receberiam um documento que as informaria sobre seus direitos, além de solicitar consentimento por escrito, a respeito de suas participações. Esclareci que para meu melhor desempenho na coleta dos dados da pesquisa, precisaria utilizar um pequeno gravador, mas que sua utilização mais direta também estaria sujeita à concordância e aprovação específica.

Devido às intensas solicitações assistenciais, muitas vezes não conseguia envolver todas as trabalhadoras do turno e precisava retornar para apresentar o projeto àquelas que estavam ausentes do momento da apresentação grupal. Foram vários os agendamentos individuais realizados e procurava encontrar-me com a trabalhadora em ocasiões que perturbassem minimamente o processo de cuidado no Alojamento. Lembro-me que uma das últimas trabalhadoras a serem contactadas era do turno da noite e foi a que mais tempo demorou para receber informações, já que estava de férias naquele período. Quando cheguei

para o encontro previamente agendado por telefone, foi ela mesma quem relatou as questões principais do projeto, uma vez que as colegas já tinham comentado sobre o mesmo.

De qualquer modo, mantive pelo menos um encontro particular com cada uma das trabalhadoras, com a finalidade de desenvolver interação face-a-face e para obter informações que julgava necessárias para suas identificações, em nível individual/pessoal ou enquanto trabalhadoras do Alojamento, de modo mais coletivo. A partir daí foram levantados os seguintes elementos de caracterização: idade, categoria profissional a que pertence, tempo total de trabalho, local de formação profissional, tempo de formada, tempo de trabalho no Alojamento, número de filhos, netos, e se possuíam outro emprego concomitante.

Quanto à introdução da proposta com as famílias, levando em consideração o incessante fluxo e rodízio de internações, decidi por aguardar as situações em que estaria realizando observações mais formais para proceder aos esclarecimentos e obtenção dos consentimentos, caso a caso. Enquanto isto não acontecia de maneira sistematizada, continuei conversando informalmente com as puérperas e suas famílias, além de dar início a primeira leitura 'flutuante' sobre os contatos que faziam, como interagiam, como chegavam e saíam da Unidade, sobre o que falavam, quem participava e acompanhava as puérperas e os bebês, acerca de suas angústias, medos, necessidades e satisfações. Posicionando-me às margens dos acontecimentos, inicialmente creio ter sido identificada como alguém da equipe, misturada ao grupo heterogêneo dos profissionais que ali atuam, algumas vezes como visitante e acompanhante e também, possivelmente, como uma estagiária iniciante que mais observa do que atua. Entretanto, em uma ou duas oportunidades, quando perguntaram quem eu era, referi o papel de pesquisadora, abordei o tema e recebi apoio incondicional ao projeto. Foi assim que me inseri no espaço físico e simbólico do cenário de pesquisa.

### **A permanência e a saída do campo**

Com o decorrer do tempo, fui sendo 'assimilada' como alguém que 'está ali', mas 'não está'. Acredito ter conturbado minimamente o processo cotidiano de trabalho na Unidade, já que sempre que decorria algum período um pouco mais prolongado de ausência em um ou outro turno de trabalho, era questionada sobre o porquê de meu 'desaparecimento' ou demora em retornar.

Se no início da coleta de dados eu 'procurava' pelas oportunidades de observação, ao final de quatro ou cinco meses eu já era convidada pelas trabalhadoras para participar das situações de cuidado e interação entre elas e as famílias que ali estavam, ou de alguma outra atividade que eu nem mesmo havia planejado anteriormente. Nunca, durante todo o tempo

que durou a coleta de dados, senti qualquer constrangimento ou desconforto, seja por parte dos profissionais ou das famílias, e espero ter provocado neles os mesmos sentimentos.

Durante minha estada na Maternidade e principalmente na Unidade em foco, aproveitei todas as oportunidades que surgiram para identificar-me e comunicar sobre o papel que estava a desempenhar ali. Proceði assim com cada uma das enfermeiras que faziam os plantões noturnos e de finais de semana, ‘cobrindo’ todo o hospital, e também fui me apresentando ou sendo apresentada a outros profissionais como médicos e residentes, tanto quanto aos inúmeros estagiários que eram acolhidos no Alojamento. Sempre que possível, dissertava sobre os objetivos do estudo e os caminhos adotados para desenvolvê-lo. Os médicos do *staff*, principalmente, foram extremamente colaboradores durante todo o processo e manifestaram interesse em conhecer os resultados, além de colocarem-se à disposição para eventuais participações. Sempre que qualquer deles esteve envolvido de alguma forma no estudo, solicitei e obtive o consentimento livre e esclarecido de forma oral. Assim ocorreu, por exemplo, quando de minhas observações nas salas onde eram feitas as palestras para alta; uma tarefa sob a responsabilidade dos residentes de medicina.

Algumas vezes, no entanto, eu não tinha sequer o tempo necessário para anunciar que era pesquisadora e obter o consentimento informado. Isto se relacionava mais estreitamente ao contato com as famílias. Diversas foram as oportunidades em que eu realizava observações que considerava valiosas do ponto de vista dos dados para a pesquisa, mas como não havia colhido a assinatura da puérpera ou das pessoas de sua família que participaram daquela situação de observação, acabava por descartar o material coletado, ainda que não houvesse qualquer identificação real das pessoas, como de resto ocorreu nas demais situações. Ademais, à exemplo da situação vivenciada num estudo conduzido por Maluf (1999), noutras vezes, minha presença explícita como pesquisadora (e não como enfermeira), facilitou o acesso a determinadas informações e a situações de enunciação de narrativas que, acredito, não teriam aparecido de outro modo.

No decorrer do ano da coleta de dados realizei inúmeras observações e aprofundei temas em entrevistas com trabalhadoras e famílias e ainda participei de rituais, reuniões e encontros terapêuticos, sempre que tais meios se mostravam promissores para atingir os objetivos da pesquisa, embora tenha me concentrado de modo mais forte, no processo observacional, conforme será descrito posteriormente. Foi principalmente através das observações realizadas que ‘meus informantes’ foram aparecendo e se tornaram pessoas especiais tanto no que se refere ao processo investigativo, quanto pelos lastros afetivos que surgiram nas trilhas do caminho.

Minhas incursões introdutórias ao campo foram conduzidas de forma flutuante e não padronizada. Embora as visitas ocorressem no mínimo três vezes por semana, houve imensa variabilidade em termos de turnos acompanhados e de tempo de permanência em cada incursão. Isto porque o critério mais importante era que as situações vivenciadas em campo possibilitassem caminhos para a compreensão do fenômeno sob investigação. Assim, sempre que uma dada situação fosse encarada como 'fértil' na promoção de informações para a compreensão do modo como as trabalhadoras e as famílias interagiam ou na promoção de interpretações sobre as referências que as trabalhadoras usavam ao interagir com as famílias, minha permanência era mais prolongada e a frequência mais amíuade. Somente permanecia atenta ao bem estar dos informantes, aos seus desejos de participação e que estivessem concordantes com o processo.

Na grande maioria das vezes, cada período de observação durava de duas a quatro horas, mas houve momentos e episódios que exigiram maior concentração de horários. Nos períodos noturnos, por exemplo, era comum que eu chegasse na Unidade no momento da troca de plantões, próximo das 19 horas, e ali permanecesse por várias horas, havendo inclusive algumas oportunidades em que passei a noite no hospital. Em outros momentos, foram as contingências das cenas e protagonistas envolvidos que me fizeram permanecer mais tempo, como aconteceu, por exemplo, em algumas ocasiões em que houve internações de mulheres que perderam seus filhos, situações de cuidados terapêuticos que se prolongaram por dias, ou mesmo rituais de cuidado que envolviam as mesmas famílias e cuidadoras diversas. Nas ocasiões em que me encontrei com os informantes para entrevistas, no entanto, procurei permanecer absolutamente limitada às negociações previamente acordadas entre mim e o interlocutor, fosse ele um membro da família ou uma trabalhadora. Via de regra, as sessões de entrevistas não ultrapassavam duas horas, porém, nos encontros em que houve prolongamento deste tempo, as decisões sobre a continuidade sempre partiram dos próprios informantes.

Minha saída do campo aconteceu de forma bastante gradual, pois procurei manter contato com as pessoas mesmo durante a intensa fase de elaboração escrita da etnografia. Durante este período, voltei à instituição diversas vezes, seja para aprofundar dados, dissipar dúvidas, polir o olhar analítico, assegurar a compreensão dos temas, recolher padrões recorrentes, reconfirmar significados e interpretações, realinhar perspectivas de interpretação, garantir a confirmabilidade dos dados e proceder à validação dos achados. Em comum acordo com as trabalhadoras de enfermagem, optei por agendar encontros posteriores à defesa da

tese, para compartilhar os achados da pesquisa, ‘devolver’ os resultados, e então propor encaminhamentos que derivem novos acordos e novas propostas de encontros.

### 3.2.3 OS INFORMANTES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nos estudos etnográficos os informantes são participantes indispensáveis e a razão de ser da pesquisa. A pesquisadora, entretanto, não tem ‘amostras’, ‘objetos’, ‘casos’ ou ‘populações’ (LEININGER, 1995), mas trabalha com informantes-chave e informantes gerais que, por sua vez, tornam-se as principais fontes para que se aprenda com eles, sobre eles. Os mesmos não devem ser confundidos como aqueles que simplesmente respondem às indagações efetuadas pela pesquisadora durante o trabalho de campo, mas como participantes que, além de tomarem parte no processo de pesquisa, validam os resultados e são agentes ativos em todo o processo. No contexto deste estudo, os informantes foram entendidos e considerados como pessoas que possuem experiências próprias sobre o processo do nascimento e que, ao vivenciá-lo, reconstróem as experiências nas inter-relações promovidas dentro da realidade clínica. Realidade esta que pode ser identificada através do *visto* e do *dito*.

Segundo Leininger (1991), os informantes-chave são selecionados de modo proposital ou intencional por terem mais conhecimento sobre o assunto que está sendo investigado; por refletirem as normas, os valores, as crenças e os estilos de vida gerais da cultura; por serem o principal recurso para checar e rechechar os dados coletados em sua relevância interna (*emic*) e externa (*etic*), além de colaborarem mais intimamente para a consecução do rigor da pesquisa; por apresentarem interesse e disposição para ensinar o investigador, assim como por suas facilidades de expressão. Os informantes gerais são os que, comparativamente, não possuem conhecimento tão aprofundado sobre o assunto, mas têm idéias e domínio geral sobre o fenômeno sob investigação e mostram-se dispostos a compartilharem suas idéias. Usualmente, a pesquisadora inicia o estudo com informantes gerais e, progressivamente, vai elegendo os informantes-chave. Todavia, os gerais, não são consistentemente envolvidos no processo de observação participante ou em entrevistas, para obter *insights* em profundidade. Participam como ‘refletores’ da cultura para ajudar a confirmar as idéias dos informantes-chave.

Assumindo recomendações de estudos etnográficos, não estabeleci, a priori, qualquer número mínimo ou máximo de participantes, já que o critério não é numérico. O critério mais amplo que guiou as escolhas era, em princípio, relacionado apenas e atentamente ao desejo e concordância explícita em participar do estudo. Deste modo, pode-se dizer que quase todas as trabalhadoras de enfermagem que atuam no Alojamento Conjunto, independente da categoria

profissional ou do turno de trabalho, foram enquadradas como **informantes gerais**. De forma semelhante foi considerado um número incomensurável de famílias que passaram pelo processo de internação na Unidade durante o período que durou a coleta de dados. Em suma, foram identificados como informantes gerais tanto as trabalhadoras de enfermagem que não se incluíram nos critérios como informantes-chave, quanto os membros da família que demonstraram atuação mais periférica no decorrer dos cuidados pós-natais. No entanto, suas experiências e conhecimentos relacionados ao processo do nascimento foram incessantemente valorizados durante todo o período de permanência no campo. Este modo de proceder inicial a respeito da escolha dos informantes foi basicamente aleatório, ainda que houvesse preocupação constante em conquistar um conjunto diversificado de informantes gerais para que se pudesse apreender de modo mais amplo as diferenças e semelhanças (MINAYO, 1992).

Com relação aos **informantes-chave** a seleção foi um pouco mais parcimoniosa, já que obedece 'naturalmente' a um conjunto mais criterioso de decisões, confirmações e filtragens, tendo um íntimo paralelo com as respostas que precisam ser dadas às perguntas de investigação anteriormente formuladas. Levando-se em consideração o plano mais geral de informantes-chave, foram incluídos nesta categoria 19 trabalhadoras de enfermagem (cinco técnicas, oito auxiliares, cinco atendentes e uma enfermeira) e 42 pessoas das famílias (25 puérperas, sete homens-pais, oito avós e duas bisavós dos recém-nascidos). Em algumas ocasiões os membros das famílias participaram em duplas: mães-filhas, puérperas-companheiros e genros-sogra.

O processo de seleção dos informantes-chave obedeceu aos critérios apontados anteriormente, mas foi levemente diferente, considerando-se as trabalhadoras e as famílias, até por força de suas inserções como participantes diferenciados na investigação. Além de revestirem-se dos critérios mais gerais de seleção (voluntariedade, disposição em trocar, ensinar a pesquisadora, etc.), as trabalhadoras foram eleitas por desenvolverem atividades de cuidado diretamente com as famílias durante o tempo de internação das mesmas, pela disposição e interesse em auxiliarem na obtenção de informações sobre a 'cultura' do Alojamento e pelo conhecimento ou experiência que demonstravam possuir no sentido de auxiliarem a pesquisadora a aprofundar temas em entrevistas. Cuidados especiais também foram tomados para selecionar as informantes-chave que representassem todas as categorias de enfermagem: enfermeira, técnicas, auxiliares e atendentes de enfermagem. Este procedimento foi importante, haja vista a necessidade de serem investigadas as

perspectivas/referências que estas trabalhadoras adotavam, no ato de cuidar das famílias que estavam vivenciando o pós-parto, durante a hospitalização.

Como referi anteriormente, algumas das trabalhadoras que se tornaram minhas informantes-chave, já de antemão me convidavam para acompanhá-las nas atividades assistenciais do dia-a-dia, ou quando se deslocavam para algum quarto, setor, ou vivenciavam alguma situação terapêutica que julgavam ‘interessante’ para a minha coleta de dados, enquanto outras eram procuradas por mim de modo especial e estratégico, seja para as sessões de observação ou para as entrevistas. Também ocorreu de haver indicação por parte das próprias trabalhadoras: “*tu tens que conversar com a Mirtes que ela tem bastante experiência sobre isso*”; “*se tu queres entender melhor isto aí tu pede pra acompanhar a Simone que ela é expert no assunto*”; “*queres ver um modo diferente de cuidar e interagir com as mulheres? Procura a Ondina...ela põem até CD pra ajudar na assistência*”, e até mesmo situações de auto-indicação: “*tenho várias histórias como essa pra ti. Se tiveres interesse a gente pode marcar uma horinha*”; “*estou à disposição, queres me acompanhar?*”. Na maioria das vezes eu confirmava as expectativas e intenções colocadas por elas, mas aconteciam algumas situações em que os aprofundamentos não se confirmavam e então eu não insistia no acompanhamento, tendo no entanto o cuidado para que não fossem descartadas ou desvalorizadas as informações e muito menos menosprezadas as fontes humanas.

Com relação às famílias enquanto informantes-chave, genericamente também trabalhei com os mesmos princípios gerais de escolha, porém com o decorrer do tempo, passei a explorar com particular atenção aquelas situações em que determinados membros da família mostravam-se mais ativos durante os encontros com as trabalhadoras, nas ações de cuidado. Em muitos casos eram as puérperas que assumiam este papel, mas em outros, a tarefa era desempenhada por outra pessoa significativa para a puérpera e que tinha alguma influência sobre ela, como sua mãe, seu companheiro, sua sogra, a bisavó, e houve situações ainda em que se estabelecia um sistema de rodízio para o cuidado, onde a identificação da ‘fonte’ de informações nem sempre correspondia ao meu desejo quanto a quem observar e a quem entrevistar, pois quando me dava conta que “*era-a-avó-materna-quem-eu-deveria-ter-acompanhado-mais-de-perto*”, ela já tinha se ausentado para dar lugar à avó paterna do bebê, por exemplo. De qualquer modo, as famílias que permaneceram como meus informantes-chave, quer seja em sessões de observação ou de enunciação narrativa, contribuíram imensamente para os resultados que alcancei até aqui e é minha esperança que suas vozes ecoem através de mim, como se fossem suas próprias ações e palavras. O leitor poderá

conhecer mais sobre as características dos informantes-chave, tanto famílias, quanto trabalhadoras de enfermagem, nos próximos capítulos.

### 3.2.4 OS GUIAS HABILITADORES

A observação participante e a entrevista etnográfica foram os guias habilitadores mais utilizados para a coleta de dados. Quanto à **observação participante**, tomei como base metodológica o modelo OPR (Observação-Participação-Reflexão) proposto por Leininger, nas suas quatro fases:

*a) observação e escutar ativo:* em que a pesquisadora, ao entrar no campo, se preocupa mais em inteirar-se do contexto, observando acuradamente tudo o que se passa e o que se diz, ao mesmo tempo que os informantes passam a conhecer e interagir com a pesquisadora. Nesta primeira fase observei atentamente os relacionamentos, as atitudes e os momentos significativos de cuidado entre as trabalhadoras e as famílias e ouvi narrativas variadas, sem no entanto, ‘focalizar’ nenhum tema ou padrão. Permaneci apenas com todos os meus sentidos inteiramente aguçados, procurando ‘lançar as redes teóricas’ para não navegar inteiramente à deriva. Durante os primeiros encontros, promovi o que Leininger (1991) denomina de ‘observação fluida’ ou, conforme Streubert e Carpenter (1995), uma ‘observação geral’. Percorria a Unidade realizando o *tour* proposto por Spradley (1979), sem atentar demasiadamente para a focalização do que estava sendo narrado ou desenvolvido. Normalmente as ações de observar e escutar ativos eram introjetadas enquanto eu andava pelos corredores, visitava os quartos, ajudava espontaneamente a empurrar as macas, lia prontuários, indicava a localização dos setores e dos quarto de internação a quem estivesse perdido, acompanhava de longe as entradas e saídas das pessoas na instituição, para trabalhar ou para serem hospitalizadas, analisava papéis, documentos, ou estudava as escalas de plantões. Em suma, observava enquanto a movimentação cotidiana e rotineira da Unidade fluía.

*b) fundamentalmente observação com limitada participação:* nesta etapa, a pesquisadora, aos poucos, vai interagindo mais próximo das pessoas. Algum grau de participação começa a ocorrer, sem desviar-se da observação. Segundo Leininger (1991), a pesquisadora pode iniciar o reconhecimento dos informantes gerais e dos informantes-chave. Ao vivenciar esta fase, além das ações de observação e escuta atenta, procurei ‘mostrar-me’ um pouco mais no cenário do Alojamento. Iniciei contato de maior aproximação com as trabalhadoras e as famílias, enquanto prosseguia com as apresentações da proposta e com o princípio de reconhecimento dos sujeitos que já estavam sendo identificados como informantes gerais da

pesquisa e daqueles que já se insinuavam como promissores informantes-chave. Muitas vezes eram as próprias trabalhadoras que me apresentavam às famílias com as quais interagiam durante os cuidados, principalmente quando não havia dado tempo para minha apresentação pessoal antecipada. Percebia que elas faziam questão de me identificar como pesquisadora. Embora já ‘ensaiando’ alguma aproximação com as pessoas, ainda assim continuei procedendo observações gerais e fluídas, sem deter-me no aprofundamento de questões que iam surgindo. Neste momento, apenas as anotava para aproveitamento em momentos posteriores, quando fosse oportuno e indicado ‘polir o olhar’ nas observações ou conversar mais demoradamente com os informantes em entrevistas específicas. As conversas informais que mantinha com as trabalhadoras, as puérperas e suas famílias tinham ainda um caráter de ‘reconhecimento do terreno’ e os conteúdos giravam em torno dos acontecimentos presentes. Nesta fase do método observacional proposto por Leininger, usualmente, eu circulava na Unidade, em diferentes períodos e horários, limitando minha participação em resposta aos pedidos de auxílio das puérperas ou das trabalhadoras – ações que poderiam tanto ser solicitadas à mim ou a qualquer outra pessoa que ali estivesse, como por exemplo: ajudar na locomoção das puérperas, segurar os bebês enquanto as puérperas iam ao banheiro, atendiam ao telefone, ou acabavam de amamentar, ajudar com as sacolas no momento da internação ou da alta, ajudar na decisão dos agasalhos a serem usados nos bebês, atendendo a telefonemas e encaminhando as chamadas aos destinatários, acompanhar as palestras de alta ou mesmo alcançar alguns materiais ou aparelhos solicitados pelo pessoal de enfermagem durante o desenvolvimento dos cuidados às puérperas e recém-nascidos.

*c) participação com observação continuada:* a pesquisadora começa a ter participação mais ativa. A troca de informações com os informantes se dá de modo mais fluente por já haverem se reconhecido. A pesquisadora participa em vários graus para compreender as pessoas, experienciando envolvimento direto nas atividades de campo. A observação continua, tornando-se, no entanto, mais seletiva. Nesta fase a pesquisadora, já tendo obtido informações prévias, tem condições de desenvolver entrevistas focalizadas com os informantes-chave, procurando informações mais significativas e diretamente relacionadas com o foco da investigação. Ainda que tendo um papel maior em termos de participação, a pesquisadora deve manter o papel de aprendiz, além de começar a ter *insights* sobre temas e padrões emergentes que podem ser validados com os informantes. Nesta fase, já com algumas questões ‘em mente’, apontadas durante as fases anteriores de reconhecimento, eu já ‘procurava’ seletivamente por observações específicas, à exemplo do acompanhamento nas situações de cuidado em que as trabalhadoras procediam à higienização matinal das crianças,

uma vez que aquele momento parecia ser um dos mais importantes do dia (tanto para as trabalhadoras quanto para as famílias), seja em termos dos significados que ali estavam impressos ou se renovavam, das atividades educativas que aconteciam, dos referenciais teórico-práticos utilizados e manifestados pelas trabalhadoras durante os cuidados, dos enredos que eram construídos pelas trabalhadoras durante os processos terapêuticos, bem como de todas as interações que ali eram promovidas entre quem cuida e quem é cuidado. Procurei manter-me distante de meu papel profissional enquanto enfermeira e diuturnamente estar consciente de meu papel como pesquisadora, além de deixar explicitamente visível esta posição. Algumas vezes, entretanto, atuei em situações emergenciais das quais eu não podia me furtar, como acudir crianças em episódios de asfixia ou puérperas com sinais de lipotímia. Porém tais ações sempre eram interrompidas logo que os profissionais chegavam para assumir a responsabilidade pelos acontecimentos. Acredito que este papel não tenha sido ‘confundido’ com o de pesquisadora, principalmente porque quando havia qualquer profissional no local em que as ações terapêuticas estavam sendo executadas, eu não era chamada para tomar parte no processo. Durante esta fase do processo observacional eu também já tinha escolhido alguns informantes-chave e já iniciava algumas entrevistas esparsas aqui e ali, embora ainda me mantivesse com maior interesse nas observações focalizadas que ocorriam quase que diariamente. A profusão de dados e de situações clínicas, bem como as exigências teórico-metodológicas relacionadas com os procedimentos de categorização, organização e análise dos dados da pesquisa estavam à pleno vapor, já que a análise se dava em processo paralelo com o exercício investigativo das observações e das entrevistas. Também foi um período muito fecundo em termos de ‘participação’ da pesquisadora no dia-a-dia da comunidade, já que as relações de confiança conquistadas com as trabalhadoras e as famílias, levavam a que fizessem inúmeros convites para que eu participasse como observadora em situações clínicas ou procedimentos terapêuticos. Esta foi a fase mais intensa da coleta de dados e a que demandou maior atenção e energia.

*d) fundamentalmente reflexão e reconfirmação dos dados com os informantes:* este é um momento muito importante do estudo e ocorre, de modo mais sistemático e aprofundado, quando a pesquisadora se encontra com os dados resultantes das etapas anteriores e reflete sobre os mesmos, retornando ao campo, sempre que necessário, para revalidar as reflexões feitas. É uma etapa muito particular e indispensável do estudo, em que a pesquisadora olha reflexivamente ‘para trás’, relembando o processo, de modo global. Representa o momento de síntese de todo o processo vivenciado no campo. Além de constituir-se na fase mais fecunda de ‘síntese’ de todo o material coletado, também foi neste período final de

permanência no campo que realizei a maior parte das entrevistas com os informantes, enquanto continuava na realização das observações que eram de interesse para refinar os temas e as categorias que emergiram dos dados. Ao final, retornei ao campo ainda algumas vezes para reconfirmar os achados e validar os resultados.

Embora as etapas do modelo OPR tenham sido descritas em separado, na prática, suas fases ocorreram de modo dinâmico e em complementação uma às outras, não havendo separação rígida entre elas. Com o processo de observação participante tive a oportunidade de interagir com os informantes, abrindo caminhos para a reflexão dos questionamentos e construção dos significados culturais relacionados ao processo de cuidar que toma lugar na Unidade. Foram focos de atenção todas as atividades relacionadas ao que trabalhadoras e famílias diziam e faziam em conjunto (enquanto vivência coletiva do cuidado no Alojamento), sem descuidar-se destes mesmos elementos no que diz respeito às interações entre as profissionais de enfermagem, entre estas e os outros profissionais do setor e o que ocorria no interior de cada família e ainda as relações interfamiliares.

O conteúdo, o lugar e o modo em que as falas e as ações aconteciam, os tipo de narrativa que se enunciavam, a forma com que as valorizavam e hierarquizavam, o seguimento ou não às normas e rotinas institucionais, a negociação ou imposição de conhecimentos e práticas, as emoções que afloraram durante a vigência de narrativas espontâneas ou provocadas, os conhecimentos autoritativos que emergiram da realidade clínica, bem como os símbolos e significados expressos nas manifestações verbais e não verbais, foram minuciosamente explorados em ‘descrições densas’ (GEERTZ, 1989), sempre envolvidas pelas visões *emic/etic*, para que se pudesse realizar a leitura do cenário, das cenas e dos atores que constróem a cultura do Alojamento Conjunto.

Embora tivesse elaborado e apresentado no projeto de pesquisa um ‘guia etnográfico’ para a condução inicial das observações (contendo alguns tópicos mais gerais para ajudar a direcionar o olhar e a atenção), com o decorrer do tempo tal recurso mostrou-se de pouca validade. Tão logo introjetei as perguntas de pesquisa e os propósitos da mesma, optei pela observação livre, sem planejamento de um roteiro ‘a priori’, mesmo quando as observações tornaram-se mais focalizadas. As anotações realizadas e as incessantes leituras efetuadas antes de cada retorno ao campo, encaminhavam os novos rumos das observações participantes.

A **entrevista** foi outro guia habilitador usado para a coleta dos dados, sendo considerada complementar às atividades de observação, ou seja, na medida em que iam surgindo alguns padrões, categorias ou temas advindos do processo observacional com as trabalhadoras e as famílias, é que eram tomadas decisões referentes ao processo de

entrevistas, para aprofundamento, polimento, aperfeiçoamento, confirmação ou descarte de interpretações e sentidos.

Ao todo, foram conduzidas 18 entrevistas com os informantes-chave. Dos 18 relatos sistemáticos obtidos (além daqueles menos 'sistemáticos', advindos das inúmeras conversas concomitantes às observações e das narrativas espontâneas aproveitadas), 11 envolveram trabalhadoras de enfermagem e 7 envolveram famílias. Embora eu tivesse programado inicialmente que esta técnica seria desenvolvida com cada um dos informantes, individualmente, a própria dinâmica das interações e as características do processo de trabalho acabaram por levar a uma leve mudança de rumo, no que diz respeito ao número de pessoas presentes em cada entrevista. Por exemplo, uma das puérperas aceitou participar juntamente com sua mãe e noutra situação, acolhi o desejo de duas atendentes em conversarem comigo conjuntamente, já que, no momento agendado para a entrevista com uma delas, a outra verbalizou que estava num intervalo de descanso entre as atividades assistenciais. Sempre aceitei tais encaminhamentos e acredito que tenham sido eventos significativos, tanto para mim como pesquisadora, quanto para as relações entre as pessoas que participaram dos encontros. Deste modo, em algumas destas entrevistas, conversei ao mesmo tempo com algumas duplas, mais especificamente, com duas duplas mãe-filha, com uma dupla marido-mulher, com uma dupla sogra-genro e com duas duplas de trabalhadoras. As demais foram individuais e envolveram participantes variados, a exemplo dos cuidados tomados durante a observação participante, ou seja, dentre o conjunto de trabalhadoras, foram escolhidas técnicas, auxiliares, atendentes e a enfermeira, e dentre as famílias, procurei obter interpretações diversas, balizada nos papéis sociais que eram compartilhados ou divididos entre seus membros. Assim, obtive relatos de puérperas, de seus companheiros, de suas mães e de suas avós.

Como já antecipei, estas entrevistas ocorreram mais próximas do final do trabalho de campo com a intenção de aprofundar os temas que surgiram durante a vigência da observação participante, já que esta última era a técnica principal da coleta de dados. E isso ocorreu efetivamente, embora não fosse assim tão estanque, pois os conteúdos obtidos no decorrer dos relatos dos informantes também serviam como referência para as observações, levando, na prática, à situação de retroalimentação e complementação mútua.

As entrevistas sempre foram previamente agendadas com os informantes, respeitando todos os seus direitos, inclusive com relação aos horários de início e término, e no tangente ao indiscutível direito de não participação. Com as famílias os encontros sempre ocorreram conforme os agendamentos negociados previamente (geralmente no início da tarde, antes do

horário das visitas), mas com as trabalhadoras, somente duas vezes as entrevistas foram conduzidas nos horários combinados da primeira vez. Era comum que marcássemos um novo encontro, principalmente em razão dos imprevistos assistenciais que surgiam, mesmo que privilegiássemos o horário de descanso das mesmas, para a condução das entrevistas (como elas ‘descansam’ na própria Unidade, não é raro que tenham que se envolver em atividades de cuidado, também nesses horários). Como premissas básicas gerais na condução das entrevistas, adotou-se o seguinte: cuidados específicos de ‘não intrusão’ e de ‘não interrupção’ durante os turnos de trabalho e durante o desenvolvimento das atividades assistenciais; acordo mútuo entre trabalhadora ou família e a pesquisadora no que diz respeito ao local, data, horários e duração da entrevista; cuidado esmerado na condução dos diálogos, permitindo que a narrativa se dê de modo livre, favorecendo a expressão de sentimentos espontâneos, ao invés de canalizá-los; não dirigir a entrevista; respeitar as opiniões, os valores ou os pontos de vista expressados; deixar claro que não se está avaliando o conhecimento que possuem, mas sim, refletir sobre o que está sendo expressado e o modo como interpretam os acontecimentos; demonstrar interesse genuíno e evitar interromper o fluxo da narrativa e o curso do pensamento; manter o papel de aprendiz; estabelecer um clima de confiança, conforto, voluntariedade, disponibilidade, informalidade e transparência de idéias, comportamentos e objetivos.

De modo geral, a ‘necessidade’ de entrevistar partia dos dados obtidos durante as observações e em concomitância com as reflexões analíticas. As categorias, padrões ou temas daí emergentes, seja para contrastar ou para comparar, é que davam ‘o tom’ para a entrevista e indicavam a sua efetivação. Assim, uma vez identificada a categoria, o padrão ou o tema decorrente de uma (ou várias) sessão de observação participante, eu elaborava um pequeno roteiro que denominava “Questões para orientar a entrevista” e o utilizava como um guia, apenas para lembrar-me dos pontos a serem aprofundados, pois cada um desses roteiros provinha de observações específicas e também os roteiros eram específicos. Decorre daí que foram elaborados cinco roteiros diferentes, com base em cada conjunto de observações realizadas. Creio que um exemplo esclareça melhor os procedimentos adotados: num determinado período, comecei a perceber que algumas trabalhadoras do Alojamento prestavam assistência que parecia ‘diferenciada’, tomando-se por base a maioria das situações de cuidado em que eu havia participado até então. Ao mesmo tempo, esta forma diferenciada de agir e interagir revelava algumas características que pareciam se repetir, considerando-se o pequeno agrupamento de observações que eu vinha fazendo até então, como por exemplo, a utilização de determinadas expressões verbais e corporais por parte das trabalhadoras, bem

como o inegável ‘resultado’ terapêutico que se anunciava nos sentimentos que eram expressados pelas puérperas e por suas famílias, durante e após o(s) encontro(s) com tais trabalhadoras. Diante deste meu olhar interrogativo para a realidade observada e necessitando aprofundar meus *insights*, reli o registro daquelas observações feitas e elaborei um roteiro que continha duas partes, precedidas por pequeno resumo das situações observadas. Na primeira, haviam questões para serem feitas à trabalhadora (exemplo: “na ocasião do teu encontro com a puérpera Eliane e a filha recém-nascida, você usou ‘tal e tal’ expressão verbal...fale-me sobre isso”), e na segunda, um breve guia para a conversa com a família (exemplo: “perguntar à mãe da puérpera Eliane como ela avaliou o cuidado prestado pela atendente Lia”). A partir daí, iniciei os contatos, em separado, com a trabalhadora Lia e com a família da puérpera Eliane para avaliar a possibilidade de se conversar sobre as ocorrências. Uma vez aceito o convite, de ambas as partes, realizei duas reuniões com Lia e uma com Eliane e suas mãe. O fato de usar como base para a entrevista, ‘situações práticas’ da qual todos os informantes envolvidos haviam participado efetivamente, foi uma das principais estratégias de condução do estudo, pois percebi que tanto as trabalhadoras quanto as famílias tinham muito mais contribuições a dar e a conversa fluía muito mais naturalmente por terem em mira um ‘caso concreto’ (envolvendo experiências próprias ou ‘próximas’), do que quando conversava sobre situações hipotéticas, baseada em abstrações (experiências ‘distantes’). Realizar as entrevistas, próximo da ocorrência prática que as gerava, também contribuiu para o sucesso na obtenção de dados significativos.

Os locais escolhidos para a realização das entrevistas também foram decididos em conjunto e mesmo quando foi necessário mudar de lugar, ainda no decorrer da entrevista (como aconteceu duas vezes enquanto entrevistava as trabalhadoras), a decisão também foi tomada em comum acordo. A grande maioria delas foi realizada em uma sala de palestras contígua ao Alojamento, pois durante a tarde quase não era ocupada para atividades sistemáticas da Unidade, de forma que possibilitava certa privacidade e algum conforto em termos de localização e acesso, tanto para as funcionárias, quanto para as famílias. Entretanto, três entrevistas ocorreram no interior do Centro de Aleitamento Materno e outras duas (exclusivamente com puérperas) na sala de higiene do recém-nascido, localizadas nas dependências internas dos quartos de internação. Independente do local de realização dos encontros, procurei manter condições ambientais que promovessem a interação com os interlocutores, bem como tomar todos os cuidados para deixá-los á vontade tanto para se expressarem como para calarem, caso fosse este o desejo.

Logo que percebia que os informantes estavam confortavelmente instalados, e antes de entrar diretamente no assunto da entrevista (a partir do roteiro), voltava a lembrar os objetivos do estudo, o papel de pesquisadora, a garantia do caráter de confidencialidade e anonimato e sobre a possibilidade de desistência. Iniciada a conversa, os assuntos fluíam quase sem interrupção até que eu voltasse a lembrar que o prazo estipulado previamente se encerrara. De parte das famílias, ao receberem a informação de que o horário combinado estava findando, procuravam despedir-se sem mais demoras, no entanto com as trabalhadoras nem sempre aconteceu deste modo. Houve muitas ocasiões em que as conversas se alongavam por pelo menos o dobro do horário combinado, já que a 'vontade de falar' quase sempre ultrapassava os conteúdos formais em discussão. Muitas vezes os encontros foram também momentos de desabafo, lembranças e projetos, pois os assuntos em pauta sempre acabavam entremeando experiências pessoais e profissionais. O fato de serem, em sua maioria, mulheres-mães-trabalhadoras, refletiu-se inteiramente em suas narrativas, havendo muitas vezes completa capilaridade entre os cenários, espaços e papéis públicos e privados.

Apesar dos inconvenientes do uso do gravador, utilizei-o em inúmeras ocasiões, tanto nas entrevistas quanto em muitas sessões de observação participante. A concordância em usá-lo foi obtida de todos os informantes-chave, com exceção da avó de uma puérpera que disse ter 'vergonha' de falar, sabendo que a conversa seria gravada. A decisão foi respeitada e o aparelho desligado. Durante as observações o pequeno gravador permanecia em algum local que eu entendia como de menor risco de ser o 'centro' das atenções (como por exemplo no extremo mais distante de um balcão ou na parte inferior do berço do recém-nascido, junto das sacolas e demais pertences das famílias). Nas entrevistas, logo que recebia o consentimento para a gravação, também tinha o cuidado de deixar o aparelho em posição periférica para evitar constrangimentos e desvios de atenção. Nos momentos considerados 'mais íntimos' dos relatos, o gravador era prontamente desligado. Esses registros foram imprescindíveis para a acuidade dos dados e preciosos sobretudo no que se refere ao aproveitamento dos conteúdos das narrativas.

Todos os informantes-chave (trabalhadoras e famílias) aceitaram e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, sem ressalvas. O Termo formulado especificamente para as profissionais (Apêndice B) recebeu assinatura de cada uma das trabalhadoras (mesmo que tenham participado em observações ou entrevistas em duplas) e o Termo das famílias (Apêndice C) foi assinado pela puérpera (quando somente ela estava envolvida nas observações e entrevistas) ou pela puérpera e o outro integrante da família que a acompanhava, caso os dados tivessem sido coletados em duplas. Logo depois que eu

informava e esclarecia sobre o estudo e os modos de participação de cada um, oferecia os documentos para que fossem lidos com atenção e então combinava uma outra hora ou dia para o recebimento dos mesmos. As famílias quase sempre liam o documento, assinavam ou colhiam as assinaturas e logo devolviam, enquanto que as trabalhadoras normalmente despendiam mais tempo para a leitura, levando-o até mesmo para casa, porém o retornavam assinado, conforme o horário e o local em que havíamos combinado.

### 3.2.5 O REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS

Para documentar as informações provenientes do uso dos guias habilitadores foi adotado como recurso principal o “Diário de campo” (DC), onde eram feitas as anotações diárias e detalhadas das situações vivenciadas no decurso das observações e entrevistas. De modo geral estas anotações seguiam os princípios de ‘identificação da linguagem’, o uso do ‘verbatim’ e do ‘princípio concreto’. A fim de prevenir prováveis esquecimentos ou falhas de memória, o diário de campo foi organizado na forma de notas condensadas e de notas ampliadas. As primeiras referiam-se ao registro sintético dos principais eventos ocorridos em campo e eram anotadas durante o transcorrer das observações e entrevistas, ou imediatamente após cada período de coleta de dados. Estes apontamentos eram feitos ainda na Maternidade. As segundas visavam expandir os dados anotados anteriormente, descrevendo com rigoroso detalhamento todas as cenas, cenários, relatos e participações vivenciadas em campo e eram digitadas em meu computador pessoal, a partir das fitas gravadas, à medida que estas iam sendo autorizadas pelos informantes.

Quanto ao tipo de registro, foram consideradas inicialmente as sugestões de Glaser e Strauss (1967) e as orientações adaptadas de Taylor e Bogdan (1984), englobando as “Notas de campo” propriamente ditas, que contemplavam os registros detalhados referentes à planta física, o espaço, a estrutura, as normas, as rotinas, as hierarquias e a organização do Alojamento Conjunto; a descrição minuciosa dos informantes, das narrativas, sobre os relacionamentos entre as trabalhadoras e as famílias e a descrição de todas as atividades de cuidado realizadas, além dos relatos obtidos tanto nas sessões de observação, quanto nas entrevistas. Essas notas de campo correspondiam ao registro dos ‘descritores’ ou ‘dados brutos’ apontados por Leininger (1991), e se localizavam na primeira coluna à esquerda do Diário. No lado direito registrei as “Notas metodológicas”, englobando os apontamentos referentes ao modo de condução do trabalho de campo, bem como os acertos a serem efetuados e os rumos a serem corrigidos, e também do lado direito, logo na seqüência, as “Notas teóricas”, que continham as interpretações feitas por ocasião da coleta ou durante a

organização dos dados; as reflexões teóricas que foram surgindo durante o processo onipresente de coleta e análise; as categorias, padrões e temas que iam emergindo; e as sínteses teóricas que se apresentavam. Embora este tipo de registro tenha sido considerado eficiente para os fins a que se destinava, sofreu leve modificação no decorrer da coleta dos dados, haja vista as observações procedentes e indispensáveis da orientadora do estudo, para que ocorresse maior aproximação entre o registro dos dados brutos e o processo de análise e interpretação dos mesmos. Um exemplo desta alteração será apontado no próximo item.

O registro das observações era sempre precedido por uma pequena identificação, em que constava a data, o horário, o local e as situações observadas naquela sessão ou período (exemplo – data: 13/05/2001, domingo, feriado dia das mães; horário: das 9:40 às 12:40; local: quartos A e B/posto de enfermagem/sala de raio X; situações: puérpera portadora de HIV e com suspeita de pneumonia ativa/cuidados de higiene ao RN/orientações gerais pelas trabalhadoras/alta à pedido). O registro das entrevistas também continha uma pequena introdução que constava da identificação do informante-chave, da seqüência da entrevista (se era a primeira ou a segunda entrevista com aquele informante), da data, do local da ocorrência e da duração total da mesma.

### 3.2.6 O PLANO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A reflexão sobre os dados obtidos foi feita, sempre que possível, em concomitância com a coleta dos mesmos e à luz do suporte teórico e dos objetivos que sustentavam o estudo. O olhar atento e reflexivo ao Diário de Campo promoveu a análise e a interpretação dos dados, ambos contidos em um mesmo movimento.

Para compreender os significados culturais, precisei analisar as situações vivenciadas no campo, cotejando os relatos das pessoas envolvidas, com a observação dos comportamentos e com o significado-em-contexto. Deste modo, busquei interpretar as interpretações dos informantes sobre as interpretações de suas próprias experiências. De acordo com Minayo (1992), uma boa análise interpreta o conteúdo dentro de um quadro de referências onde a ação e a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifestada e atingir significados latentes.

Para a análise dos dados, utilizei o processo proposto por Leininger (1991), o qual foi especialmente desenvolvido para refletir sobre os dados qualitativos da etnoenfermagem. Este tipo de análise inclui a identificação de temas e padrões de cuidado ou de saúde, a classificação semântica de expressões de cuidado à saúde e análise interpretativa dos dados *emics* e *etics*. As experiências recorrentes das pessoas (componentes da etnografia) são

analisadas para fornecer uma ampla abordagem de compreensão relacionada ao fenômeno de enfermagem no que diz respeito ao cuidado em saúde. O processo analítico possui quatro fases seqüenciais que apresento aqui, tentando focalizar as características e os princípios estruturantes propostos por Leininger a cada uma destas fases, incluindo também os procedimentos adotados por mim, a fim de colocar em prática cada um dos passos analíticos. Ainda que nada tenha sido feito sem uma boa dose de criatividade e flexibilidade, saliento que, diante dos inúmeros exemplos conflitantes encontrados na literatura sobre esta metodologia construída por Leininger, passei a adotar como guia, somente os passos analíticos que ela mesma descreve nas pesquisas que constam da obra publicada em 1991 e também das autoras Berry (1999) e Reeb (1992), por considerar suas formulações mais próximas daquelas elaboradas por Leininger. Genericamente, o processo analítico segue a seqüência: categorização dos descritores → padrões → temas, sendo que a validação e a confirmabilidade da análise podem ser alcançadas fazendo-se o mesmo percurso 'ao contrário': temas → padrões → categorização dos descritores. Procurei seguir ambas as sugestões, realizando primeiramente movimentos indutivos de interpretação e análise, e posteriormente, movimentos dedutivos, para reafirmação da acuidade dos resultados. As quatro fases sempre foram realizadas tanto buscando convergências e divergências 'individuais', ou seja, nos limites dos dados apontados por cada 'caso', 'situação' ou período observacional ou ainda cada entrevista realizada, quanto buscando similaridades e diferenças mais abrangentes, ou seja, considerando-se os agrupamentos de observações e de entrevistas.

FASE 1 – *Coleta, descrição e documentação dos dados brutos* – nesta fase coletei, descrevi, registrei e comecei a análise dos dados que tinham relação com os objetivos do estudo e com o foco de investigação. Incluí desde o registro dos dados de entrevista com os informantes-chave e gerais; as observações realizadas, bem como as experiências participativas; a identificação dos símbolos, significados e o registro dos dados relacionados ao foco do estudo, principalmente sob a perspectiva *emic*, mas permanecendo atenta às idéias *etic*. Esta fase, portanto, englobou desde a coleta e documentação dos dados, de modo empírico-indutivo, até a leitura e releitura exaustiva destes dados, a partir das notas expandidas do Diário de Campo. Frente a quantidade de 'dados brutos' e da multiplicidade de participantes, o material mostrou-se bastante heterogêneo, mas desde as páginas introdutórias das 'preliminares' da entrada no campo, até as quase 4.000 páginas constituintes do Diário (que resultaram em oito planilhas de organização e categorização), os dados foram organizados e analisados, linha por linha e parágrafo por parágrafo. Assim, a organização do material obtido

durante o trabalho de campo correspondeu ao primeiro momento formal e sistemático do processo de análise.

*FASE 2 – Identificação e categorização dos descritores e componentes* – nesta fase, a leitura atenta dos dados procurou por semelhanças e divergências de afirmações e comportamentos, que foram classificados de forma a permitir a compreensão da situação ou questões em estudo. Identificaram-se frases-chave e expressões-chave que contribuíam para agrupamentos de similaridades e diferenças. Tanto descritores convergentes quanto divergentes foram levados em consideração. Os dados foram codificados e classificados conforme sua relação com o domínio de investigação e as questões de estudo. Os componentes recorrentes foram estudados pelos seus significados. As informações e interpretações preliminares começaram a ser confirmadas com os informantes para dar credibilidade aos achados. Houve aqui a primeira categorização inicial que possibilitaria também os primeiros passos em direção aos padrões. Estas sínteses iniciais corresponderam igualmente ao primeiro momento de ‘redução’ dos dados brutos, procurando de certo modo filtrá-los enquanto agrupamentos significativos. Ao construir esta fase eu também já tinha claro que o processo reflexivo não envolvia somente o raciocínio lógico, intelectual, ‘metódico’, mas igualmente o conhecimento pessoal, subjetivo e a experiência anterior enquanto pesquisadora.

*FASE 3 – Identificação de padrões recorrentes* – os padrões passaram a ser derivados dos passos de análise prévios, considerando-se que ‘padrões’ são entendidos como pequenas unidades de condutas seqüenciais que contribuíam para a posterior formulação dos temas. Esta, em minha percepção, foi a fase mais importante e trabalhosa do processo analítico em que busquei combinar cada conjunto de agrupamento anterior (descritores categorizados) em unidades cada vez mais significativas de análise. Os dados anteriores foram escrutinados para descobrir a saturação de idéias e padrões de significados similares ou discrepantes ao domínio de investigação. Enquanto procedia no esforço intelectual e sensível de identificar padrões recorrentes, procurei por evidências de saturação, consistência e credibilidade dos dados, reconfirmando-os com os informantes. A identificação dos padrões, da mesma forma que com relação à identificação e classificação dos descritores, foi realizada de modo contínuo e concomitante, passando por diversas e cada vez mais complexas etapas de ‘redução’, onde cada movimento analítico apontava para novas sínteses. Assim, por exemplo, o padrão denominado de “O divisor de águas: do cuidado de um para o cuidado de dois”, resultou da síntese reflexiva de descritores categorizados previamente e que se associavam em torno de um eixo que representava um aspecto histórico considerado pelas trabalhadoras como o mais ‘significativo’ no que diz respeito à mudança assistencial no Alojamento Conjunto, quando a

unidade deixou de receber “apenas puérperas” e passou a receber “puérperas e recém-nascidos”. Outro exemplo refere-se ao padrão denominado “No Alojamento a família aprende o que é certo: o cuidado educativo que medicaliza o pós-parto”, que resultou de outra síntese reflexiva de conjunto de descritores e que se aglutinava em torno de um eixo que englobava ações e narrativas que as trabalhadoras usavam com as famílias, representando simbolicamente o ‘peso’ e o poder que o conhecimento biomédico tinha durante a prática assistencial. Em suma, as categorias anteriormente identificadas foram realinhadas e comparadas, evidenciando unidades mais densas de análise que contribuíram para a fase final de formulação dos temas. Um dos recursos que contribuíram imensamente para a construção desta fase foi a elaboração de ‘memos’ analíticos que eram escritos no próprio diário de campo, logo ao lado da categorização dos descritores. Tais ‘memos’ foram inspirados na abordagem clássica de Glaser e Strauss (1967) e nas sugestões de Nochi (2000), em que o pesquisador, ao olhar atentivamente para os dados que dão suporte à pesquisa, analisa-os, e ao mesmo tempo inclui possíveis relações com conceitos e princípios teóricos advindos da sustentação bibliográfica do estudo. Além disto, esta estratégia também revelou-se como um caminho importante para que a orientadora do estudo, com experiência *senior* em pesquisas qualitativas, pudesse validar ou auxiliar no refinamento da relação ‘dados-reflexões’, uma vez que a leitura que fazia de tais ‘memos’, ajudava a ver se a análise estava lógica e se estava concordante com os dados.

FASE 4 – *Formulação de temas, achados relevantes e formulações teóricas* – nesta etapa final do processo analítico os temas foram formulados e então apresentados como resultados da pesquisa. A partir dos padrões identificados na fase 3, procurava pelos temas, que diferiam dos primeiros por serem unidades mais amplas de significados, isto é, por serem mais gerais e englobarem ‘dentro de si’ os padrões encontrados. Assim, por exemplo, os padrões: “A confiança na experiência das antigas”; “Alguns modelos explanatórios das famílias relacionados ao período pós-parto”; “Tomo banho, mas a trança fica!”; e “O círculo de comadres” foram todos incluídos numa única “unidade de significado”, ou seja, num único tema denominado: “Tem coisas que são do conhecimento da gente: o *status* do conhecimento das famílias”. Estes mesmos procedimentos foram utilizados para a construção dos outros temas. Em resumo, esta última fase requereu profundo processo de síntese, interpretação e abstração de idéias derivadas, em ‘cascata’, das fases reflexivas precedentes.

Ao final de cada processo analítico mais indutivo que gerava os temas, e seguindo as orientações de Leininger (1991), realizei então o caminho ‘inverso’, perseguindo a direção: temas → padrões → categorização dos descritores, a fim de assegurar a reafirmação dos

resultados. Um exemplo do primeiro movimento de análise (mais indutivo) pode ser observado e consultado pelo leitor no Apêndice D. Quanto ao segundo movimento (mais dedutivo), devido ao grande volume de páginas necessárias ao seu entendimento (uma vez que segue o sentido ‘vertical’ e não ‘horizontal’, como o primeiro), opto por resguardá-lo em meu arquivo pessoal, para a consulta dos interessados. Entretanto, o leitor terá uma idéia aproximada deste último movimento, ao proceder a leitura dos temas constituintes da presente etnografia, já que a construção do texto seguiu a direção: tema → padrão → descritores, sempre entremeando com as reflexões e interpretações pertinentes.

O processo de análise, embora descrito em fases seqüenciais, deve ser entendido como um processo que foi elaborado num ir e vir constante. Cada fase foi sendo construída e suportada pela análise das fases anteriores para que a confiabilidade e a exatidão fossem evidenciadas. O tempo todo, os achados provenientes da análise foram redesenhados em cada uma das fases e retornados à fase 1. Esta checagem contínua entre as fases foi essencial para que fossem preservadas as interpretações dos informantes. A apreciação das categorias, dos padrões e dos temas, foram continuamente monitoradas entre a pesquisadora e a orientadora do estudo durante todo o processo analítico.

### 3.2.7 PREOCUPAÇÕES COM O RIGOR DA PESQUISA

O rigor científico na pesquisa etnográfica implica em se conseguir a consistência dos dados, a aplicabilidade ou adequação dos resultados e a consistência dos resultados (Zago, 1994). Todos estes fatores contribuem para a credibilidade da investigação científica. Na ótica de Leininger (1997a, 1991, 1990), de Germain (1993) e de Berry (1999), para se perseguir este objetivo, existem alguns critérios que necessitam ser amplamente reconhecidos, especialmente em se tratando de um estudo de etnoenfermagem. Estes critérios foram considerados como estratégias fundamentais no desenvolvimento do presente estudo mesmo antes de se iniciar a investigação e continuaram presentes, como pano de fundo, em todas as fases da pesquisa.

*Credibilidade* – diz respeito à autenticidade e à meticulosidade dos ‘achados’ que são estabelecidos mutuamente entre a pesquisadora e os informantes. As experiências diretas da pesquisadora, com as pessoas, considerando-se o tempo prolongado de permanência no campo de estudo, bem como o devido cuidado com as interpretações e as explicações dos informantes foram estratégias usadas para substanciar este critério.

*Confirmabilidade* – é adquirida através de repetidos encontros com as pessoas, possibilitando a confirmação dos dados do estudo. A mútua concordância entre a pesquisadora e os

informantes estabelecem a confirmabilidade. Este critério permitiu a validação dos significados expressos pelas trabalhadoras e pelas famílias participantes da pesquisa. Procurei desenvolver processos de validação durante e após a coleta de dados. A cada nova incursão ao campo, criava 'micro-validações' que se constituíam em reencontrar os informantes com os quais tinha obtido informações anteriores e questionar se realmente havia interpretado 'corretamente' os descritores obtidos nas falas e nas ações. A validação de maior magnitude foi obtida pela leitura realizada por uma das trabalhadoras do Alojamento Conjunto. Depois de entregar o texto final da tese à trabalhadora, aguardei alguns dias e, após agendarmos uma reunião, obtive retorno de sua apreciação, conquistando com isso a confirmabilidade geral e final do estudo.

*Significado-em-contexto* – refere-se aos dados significativos que são reconhecidos e relevantes para as pessoas, dentro de seus contextos naturalísticos. Houve preocupações contínuas em garantir que as informações obtidas sempre fossem interpretadas no contexto de suas ocorrências. Os processos de validação corroboraram esta preocupação.

*Padrões recorrentes* – refere-se às questões que se repetem; à seqüência de eventos, experiências, atividades, expressões ou estilos de vida que têm tendência à recorrência através do tempo, durante o empreendimento etnográfico. Tais padrões foram cuidadosamente observados desde o primeiro dia do trabalho de campo, até a fase posterior de interpretação e análise mais sistemática dos achados da pesquisa. O fato de analisar os dados buscando padrões de recorrência que, analisados em conjuntos significativos, conduziam à formulação de temas, contribuiu para o contínuo cuidado com este critério de rigor etnográfico.

*Saturação* – diz respeito à evidência de ter tomado parte em tudo aquilo que pode ser conhecido ou entendido sobre o fenômeno sob investigação. A saturação dos dados do presente estudo começou a acontecer quando se observou que as idéias, as ações e as condutas começaram a se repetir, a se tornarem redundantes ou a apresentarem similaridades.

*Transferibilidade* – refere-se aos resultados do estudo que podem ter significados similares (não idênticos) e possuem relevância em outras situações ou contextos similares. Acredito que este critério possa ser reconhecido quando da leitura atenta do texto e dos significados e interpretações nele impressos. O estudo aponta contribuições para outras Unidades de Alojamentos Conjuntos que podem ser beneficiadas com os resultados obtidos até aqui.

\*\*\*\*\*

Os próximos capítulos (capítulo 7, 8, 9 e 10) contemplam, enfim, – após alguns capítulos precedentes (capítulo 4, 5, e 6) e não menos importantes que ajudam a “situar” o leitor no cenário e na identificação dos atores do Alojamento, – os quatro temas que surgiram com mais força no presente estudo e que foram assim denominados: 1) “Entre o leito e o berço: a vivência do processo de cuidar de dois”; 2) “Aqui a autoridade sou eu: o *status* do conhecimento biomédico”; 3) “Tem coisas que são do conhecimento da gente: o *status* do conhecimento das famílias”; e 4) “Conhecimentos que se constroem em narrativas terapêuticas: possibilidades de vitalização do pós-parto”.

## CAPÍTULO 4 - O CENÁRIO CULTURAL

*“Eu acho esse lugar aqui muito interessante...até parece uma ‘encubadeira’ gigante. É uma pena que às vezes se espera que nasça, e vem a morte em vez do nascimento, ou até prematuro, doente..., mas graças à Deus isto não é comum. [...]. É que nem entrar num túnel e ficar esperando o que tem do outro lado. Será se é bom? Será se é ruim?”*

(Celina – puérpera de 22 anos)

*“Às vezes isso aqui parece um banhado...é um chorinho aqui, outro ali, mas às vezes parece que a bruxa tá solta. É pra morrer de tanto trabalhar. Acho que é a unidade de hospital que mais interna e que mais tem alta... só aqui e na sala de parto...tá sempre nascendo alguém na família...é uma casa...uma grande mãe”.*

(Zélia – técnica de enfermagem)

---

De modo apropriado e perspicaz, Boff (1997, p.9) refere que “todo ponto de vista é a vista de um ponto” e acrescenta que, para compreender, é necessário conhecer o lugar social de quem olha. Assim, pois, é essencial conhecer como alguém vive e convive, quais são suas experiências, como enfrenta os dramas da vida e da morte, seus conflitos, e que esperanças o animam. É com esta intenção que eu gostaria de iniciar a apresentação deste capítulo, onde descrevo (e portanto, já de saída, interpreto, pois descrever e interpretar são faces do mesmo empreendimento) o cenário cultural que serviu como ancoradouro de idéias, como ‘campo’ de pesquisa – embora Geertz (1989), de modo quase impertinente diria que o etnógrafo não estuda as aldeias, ele estuda nas aldeias – e como pano de fundo para a investigação.

Como tradutora de idéias, modos de vida, crenças, valores, práticas, redes de significados, dentre outros, penso que meu papel não se desprende da busca da compreensão, porém, voltando a Boff (1997), é necessário reafirmar que toda compreensão é sempre uma interpretação.

O ponto de vista que trago é a vista do ponto que permaneceu alicerçado pelo meu referencial teórico, mas ainda assim, é apenas um ponto. Creio que este é um dos pressupostos da abordagem interpretativista e que merece ser destacado. Carrega consigo a idéia de que não há verdades absolutas. O que se tenta inscrever é aquilo a que temos acesso apenas marginalmente ou, como diz Geertz (1989, p.30), “apenas àquela parte [...] que nossos informantes nos podem levar a compreender”.

#### 4.1 “A CASA”

O espaço físico e geográfico da Maternidade da Luz aparece imerso em simbologias. Em princípio pode aparentar estranheza o local de trabalho ser considerado como uma casa ou um lar. Há a sensação imediata de incongruência, pois a casa é um ‘ninho’ e, numa palavra, segundo Eliade (1992, p.148), “simboliza o mundo familiar”. Mas é importante salientar que o ato de simbolizar, por si só, não significa abrir-se ao mundo utilitário e imanente onde apenas determinada lógica regula ações e comportamentos. Isso talvez dá um pouco mais de desembaraço para avançar na análise desta colocação a partir do que disseram os informantes.

Em todos os cantos da Maternidade da Luz, por mim observados, percebi que a palavra “casa” era proferida como referência explícita à instituição em que trabalhavam. Comecei a indagar-me sobre isso logo no início do trabalho de campo, quando perguntava, por exemplo, pela enfermeira da Unidade e ouvia: “*hoje ela não está em casa*” ou “*ela está na casa, mas ainda não passou por aqui*”. Tal situação repetia-se não apenas no Alojamento propriamente dito e em suas imediações, mas também em locais mais ‘neutros’, como os burocráticos e administrativos da instituição. Lembro-me muito bem do primeiro dia registrado no Diário de Campo em que cheguei, no meio da manhã, procurando pelo Diretor para um encontro previamente agendado e ouvi da secretária: “[*ele*]<sup>14</sup> *está passando pela casa*”. Como não era comum ouvir tal referência, por uma pequena fração de tempo, cheguei a pensar que o mesmo ainda não havia saído de sua residência para o trabalho. Aliás, inúmeras vezes presenciei o próprio Diretor andando pelos corredores da instituição e falando animadamente sobre os projetos de reforma da instituição, referindo-se a “*novos projetos para a casa*” ou apontando: “*aqui vamos fazer um jardim para mães e funcionários, aqui vamos criar um espaço permanente para mães de recém-nascidos que precisam ficar internados [...]*”, numa clara alusão a tornar o espaço público um pouco mais ‘privado’ (parecido com os lares) e aconchegante.

<sup>14</sup> Com a finalidade de compreensão das transcrições, será utilizado o padrão [ ] para interpolações, acréscimos ou comentários da pesquisadora, e o padrão [...] para as supressões que se julgarem necessárias.

Posteriormente, quando de minhas primeiras incursões ao campo, fazendo apresentações e sendo apresentada, lembro-me também de ter ouvido de algumas enfermeiras plantonistas do noturno, o que vim a perceber um pouco mais tarde que se tratava de desejo de boas-vindas, feito de maneira absolutamente delicada e de conotação positiva: “*a casa é sua!*” De forma parecida, também ia reparando que as funcionárias do Alojamento, conversando entre si, comentavam: “*ô Simone, tu sabes quanta gente aqui da casa já está trabalhando no noturno da Clínica X [uma clínica médica particular da cidade]?*”; “*Nossa, a casa tá abarrotada, não tem lugar para mais ninguém*”; “*Em dez anos de trabalho na casa, nunca vi nada igual*”, que passaram a me indicar a necessidade que essas pessoas tinham de tornar um pouco mais ‘privada’ a instituição ‘pública’ em que desenvolviam suas atividades profissionais.

Numa determinada ocasião, perguntei a algumas trabalhadoras sobre quem era a moça que eu presenciara prestando assistência ao recém-nascido e à puérpera, pois estava no campo já há bastante tempo e não me lembrava de tê-la visto em qualquer das turmas de trabalho. Sem maiores explicações as funcionárias responderam que se tratava da tia do bebê e que trabalhava no Centro Cirúrgico. “*Não te preocupa, me disseram elas, ela é da casa*”.

Embora a distância entre estes conceitos não fosse algo totalmente polarizado – pois deixava escapar alguma capilaridade entre o doméstico e o institucional –, ainda assim havia constante procura pela localização de experiências que, no meu modo de ver, tornavam-se suficientemente significativas para criar o que Velho (1999) denomina de **fronteira simbólica** – algo que mapeia uma determinada rede de significados e fornece alguma ‘identidade’ ao grupo de trabalhadores da Maternidade da Luz: um grupo social (vale dizer, uma cultura) mais ou menos sistemático, embora não necessariamente ajustado e harmonioso.

“A casa”, como fronteira simbólica, possui dois amplos significados. Um deles, ligado à percepção da instituição como a grande mãe para os que vêm de fora, que denominei de “**a casa é deles**”. Esta percepção dos funcionários da maternidade é bastante forte e é comum observar que eles se esforçam para ajudar a promover a imagem de grande mãe para os usuários. É a visão que se prende ao compromisso de solidariedade com as famílias, para que estas não se sintam como forasteiras na instituição.

O segundo significado está mais internamente ligado ao lugar dos “de dentro” (dos próprios trabalhadores). Trata-se da necessidade de fazer o enquadre da instituição, ‘domesticando-a’. Uma vez que se domestica, tem-se maior conhecimento e poder sobre a coisa domesticada; em suma, o lugar passa a ser dominado por quem o habita todos os dias. Atribuí a este sentido, a expressão “**a casa é nossa**”.

Percebe-se que “a casa é deles” relaciona-se ao fato que a Maternidade da Luz recebe famílias que vivenciam um ritual próprio do ciclo da vida, cuja ocorrência anterior se dava no contexto doméstico (privado) e agora toma lugar no contexto público – talvez por isso mesmo, este lugar precisa ser ajustado, a fim de se parecer com o lugar da morada. Assim, a mulher dá à luz e a criança nasce, não ‘na rua’ ou no frio e distante hospital, mas num espaço que, embora institucionalizado, possui um grupo de pessoas e profissionais que os recebe como se fosse a ‘grande mãe’ ou a ‘grande família’.

*A auxiliar Débora diz que a paciente do quarto E-1 não trouxe roupa, então forneceu uma camisola da casa para ela (Extratos do Diário de Campo).*

*Percebo que o Alojamento já está com seus leitos e berços completamente lotados. É flagrante a constatação de que não há mais lugar para qualquer internação. A atendente Isadora, parecendo ler meus pensamentos, diz: “as que chegarem daqui pra frente vão para os apartamentos privativos. Assim a casa acolhe a todos. É uma grande mãe” (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*“[...] somos que nem uma mãezona [...]. Eles precisam, né? Antigamente se nascia em casa. Agora a casa é aqui (técnica Zélia) (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

A técnica Zélia, tentando explicar-me sobre essa associação casa-hospital, disse:

*“a casa é considerada assim porque é a maternidade, é um lugar de trabalho e além disso, tem relações, vínculos e papéis familiares [...]. Tem pai, tem mãe, tem filho, tem família. Tem gente nova na família” (Extratos de Entrevista).*

Neste depoimento observa-se que a trabalhadora faz associações com a organização privada do lar e a composição tradicional da família. O fato de ter como lugar de trabalho um lugar onde nascem pessoas, a vida se renova e famílias se expandem, gera uma associação significativa com a própria similitude que a realidade abarca. De certa forma, Zélia sente-se um pouco responsável por ‘santificar’ este espaço, no sentido dado por Eliade (1992) (tornar familiar, particular, conhecido), tornando-o semelhante ao mundo doméstico de onde as famílias provêm e para onde haverão de retornar. A alusão que faz aos papéis sociais indica que, para ela, a referência simbólica “casa” também tem o sentido de possibilitar outra passagem (além daquela do domicílio para o hospital) que é de ordem ontológica; de um modo de ser (mulher, homem, feto, recém-nascido) a outro (mãe, pai, filho). Esta representação diz respeito às situações de condição humana ligada à vida e, particularmente, ao seu início, o que por si só, a insere no âmbito do sagrado.

Enfim, cria-se o sentido de “casa” para o lugar de trabalho porque, como referem DaMatta (1990) e Fonseca (1995), existe um valor mais ou menos comum que remete à noção de casa-família-esfera privada (representando segurança, lugar tradicional de mãe, pai, filhos) como sendo contrastante com a noção de hospital-instituição-esfera pública (representando o desconhecido; lugar de pacientes e profissionais). As trabalhadoras sentem necessidade de aproximar estes universos simbólicos.

Com relação à fronteira simbólica “a casa é nossa”, no entanto, o sentido se sustenta em outra direção, ou melhor, em outras duas direções. Uma delas mais voltada à “casa é nossa” como possibilidades que as trabalhadoras têm de inserirem-se como sujeitos de seu próprio trabalho e outra que direciona para o sentido de apropriação do espaço, garantindo com isso a sustentação e permanência da Maternidade como “instituição total”.

“A casa é nossa”, enquanto produção de subjetividades, surge de exemplos diversos, como aquele em que a auxiliar Irma, numa manhã quase raiando, e diante de meu espanto por encontrá-la na Maternidade pelo terceiro dia consecutivo, explica: “*minha irmã teve que fazer cesárea, mas como foi tarde, eu acabei dormindo aqui na casa mesmo*”. Ou então as afirmações que conclamam os pares à reprodução das parcerias: “*gente, que casa mais desarrumada... vamos arrumar, vamos? Éta mulherada relaxada*” (auxiliar Cintia). E ainda: “*aqui é a nossa segunda casa. A gente faz muitos amigos aqui dentro*” (auxiliar Têmis).

Segundo Lunardi Filho, Lunardi e Sprícigo (2001), a apropriação do espaço público como privado, constitui-se em relações de trabalho que criam a subjetividade do trabalhador, o seu modo de ser moral. O espaço do lugar de trabalho é percebido entre as trabalhadoras, como o lugar no qual se estabelecem as relações intersubjetivas, as interações e convívio construídos entre si, gerando-se sentimentos de amizade e camaradagem. O modo de ser das trabalhadoras na casa é reforçado pelo pensamento dos autores assinalados, em que se percebe o deslocamento e não propriamente a substituição do espaço do convívio familiar para o espaço do local de trabalho, “a firma como um segundo lar, ou seja, a apropriação pelo trabalhador do espaço público como espaço privado” (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRÍCIGO, 2001, p.94).

A outra direção para “a casa é nossa”, aparece simbolizando o poder social das profissões da saúde, representando, como bem disse Carapinheiro (1998, p.45), “a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados”.

Tal representação se sustenta tanto nos domínios das necessidades cotidianas dos instrumentos e ‘ferramentas’ de trabalho (“*a auxiliar Cássia avisa a todos que é necessário poupar álcool 70% na casa*”; “*a técnica Érica diz em alto e bom som: ‘é um absurdo não ter água quente na casa’*”), como nas relações de poder mais macro-contextuais que se aproximam da “instituição total” referida por Goffman (1999).

Dentro desta perspectiva, pode-se dizer que a Maternidade da Luz promove algumas estratégias para levar as mulheres e suas famílias a concordarem com as rotinas, expectativas e regras hospitalares, muitas vezes às expensas de seus próprios interesses. Isto fica

demarcado tanto na entrada da instituição, onde há uma grande placa indicativa do horário de visitas, quanto nas normas que precisam ser seguidas para permanecerem no hospital:

*“desculpe, mas agora o senhor precisa sair porque são normas da casa” (porteiro) (Extratos do Diário de Campo).*

*“[...] são normas da casa” (atendente Isadora, explicando ao marido da puérpera sobre os deveres do acompanhante).*

*“a criança tem que permanecer na luz. É norma da casa” (técnica Zélia, tentando convencer a puérpera da importância do tratamento fototerápico).*

Tais excertos mostram que há tendência em operar de acordo com os interesses do hospital. Virtualmente as necessidades terapêuticas não são as necessidades apontadas pela clientela, mas as que advém dos interesses institucionais e, como diz Goffman (1999, p.55), com um pequeno resquício de ironia, muitas vezes essa organização “é traduzida como benéfica ou necessária, [como uma] poderosa harmonia, na qual o que é bom para a profissão, é bom para o paciente”. “A casa é nossa”, a partir das normas criadas e mostradas, de certa maneira regula o ‘fechamento’ (ou seu caráter total) da instituição com o mundo externo. As normas são “a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo e que assinala a primeira mutilação do eu” (GOFFMAN, 1999, p.24).

Pode-se ainda acrescentar à “casa é nossa” um outro sentido que a reforça. Este se relaciona fortemente com o sentimento separatista que cria campos espaciais diferenciados, recortes simbólicos que resguardam especificidades profissionais e interesses que reforçam os poderes da instituição e de arenas de conhecimentos especializados. Isto se dá seja em nível interinstitucional ou dentro da própria instituição.

Ao conversar com a enfermeira, por exemplo, sobre os diferentes níveis de formação médica presentes na “casa”, tentando entender relações ainda não muito bem claras para mim, obtive o seguinte depoimento: “é que os residentes da obstetrícia são **nossos** e os da neonatologia do hospital X [outro hospital igualmente importante na cidade]”. Por outro lado, um exemplo de relações separatistas internas revela-se também noutro depoimento feito pela enfermeira:

*“você sabe que outro dia uma funcionária do setor x [outra Unidade que abriga a clientela do SUS quando não há mais vagas a ela destinada] pediu que eu mandasse uma funcionária daqui [Alojamento Conjunto] para ajudar, porque tava cheio de gente [puérperas e recém-nascidos] nossa lá? E lá tem isso de gente nossa e gente não nossa? É difícil essa cultura...” (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

Resguardar a imagem positiva da “casa” é algo que se percebe em todas as instâncias da instituição, desde a Direção até cada um dos setores de internação. Numa das reuniões envolvendo o Diretor e as trabalhadoras de enfermagem do Alojamento, por exemplo, após

comunicar que estava recebendo queixas de puérperas e familiares sobre o atendimento recebido naquele setor, o Diretor comentou:

*“embora a grande maioria dos pacientes tenha tido uma boa percepção da casa, alguns realmente não saíram daqui satisfeitos, e como nós lutamos pela casa como um todo, eu estou aqui para conversarmos sobre estas situações, para repensar o nosso comportamento frente ao usuário”.*

Além de mostrar explicitamente que precisam ser envidados todos os esforços para que se preserve a imagem da organização, a imagem da ‘grande mãe’, salienta-se que esta verbalização evoca as duas amplas fronteiras simbólicas de modo concomitante. Quando comunica que “[...] nós lutamos pela casa como um todo”, está se referindo à “**casa é nossa**” e, logo depois, ao dizer, “[precisamos] repensar nosso comportamento frente ao usuário”, está se referindo à “**casa é deles**”.

Exemplos como esses ajudam a argumentar que os trabalhadores da instituição criam, mantêm e revigoram um tipo particular de esforço que tanto pode ser usado para sustentar a idéia da grande mãe que acolhe e protege a vida, quanto para reforçar a característica identitária da cultura que emana do grupo específico de servidores da Maternidade da Luz. Percebe-se que há permanente tensão entre as duas fronteiras simbólicas – “a casa é nossa” e “a casa é deles” – e talvez seja isto mesmo que faça a “casa” funcionar como “casa”.

#### 4.2 O MACRO-CONTEXTO DA “CASA”

A Maternidade da Luz é uma instituição pública que presta assistência a mulheres e recém-nascidos provenientes de várias cidades do Estado. Ainda que seu foco de atuação esteja situado na atenção ao nascimento (pré-natal, parto e pós-parto, quer sejam considerados de baixo ou alto-risco), também é procurada para terapêuticas clínicas e cirúrgicas referentes à saúde da mulher e do recém-nascido, de modo mais amplo.

A clientela provém de diversos níveis e extratos sociais, porém, em sua maioria, são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando as gestantes entram na Maternidade, são atendidas preferencialmente pelos médicos residentes de plantão, uma vez que se trata de uma instituição que possui convênio com outras instituições assistenciais e de ensino (governamentais e particulares). Recebe ainda, semestralmente, alunos de graduação em enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição e análises clínicas (alguns destes, inclusive, de pós-graduação), além de servir como campo de estágio para várias escolas de nível médio em enfermagem.

À exemplo de outras Maternidades estaduais e federais, possui o título “Hospital Amigo da Criança”, conferido pela Organização Mundial da Saúde, Unicef e Ministério da

Saúde, e atualmente trabalha para sensibilizar seus profissionais para transformar a “casa” em “Maternidade Segura” – outro título oficial a ser conquistado.

Trata-se de uma instituição de porte médio na qual trabalham vários profissionais como nutricionistas, enfermeiras, farmacêuticos, médicos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, auxiliares, atendentes, além de administradores, funcionários de limpeza, costureiras, cozinheiros, eletricitas, caldeireiros, encanadores, motoristas, marceneiros, pintores, telefonistas e demais cargos administrativos. O corpo diretivo é formado por um Diretor, um Gerente Clínico, uma Gerente de Enfermagem e um Gerente Administrativo-Financeiro.

Quase no mesmo período em que entrei na instituição para realizar a pesquisa, houve mudança de Direção e segundo minhas observações e testemunhos colhidos, isto trouxe também novo ânimo no que diz respeito à explicitação de uma filosofia para a instituição. Nas gestões anteriores, segundo vários depoimentos, não havia sequer conhecimento, por parte dos funcionários, dos princípios filosóficos e mesmo estratégicos que guiariam as ações, serviços e toda a ideologia assistencial da Maternidade da Luz.

A nova filosofia da “casa” está profundamente imbricada em princípios ‘de humanização’, assim representados nos ‘objetivos gerais’: a) garantir a assistência aos usuários através do atendimento de qualidade; b) garantir a eficiência e eficácia administrativa e técnico-funcional da Maternidade; c) fortalecer a imagem da Maternidade frente à comunidade; d) desenvolver atividades assistenciais, de ensino, pesquisa e extensão; e e) desenvolver ações para humanização da assistência aos usuários, do ambiente e da abordagem ao servidor. Em função da manutenção do título “Hospital Amigo da Criança” e do desejo de conquistar o título de “Maternidade Segura”, a casa está ininterruptamente envolvida com cursos, oficinas, palestras, capacitações e gincanas, cujos temas tratam sobre aleitamento materno e manejo clínico da lactação.

Pode-se chegar à Maternidade por dois acessos principais. A porta lateral é específica para o acesso dos funcionários e outra, na frente do hospital, maior, para os usuários. A porta da frente é destinada preferencialmente às mulheres clientes e seus acompanhantes ou visitantes. Aliás, a nova placa confeccionada em material acrílico, estrategicamente situada no lado direito da entrada principal, já dá o tom para estes últimos: “horário de visitas - 15 às 16:30”. Não é raro, nos instantes que antecedem o horário permitido, encontrar-se uma fila de mais ou menos uma dúzia de pessoas, aguardando o ‘ok’ do porteiro uniformizado. São, em sua maioria, mulheres das mais variadas idades, embora um olhar mais aguçado possa entrever um pequeno contingente de mulheres mais velhas (avós, talvez). Há quase sempre

dois ou três homens apenas. Algumas mulheres trazem vasos de flores e outras portam sacolas. Lembro de ter contado, num determinado dia de chuva, doze sacolas daquelas plastificadas em que normalmente se carregam os pertences das crianças recém-nascidas.

Normalmente há bastante movimento do lado de fora desta porta. A única exceção é durante a madrugada, claro, “*quando não é noite de lua cheia*” (receptionista). São carros chegando com mulheres apressadas, quase dando à luz, outras mais tranqüilas, outras já com o filho recém-nascido nos braços, assustadas com a companhia dos (as) policiais que ajudaram no parto. Há crianças, velhas, senhoras, vendedores sentados nos bancos de madeira e também movimentos ‘de saída’, de famílias que chegaram menores e saíram maiores, e aquelas que tinham esperanças de ver a família aumentada, mas o ‘destino’ não quis. É assim a entrada principal da Maternidade da Luz: o riso e o pranto, muitas vezes, tomam lugares quase onipresentes.

### 4.3 A UNIDADE DE ALOJAMENTO CONJUNTO – VISÃO GERAL

Com a finalidade de situar o leitor neste importante compartimento da “casa”, optei por descrever como se dá o acesso ao Alojamento, suas dependências e principais características e também apresentar o Centro de Aleitamento Materno (doravante denominado “CAM”) que, embora não esteja ligado administrativamente ao Alojamento Conjunto (doravante denominado “AC”), possui uma relação intrínseca com as mulheres e crianças, especialmente por sua natureza e objetivos assistenciais. Este setor também constituiu-se num importante local de observação participante e entrevistas temáticas. Por estes motivos terá um lugar destacado nessa primeira apresentação do cenário.

Meu trabalho etnográfico foi desenvolvido na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade da Luz, localizada numa área próxima à entrada principal e contígua ao Centro Obstétrico, onde se realizam os partos normais/fisiológicos. Os partos cirúrgicos (cesáreas) ocorrem no Centro Cirúrgico geral, localizado em outro setor da Maternidade. Sua capacidade é para 70 clientes. Destes, 62 vagas são destinadas às puérperas e recém-nascidos (31 leitos e 31 berços) e 8 leitos às gestantes de alto risco. Os quartos A, B e C alojam, cada um, 9 leitos e 9 berços. O quarto D, 4 leitos e 4 berços e o quarto E, 8 leitos para gestantes.

Assim como não há hora pré-determinada para as mulheres darem à luz, também não há hora para a ocorrência de internações na Unidade. Diferente de outros setores e áreas hospitalares, o AC acolhe puérperas e recém-natos em tempo integral e, em vista disso, pode acontecer de, em alguns períodos, receber dois ou três binômios ao mesmo tempo.

Mas o AC também possui um ‘cheiro’ e um ‘som’ que o caracterizam. O ‘cheiro’ talvez seja mais difícil de ser identificado e, é claro, guarda consigo boa dose de percepção subjetiva da pesquisadora. É algo que só se identifica com a permanência e a regularidade em suas dependências.

Pode-se dizer que o odor característico de ‘hospital’, tão comentado pelo senso comum e pelos literatas, não é corriqueiro nestas dependências. O que se observa, na maior parte do tempo, é a mistura olfativa de secreções amnióticas e ‘roupa nova’; o que não chega a ser novidade, pois é raro a mulher vir à Maternidade sem ao menos uma camisola a ser estreada (afinal, na maioria das vezes, é um evento festivo) e o RN, por ser um novo membro social, não ter pelo menos uma peça recém comprada ou mesmo fraldas descartáveis. Pela quantidade de etiquetas adesivas presas às paredes de maior circulação da Unidade, pode-se ter certa comprovação de que a maioria das peças de vestuário não foram previamente lavadas.

O ‘som’ do Alojamento também é peculiar, embora bem mais ‘óbvio’. O choro quase ininterrupto das crianças dá o tom da melodia. Não se pode esquecer que quando a Unidade está com sua capacidade máxima ocupada (ocorrência freqüente), são 31 bebês cuja manifestação gutural traduz-se na principal exteriorização de suas necessidades. E não é surpresa, nem mesmo para os pesquisadores de recém-nascidos, que eles ‘funcionam’ em conjunto, quando inseridos numa coletividade de ‘pares’. Assim que um deles se põem a chorar, outros vão, em cadeia, associando-se ao coro, como que querendo realizar parcerias, num emocionante exercício de solidariedade neonatal.

Desde os primeiros dias de observação, o choro das crianças foi identificado por mim como sendo o ‘som do Alojamento’. Foram inúmeras as vezes em que realizei anotações como essas:

*ao fundo ouvem-se choros...e são muitos! A mulher que aguarda o nascimento do neto comenta com o genro: “logo, logo, o teu [filho] também vai estar berrando assim. Vai te acostumando!” (Extratos do Diário de Campo).*

*enquanto converso com as trabalhadoras Cássia e Ondina, continuo ouvindo, ao longe, o choro dos bebês. Sinto uma vontade irresistível de ir ver estes bebês. Elas parecem não ouvir. Ou, se ouvem, não atribuem a mesma importância que eu atribuo (Extratos do Diário de Campo).*

*são quase 23 horas. As crianças choram bastante nesta Unidade e parece que a noite vai ser longa (Extratos do Diário de Campo).*

*o choro dos recém-nascidos é intenso. Uma mulher visitante pergunta à auxiliar de enfermagem se as crianças estão com fome. A auxiliar responde que é porque está chovendo (Extratos do Diário de Campo).*

Em vista de tais situações, normalmente, as trabalhadoras se impacientam e se estressam (*“não é fácil cuidar de recém-nascidos. Ainda por cima estamos sempre em tensão. O que é que a gente faz quando a criança chora sem parar e a mãe fica nervosa que não tem leite?”*) ou tendem a desconsiderar a expressão tão importante desses pequenos bebês (*“essas crianças choram...é só o que fazem. Ah, deixa chorar que não tem nada de mais esperar um pouco”*; *“[o bebê] chora sem parar. Estou cheia de trabalho e ele não me deixa trabalhar”*). Do mesmo modo, as puérperas também aparentam cansaço e angústia com o choro dos bebês (*“não tenho prática com essa criança [referindo-se ao filho]. Ela parou de chorar contigo[técnica]. Como é que comigo ela só berra?”*).

A falta de privacidade nos quartos, a grande demanda de crianças, a inadequada proporção trabalhadora/binômio e a acústica desfavorável da Unidade são alguns dos fatores que implicam em que o ‘som do Alojamento’ seja tão desconfortável para todos os ‘habitantes’ desta importante dependência da “casa”.

Para chegar no AC não há complicações. Quem vem do átrio da entrada principal desemboca quase no início de um imenso corredor iluminado por amplas janelas. É este corredor que vai definir e criar fronteiras para que possamos entender as dependências internas do AC e também os limites geográficos com as outras Unidades e Serviços.

O Alojamento propriamente dito é composto por quatro quartos (que na verdade são enfermarias coletivas) aos quais atribuí as letras A, B, C e D, onde ficam internados as puérperas e os recém-nascidos, um quarto igualmente coletivo, exclusivo para gestantes de alto risco (quarto E), um posto de enfermagem, um banheiro público ‘unissex’, um banheiro para uso das trabalhadoras, bem como um vestiário, dois quartos de descanso para médicos residentes, além de uma sala onde são realizadas as palestras diárias de alta. Os quartos são os locais mais importantes da Unidade e onde os cuidados e relações ‘acontecem’.

O **posto de enfermagem** localiza-se na parte mais central do AC mas, diferente da maioria dos postos de enfermagem hospitalares, é possível passar por ele sem ‘vê-lo’ de imediato. Para certificar-se disto, basta indicar para algum acompanhante ou visitante onde o posto está localizado e ficar observando a reação destes ao passarem por perto. Normalmente eles se aproximam titubeantes e perguntam: *“é aqui que é o posto?”* A razão principal reside no fato de que o posto é separado do corredor principal apenas por um pequeno balcão recortado na própria parede da sala. O acesso se dá pela porta lateral, no corredor que se ultrapassa para chegar ao quarto B (onde ficam internadas as puérperas cesariadas). Mas como esta sala não é destinada para o trânsito da clientela (o que nem sempre acontece), qualquer comunicação com a equipe deve ser feita através do pequeno balcão. É neste espaço

que as trabalhadoras se refugiam durante o período de trabalho, quase sempre sendo interrompidas pelas puérperas, familiares ou outros funcionários da Maternidade da Luz.

O local é suficientemente arejado por duas amplas janelas basculantes e há uma meia-parede a separar o ambiente. Logo na entrada fica um balcão interno que rodeia toda a parede da direita no qual permanece a escriturária da Unidade, quase em tempo integral. Nos escaninhos vazados deste balcão ficam guardados os documentos do AC e sobre ele, arranjados de modo 'organizadamente displicente' sempre se pode encontrar alguns catálogos demonstrativos que variam de *lingerie* a utensílios domésticos e produtos de beleza. Todos relacionados ao universo feminino. Na parede logo acima do balcão há um grande mural de avisos onde, em meio a outras informações, está fixada a escala de plantões mensal.

No alto da parede, num dos cantos, há uma televisão que foi adquirida recentemente pelas próprias trabalhadoras, através do sistema de 'vaquinha' (cada um contribui com uma quantia em dinheiro). Há três cadeiras encostadas na meia parede. Dali é possível assistir televisão, olhando-se o tempo todo para cima. O telefone desta sala toca de modo quase ininterrupto.

Do outro lado da meia-parede está o local destinado ao preparo de medicação, com balcões, pias, materiais, instrumentos e toda sorte de poções, frascos, drágeas e comprimidos, cuidadosamente organizados e agendados por leitos e berços. Na cantoneira de um destes balcões repousa um forno de micro-ondas que se destina tanto ao uso privado das trabalhadoras (presente de natal dado pela enfermeira), para pequenos lanches, quanto para o aquecimento do complemento lácteo para os bebês.

Na face da meia-parede que fica voltada para a sala de preparo de medicação estão pregadas várias folhas contendo informações e lembretes sobre esquemas terapêuticos, concentrações de soluções medicamentosas para os recém-nascidos (que normalmente são altamente fracionadas, a depender do peso do RN), dosagens de sangue para exames de rotina e especializados, listagens de materiais para a realização de procedimentos, atenções especiais com mulheres e bebês HIV positivos; enfim, informações consideradas 'sérias' do ponto de vista da assistência à saúde das puérperas e recém-nascidos. Ao contrário, na face voltada para o posto propriamente dito, as colagens contém outras informações, outros temas e conteúdos diversificados. Há desde a relação dos aniversariantes do mês, algumas tabelas sobre o índice anual de infecção hospitalar, dois pequenos cartazes sobre aleitamento, até oração de São Francisco, "a loja de Deus", "Diálogo com Cristo" e outras rezas que demarcam o espaço mais doméstico das trabalhadoras.

O lugar de conotação mais restrita do AC é o **vestiário**, conhecido entre elas como “cafofo”. Trata-se de um quarto de tamanho médio, cujos símbolos físicos permitem o reconhecimento imediato do seu *status* doméstico. O limite da fronteira é explicitamente demarcado pela frase “favor manter esta porta sempre fechada”, escrita à caneta e fixada na porta de entrada com material adesivo. Não há qualquer outra identificação. É a única porta que as trabalhadoras possuem chave. A auxiliar Irma, ao me apresentar formalmente a sala, depois de dois meses no campo, diz: “*é um vestiário, mas também uma salinha de descanso. Só tem esta cama, mas a gente não dorme nela não. Ali é só pra gente se trocar e bater papo, quaaaando dáaaa*”. Além do uso para estas finalidades, a sala é usada vez ou outra para as reuniões emergenciais que acontecem na Unidade, convocadas pela enfermeira.

Há armários com compartimentos individuais em toda parede à esquerda e à direita. Também há uma pequena geladeira onde acondicionam alimentos como frutas e pão. Há um balcão onde repousam as ‘canecas de café’ que são buscadas sempre que o refeitório abre suas portas. A única cama existente abriga sacolas de plástico (daquelas de supermercado) onde há camisolas, pijamas e roupas íntimas que elas comercializam entre si e também em outros setores. Datas festivas como o Dia dos Pais e o Dia das Mães o “cafofo” adquire ares de venda. Quando ocorrem as reuniões, cadeiras são trazidas dos quartos e, em conjunto com a cama, forma-se o círculo de discussões. Quando a conversa é ‘particular’ entre elas, este também é o local eleito.

Em uma das últimas reuniões de que fui convidada a participar o “cafofo” estava na pauta de discussão. A enfermeira disse: “*(...) aquele lugar está sempre sujo, desorganizado, nem parece que temos donas de casa aqui...*”, ao que as trabalhadoras acrescentaram, em conjunto: “*tem gaze no chão, cobertor, sacolas, é uma bagunça aquilo lá. Ainda bem que só a gente entra, mas temos que cuidar melhor daquilo*”. Durante o período que estive no campo, por diversas vezes, houve conflitos e discussões acaloradas entre elas, porque a que estava escalada para a limpeza ‘não levava à sério’ a responsabilidade atribuída. Se por um lado é o local mais privativo, onde os clientes não entram e onde os segredos são revelados, por outro, é considerado ‘terra de ninguém’. Mesmo que as próprias agentes de enfermagem vivam se referindo ao “cafofo” como “*uma bagunça*”, suas atitudes enfatizam a indisciplina coletiva com o lugar, o que é intrínseco ao ‘espaço profano’ (ELIADE, 1992) e à visão da “*casa é nossa*”.

A **sala de palestras**, por sua vez, fica no ponto mais distante da Unidade e é utilizada por todos os que de uma forma ou de outra participam do AC. Ali professores e alunos de diversos cursos se reúnem e guardam seus pertences (por sobre as cadeiras, pois não há

armários para esta finalidade) e as trabalhadoras de enfermagem encontram-se com as puérperas quando precisam de um espaço mais reservado. No entanto, a sala destinase principalmente para as ‘palestrinhas de alta’ que são conduzidas todas as manhãs pelos residentes da Pediatria e das quais participam as puérperas que estão de alta naquele dia. Ali há aproximadamente 15 cadeiras, um quadro de giz e um armário fechado que armazena as bolsas contendo os materiais para os cuidados domiciliares dos bebês, doadas pelo “Programa de Saúde da Criança”.

Quanto aos **quartos**, pode-se dizer que três deles possuem o mesmo tamanho, disposição do mobiliário, equipamentos e a mesma quantidade de compartimentos (o hall de entrada onde se efetuam os registros e anotações; a ante-sala onde há espaço para balcões de guarda de material e pias para desinfecção das mãos e dos utensílios que dão suporte à assistência de enfermagem, o banheiro das puérperas, a sala de cuidados com o recém-nascido e os pequenos compartimentos onde ficam os berços e os leitos), mas há pequenas nuanças em relação à cor das paredes.

O hall de entrada de cada um desses quartos é separado do corredor principal do AC por uma porta ampla de madeira e vidro, dessas de ‘vai-vem’, com duas lâminas que permanecem abertas em tempo integral. Este local tem como finalidade principal a guarda dos prontuários e é ali que são feitos os registros, encaminhamentos de exames e demais procedimentos burocráticos relacionados à internação das mulheres e dos recém-nascidos.

O local é suficientemente arejado e com iluminação natural, já que em toda a extensão da parede esquerda existem duas amplas janelas basculantes. À esquerda, logo na entrada, há um balcão de mais ou menos três metros de extensão. Em sua parte inferior, em cada extremidade, há dois conjuntos de gavetas onde são acondicionados vários tipos de guias, folhas para prontuário, além de outros papéis necessários à solicitação de exames e encaminhamento terapêuticos. Entre estes dois conjuntos, portanto no meio do balcão, há espaço para que dois profissionais fiquem realizando registros de modo concomitante. Para isto há a disposição, duas cadeiras estofadas e com rodas.

Logo acima do balcão, à direita, estão dispostos vários escaninhos horizontais, onde são guardados os prontuários. Na coluna da direita ficam os prontuários dos recém-nascidos e na da esquerda, os das puérperas. Esta forma de organização dificulta a obtenção de qualquer informação rápida sobre os binômios, pois quase sempre há alguma trabalhadora com um dos prontuários nas mãos e procurando na outra coluna, o prontuário da puérpera ou do recém-nascido correspondente.

Adentrando um pouco mais, chegamos na ante-sala. Este espaço é destinado, exclusivamente, à enfermagem, embora não haja qualquer identificação objetiva sobre esta finalidade. Porém, os espaços simbólicos delimitam uma área de acesso ao cuidado, já que nele se encontram materiais específicos necessários aos rituais de preparo e conservação da unidade, de limpeza, de observação de sinais físicos e de instituições terapêuticas afins. A sala é ampla e direciona quem nela passa, ao destino dos leitos e berços dos pacientes internados. Logo na entrada, à direita, já é possível avistar a primeira dupla de leitos e berços, assim como os seus ocupantes.

À esquerda, logo abaixo de uma ampla janela, existe um balcão de fórmica, em tonalidade clara, formando um “L” com outra parede que, por sua vez, faz o limite com a sala de neonatologia. Tal balcão possui tampo de granito que vai de uma extremidade a outra. Nas diversas gavetas e portas deste balcão há adesivos que indicam o conteúdo dos compartimentos: luvas, estetoscópios e esfigmomanômetros, cueiros, lençóis, travesseiros, fronhas, ataduras, sacos de lixo, bacias, agulhas, seringas, dentre outros.

Numa das extremidades deste balcão há uma pia de inox daquelas apropriadas para desinfecção e lavagem de materiais, mas também ali é realizada com frequência a lavagem das mãos. Acima da pia, fixados na parede, há dispositivos para acondicionamento de sabão líquido e toalhas de papel. Existe ainda um pequeno armário suspenso onde são estocados e organizados os frascos de soro. Sobre o balcão sempre há uma bandeja de ágata contendo um litro de álcool, um frasco de vidro contendo bolas de algodão embebidas em solução antisséptica e uma caixa de luvas de látex para os diversos procedimentos. Ainda assim, na extremidade mais distal deste balcão, sempre há um ou outro arranjo de flores que são recebidas pelas mulheres e recém-nascidos. Como o espaço próximo aos leitos é ínfimo e garante apenas lugar para o que é imprescindível, as pacientes e suas famílias os deixam ali, à mostra, como que para ressaltar a necessidade de socialização. Na parede, logo acima das flores, há um pequeno cartaz, confeccionado pelo serviço de nutrição, e que informa o ‘cardápio da semana’ (de segunda a domingo).

Como há apenas uma pequena janela acima da pia, este local sempre evoca a necessidade de iluminação artificial. As lâmpadas fluorescentes do teto estão acesas em tempo integral.

No lado direito da sala, entre o banheiro e o primeiro conjunto de leitos, há uma pequena torneira que às vezes é usada também pelas puérperas e, vez ou outra, pelos outros profissionais, para a lavagem das mãos. Ao contrário da pia do balcão, ali frequentemente

recipiente do desinfetante e o toalheiro estão vazios. Sob esta pia fica alojada uma caixa para descarte de material perfuro-cortante contaminado e duas grandes lixeiras.

O banheiro das puérperas fica na extremidade mais à direita da ante-sala e antes do corredor de acesso aos leitos. Tanto o piso como as paredes são revestidos por pequenas lajotas de cerâmica cujas cores apresentam harmonia com a cor das paredes de cada um dos quartos. Logo na entrada há um balcão com duas pias e sobre este, um espelho retangular que ocupa toda a sua extensão. A parte inferior é vazada, alojando duas lixeiras de plástico, sendo uma destinada às roupas que vão à lavanderia e outra para material a ser definitivamente descartado. Num dos cantos do banheiro existe um outro balcão e uma pia de material inoxidável que são usados exclusivamente pelo pessoal de limpeza da unidade. A janela é pequena e há lâmpadas fluorescentes no centro do teto.

O espaço físico é bem distribuído e amplo o suficiente para abrigar dois boxes com vasos sanitários individuais e outros dois com os chuveiros elétricos. As portas do local dos banhos é confeccionada com material acrílico, de cor bronze. Nelas, observa-se várias pequenas etiquetas adesivas com as letras 'GG', 'G' ou 'TU', que indicam os tamanhos das vestimentas usadas pelas pacientes. Provavelmente coladas ali com um certo descuido, o que faz com que as funcionárias da equipe de limpeza tentem, diariamente, desgrudá-las com as próprias unhas.

Como mobília solta, há apenas uma cadeira de madeira bastante desgastada que é usada como recurso de emergência pelas puérperas ou pelas trabalhadoras, quando do auxílio na higiene corporal, já que *"qualquer descuido e elas vão pro chão"*.

Mesmo sendo um local bastante freqüentado pelas puérperas, são as funcionárias da limpeza as que mais se movimentam ali dentro pois, segundo elas, *"a gente sempre tem que revisar. Elas sangram muito pelo chão e se não limpar, nem elas agüentam aqui"*.

Na confluência da porta do banheiro e da ante-sala, adentra-se num corredor que dá acesso aos leitos, ou seja, ao quarto de internação propriamente dito. No teto do corredor existem três conjuntos de lâmpadas e também dois ventiladores suspensos. Não há sistema de refrigeração ou aquecimento.

O corredor separa o quarto em duas alas, localizando-se, portanto, bem no centro do quarto. Tanto do lado direito quanto do esquerdo, existem pequenos compartimentos que alojam duplas de leitos e berços. Cada uma destas duplas separam-se umas das outras por divisórias de madeira compensada na cor cinza claro. Como o pé direito é alto, as divisórias não chegam até ao teto. A entrada e saída de cada um destes compartimentos dá para o

corredor e a 'garantia de certa privacidade' se dá pela disposição de uma cortina de algodão cru de aproximadamente dois metros de largura.

Assim, quem passa pelo corredor, pode ou não visualizar o movimento interno dos compartimentos, na dependência das cortinas estarem ou não fechadas. No entanto, a 'privacidade' fica bastante comprometida em relação aos ruídos, sejam eles de conversas, choros, manifestações fisiológicas ou de qualquer sorte de manifestação sonora que ali tome lugar. Embora as fronteiras físicas estejam delimitadas, ainda que por frágeis dispositivos estruturais (meias-paredes de madeira e cortinas de algodão), as fronteiras simbólicas permanecem abertas à fluidez e à interface de diferentes mundos, emoções e sentimentos.

No início do corredor, do lado direito, há o primeiro compartimento, sendo que na parede de entrada, ao lado da cortina, está fixada a identificação: "Leitos 1 e 2". A seguir, o próximo compartimento: "Leitos 3 e 4" e ainda o próximo: "Leito 5 e 6". A continuação da identificação é feita agora do lado esquerdo do corredor, dos fundos para a saída: "Leitos 7 e 8" e o último compartimento que se diferencia dos outros por ter apenas um leito: "Leito 9".

Quando se entra em cada um dos compartimentos, observa-se dois leitos hospitalares; um deles encostado na parede da esquerda e o outro na da direita, de forma que, no meio deles, haja espaço para a acomodação do resto do mobiliário. De frente para o observador há uma janela basculante cujas cortinas combinam com a cortina da saída para o corredor. Logo abaixo desta, entre os leitos, está disposta uma cômoda com duas gavetas e duas pequenas portas (como se fosse uma mesa de cabeceira dupla) que, originalmente, serviria para guardar os pertences das mulheres e dos bebês. Sobre o móvel encontram-se duas jarras com água, frequentemente renovada pelo pessoal da copa e dois copos de vidro. Virtualmente encontram-se também algumas frutas, pacotes de biscoitos, fraldas descartáveis, vasos com flores e outros materiais que precisam ser removidos pelas próprias puérperas sempre que os funcionários da copa trazem as bandejas com os alimentos, pois este também é o lugar para realizar as refeições. Algumas vezes as puérperas optam por alimentarem-se na própria cama, equilibrando a bandeja nas pernas.

Em frente a esta cômoda acomodam-se como podem, os berços. Estes são confeccionados com material acrílico transparente e ficam permanentemente em um suporte de ferro que aproxima-se da altura dos leitos das puérperas. Embaixo destes berços as mulheres colocam as bagagens delas e de seus bebês, as sacolas com as roupas sujas e qualquer outro objeto ou material que tenha sido trazido para a maternidade. Normalmente os berços estão tão sobrecarregados que há dificuldade em movê-los, ainda que possuam bases

deslizantes. Segundo vários relatos das puérperas, "*tem muito pouco espaço aqui. A gente se vira como pode*".

Ainda ocupando o espaço restante, há a disposição das puérperas e familiares, duas cadeiras plásticas que são também bastante usadas para a amamentação. As escadas de dois degraus, utilizadas como recurso para a entrada e saída dos leitos, permanecem quase sempre sob os mesmos e só são dali retiradas quando se faz necessário, ou seja, inúmeras vezes durante o dia e no decorrer da noite. Caso permaneçam ao lado do leito, 'brigam' com os berços e com as cadeiras em tempo integral.

Sobre a cabeceira de cada leito há uma saída para oxigênio e outra para ar comprimido, além de uma pequena lâmpada embutida para uso individual. Da parte mais alta da parede da cabeceira pende um suporte metalizado de soro onde há lugar para quatro frascos concomitantes.

Como já se disse, o compartimento do "Leito 9" é o único individual, mas contém os mesmos equipamentos para alojar a puérpera e o recém-nascido. No entanto, seu tamanho é menor.

Entre este último compartimento e a ante-sala situa-se a sala de cuidados ao recém-nascido. Esta sala é utilizada para vários procedimentos (punções venosas, exames físicos, aspirações, termoterapia, injeções, imobilizações, hemoglicotestes, etc.), sendo que a criança é a personagem especial da assistência. Ali realizam-se, de modo específico, os cuidados de higiene do bebê ou, conforme a denominação das puérperas, familiares e trabalhadoras, "*onde se dá o banho no nenê*".

A sala destaca-se das demais por ser a única com limites físicos bem definidos. As paredes que também são de madeira compensada (da mesma cor das paredes dos compartimentos), são fechadas até o teto, portanto, bastante altas, contrastando com as meias-paredes dos compartimentos. Como a iluminação natural é feita por uma única janela basculante, a parte superior das paredes (em torno de um metro do teto para baixo) é de vidro cancelado, formando como que uma faixa vítrea em torno da sala.

O acesso é dado por uma porta, a partir do corredor. O tamanho da sala compara-se aos dos compartimentos duplos, distinguindo-se apenas por ser de formato mais retangular. Logo que se entra, à esquerda, há um balcão que vai da porta até abaixo da janela, ocupando toda a parede. Embaixo dele há espaços vazados para acomodar recipientes de plástico para despejo de material descartável ou para roupas. Há também algumas gavetas para acomodar material de consumo. Sobre o balcão há uma balança, um colchão sempre revestido por capa de pano, uma bandeja contendo material para exames, higienização da criança e para outros

procedimentos terapêuticos, um aquecedor elétrico, uma caixa de luvas, além de baldes de plástico e bacias de metal.

Na parede ao lado da janela há uma pia e material para a lavação das mãos. Também encontra-se ali as saídas de ar comprimido e oxigênio canalizados. Na parede da direita está encostado apenas um berço comum, igual aos que estão ao lado dos leitos. Apenas no quarto B é que há um berço aquecido no lugar do comum, já que é o quarto mais central da Unidade. De acordo com uma das trabalhadoras, *“havia berço aquecido em todas as salas de banho, mas foram quebrando, e não foram repostos”*.

Desde o hall de entrada até a sala de banho, observa-se que as paredes dos quartos contém vários cartazes e pequenos murais confeccionados em material acrílico, contendo avisos e informações sobre normas de assepsia e rotinas específicas sobre o aleitamento materno. Na ante-sala, por exemplo, há vários cartazes pequenos que avisam: “Lave as mãos” ou “Não esqueça de lavar as mãos”. Ali também há um mural contendo os “10 passos para o sucesso do aleitamento”. Outros murais como este estão distribuídos em cada um dos compartimentos e também na sala de banho. Nesta última há também cartazes do Ministério da Saúde que simbolizam as práticas ali esperadas: “Amamentação: um direito da mãe e do bebê”. No hall de entrada o mural é maior e não há possibilidade de passar despercebido: “Alojamento Conjunto: normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno”.

Como se falou anteriormente, os quartos A, B e C são praticamente iguais, enquanto os quartos D e E mantêm mais ou menos as mesmas características anteriores, porém com algumas modificações. O quarto D é menor, comportando apenas quatro leitos e berços e é de exclusividade para recém-nascidos com problemas clínicos mais comuns e, especialmente, recém-nascidos que precisam submeter-se a tratamento fototerápico. Em razão desta necessidade, os berços são adaptados em aparelhos de fototerapia que permanecem com suas lâmpadas ligadas durante as 24 horas. Prestar assistência neste quarto não é tarefa fácil pois o calor é quase insuportável (especialmente no verão), inclusive irradiando para a sala de exames anexa.

O quarto E, específico para as gestantes de alto risco também tem o mesmo padrão de enfermaria que os anteriores e um banheiro interno. Não há porém a sala de cuidados ao recém-nascido, o hall de entrada é bem mais amplo que o dos outros quartos e possui um sofá para seis lugares. Normalmente é ali que as gestantes se encontram com os familiares, quando do momento da visita. Recentemente o quarto E recebeu uma televisão nova, que foi doada pelo pai de uma das pacientes que havia internado. Como ali não há recém-nascidos, as gestantes assistem televisão quase em tempo integral.

O **Centro de Aleitamento Materno (CAM)** fica próximo ao Alojamento, mas num local específico, cujo acesso se dá por outro corredor. Do lado de fora deste setor há um banco de madeira onde normalmente fica algum acompanhante aguardando a saída da puérpera. Ao abrir a porta, encontra-se uma ante-sala de tamanho médio, que acomoda facilmente um banco de madeira com encosto, de aproximadamente dois metros, uma mesa de escritório, uma cadeira simples, sem braços, e uma mesa lateral ao banco, onde permanecem materiais de apoio e divulgação do programa de aleitamento materno. Adentrando o setor, há outra sala do mesmo tamanho, que serve para acomodar as puérperas internas ou externas e onde as trabalhadoras auxiliam no manejo da lactação. Nesta sala há cinco cadeiras confortáveis, com braços e forradas com material lavável. Também há um berço de acrílico e um armário, onde guarda-se o material de apoio aos cuidados como luvas, máscaras, aventais. Há também uma pia onde as funcionárias lavam as mãos e orientam as puérperas para lavá-las. À direita desta sala há outras duas, onde se procede à pasteurização do leite todas as terças e quintas. Estas salas são de uso restrito do pessoal do setor.

O CAM atende tanto as puérperas que estão internadas no AC quanto as que são conhecidas como “pacientes externas”, ou seja, as que precisam de auxílio na amamentação, quer tenham realizado o parto na Maternidade da Luz ou em outras instituições. Além disso, possui um sistema de coleta de leite que é executado a domicílio diariamente e do qual se encarrega uma das trabalhadoras de enfermagem especialmente preparada para tal função.

A assistência a puérperas e recém-nascidos internados é feita tanto nos quartos do AC, quanto nas próprias dependências do CAM. Quando a necessidade das puérperas requer tratamentos mais demorados – como terapêutica através de infra-vermelho, por exemplo, ou quando precisam de atendimento mais individualizado, por qualquer motivo – elas são encaminhadas ou levadas diretamente ao Banco, e quando têm problemas com a deambulação ou mesmo quando suas situações são consideradas ‘estáveis’, recebem o cuidado das trabalhadoras nos próprios leitos de internação ou em suas proximidades. A assistência às ‘externas’, no entanto, é sempre feita nas dependências do CAM. Sempre que há necessidade, as trabalhadoras também atendem aos chamados das puérperas ou dos demais profissionais de saúde que prestam assistência na Unidade de Apartamentos, localizada em outra ala do hospital.

São as trabalhadoras do CAM que entregam às puérperas o *folder* denominado “**Alojamento Conjunto: o que a mulher precisa saber**” (grifos meus), originário da parceria entre a Maternidade da Luz e a Secretaria de Estado da Saúde, através do “Programa de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”. A introdução no *folder* (dirigido à

“prezada mamãe”) garante que o mesmo trará informações sobre “[...]a importância, as indicações e as recomendações” do Alojamento Conjunto, mas o conteúdo do impresso enfatiza sobremaneira a ‘amamentação’ e não o sistema de Alojamento como um todo. Dentre as dez recomendações sugeridas, por exemplo, oito evocam a possibilidade da mulher amamentar como o maior benefício. Para as outras indicações (maior participação da família, apoio à puérpera nos cuidados ao bebê, dentre outros) é dada mínima atenção. Isto sugere que, simbolicamente, a atenção no AC é mais voltada à ‘mãe’ (em detrimento das mulheres, dos homens, dos recém-nascidos e das famílias. Inclusive, a maioria das trabalhadoras comunica-se com as mulheres puéperas chamando-as pelo termo ‘mãe’) e ao ‘aleitamento’ (em detrimento dos demais benefícios do AC apontados pela legislação específica).

#### 4.4 OS MÉDICOS E OS RESIDENTES

Os médicos e residentes são encontrados com frequência no AC, no período matutino, das 8:00 às 10:00, para as visitas diárias e mais meia hora para a “palestra de alta”. Esta última, realizada sempre pelo (a) residente de pediatria.

A atuação médica no AC está garantida pelos contornos seguros da ‘especialidade’. Os médicos obstétricas (considerados obstétricas do *staff*) e os médicos neonatologistas (considerados pediatras do *staff*) são funcionários da Maternidade da Luz. São profissionais com bastante experiência na assistência clínica a gestantes, puéperas e recém-nascidos e com muitos anos de “casa”. Ainda que realizem as visitas com horário concomitante, quase não há aproximação entre os que “tratam das mulheres” e os que “tratam das crianças” (expressões usadas pelas puéperas e suas famílias), quer seja em termos comunicacionais ou terapêuticos (cada especialidade tem condutas e toma decisões de maneira independente e possui modelos explanatórios de acordo com a cultura de seu campo de conhecimento específico). Cada especialista faz o seu trabalho (avaliação clínica, prescrição e alta) e se retira da Unidade. Somente em ocasiões consideradas absolutamente emergenciais é que são chamados pela enfermagem.

Percebe-se diferenciação de *status* e de posição entre os obstétricas e os neonatologistas que atuam no AC. Os pediatras do *staff* estão todos os dias na Unidade e interagem de modo mais próximo com as trabalhadoras de enfermagem. Todas as manhãs, distribuem entre si e os residentes de pediatria os bebês a serem avaliados na visita. Os obstétricas do *staff*, de outro modo, somente comparecem ao setor, caso sejam requisitados pelos residentes da obstetrícia. As visitas diárias às puéperas, por conseguinte, são realizadas sempre pelos residentes.

Ainda que os residentes de obstetrícia já tenham completado sua formação básica como médicos e estejam ali em diferentes níveis de aprendizado especializado (R1, R2, R3), para a maioria das trabalhadoras do AC, os mesmos não passam de estudantes.

*As duas trabalhadoras estão furiosas porque o R1 havia dito que iria esperar o R2 para analisar as lâminas de Raio X da puérpera portadora de HIV positivo. Marcela diz: "vai demorar este troço. Eles não entendem nada". Ondina acrescenta: "isto deveria ser visto por alguém do 'staff' e não pelos residentes. Eles não sabem nada dessas coisas. Imagine, eles não entendem de obstetrícia, vão entender de pneumologia? Marcela, ainda bem que ela [a paciente] já está tomando os antibióticos. Pelo menos descansa enquanto isto se resolve! (Extratos do Diário de Campo).*

À noite, quando o número de residentes é menor, havendo maiores oportunidades para realizarem partos, os residentes da obstetrícia não escondem que têm preferência por permanecerem no Centro Obstétrico, onde o momento culminante do ritual acontece. As trabalhadoras freqüentemente descrevem isso como uma situação que dificulta a assistência à saúde da puérpera, pois muitas vezes têm que insistir para que venham avaliar alguma emergência ou precisam esperar muito tempo para conseguir acessá-los. Quanto ao atendimento aos recém-nascidos, durante o período noturno, os neonatologistas atuam em esquema de plantão e permanecem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em tempo integral. Por isso, sempre que as trabalhadoras percebem que “algo não vai bem” com a criança, tomam providências para transferi-la para lá.

A interação das trabalhadoras com os neonatologistas é um pouco diferente, mas ainda assim é permeada por relações de poder que se referem ao domínio da especialidade, ao gênero e, algumas vezes, ao estrato social distinto:

*a atendente está ao telefone com o neonatologista. Conversa chamando-o de “querido”. Solicita que ele venha rever os recém-nascidos. Acha que devem estar de alta - inclusive já havia comunicado aos pais que a criança sairia hoje. O médico chega, avalia a situação e sai visivelmente irritado por considerar que as crianças eram PIG [pequenas para a idade gestacional] e tinha decidido que não iam embora (Extratos do Diário de Campo).*

A visita dos médicos especialistas (obstetra e neonatologista) inicia por volta das 8:30 horas e este é um período absolutamente agitado e confuso do ponto de vista assistencial, pois as trabalhadoras atuam intensamente para dar conta das atividades relacionadas à higienização das mulheres e recém-nascidos, enquanto as visitas médicas acontecem quase ao mesmo tempo. O especialista (médico do *staff* ou residente) passa a visita sozinho, não havendo acompanhamento de nenhum representante da equipe de enfermagem. Não é raro a trabalhadora estar proporcionando cuidados ao bebê ou mesmo sendo ‘interrompida’ pela chegada do “médico das crianças” enquanto, no leito, a puérpera é atendida pelo “médico das mulheres”. Noutras ocasiões o médico das crianças pode solicitar a presença da trabalhadora para ‘tirar as roupas’ do bebê para que ele possa examinar, como no seguinte depoimento:

*"a gente perde muito tempo quando tem que acompanhar a visita do médico. Normalmente ele faz a visita sozinho, mas quando o filho é novo [RN examinado pela primeira vez], ele chama a gente para tirar e botar a roupinha e a gente tem que fazer!" (auxiliar Eva) (Extratos do Diário de Campo).*

O exame do neonatologista, normalmente, é realizado com o bebê em seu berço e a avaliação compreende o estado físico e neurológico da criança. O exame do obstetra requer que a puérpera esteja em seu leito, principalmente para garantir a inspeção da região abdominal. A avaliação geralmente é circunscrita ao corpo da mulher e os locais de inspeção recaem sobremaneira, nos segmentos corporais 'diretamente relacionados' com o processo de gestar e parir, ou seja, as mamas, o abdome e os genitais, conforme indica o exame obstétrico a seguir:

*o residente de obstetrícia abre a porta da sala de cuidados ao recém-nascido e pergunta para a puérpera que está assistindo ao primeiro banho do filho, se ela é a do leito 8. Ela diz que sim e ele solicita: "então você deita lá, abaixa as calcinhas que eu vou te examinar, tá?" Também solicita à outra puérpera que acabara de vestir o seu filho: "você é do [leito] 7, né? Então vamos também que eu vou te examinar rapidinho". A atendente Tânia permanece na sala com os bebês. Tanto o médico quanto as duas puérperas saem da sala. Cada uma delas vai até seu leito, deita-se, levanta a camisola, desce a calcinha até os pés e posiciona-se com as pernas abertas. O médico examina o abdome e as mamas da primeira, dá uma olhada rápida no períneo e diz: "está tudo bem". Vai então em direção à outra puérpera e faz a mesma coisa. Não lava as mãos entra uma e outra. Sai apressadamente. Ao retornar para a pequena sala, Tânia comenta comigo que é um problema porque os residentes vão levando as puérperas e nem perguntam se elas podem ir naquele momento. As puérperas chegam para pegar os filhos que já estão prontos. Nem tiveram oportunidade de observar os cuidados (Extratos do Diário de Campo).*

Para os médicos, a internação no AC é um tempo medicalizado que é olhado sob a ótica da *disease*, à procura de desordens de estrutura e funções fisiológicas. A maioria dos procedimentos são estandarizados, próprios do modelo tecnocrático do nascimento (DAVIS-FLOYD, 1994a) e característicos do modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento. Ao vislumbrar o corpo da mulher e da criança conforme a perspectiva revelada nas 'visitas' diárias, pode-se dizer que o nascimento, ao invés de ser encarado como um evento na vida da família, passou a ser visto como um procedimento médico; onde o 'controle' obstétrico e neonatal assegura campos profissionais e saberes específicos que não se deixam 'contaminar' pelas culturas familiares ou, talvez, como aborda Good (1997), nem mesmo reconhecem que existem outras culturas além daquela própria do saber biomédico.

#### 4.5 O SISTEMA DE REGISTROS – OS PRONTUÁRIOS

Quando o Alojamento Conjunto está com a sua capacidade máxima instalada, há 70 prontuários abertos, correspondendo ao número de vagas disponíveis na Unidade. Mas não é apenas o número de prontuários a serem preenchidos que é diferenciado, quando se promove a comparação com qualquer outro setor de instituição hospitalar; outra questão inédita repousa no fato da existência de dois prontuários, sendo um para cada membro da mesma

família (puérpera e RN) internado na instituição. Isto os caracteriza como ‘dois pacientes’ internados. Há, por exemplo, dois prontuários para o leito A-1, dois para o A-3, e assim por diante. Somente no quarto E é que há um prontuário, uma vez que se trata da mulher ainda em processo gestacional.

Se por um lado a existência de dois prontuários para cada binômio ‘facilita’ os registros, uma vez que personaliza os ‘dois pacientes’ e também as especialidades, por outro é problemático, pois pulveriza e/ou duplica as informações e o sistema de registros. Cada ‘especialista’ (além dos médicos há também os alunos de fisioterapia) faz o registro no prontuário de ‘seu’ paciente (ou no da mulher, ou no da criança); somente a enfermagem faz registros em ambos os prontuários.

O prontuário da puérpera é composto pela folha de “prescrição médica” e pela “folha de anamnese, exame físico e evolução clínica – anotações seqüenciais”. Os demais documentos são referentes ao guia de internação e às folhas utilizadas para registros do Centro Obstétrico (parto normal) ou para os registros do Centro Cirúrgico (se o parto foi cesáreo).

O prontuário do RN contém mais ou menos os mesmos documentos, acrescido apenas da Caderneta de Saúde; da folha da sala de parto onde há o registro do exame físico, neurológico e classificações; uma folha de identificação e a Declaração de Nascido Vivo (DN) que tem três cópias (branca, amarela e rosa), cada uma com destino próprio, ou seja, respectivamente para os arquivos internos, para a Prefeitura e para a família, que deve levá-la ao Cartório de Registro Civil para oficializar o nascimento.

Na folha de anamnese da puérpera, as informações dos médicos seguem uma metodologia; fato este muito influenciado pela conduta didática adotada, uma vez que são os residentes quem realizam as evoluções diárias. Os registros de tais evoluções são feitos sob a forma de SOAP<sup>15</sup>. Os acadêmicos de fisioterapia, quando presentes, fazem anotações no mesmo documento, compartilhando-o com os médicos residentes, porém não seguem o mesmo sistema de registros e muitas vezes o conteúdo de informações sugere duplicações com aquelas feitas pela enfermagem. Na folha de anamnese do RN a evolução também é realizada sob a forma de SOAP. Algumas vezes estas evoluções não são assinadas ou possuem apenas uma rubrica, o que impede a identificação mais segura do profissional.

A folha de prescrição médica possui uma divisão onde, à esquerda é feita a prescrição propriamente dita e à direita, espaço para o que é denominado de “relatório de enfermagem”.

---

<sup>15</sup> Dados “Subjetivos”, “Objetivos”, “Análise” e “Plano”, próprios do Sistema Weed ou Sistema POP (Prontuário Orientado para o Problema).

Certamente uma divisão inadequada, pois um ‘relatório’, em tese, requer bem mais informações do que a ‘prescrição’. O espaço destinado à enfermagem, portanto, é bastante reduzido em ambos os prontuários.

No “relatório de enfermagem” de ambos os prontuários, são realizadas apenas anotações do pessoal de nível médio e ocupacionais e não há um método de assistência de enfermagem sistematizado<sup>16</sup>. As informações ali contidas são bastante breves, incompletas e relacionadas aos aspectos biológicos do cuidado. Não há identificação da categoria (se é técnica, auxiliar ou atendente) e na maioria das vezes consta apenas uma pequena rubrica, provavelmente identificada somente pelas companheiras de trabalho de muitos anos. Embora sejam anotações pouco precisas, pouco aprofundadas e não reflitam o cuidado em sua totalidade, observa-se que as trabalhadoras de enfermagem são as que mais conhecem o binômio. Os outros profissionais seguem a ‘especialidade’.

#### 4.6 ADMISSÃO: ENTRE MACAS E MAQUEIROS

Depois de um breve período de recuperação – mais ou menos uma hora para as de parto normal e um pouco mais para as que sofreram cesariana – as mulheres são ‘liberadas’ do território hospitalar destinado ao parto e ingressam naquele endereçado ao pós-parto, conforme recomendam as regras físicas e preceitos simbólicos da “casa”. Este tempo também é considerado suficiente para que sejam realizados os cuidados com o RN e para que a amamentação seja iniciada. Se tudo estiver correndo bem, mãe e filho são entregues então aos cuidados das trabalhadoras de enfermagem do AC, avisadas da ‘liberação’ via telefone. As puérperas cesariadas chegam ao AC provenientes do Centro Cirúrgico, através de um elevador localizado no átrio principal da instituição. As que deram à luz via fisiológica, são oriundas do Centro Obstétrico que, como já se disse, é contíguo ao Alojamento.

No que tange às gestantes de alto risco, estas são admitidas no AC, tanto provenientes do Ambulatório da instituição, como advindas de outras cidades, encaminhadas por serviços médicos hospitalares ou ambulatoriais. Uma vez que essas mulheres raramente sabem por quanto tempo permanecerão internadas, chegam na Unidade como forasteiras que só sabem que estão chegando, mas não têm idéia da partida; o que inclui grande quantidade de bagagem.

Ainda faz parte da demanda do Alojamento as puérperas que ‘chegam só’, ou seja, cuja gravidez teve que ser interrompida ou cujo filho foi considerado natimorto (ou feto

---

<sup>16</sup> Durante minha permanência no campo, a Direção da instituição instituiu uma comissão de enfermeiras para dar início aos estudos sobre a metodologia assistencial de enfermagem.

morto, ou simplesmente “FM”). Enquanto as mulheres são encaminhadas ao AC, os “FM” são levados à conservadora (geladeira) da “casa”.

Somente quando não há mais vagas no Alojamento (destinadas aos pacientes do SUS) é que as puérperas e recém-nascidos são transferidos diretamente do Centro Cirúrgico para os quartos privativos, em outra ala do hospital. Nas ocasiões em que a demanda é maior ainda, as puérperas chegam a permanecer dentro do Centro Obstétrico durante todo o período de internação<sup>17</sup>.

Como a admissão no Alojamento acontece durante as 24 horas, isto acaba por conferir certa dinâmica à Unidade. O som das macas pode ser ouvido a qualquer hora do dia ou da noite.

Pode parecer incongruente, mas as trabalhadoras preferem quando a Unidade está ‘lotada’ e isto ocorre justamente em razão de que, estando com as vagas preenchidas, não há mais qualquer possibilidade de que sejam admitidos mais clientes. Não foram poucas as vezes em que, despreziosamente, eu observava que a Unidade estava com sua capacidade no limite e então comentava algo como “estão com bastante trabalho”, ou “está agitado aqui hoje” e recebia como resposta justamente o contrário do que seria o esperado. Por exemplo:

*“você sabe que para nós é mais tranqüilo quando tá cheio? Pra nós é mais calmo porque a gente não perde tempo com as novas. A gente sabe com o que vai contar. É muito tumulto quando chegam pra internar” (técnica Alda) (Extratos do Diário de Campo).*

O transporte da puérpera e do bebê até o quarto é sempre realizado em macas. A mulher é conduzida deitada e o bebê é ‘adaptado’ próximo a ela sem um padrão determinado. Algumas vezes ele vai ao lado da mãe, um tanto espremido, pois as macas são estreitas e noutras vezes, é colocado sobre a mãe, “barriga com barriga”. Em determinadas ocasiões, inclusive, presenciei o bebê sugando vigorosamente a mama materna, estando ele na posição ventral e a puérpera em posição dorsal. Além de ser pequena para acomodar duas pessoas, a maca ainda precisa abrigar as sacolas que a família trouxe de casa e que ‘viajam’ com a mulher por dentro da instituição, até chegar ao destino final que quase sempre é o Alojamento Conjunto.

Enquanto estava coletando os dados, um novo ‘personagem’ estava sendo incorporado ao setor, como anunciava o comunicado oficial colado no mural do Posto, “em caráter de experiência”. Tratava-se do maqueiro, uma nova função criada pela “casa” para auxiliar as trabalhadoras no pesado ofício do transporte e admissão das puérperas e recém-nascidos. Mas

<sup>17</sup> Não cheguei a presenciar tal acontecimento, mas as trabalhadoras fizeram afirmações do tipo: “ontem nasceu 23. Só nos apartamentos foram 9. Só tivemos quatro altas ontem aqui. Eu acredito que no CO tenha puérpera já para ganhar alta” (auxiliar Irma).

como estavam em caráter experimental, ainda não estavam totalmente seguros do papel que teriam que desempenhar; alguns, visivelmente constrangidos por estarem “carregando mulheres” e outros, bastante atrapalhados, mas tentando dar o máximo de si para dar conta da tarefa.

Um fato bastante curioso foi observado com relação ao comportamento assumido por eles quando chegavam ao quarto. Logo que encontravam a trabalhadora responsável, entregavam a maca e saíam quase em disparada para a área externa e aguardavam até que a maca lhes era novamente devolvida. Isto, numa clara demonstração de que os territórios de circulação haviam sido bem compreendidos e que os espaços de atuação profissional e os de gênero continuavam garantidos e preservados.

A ‘reação’ das trabalhadoras à novidade não podia ter sido melhor. Seus comentários e ações demonstradas através de alguns excertos do Diário de Campo, revelam que, de um lado, sentiam-se menos sobrecarregadas e de outro, imbuíam-se de uma percepção de superioridade, estabelecendo com eles relação de “chefe-subordinado”.

*“Nossa, o maqueiro foi uma mão na roda pra nós. Tinha dias em que transportávamos dez ou doze pacientes. Haja coluna!” (auxiliar Marcela).*

*“Hoje tem maqueiro, não é chique? Quer ver uma coisa? [telefonando para a portaria, onde os mesmos ficam aguardando]. Alô?...o Paulo tá aí, o maqueiro? Aqui é a Romana [auxiliar] do Alojamento. Quer dizer pra ele vir até aqui, por favor?” Logo que o maqueiro apresenta-se, Romana diz, do lado de lá do balcão: “olha, pode trazer mais uma [puérpera] e depois tu me aguarda lá na portaria de novo que se eu precisar eu chamo” (Extratos do Diário de Campo).*

O maqueiro, de modo geral, tem sido bem aceito pelas trabalhadoras, porém, sua presença suscitou outros problemas antes não percebidos. Numa das reuniões que envolvia a enfermeira e as demais trabalhadoras, houve quem levantasse a questão de que “quando não tinha maqueiro, uma ajudava a outra no deslocamento da maca e na colocação da paciente no leito e agora o maqueiro deixa a mãe na maca mas ninguém aparece para ajudar”.

À seguir descrevo o processo de admissão na Unidade, procurando demonstrar com o exemplo, a rotina empregada no transporte e na recepção das mulheres e recém-nascidos.

*O maqueiro, meio sem jeito, empurra com muita dificuldade uma maca. Para no balcão, entrega um bilhete (“quarto C”) e pergunta aonde fica. Saio do Posto e o encaminho para lá. Não foi fácil fazer a manobra de retorno com a maca, pois o quarto C já havia ficado para trás há tempos. Ajudo-o na tarefa. Ele me explica que é seu primeiro dia de trabalho e que não tem prática. O RN dorme, repousado entre as pernas da mãe, por sobre lençóis e colchas. A maca é estreita, o bebê não cabe ao lado dela. Uma enorme bolsa de “nylon” está alojada nos pés da puérpera e entre ela e o RN ainda tem um saco de plástico preto com as roupas com que a puérpera deu entrada na maternidade. O bebê balança muito com as manobras efetuadas pelo maqueiro, mas não acorda. O maqueiro sua intensamente, mas consegue comunicar-se com a puérpera dizendo: “não se preocupe. Está tudo bem”. Ao chegar ao quarto de destino o maqueiro entrega a maca à auxiliar e quando está se retirando, é chamado por ela, que diz, com ar solene: “por favor, coloca as sacolas embaixo do berço e depois pode sair”. A auxiliar empurra a pesada maca para o lado direito do leito [o único livre] e solicita que eu coloque o bebê no berço. Enquanto isso, automaticamente, solicita à mulher que se desloque para o*

*leito, ainda deitada, e que permaneça com o forro no lugar. A puérpera, meio tonta, pergunta, "qual forro?" A auxiliar responde: "aquele que está no meio das tuas pernas". Depois de acomodada, pede para ver o bebê. A auxiliar o situa ao lado da mãe e diz: "pode dar de mamar que ele vai acordar [falando com o bebê]...né nenê? Seja bem-vindo". "Bem-vinda! [retruca a mãe] É uma menina". Continua a auxiliar: "ah, mas quando é novinho é tudo a mesma coisa". Depois disso, sai levando a maca e as folhas para compor os prontuários. Na saída, ainda diz: "olha mãezinha, agora tu és a paciente do A-8. Eu vou abrir o teu prontuário...qualquer coisa, pode chamar" (Extratos do Diário de Campo).*

Normalmente as puérperas que chegam, permanecem no leito por duas horas e meia a três horas, quando são auxiliadas pelas trabalhadoras a se levantarem. Entre as trabalhadoras é comum ouvir-se a expressão "já levantou a do quarto tal?" Querendo com isto perguntar se a colega já auxiliou a nova puérpera recém-chegada a sair do leito. Esta tarefa é considerada pelas trabalhadoras um pouco enfadonha, cansativa e perigosa, pois, segundo elas, é preciso que se permaneça junto à mulher por um período relativamente longo a fim de que ela não sinta tontura e sintase bem para começar a cuidar do filho recém-nascido. As classificações sobre esta questão são quase 'inevitáveis'. Assim, por exemplo, "fumantes" são muito bem-vindas, já que sentem necessidade de levantar com mais rapidez do que as que não são. Vê-se no exemplo dado por Irma: *"tem paciente que já se sente bem e já quer levantar, né...principalmente as fumantes. Elas não vêem a hora de levantar. Uh, é uma maravilha levantar fumante"*.

Quando o (a) acompanhante está junto<sup>18</sup>, a ele (a) é informado oralmente as normas e rotinas que regulamentam a sua estada no AC. É ainda comunicado que durante o horário de visitas poderá entrar mais duas pessoas e é bastante enfatizado o horário de permanência na Unidade: das 8 da manhã, às 8 da noite. A partir deste horário é permitido "acompanhante noturno" somente em casos muito especiais.

O tempo de internação no AC é bastante variável, a depender da saúde do RN, da recuperação da puérpera e do processo de amamentação que se estabelece, porém, em circunstâncias 'normais', não excede 72 horas. Nos casos considerados 'especiais', no entanto, a puérpera pode permanecer até uma semana. Caso o RN necessite de assistência especializada, é encaminhado para a UTIN.

O processo de admissão no AC, entendido como conjunto de procedimentos e operações que reduzem a pessoa à doente (CARAPINHEIRO, 1998), parece remeter à tese do hospital como instituição total (GOFFMAN, 1999). Note-se o transporte da puérpera em maca

<sup>18</sup> Enquanto a mulher está na sala de parto, se existe acompanhante, este fica do lado de fora, aguardando que mulher e criança cheguem no Alojamento. Somente nesta hora é que têm permissão para acompanhamento. No entanto, já existe um movimento na Maternidade para que a parturiente tenha alguém de sua preferência para estar com ela durante todo o período em que estiver na sala de parto.

(sem perguntar-lhe se não gostaria de ir andando); as formalidades da chegada à Unidade; o não direito à escolha do quarto e do leito e a obrigatoriedade de ocupá-lo imediatamente; a formalização de uma outra identificação (“*agora tu és a paciente do A-8*”); a atribuição de um outro papel sem que a puérpera tenha concordado com ele (“*mãezinha*”); o recebimento de instruções antes mesmo de se perceber necessitada delas (“*pode dar de mamar que ele vai acordar*”); receber informações explícitas e diretas sobre as regras que deverão ser seguidas e não receber qualquer informação precisa sobre os direitos durante a internação; não ser apresentada nem mesmo à companheira ao lado e desconhecer nome e identificação de quem a admitiu na Unidade; não ter a oportunidade de reconhecer o novo ambiente em que deverá permanecer nas 24 horas; ter seus valores questionados e muitas vezes algo banalizados (“*quando é novinho é tudo a mesma coisa*”) e ter um prontuário aberto que a ligue aos domínios institucionais, marcando sua exclusão temporária do mundo exterior.

#### **4.7 O PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA E A CENTRALIDADE DA “BOLSA”**

O “Programa de Saúde da Criança” foi criado e implementado pela administração municipal com a finalidade de atender os novos cidadãos que nascem e passam a residir na cidade. Envolve o acompanhamento a crianças de 0 a 5 anos e também abrange a primeira consulta à puérpera, pelos profissionais da rede básica de saúde.

Nas Unidades de Saúde, o programa articula a participação de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, psicólogas, agentes de saúde, assistentes sociais, pediatras, clínicos gerais, médicos de família e dentistas que, de acordo com as especialidades e também com as habilidades e funções profissionais requeridas, realizam consultas, atividades educativas, atendimento odontológico, atendimento de avaliação nutricional e atendimento nos casos de violência doméstica contra a criança.

As Unidades de Alojamento Conjunto de todas as Maternidades existentes na cidade (públicas e privadas) têm papel significativo para o programa, uma vez que nelas dá-se a primeira captação da mulher puérpera e da criança, para o agendamento de consultas. Isto, de algum modo, leva a que haja o cadastramento de uma nova criança no programa de saúde oficial. Assim, a Maternidade da Luz também é uma das instituições participantes e percebe-se que sua proposta foi muito bem recebida pelos profissionais que ali trabalham. Segundo a enfermeira Lara, tal programa teve início “*num dia das mães, em maio [...], e até hoje a gente se esforça para que ele dê certo*”.

É bastante fácil constatar que todos os funcionários da “casa” apoiam tal iniciativa e entendem o valor social da mesma. A enfermeira atribui o sucesso do programa,

principalmente, ao fato de *“poder acompanhar a saúde da criança até os 6 anos de idade e porque as Declarações de Nascidos Vivos são importantes para fins estatísticos”*.

Além da enfermeira, outras trabalhadoras se empenham em confirmar a importância percebida com tal projeto. Mas a grande maioria delas não expressa declarações em termos da melhoria na qualidade de vida e saúde da população infantil e sim a importância que tem o mesmo para *“as mulheres pobres que não tem como comprar material pra cuidar do bebê”*, referindo-se ao “kit do RN” que é composto por pequenas sacolas de cor rosa (para meninas) e azul (para meninos), contendo termômetro clínico, frasco de álcool à 70%, barra de sabão, gazes e creme para assaduras, e que é entregue às puérperas, pela agente de saúde, durante os procedimentos de agendamento das primeiras consultas. A esse “kit”, trabalhadoras e puérperas reconhecem como sendo a “bolsa”.

A agente de saúde do município comparece ao Alojamento de segunda a sábado e ali permanece durante quase toda a manhã, dependendo do número de bebês ‘novos’ presentes na Unidade. É conhecida pelos médicos, alunos, direção e enfermeiras como a “moça do programa da criança”, mas é amplamente denominada de “moça da bolsa”, pelas trabalhadoras de nível médio e elementar e pelas puérperas. De tempos em tempos pode-se observá-la conduzindo um carrinho daqueles de supermercado repleto de “kits para os RN” para abastecer o armário da sala de palestras, de onde as retira no dia-a-dia para distribuir às puérperas.

Desde que entra na Unidade com seu sorriso largo, trata de realizar um levantamento dos ‘novos’ e então se põe a interagir com as puérperas. Sua tarefa é, basicamente, a de agendar as consultas para o centro de referência da localidade onde reside a família, preencher um questionário específico e então entregar a “bolsa” que é intensamente esperada pelas mulheres. Segundo seu depoimento, os contatos são feitos apenas com as pacientes do SUS, uma vez que só agenda consultas para puérperas e crianças dos quartos privativos, caso “a paciente quiser”.

O relato a seguir mostra um pouco do movimento e das ações da “moça da bolsa” nas manhãs do Alojamento Conjunto:

*a funcionária do programa descarrega sobre o balcão de prescrições em torno de 10 bolsas para distribuir entre as puérperas que residem no município. Depois, vai percorrendo cada um dos leitos, a fim de preencher a “ficha de visitas às maternidades e marcação das primeiras consultas” das puérperas e recém-nascidos. Nesta ficha, coleta dados conversando diretamente com as puérperas. Pergunta sobre a data de nascimento, o local de realização do pré-natal, quantas consultas realizou, a data da última menstruação, o sexo do bebê e o nome, se mora no município, a rua e o bairro que mora, um ponto de referência, telefone para contato, a data do parto, dentre outros dados de identificação. As puérperas não se importam em fornecer os dados e até se esforçam bastante para dar todas as informações que a moça, gentilmente, solicita. A funcionária também utiliza o termo “mãe” ou*

*"mãezinha" para comunicar-se com as puérperas. Depois de preencher as fichas (hoje são cinco as novas. As outras já tinham sido contactadas no sábado), a moça inicia o preenchimento da carteira de consultas do recém-nascido. Agenda a consulta do recém-nascido e a anota na carteira. No verso da mesma anota a consulta da puérpera. Diz que às vezes, não há possibilidade de agendar as consultas dos dois para o mesmo dia e horário, mas sempre que dá, opta por esta estratégia. Também tenta agendar as consultas para o prazo de 5 a 10 dias da data do nascimento. Diz que há outras duas funcionárias que fazem a mesma atividade que ela, em outras Maternidades da cidade. Depois do trabalho, entregam as fichas, a Declaração de Nascido Vivo e os agendamentos na Secretaria de Saúde para que sejam feitos os encaminhamentos para os diversos Centros de Saúde. Ao final do encontro, entrega à puérpera o kit para o cuidado do filho que acabou de nascer (Extratos do Diário de Campo).*

Conforme apontei anteriormente, a "bolsa" entregue pela agente é considerada a peça-chave do programa, tanto para as trabalhadoras quanto para as puérperas e suas famílias. As trabalhadoras, inclusive, estão tão empenhadas em que as puérperas as recebam que, na ausência ou falta involuntária da agente (quando então quem assume o papel é a enfermeira da Unidade que também possui a chave do armário), chegam a deixar recados para a enfermeira no mural do Posto, indicando o nome completo e, algumas vezes, o endereço das puérperas, se essas já tiveram alta.

Segundo a enfermeira, *"todas fazem questão do kit"* (referindo-se às puérperas), mesmo as puérperas dos quartos particulares que, em tese, não teriam "necessidade" dele:

*"[tentando achar 'razões' para o fascínio das puérperas pela 'bolsa'] não sei se é o termômetro que está lá dentro, se é a gaze para o coto e o álcool, ou se é a bolsa em si [...]. Assim, ó, eu vejo que não é nem a questão da consulta. Às vezes a mulher está de alta e por algum motivo não lhe entregaram a bolsa, o kit. Então eu dou o kit pra ela, só que a consulta eu não posso marcar, porque é ela [a agente] que tem o mapa [a planilha de agendamento]. Daí eu digo pra ela voltar aqui pra pegar a data da consulta. E tu sabes que muitas vezes tem que mandar pelo correio? Elas só se interessam pela bolsa. A consulta passa, mas a bolsa não (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

Outra questão polêmica que está relacionada à "bolsa" e seus entornos, é o caráter localizado do programa que, em última instância, requer que as puérperas preencham o critério de residirem na mesma cidade. Para essas e seus filhos, o agendamento das consultas é garantido diretamente na Maternidade, através das atividades da "moça da bolsa". No entanto, caso a residência seja em outro município (com exceção de um deles, que também tem um programa governamental similar e também entrega "a bolsa"), a puérpera e sua família, muitas vezes, contentam-se em ouvir algo como: *"diz pro teu município fazer um programa assim também"*, ou então um silêncio nada esclarecedor, ou ainda ter que vivenciar a seguinte situação:

*Tânia (atendente): é teu primeiro filho?*

*Puérpera Maia: ah, ééé...tenho oito!*

*Tânia: de onde é que tu és? Já ganhaste aquela bolsinha?*

*Puérpera: não ganhei bolsinha nenhuma. Eles dão?*

*Tânia: de onde tu és?*

*Puérpera: de [...] [outro município vizinho]*

*Tânia: é bem longe. Então tu não vais ganhar. Mas compra álcool 70% na farmácia e também gaze esterilizada[...] (Extratos do Diário de Campo - trabalhadora e puérpera na sala de exames, antes de iniciar a higienização diária do RN).*

Algumas vezes, são as próprias puérperas dos municípios vizinhos que, não sentindo igualdade na atenção dispensada, reclamam abertamente, situando-se no lado das que não têm direito à assistência à saúde:

*“ah, é assim é? Mas como é que pode? Uns tem [direito] e outros não? Os rico têm porque podem pagar; os pobre do SUS, só alguns, porque se não for daqui [do município] deu, morreu, se foi...nem consulta, nem bolsa, nem nada”. (Extratos do Diário de Campo).*

*a agente aproxima-se da puérpera do Leito 1, preenche o questionário, agenda as consultas e, por fim, faz a entrega da bolsa rosa. Quando vai se retirar, a puérpera do Leito 2 diz: “e eu, não ganho?” “Não, minha senhora, sinto muito. Infelizmente o município em que a senhora reside não faz parte do programa”, responde a agente, com todos os cuidados. -“Mas que discriminação!!” diz a puérpera, solicitando à colega de quarto para ver o que há dentro da bolsa (Extratos do Diário de Campo).*

Esta abordagem em relação ao programa é reportada por Trentini (1999) como um ponto de ‘estrangulamento’ da política de saúde em nível municipal. A autora acrescenta que agindo desta maneira, as Maternidades conveniadas com o SUS permitem desigualdades de oportunidades, além de vir a ser um comportamento “hostil ou no mínimo frustrante para aquelas mães residentes nos municípios vizinhos que compartilham o mesmo quarto na maternidade [...]” (TRENTINI, 1999, p.78).

#### 4.8 AS ALTAS

De acordo com as rotinas estabelecidas, a alta acontece em 48 horas se a mulher teve parto normal e 72 horas, nos casos de cesariana. A prerrogativa da prescrição para a alta, no entanto, como na imensa maioria das instituições hospitalares, é dos médicos. A eles cabe a formalização da prescrição da alta e a elaboração das receitas. Estas últimas permanecem afixadas na entrada dos prontuários e, algumas vezes, somente este procedimento dá ‘a dica’ de que as mulheres e as crianças estão aptas a deixarem o hospital. A enfermagem precisa estar atenta a tais sinais para proceder aos encaminhamentos necessários à liberação das famílias.

Uma vez que a demanda de puérperas e crianças ao AC é bastante grande ou quando há incompatibilidade entre o nº de leitos e o nº de pacientes admitidos, muitas vezes, observa-se que algumas altas são providenciadas com certa precocidade, ainda que sejam justificadas pelo bom estado geral da mulher e da criança. Nestas ocasiões, frente à necessidade de fornecer explicação convincente às puérperas para a liberação precoce, ‘criam-se’ outras rotinas que, mesmo não estando escritas em lugar algum nos documentos da Unidade, acabam por botar um ponto final em qualquer tentativa vindoura de contra-argumentação por parte da puérpera ou de sua família. A seguinte situação indica este artifício:

*Médico: tu já ganhaste alta?*

*Puérpera Mila: não, eu ganhei o nenê ontem...eu vou receber alta hoje? Mas já?...*

*Médico: É que quando a mãe tem mais de um filho ela pode ficar só 24 horas. Vou dar alta também. Teu filho já está de alta.*

*O médico, virando-se em minha direção, diz: "é que a maternidade está lotada, sabes? É o jeito...". E vai até o balcão para prescrever a alta (Extratos do Diário de Campo).*

A inexistência de critérios melhor definidos para o encaminhamento das altas acaba por gerar desentendimentos e alguns conflitos principalmente entre as trabalhadoras e os médicos, sejam eles residentes ou do *staff* clínico.

*Eva (auxiliar): [dirigindo-se à puérpera que acaba de lhe informar que o médico já assinou sua alta] "mas já vai embora, tão cedo? A gente não sabe mesmo qual é o critério que [os médicos] adotam...uma hora pode ir embora, outra não pode...imagina o que é se a gente diz que é capaz do nenê ter alta e eles não dão! Vocês caem de pau em cima da gente; durma com um barulho desses!" (Extratos do Diário de Campo).*

Os conflitos se exacerbam principalmente quando as relações de poder são verticalizadas e os parâmetros que guiam as ações relacionadas à alta hospitalar movem-se em contornos mais ou menos propícios à categoria médica e não para o fortalecimento das mulheres e crianças que serão liberados, ou mesmo para garantir o mínimo de coerência assistencial. Assim, caso a trabalhadora (que possui posição de poder intermediária entre o médico e a puérpera/família) tome 'a liberdade' de mostrar a possibilidade de alta do binômio dentro de uma determinada agenda, logo é 'lembrada' que o processo de decisão não lhe compete.

Num determinado episódio que presenciei no campo, por exemplo, a técnica Simone refere sua não conformidade com o fato de que os médicos não tenham um padrão para dar as altas. Ela diz isso porque especialmente nesse dia os residentes estão liberando as puérperas com menos de 24 horas de pós-parto. Segundo ela, é freqüente que as famílias retornem para a maternidade em poucos dias porque a mulher está com hemorragia ou porque o RN está com icterícia e ambos precisam reinternar. Ela está furiosa porque tinha avisado à família que eles só iriam embora amanhã e agora a família lhe cobra uma explicação. Presencio que ela pergunta à médica residente se ela tem certeza que o binômio já vai embora, uma vez que tem apenas 20 horas do parto. A residente lhe diz que o "*Dr. X [orientador] quer assim. São normas da OMS. Quem decide sobre isto é o médico. Se ambos estão bem, podem sair*".

Estranhamente, quando o conflito sobre a questão das altas ocorre, ele envolve sempre as trabalhadoras e os médicos e não os dois especialistas médicos (obstetra e neo). Caso o neonatologista tenha assinado precocemente a alta do RN, por exemplo e, para deixar o leito liberado, precisa que o obstetra assine também a alta da puérpera de modo precoce, ambos concordam com a liberação conjunta do binômio, sem que ao menos tenham conversado explicitamente sobre o caso.

Mas também ocorrem situações em que a puérpera já teve sua alta assinada e o bebê ainda não, na dependência de resolução de alguns problemas neonatais. O contrário também ocorre. Quando o período em que um aguarda a alta do outro não é muito longo (mais de três dias), ambos têm sua vaga assegurada na Unidade.

O expediente da “alta a pedido” também é utilizado sempre que a puérpera ou alguém de sua família deseja deixar a maternidade, qualquer que seja o motivo. Quando tal decisão é tomada, as puérperas assinam um termo de compromisso no qual assumem os riscos inerentes de suas decisões, à revelia da decisão médica. É interessante observar no entanto que este expediente algumas vezes é sugerido pelas próprias trabalhadoras que, não vendo outra saída institucional para as situações das puérperas, ‘aconselham-nas’ a tomarem tal caminho:

*“tu sabes que no Domingo teve paciente que assinou o termo e foi embora? Duas fizeram alta a pedido. Pois é...elas já não tinham dormido naquela noite. Não iam passar mais uma noite assim, né? Eu disse: se fosse vocês, pedia alta, e elas pediram...” (Extratos do Diário de Campo - auxiliar Marcela).*

*“aquela aidética saiu daqui muito injuriada, nem a mama quis enfaixar. Pediu pra ir embora. Alta a pedido! Assinou o termo e picou a mula! Bem que fez! (Extratos do Diário de Campo - técnica Ondina).*

Os procedimentos para a alta acontecem pela manhã, após as visitas médicas. Por volta das 9 horas já é possível saber se alguém será liberado em pelo menos um dos quartos do Alojamento. Com frequência as 10 horas já se tem idéia mais concreta sobre o número total de altas a serem efetivadas. Na medida em que as trabalhadoras percebem que as altas foram assinadas, encaminham os prontuários ao Posto de Enfermagem para que a escriturária realize os trâmites administrativos. Em termos práticos, a partir deste momento, puérpera e recém-nascido já podem comparecer ao Posto para a saída, no entanto, isto acontece apenas após terem participado da palestra de alta proferida pelo residente de pediatria.

Os procedimentos e a organização das altas, a exemplo dos processos de admissão no AC, diferem bastante de outros setores hospitalares, quer seja envolvendo a clientela infantil ou adulta. No Alojamento, as altas acontecem sempre em duplas (mulher e criança) e sempre possuem o caráter coletivo. Se por um lado isso é considerado inteiramente positivo, uma vez que envolve a coletividade de participantes que vivenciam o mesmo rito de passagem – o que, de certa forma, traria riqueza ímpar em face da troca de experiências que poderia ser propiciada nas orientações para as altas, por exemplo – por outro, muitas vezes, leva ao atendimento massificado, em série, e com tendência à atomização das informações, descaracterizando as mulheres, recém-nascidos e famílias como únicos, singulares e com direitos iguais a terem suas necessidades satisfeitas e suas dúvidas esclarecidas antes de voltarem aos domicílios.

A seguir, um excerto do Diário de Campo descreve uma manhã cujos procedimentos de alta são corriqueiros:

*a equipe de enfermagem envolve-se com as altas das mulheres e dos recém-nascidos. Em torno de dez puérperas estão tendo alta nessa manhã. Algumas aguardam a chegada do marido, do vizinho ou de algum parente que tenha carro, para vir buscá-las. Outras já estão saindo. É sempre a puérpera quem carrega o filho. Ao acompanhante cabe levar as sacolas e, quase sempre, algumas flores que foram recebidas durante a internação. Logo após deixarem os quartos, passam no Posto para pegar a caderneta de saúde do RN, as receitas para a mulher e a criança e para assinarem as altas. É necessário que a própria puérpera assine as altas.*

*Percebo que não há orientações específicas para esse momento. As trabalhadoras quase nada informam e as famílias quase nada perguntam. É um ritual quase silencioso. Somente quando existe alguma situação considerada especial é que são fornecidas orientações específicas. Como foi o caso do RN que apresentava luxação de quadril bilateral e que a puérpera recebeu orientações sobre a consulta externa com o pediatra, foi entregue à puérpera o encaminhamento por escrito do neonatologista responsável. Neste momento, os neonatologista e obstétricas (quase todos residentes) já não estão mais no Alojamento (Extratos do Diário de Campo).*

Algumas vezes, quando as trabalhadoras estão no Posto durante os procedimentos de alta, existe preocupação em ‘checar’ se a “bolsa” está sendo levada e aproveitam também para lembrar à puérpera para que não esqueça de ir às consultas agendadas pela “moça da bolsa”.

Chama a atenção a não existência de orientações para alta de modo específico. Normalmente, somente quando há alunos é que as orientações específicas e individuais são realizadas pela enfermagem. Algumas vezes, quando a enfermeira está no Posto, desenvolve um plano de alta mais individualizado para a família que por ali passa antes de deixar a “casa”. Mas este não é um procedimento de rotina. O meio mais comum e freqüente de fornecer orientações específicas referentes à alta é a palestra que, conforme já se disse, é realizada pelo residente, mais como um exercício didático, do que uma ação planejada e executada pelo Alojamento Conjunto. Isso se mostra evidente, por exemplo, nas situações em que os residentes, por um motivo ou outro, não realizam a palestra matutina. Nestas ocasiões nenhum outro profissional do setor assume a atividade.

A palestra de alta é concebida como a condição para a saída da “casa”. Todos os profissionais que atuam no AC sabem da atividade e reconhecem-na como uma metodologia importante para as ações de educação em saúde; no entanto, muitas vezes, as puérperas e suas famílias ficam sabendo da sua ocorrência somente no momento imediato da alta, o que ocasiona alguns contratempos e conflitos, principalmente se o ‘carro’ que chegou para levar a mulher e a criança para casa já está nas imediações da instituição. Ainda assim, a maioria das puérperas não deixa de participar, mas são explícitas as manifestações de pressa e aflição para deixar a Unidade. Algumas nem chegam a sentar, ouvindo em pé as informações fornecidas pelo residente.

Quando o residente acaba de passar as visitas, passa de leito em leito, chamando as puérperas, os recém-nascidos e os acompanhantes (raros neste horário) para comparecerem na

sala de palestras. Uma vez que todos tenham comparecido, o residente inicia uma seqüência de informações que abrange desde o aleitamento materno, passando pelo banho de sol, curativo umbilical (com o antisséptico da “bolsa”), teste do pezinho, esquema de vacinas neonatais, consultas médicas de *follow-up* e alimentação da nutriz. Normalmente o residente tece considerações orais sobre todos estes tópicos e em seguida pergunta se possuem dúvidas sobre os cuidados. Algumas puérperas fazem perguntas, enquanto outras apenas questionam se a palestra já terminou e se retiram. O tempo total de permanência na sala dificilmente ultrapassa 15 minutos.

A etapa final da saída consiste em atravessar o comprido corredor e alcançar a porta da rua. Em momentos como esse é possível observar que o espaço simbólico da “casa” cede lugar aos imperativos territoriais da “instituição total”. Numa determinada ocasião, por exemplo, o companheiro da puérpera que seguia pelo corredor atrás da mulher e da criança, carregado de sacolas, pergunta para a auxiliar de enfermagem: “*vai nos acompanhar até a porta?*” “*Agora não dá, responde a auxiliar, mas fica pra próxima*”.

## **CAPÍTULO 5 - AS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM**

---

As trabalhadoras atribuem sentidos diversos ao que fazem e utilizam vários tipos de conhecimentos para cuidar, tendo como referência o mundo constituído em suas experiências pessoais e profissionais. Um mundo que, como afirma Good (1997), é formado e aprendido através de formas simbólicas e práticas interpretativas distintas. Nesta perspectiva, suas percepções, interpretações e ações são consideradas culturalmente construídas, mas igualmente singulares, sem perder as particularidades que fazem dessas trabalhadoras seres humanos únicos. Este movimento dialético que as situa entre as experiências antropológicas pessoais e o contexto normativo da instituição leva a um rico mosaico que contribui para o desenvolvimento da cultura da enfermagem nesta Unidade.

Neste capítulo apresento as características mais marcantes das trabalhadoras em termos coletivos e individuais, a fim de fornecer um quadro indicativo da enfermagem do Alojamento Conjunto da Maternidade da Luz.

### **5.1 UM LUGAR DE MULHERES**

Um primeiro dado a chamar a atenção na Unidade de AC é que a equipe de enfermagem é inteiramente constituída por mulheres. A população feminina de 36 mulheres que, a exemplo da imensa maioria das trabalhadoras brasileiras, também são mães, avós, esposas, tias, dentre outros papéis sociais não menos importantes e exigentes. Isto acaba por adicionar à ‘cultura da enfermagem’ uma certa ‘cultura feminina’ ao lugar e que, como coloca Fonseca (1997), menos centrada no aspecto formal da autoridade, permite certa ‘promiscuidade social’.

Por receber como clientela, outras mulheres (puérperas), igualmente trabalhadoras e assalariadas, observa-se que a mobilidade social não apresenta fronteiras muito nítidas e onde a distância social entre profissionais e clientes não tem o mesmo impacto que em outros setores.

Das 36 trabalhadoras que atuam tanto no Alojamento propriamente dito, quanto no CAM, apenas uma é enfermeira, 13 são técnicas (embora uma delas seja contratada como atendente) e 19 são auxiliares (embora duas delas sejam contratadas como atendentes). Apenas três trabalhadoras são ocupacionais e efetivamente contratadas como atendentes de enfermagem. Destas últimas, uma atua como escriturária do AC, enquanto as outras duas se envolvem com a assistência.

De modo geral, durante o desenvolvimento das atividades diárias, vestem roupas brancas comuns que não caracterizam o 'uniforme' propriamente dito. Apesar da insistência explícita da direção para que usem o guarda-pó com o logotipo da instituição sobre a roupa branca, não demonstram muita disposição em seguir tais princípios uniformizadores e nem mesmo quanto ao uso de estratégias de identificação, pois o uso de crachá não é usual e de acordo com a enfermeira da Unidade (uma das poucas a vestir o guarda-pó e a portar crachá com o nome e categoria profissional), "*algo bastante difícil de se conseguir*". Tal resistência torna ainda mais complicado o processo de comunicação dentro do setor, principalmente no que tange à possibilidade de reconhecimento pelos usuários.

A remuneração é motivo de queixas por todas as trabalhadoras de nível médio:

*Clara (técnica): é uma mixaria [o salário].*

*Ondina (técnica): é uma miséria, esmola. Se a gente não fizer outra coisa, a gente morre de fome. Ainda bem que tenho a pensão dos meus filhos, senão não sei o que seria...*

*Irma (auxiliar): credo! E olha que tem gente que ainda sustenta marido com isto.*

*Ondina: eu só não faço mais [plantões remunerados] porque me canso. Eu faço porque preciso. Se não precisasse eu não faria.*

*Clara: eu também não. A Têmis não faz...*

*Irma: é porque ela tem uma aposentadoria e ela tem marido.*

*Clara: e eu que não tenho marido, nem aposentadoria e dois filhos?*

*Todas riem às gargalhadas. Irma diz que ter marido não adianta muito, porque "a metade é traste".*

*Ondina: e ainda você me vê trabalhando contente...mas o que é que eu vou fazer né? Trabalhar chorando? Aqui ganha-se pouco mas a gente se diverte.*

*Irma: se pensar o tempo inteiro no salário que se ganha era pra trabalhar chorando... (Extratos do Diário de Campo).*

Com um salário-base variando entre 350 e 410 reais, há a necessidade de complementação do orçamento doméstico. Por isso as trabalhadoras que não recebem pensão do marido, seja por morte ou separação, têm que lançar mão de outras estratégias que garantam a subsistência de si e de suas famílias. Tais estratégias resumem-se em trabalhar como 'pajem' nos domicílios das puérperas, como é o caso da atendente Tânia ("*eu às vezes sou chamada por algumas para ajudar em casa. Normalmente é a Dra. [X] quem me indica.*

*Vou de noite quando elas voltam para casa*"); em possuir outro vínculo empregatício; complementar com a aposentadoria de trabalho anterior, trabalhar em casa como confeitadeira, costureira ou lavadeira e ainda utilizar estratégias para aumentar o rendimento mensal enquanto trabalham no AC. Dentre estas destaca-se a venda de produtos via catálogo, além de outros expedientes que permitem que recebam alguma complementação para aumentar as finanças.

De qualquer modo, são as mulheres que assumem o orçamento doméstico com o compromisso, muitas vezes, de desempenharem o papel de provedoras das famílias, uma tarefa até pouco tempo quase que exclusivamente masculina. A escassez de recursos financeiros para dar conta dos compromissos sociais e mesmo de sobrevivência suas e dos filhos, deixa-as privadas de alguns bens que, caso pudessem ser conquistados, poderiam garantir o mínimo de conforto para suas famílias. Veja-se por exemplo o depoimento de duas trabalhadoras, durante uma conversa informal com a pesquisadora:

*Tânia: to aqui há tanto tempo que quase perdi as contas. Só agora consegui comprar um carrinho pra mim. É 98, mas pra mim é zero. Mas ainda to pagando...*

*Cíntia: eu também comprei um, mas devolvi porque não consegui pagar. Mas eu boto a maior fé na "Casa Feliz". To pagando dez reais por mês, religiosamente. É a única forma de ter casa própria (Extratos do Diário de Campo).*

Ainda que concordando com o coro de insatisfações verbalizado pelas colegas, observa-se que apenas a técnica voluntária, pela natureza de sua inserção no serviço, não depende de nenhuma remuneração neste trabalho para a sobrevivência. Apesar disso, comparece ao trabalho todas as semanas, de quarta à sexta-feira, das 7 às 19 horas, para desenvolver as mesmas atividades e responder às mesmas responsabilidades que qualquer uma das funcionárias da Unidade.

A grande maioria das trabalhadoras é casada, sendo que duas delas são viúvas e sete separadas. Apenas seis não possuem filhos, e ainda que a idade média varie entre 32 e 57 anos, oito já são avós.

O tempo total de trabalho varia de dois anos (última contratada) a 34 anos, sendo que duas delas já foram aposentadas e posteriormente recontratadas. Uma parte significativa, antes de exercer atividades no AC, já havia trabalhado em outros setores da Maternidade da Luz ou em outros hospitais. No entanto, duas delas tinham o Alojamento como o primeiro e único local de trabalho até o presente momento.

Quanto ao tempo total de atuação no AC, excetuando-se a voluntária, há variações de 02 anos a 20 anos, o que evidencia que a convivência entre os membros do grupo não é nova e percebe-se que de alguma forma todas se beneficiam do ambiente familiar criado em tantos

anos de vivência conjunta. O longo contato de trabalho entre elas levou ao desenvolvimento de certa intimidade, própria dos vizinhos habitantes de uma mesma comunidade.

Percebe-se que a maioria das trabalhadoras, antes de ser auxiliar ou técnica, passou pela experiência de trabalho em setores hospitalares gerais como zeladoria, copa e lavanderia, sem ser em trabalho diretamente relacionado com a enfermagem. Muitas, antes de se tornarem auxiliares ou técnicas, foram treinadas em serviço, passando a desempenharem o papel de atendentes de enfermagem, quando a legislação assim permitiu. Logo que a lei da profissionalização passou a vigorar, as trabalhadoras relatam que “trabalharam em dobro” e com grande esforço para conseguirem se formar. O tempo decorrido da última formação, para algumas, é de apenas dois, quatro, cinco e seis anos, o que ressalta que se profissionalizaram há pouco tempo.

A jornada de trabalho é de 40 horas semanais. Trabalham em regime de plantão de 12 horas, das 7 as 19 durante o dia e das 19 as 7 durante a noite. As trabalhadoras do AC (excetuando-se a enfermeira e a escriturária) integram 6 turnos de trabalho (3 de dia e 3 de noite), e cada turno ou equipe é composto(a) por quatro ou cinco trabalhadoras. Normalmente, no plantão noturno, o número de trabalhadoras é menor, pois segundo a enfermeira, não têm tantas atividades quanto as do diurno (referindo-se principalmente às atividades de higiene e conforto, ações educativas, altas e demandas advindas das visitas médicas, já que à noite estas não acontecem de modo sistemático), embora seja evidente que a responsabilidade assistencial seja a mesma para ambos os turnos.

As trabalhadoras do CAM (em número de sete) possuem a mesma jornada semanal, porém a escala de trabalho é diferenciada, segundo a enfermeira, pela natureza particular das ações que desenvolvem. Ainda que seja considerado um setor do AC, não tem vinculação com o mesmo em termos do organograma institucional, estando ligado diretamente a Gerência de Enfermagem. Embora esteja atualmente sob a chefia da enfermeira do AC, o CAM possui uma escala particular e trabalhadoras específicas que cobrem o trabalho de segunda a segunda das 7 às 22 horas.

Uma das trabalhadoras exerce suas atividades oito horas por dia, de segunda a sexta; três fazem 12 horas a cada três dias; uma faz 6 horas de segunda a sexta e uma trabalha das 18 às 22 horas, todos os dias da semana. Esta escala possibilita que façam rodízio para as férias anuais.

Considerando-se que muitas trabalhadoras possuem outro emprego, fazem hora-plantão e ainda, por serem mulheres, grande parte possui mais uma jornada de atividades domésticas, o tempo diário efetivamente ‘trabalhado’ é bastante duro. Não é por acaso que a

maioria delas aparenta cansaço e, muitas vezes, falta de motivação para “*fazer qualquer coisa a mais*”, como mencionou a técnica Érica, referindo-se ao exclusivo desenvolvimento das tarefas rotineiras, eu diria, minimamente indispensáveis ao tratamento dos corpos das mulheres e recém-nascidos. As que atuam no período noturno, principalmente, referem que têm dificuldade para conciliar vida familiar e social.

A vida de ‘dona-de casa’ das trabalhadoras se faz presente quase que em tempo integral nas interações ocorridas entre elas durante o turno de trabalho. Isto é lembrado a todo instante, inclusive em ocasiões mais formais, a exemplo de uma reunião em que se discutia a necessidade de redobrar a atenção à limpeza da Unidade, em que a enfermeira comentou: “*precisamos manter aquele quarto mais em ordem, principalmente considerando que todas são mulheres e donas de casa...*”, sendo seguida pelos comentários de duas auxiliares: “*pobres, mas limpinhas*”.

Fazem questão de lembrar a todo instante que o trabalho doméstico tem muitas exigências que acaba por ‘infiltrar-se’ no mundo do trabalho. Foi assim que, durante todo o período de trabalho de campo presenciei e atendi telefonemas dos filhos das trabalhadoras que requisitavam-nas para as mais diversas exigências e necessidades; observei trabalhadoras “esperando” dar 10 horas da manhã para levar filhos adoentados à consulta médica, depois de uma noite inteira de plantão; observei uma delas aguardando o término de plantão de outra colega que mora perto para auxiliar a carregar as compras do supermercado; presenciei discussões intensas entre elas e a chefia, causadas pelas ‘escapadas’ quase furtivas para o pagamento de contas no comércio, nos dias subsequentes ao recebimento dos salários.

Apesar de, repetidamente, a exemplo do estudo de Carapinheiro (1998), acusarem o peso das rotinas no trabalho de enfermagem e a escassez quase crônica do pessoal de enfermagem, como fatores de esgotamento físico e psicológico e impeditivos de contato mais contínuo e estruturado com os clientes, mesmo assim é unânime o ponto de vista que considera que o mais gratificante no seu trabalho é justamente o contato com as pessoas que ali estão internadas:

*“eu adoro o que faço. Adoro estar com as puérperas e as crianças. É isso que me anima a não desistir. Mesmo que outros não achem, eu me acho importante aqui, sabes?” (auxiliar Morgana) (Extratos do Diário de Campo).*

Além de obter satisfação com o trabalho que desenvolvem, algumas ainda, como a atendente Janaína, arriscam-se a declarar: “*eu me sinto poderosa!*”

Uma situação bastante preocupante em termos administrativos e assistenciais é concernente à existência de uma única enfermeira na Unidade. As exigências gerenciais são tão intensas que seu contato com as puérperas, recém-nascidos e famílias é reduzido ao

mínimo indispensável; ou seja, quase que restrito aos chamados das trabalhadoras quando essas avaliam que sua presença é indispensável.

A enfermeira atua na Unidade todos os dias, de segunda a sexta, porém, no período em que estive no campo, o último dia útil da semana era destinado ao término de um Curso de Especialização, ficando o setor sob os cuidados das trabalhadoras de nível médio.

Nos plantões noturnos e finais de semana há enfermeiras de plantão (uma em cada turno de 12 horas) que atendem todo o hospital e, portanto, responsabilizam-se também pelo andamento do AC e do CAM. É muito raro que venham a esses setores durante seus plantões, a não ser quando percorrem o hospital, no início de cada turno, para colocarem-se à disposição “caso necessitem”, ou quando são chamadas pelas trabalhadoras para interferir junto aos residentes quando estes demoram para responder aos chamados.

É flagrante o excesso de tarefas a serem cumpridas pela enfermeira do AC e as demandas pluridimensionais que exigem seu desempenho diário, como identificado por mim neste pequeno exemplo:

*durante os 15 ou 20 minutos em que ficamos conversando, a enfermeira foi muito solicitada. Havia múltiplas requisições e de todas as ordens; ou era o telefone que precisava ser atendido, ou o rapaz da manutenção que chegava para saber onde estavam as tampas dos frascos de sabão líquido, ou as puérperas do quarto B que informavam que estavam sem água (Extratos do Diário de Campo).*

Com suas próprias palavras, a enfermeira também descreve o seu dia-a-dia:

*“eu me viro do avesso, mas parece que sempre tem problemas administrativos. Não consigo me envolver como queria com os pacientes. A administração da unidade me consome um tempão, e é um problema atrás do outro” (Extratos de Entrevista).*

Não foram poucos os momentos, dias, meses em que meu encontro com a enfermeira foi quase ocasional, visto que seu envolvimento na resposta a demandas administrativas (muitas delas emergenciais) tomava seu tempo de modo quase integral. Apenas a citação de alguns exemplos pode dar a idéia das responsabilidades envolvidas e das atividades a serem desempenhadas: elaboração e revisão continuada das escalas de serviço, tanto do pessoal do AC quanto do CAM; planejamento e provisão de material permanente e de consumo; escalas de férias e licenças das trabalhadoras; acompanhamento de gestantes para visitas ao Alojamento e à Maternidade; responder às demandas provenientes das requisições médicas durante ou após as visitas; checagem, controle e provisão das altas e internações; contatos administrativos com os diferentes setores hospitalares; atendimento a telefonemas de familiares; convocação e realização de reuniões internas, sempre que situações emergenciais se avizinham ou já estão em vigência; participação em congressos; acompanhamento de alunos novos em visitas à Maternidade; providência de listagens atualizadas de dosagens sanguíneas a serem coletadas dos recém-nascidos para exames; acompanhamento e checagem

contínua das Declarações de Nascidos Vivos; assessoramento a emissoras de televisão, rádio e mídia escrita que realizam filmagens no interior do AC; contatos diretos com obstetras e neonatologistas para inteirar-se ou solicitar assistência médica específica ou mais amíúde para a clientela do AC; participação intensa em comissões internas e externas à instituição, convocadas pela gerência de enfermagem ou pela direção da instituição, como por exemplo, para compor grupo para estudos do fluxo de pessoal (incremento à segurança institucional) ou para integrar comissão sobre aleitamento materno, e assim por diante.

Tais exigências dão o ritmo 'gerencial' à Unidade. A enfermeira se desdobra para dar conta delas, sendo que a administração dos cuidados e o envolvimento com a clientela vão ficando muito distantes. É notório que quanto maior a responsabilidade das atividades administrativas, tanto maior é o distanciamento no cuidado direto a mulheres e crianças. Além de prescindirem de uma assistência de enfermagem habilitada, de não contarem com a atividade educativa direta da enfermeira e de não serem envolvidos em metodologias assistenciais que requeiram atenção ética, profissional e de qualidade em saúde, mulheres, recém-nascidos e famílias interagem com maior aproximação e envolvimento com as trabalhadoras ocupacionais e de nível médio do AC, com quem podem contar durante as 24 horas.

## **5.2 ENTRELAÇANDO TRABALHO E DESCANSO: ACHANDO UM JEITO PARA "LEVANTAR AS PERNAS"**

*"Vamos levantar as pernas"?* Pergunta Marta à Têmis, por volta das 13 horas, já caminhando em direção ao "cafofo". "Levantar as pernas" tem o significado da ruptura simbólica nos afazeres assistenciais e da quebra no cansativo tempo linear da rotina de um plantão de 12 horas. Embora referindo-se a esse tempo como "dar uma arejada", "refrescar o côco" ou "estar no descanso", o termo "levantar as pernas" ainda é o utilizado com maior frequência para dar sentido aos períodos de relaxamento e que, seguramente, ao mesmo tempo, aliviam as tensões do trabalho.

"Levantar as pernas", como atividade simbólica, significa desde sentar rapidamente para assistir um pouco à televisão do Posto ou mesmo dormir por algumas horas no plantão noturno. Por conseguinte, "levantar as pernas" envolve ações de relaxamento diferenciadas bem como diversificados tempos de descanso.

As ações de relaxamento que envolvem um período breve de tempo compreendem recostar-se um pouco nas cadeiras do Posto de Enfermagem (usualmente sozinhas) para rápida cochilada, ler alguns panfletos distribuídos na Unidade (qualquer que seja o tema),

passar os olhos pelos diferentes ‘catálogos’ trazidos pelas colegas, ler trecho de um livro de auto-ajuda que tenha sido recomendado por outra colega ou assistir um pouco à televisão. Tais atividades são, via de regra, realizadas, ficando as trabalhadoras de costas para a porta de entrada do Posto e são mais freqüentes na primeira hora do período vespertino, quando elas têm direito a uma hora de descanso, no intervalo de um plantão de 12 horas.

Nos plantões diurnos as atividades de relaxamento mais demoradas não ultrapassam uma hora, sendo que algumas preferem utilizar este tempo realizando rodízio para “levantar as pernas” e aí sim utilizando-se do vestiário (“cafofo”) para um cochilo mais prolongado.

Na maioria das vezes os períodos de descanso são gozados de forma solitária, com exceção da “hora do café” que acontece no meio da manhã e da tarde e em que se observa momentos mais intensos de sociabilidade. Tal período é institucionalizado, assim como o horário do almoço, para aquelas que trabalham no turno diurno.

A “hora do café” é considerada pelas trabalhadoras como ‘hora sagrada’ e tomando por base o plantão trabalhado, este talvez seja o momento mais esperado do dia. Os limites temporais para a hora do café são dados pela própria instituição uma vez que as portas do refeitório se abrem e se fecham em horários pré-determinados.

*No meio da conversa, Aurora desculpa-se porque tem pressa para acompanhar as colegas ao refeitório. Percebo que as outras funcionárias do turno já estão com a sua caneca na mão. Aurora corre a pegar a sua no “cafofo”. Enquanto as três se reúnem esperando por Ângela, uma delas grita, no meio do corredor: “corre, senão [o refeitório] fecha!”. Aurora passa rapidamente por mim e fala: “Desculpe, desculpe, mas o lanche abre as três e meia. Se demorarmos muito a gente se atrasa. Volto depois. É que a hora é sagrada”. Sozinha, no meio do corredor, me dei conta que a caneca na mão funciona como uma espécie de código a anunciar a hora sagrada do lanche, pois ninguém havia convidado verbalmente Aurora para ir ao refeitório (extratos do Diário de Campo).*

Caso alguém se demore um pouco mais ou se envolva em atividades que provoquem atrasos, poderá contar somente com a solidariedade da colega para trazer uma “caneca de café”. Tal situação é complicada do ponto de vista da assistência, principalmente durante o período matutino, uma vez que os cuidados aos recém-nascidos quase sempre são interrompidos para a ida ao refeitório. Quase nunca há sistema de rodízios para tal atividade, ficando os quartos praticamente sem cobertura. Neste ínterim, um pequeno caos se instala em cada um dos setores do AC: telefones tocam sem parar, residentes chamam pelas trabalhadoras, acompanhantes procuram por informações sobre altas, puérperas ‘acabam’ o banho do bebê sozinhas, maqueiros querem fazer entrega de novas puérperas e crianças, a “moça da bolsa” tenta responder às questões relativas à enfermagem; enfim, instala-se um momento que, embora curto, é de bastante tensão na Unidade.

Nos finais de semana as atividades de descanso são praticamente similares, porém, chama a atenção que os programas de televisão ocupam a preferência das trabalhadoras.

Algumas vezes, determinados programas (principalmente de calouros e corridas de Fórmula 1) são assistidos coletivamente e o aparelho permanece ligado em tempo integral e como elas mesmas descrevem, *“na maior parte do tempo, falando para as paredes, que nem em casa”*.

Normalmente, o ritmo do Alojamento segue seu curso sem que novidades externas mudem a rota. Porém, nas situações em que o setor é procurado para filmagens televisivas (o que acontece com relativa frequência), observa-se um burburinho diferente entre as trabalhadoras. O estado de ânimo se diferencia e as brincadeiras tomam lugar de destaque:

*“olha, não esqueça de olhar a televisão no sábado, que vai passar a matéria. Eles me filmaram atendendo o recém-nascido. Viste? Finalmente começa a minha escalada para a fama” (Extratos do Diário de Campo. Trabalhadora do turno comentam com as que chegam sobre os sentimentos vivenciados pelo ato da filmagem).*

Mas é no plantão noturno que o tempo destinado ao descanso é mais disputado. O trabalho noturno, de certa forma, longe das fiscalizações e controle dos superiores hierárquicos, leva à sensação de maior permissividade e utilização menos regrada do tempo e do espaço. Ao invés de dizer que à noite a “casa fica menos organizada”, melhor seria interpretar que se organiza de modo diferente. De certa forma assemelha-se aos rituais de inversão propostos por Da Matta (1990), onde aquilo que, sob a luz do dia, soaria como algo ‘extra-ordinário’ e formal, na escuridão da noite é concebido como ordinário e informal.

Enquanto no plantão diurno há a ‘hora sagrada’ dos lanches e refeições em horários previamente agendados, de acordo com o funcionamento do refeitório geral, no plantão noturno o único horário marcado é o do jantar, que ocorre logo nas primeiras horas da noite. Depois disso, até o outro dia pela manhã, o horário é ‘livre’ para descansos, pausas mais breves ou mais longas e para atividades comensais que atravessam a noite.

Ao retornarem do jantar, as trabalhadoras trazem um grande bule de metal contendo mistura de café com leite e várias fatias de pão embrulhadas em papel-toalha pardo que é comumente utilizado para a secagem das mãos. O recipiente contendo café permanece no balcão do Posto, ao lado do micro-ondas, que é acionado para aquecer pequenas doses em copos descartáveis, no decorrer da noite.

O ‘ritual do descanso noturno’, no entanto, é bem mais elaborado. Haja vista a condição na qual quase sempre são quatro as trabalhadoras de plantão, a distribuição de tempo para “levantar as pernas” é cuidadosamente planejada e rigorosamente cumprida pelas que se ausentam temporariamente de Unidade. O ritual de descanso começa sempre depois da meia-noite, pois precisa haver tempo suficiente para o revezamento e também para a organização das atividades finais do plantão, que ocorre das seis às sete da manhã.

As trabalhadoras dormem organizando-se em turnos. A primeira dupla ausenta-se logo após a meia-noite, levando consigo algumas roupas de cama das puérperas que são providencialmente acomodadas embaixo das axilas, num pequeno rolo. Dirigem-se ao “cafofo” (em algumas oportunidades havia também um quarto que ficava em outro setor do hospital que também era usado com esta finalidade) e retornam mais tarde, conforme o horário combinado, para que possa haver o revezamento.

As que chegam de volta ao trabalho trazem as roupas de cama e as depositam no saco de Hamper, dentro do quarto, próximo ao Posto. O par que sai leva também o seu “kit” de roupas de cama sob o braço. Enquanto o revezamento está em curso, é passado um rápido plantão pelas que estiveram trabalhando. Nele são relatadas as ocorrências mais importantes do período. Isto é feito com as quatro caminhando em direção ao “cafofo”.

Enquanto a segunda dupla inicia o descanso, as que retornam, normalmente ainda estão um pouco fora de foco, precisando de alguns minutos para se ajustarem à rotina da Unidade. Tomam café no próprio Posto, em pé, e reiniciam as funções de imediato. Parece não haver conflitos internos quanto à escala para o descanso, uma vez que as ‘preferências’ são cuidadosamente ajustadas ao biorritmo de cada uma.

### **5.3 RITOS COMEMORATIVOS**

Os momentos considerados mais importantes de socialização comemorativa grupal são os da “reunião anual de marcação de férias” e a “festa do amigo secreto”. Ambos os ritos são preparados e vivenciados no coletivo e são os únicos momentos em que se abre a possibilidade de estarem presentes praticamente todas as trabalhadoras de enfermagem da Unidade de Alojamento Conjunto, seja dos turnos diurnos ou noturnos. É nestes ritos comemorativos que se busca fortalecer a identidade e a cultura do grupo de enfermagem, aumenta-se a cooperação grupal e os sentimentos de solidariedade intra-grupo.

A reunião anual de marcação de férias ocorre em setembro e realiza-se dentro da instituição, nas dependências do auditório da “casa”. Os preparativos para tal cerimônia, no entanto, iniciam ainda no mês anterior, quando entra em cena um grande caderno preto de capa dura que contém a escala de férias de cada trabalhadora nos últimos cinco anos. Este caderno, durante o mês de agosto, passa de mão em mão e as consultas e pareceres são feitos quase sempre em pequenos grupos. O trecho a seguir foi anotado por mim no dia sete de agosto, quando eu começava a me dar conta da importância do evento para aquela comunidade:

*na sala anexa ao Posto, onde são preparados os medicamentos, estão quatro trabalhadoras, sendo que uma delas segura um caderno de capa preta. Discutem algo sobre o conteúdo do caderno, enquanto a enfermeira presta alguma informação ao telefone. Logo que desliga, pergunto sobre o motivo de leitura tão atenta e a enfermeira responde que se trata do livro de marcação de escala de férias. As trabalhadoras vêm juntar-se à nós, dizendo que a reunião anual ocorrerá no plantão da Irma (a cada ano elas elegem para que a reunião aconteça durante o plantão de uma das trabalhadoras para que ninguém sintasse prejudicado), no dia cinco de setembro próximo, e que, pelo que estão percebendo, há duas trabalhadoras com quase 20 pontos. Portanto, são essas que terão o direito de gozar férias em janeiro.*

*Aguardei que terminassem a discussão e largassem o caderno para tentar entender do que é que se tratava. A enfermeira, pacientemente, explicou-me o processo utilizado para a marcação de férias. A auxiliar Cássia permaneceu ao seu lado, ajudando nas explicações.*

*O processo consiste no seguinte: a cada ano, no mês de setembro, é feita a reunião de marcação de férias de todas as trabalhadoras. Nesta reunião decide-se quem estará de férias em qual mês do ano. Como o mês de janeiro é o mais concorrido, dá-se prioridade a quem somou mais pontos durante os últimos cinco anos. Para saber quem tem mais pontos é que se utiliza o caderno. Há uma complexa relação entre cada mês do ano e os pontos equivalentes àquele mês. Os meses mais concorridos são os que recebem pontuações menores. Por exemplo, Cássia tem somente 13 pontos (março – 4 pontos; junho – 4 pontos; fevereiro – 1 ponto; dezembro – 2 pontos e novembro – 2 pontos), relacionados à soma dos pontos alcançados nos meses em que tirou férias nos últimos cinco anos. Então, neste ano, não tem prioridade para gozar férias em janeiro. Terá prioridade quem alcançar 20 pontos. A reunião é feita para que possam discutir as possíveis trocas, após ser revelado quem serão as duas trabalhadoras que têm primazia para as férias de janeiro. Ocorre que nem sempre as que têm direito querem efetivamente tirá-las neste mês e é então nesta reunião que elas negociam entre si.*

*Irma, concluindo, diz para mim: “todo mundo já tem programado pra vir no dia cinco as quatro horas da tarde. Quase ninguém perde a reunião anual de férias. Tu tens que vir, não podes perder. Já faz cinco anos que ela (apontando para a enfermeira) criou essa modalidade e a gente concorda porque acha justo e também porque a gente se vê, comemora e se diverte um montão”. A enfermeira adiciona: “é muito difícil elas participarem de qualquer evento que seja fora de seu horário de trabalho, mesmo que seja garantido que elas recebam aquele período de folga depois, mas essa quase ninguém perde mesmo. É a reunião mais importante” (Extratos do Diário de Campo).*

No dia cinco de setembro perto das 16 horas já se sente um clima de festa no ar. Todas as que vão chegando passam pela Unidade antes de se dirigirem ao auditório e cumprimentam-se efusivamente. Com exceção do convite feito a mim para participar da reunião, apenas as colegas já aposentadas são convidadas a participar. Isto porque aproveita-se a reunião ‘de trabalho’ para as comemorações dos últimos aniversários. Algumas mais animadas envolvem-se com os salgadinhos, doces e refrigerantes que serão servidos no final da reunião. Quando chega o horário marcado, todas dirigem-se para o auditório, sendo que a assistência da Unidade fica por conta da técnica voluntária.

A enfermeira, que coordena a reunião, escreve no quadro os meses de janeiro a dezembro e as trabalhadoras que a auxiliam procuram no caderno a maior pontuação obtida. Cada uma que vai sendo citada vai ao quadro e escreve seu nome no mês de preferência. Quando o processo termina é que os cochichos e as negociações se intensificam sobremaneira. Durante aproximadamente 15 minutos elas conversam entre si, tentando convencer umas as outras para trocarem de mês. Quem chegasse neste momento provavelmente nada entenderia pois há uma acalorada discussão. Acalmados os ânimos, a

reunião reinicia e sempre que há acomodação dos desejos, cada dupla que negocia vai até o quadro e intercambia os meses entre si.

O passo seguinte trata de tentar acomodar aquelas que não conseguiram negociar em duplas e inicia então um outro estágio da reunião. A enfermeira pergunta se alguém lembra dos critérios para a escolha e várias falam em coro: *“quem não teve suspensão ou advertência”*. Depois que duas delas fazem a troca, é então a vez das que sofreram advertências ou suspensões durante o ano, tentarem negociar. Finalmente, parece que todas têm oportunidade de ajustar suas preferências de férias à planilha. A discussão das férias é encerrada as 18 horas e uma das aposentadas acrescenta ainda: *“credo, tá muito melhor do que na minha época. Este sistema é bom porque, pelo menos, se não satisfaz este ano, no outro elas tem mais chances porque os pontos vão aumentando. Na minha época era briga atrás de briga, ninguém se entendia. Gostei disso daí”*.

Na seqüência, passa-se a discutir as licenças-prêmio, de modo bastante rápido. A enfermeira conclui, alertando que precisam prestar atenção à possibilidade de haver alguma licença-gestação. As gargalhadas se avolumam e uma delas grita: *“usem camisinha!”* Enquanto outra exclama: *“tá todo mundo ficando velha, não precisa se preocupar”*, e outra ainda sugere para Simone que é solteira: *“ô Simone, agora é a tua vez!”* E Simone responde: *“só se achar marido!”*. A partir daí já não há mais clima para assuntos sérios. Então as que estão saindo do plantão comemoram rapidamente e vão para a Unidade para que a voluntária possa participar da festa.

A festa de amigo secreto, diferente da reunião anual de marcação de férias, acontece na semana anterior ao natal e sua ocorrência se dá fora dos muros do hospital. Algumas vezes festeja-se na casa de uma delas ou então em algum restaurante popular da cidade, previamente reservado para tal finalidade.

No ano em que participei, a festa aconteceu numa churrascaria e além das trabalhadoras, estavam também presentes alguns maridos. Os convidados especiais para participar da comemoração foram, segundo elas, apenas as *“pessoas que a gente gosta”*, incluídas aí as colegas aposentadas, uma enfermeira que trabalha em outro setor do hospital e a *“moça da bolsa”*.

Nesta comemoração há refeições conjuntas, trocas de presentes e clima de festa, onde as que têm mais afinidade dançam umas com as outras, já que o número de homens é bastante reduzido.

Em tais rituais são freqüentes tanto discussões bastante sérias e conflitos que vêm à tona, até manifestações de afeto e de valorização recíproca dos papéis desempenhados por

elas. É comum também que sejam experimentados sentimentos de solidariedade, unidade e compromisso conjunto. A liberação proposital das formalidades diárias abre espaço para se despirem dos papéis profissionais, pois não há ações, comportamentos ou identificações que leve à distinção pública de quem seja a enfermeira, a técnica, a auxiliar ou a atendente. Todas são apenas ‘funcionárias da Maternidade da Luz’.

#### 5.4 RELAÇÕES ENTRE AS TRABALHADORAS

Como acontece em qualquer grupo de trabalho, as interações que ali tomam lugar são bastante complexas, uma vez que envolvem seres humanos que se influenciam reciprocamente, papéis e funções profissionais diversificados e, portanto, redes de poder que perpassam e são perpassadas por contínuos fluxos de desejos, saberes, prestígios e experiências pessoais e profissionais.

As relações que ocorrem entre as trabalhadoras de nível médio do mesmo turno e mesmo entre os turnos dos mesmos períodos (por exemplo, entre os diferentes turnos do dia ou entre os diferentes turnos da noite) parecem mais próximas de sentimentos de afeto, ajuda mútua e solidariedade, ou pelo menos de visível evitamento de situações de conflito. Esta situação, no entanto, já não é tão contida no tangente às relações entre as trabalhadoras dos turnos diurnos e dos noturnos. É freqüente ouvir-se queixas e desvalorizações mútuas.

Enquanto as trabalhadoras dos turnos diurnos verbalizam que as do noturno são “azedas”, “folgadas”, “díficeis”, “turonas”, “só querem o bem-bom”, “zumbis” e se auto-avaliam comparativamente como sendo “mais maleáveis”, “mais trabalhadoras”, “pegam no pesado” e “mais dispostas a ajudar”, as que trabalham à noite queixam-se que “o pessoal do noturno é bastante esquecido”, “sofre mais porque trabalha de noite” e são mais desvalorizadas porque ficam “muito sozinhas e isoladas do mundo”.

Quanto à interação entre as trabalhadoras do Alojamento e as que atuam mais diretamente no CAM, pode-se indicar que, com exceção de alguns conflitos mais ligados a questões técnicas e filosóficas de apoio e assistência ao aleitamento materno, mantêm relacionamento dinâmico e atento, sem entraves burocráticos ou desníveis hierárquicos. O fato de que todas essas trabalhadoras atuam prestando assistência às mesmas famílias interfere de modo positivo para que a comunicação entre elas se dê sem fortes assimetrias. É relativamente comum, por exemplo, que as do AC expressem sentimentos que valorizam as do CAM, a exemplo do depoimento da auxiliar Eva: “elas [as do CAM] são especiais, competentes e gostam do que fazem”. Entretanto, as do CAM não são tão veementes em expressarem sentimentos semelhantes.

Com os funcionários dos demais setores da Maternidade, o contato é menos freqüente e intenso. No entanto, com alguns deles a comunicação é extremamente conflituosa. Exemplo disso são as relações estabelecidas com um setor relativamente próximo à Unidade e que recebe para internação desde mulheres com histórias de infecções ginecológicas, histórias de aborto, portadoras de câncer de mama e de colo de útero, dentre outras e que, vez ou outra, também recebe puérperas que são usuárias do SUS e que por algum motivo precisam ser transferidas do AC para lá, em função de agravos no estado de saúde (portadoras de HIV com pneumonias ativas, portadoras de mastites graves ou outras infecções). Sempre que acontece tal situação, há inúmeros embates e contatos rípidos entre as trabalhadoras do AC e as do setor das especialidades. As do setor resistem em prestar assistência ao RN que acompanha a puérpera e as do AC consideram que o fato de ter havido a transferência, transfere também a ‘responsabilidade’ pelo cuidado da mãe e do filho.

*“Lá [no outro setor] eles não gostam de ter os recém-nascidos. Sei lá, elas têm medo ou acham que vão se sobrecarregar. Eles não cuidam mesmo. Mandam sempre pra cá. Quando tem [puérperas internadas lá], é a acompanhante que se vira com a criança e vem aqui só pra preparar a mamadeira. Aliás, eles podiam estar fazendo isto lá, né? Podiam estar orientando a família...mas não fazem. É tudo com a gente aqui” (técnica Ondina. Extratos do Diário de Campo).*

No que diz respeito às relações com a enfermeira observa-se que a comunicação oscila entre interações colaborativas e participantes e de contrariamento e enfrentamento, a depender do assunto em pauta ou da forma escolhida para a comunicação. Durante o encaminhamento das reuniões, por exemplo, embora não se possa ressaltar que as relações enfermeira-trabalhadoras sejam simétricas, até mesmo em virtude do nível hierárquico e titulação profissional, mas deixa transparecer um clima de diálogo e colaboração mútua em que as trabalhadoras discordam, sugerem ou propõem encaminhamentos para as questões levantadas.

Em reuniões com pauta previamente agendada, observa-se que as trabalhadoras já discutiram anteriormente sobre o assunto e participam ativamente da tomada de decisões. Porém, outras reações menos favoráveis são percebidas quando, por exemplo, a enfermeira utiliza o quadro de avisos do Posto para informar sobre alguma decisão que tenha sido tomada em nível de Direção ou não, mas na qual as trabalhadoras não tiveram oportunidade de participar diretamente.

O momento em que as trabalhadoras mais se aproximam da enfermeira, em atitudes solidárias e colaborativas, é quando ‘sentem’ que a mesma apresenta alguma dificuldade para resolver sozinha os problemas da Unidade. Nestas ocasiões, aproximam-se, perguntando ou oferecendo ajuda: “por que você não tenta isso, ou aquilo?” Ou então: “não te estressa que já passaste por coisa pior”. E ainda: “tens que exigir que seja diferente!”

Chama a atenção que algumas vezes as trabalhadoras resistam ao poder da enfermeira ou da “instituição total”, com alguns jogos ou artimanhas que se manifestam freqüentemente, como argumenta Borenstein (2000), como manifestações de contra-poder. Assim, por exemplo, quando recebem, em suas próprias residências, telefonemas da enfermeira para ver da possibilidade de cobrirem as faltas ou ausências de outras, nos plantões de finais de semana e fazem ‘corpo mole’ ou mesmo tecem um rosário de outras atividades já assumidas justamente para aquele dia, ou também quando ‘demoram’ para colher materiais para exames, chamar o laboratório, encaminhar com rapidez as altas ao Posto para deixar livre a vaga, dar fugidas rápidas para pagar contas “no comércio”, mostrar extrema lentidão para entrar no plantão ou antecipar a hora do banho quando do momento da saída e até mesmo tomando decisões sobre transferências de pacientes nos finais de semanas e feriados.

### 5.5 DIFICULDADES VIVENCIADAS

As trabalhadoras do AC expressam verbalmente que valorizam o ambiente de trabalho, a assistência que prestam e, acima de tudo, se reconhecem no trabalho que desenvolvem. Todavia, sentem-se profundamente incomodadas porque, segundo seus depoimentos e modos de ação, não percebem contrapartida por parte dos outros setores que *“acham que aqui o serviço é mole só porque a gente não vive doença o tempo inteiro”*; por parte da equipe diretiva que *“não valoriza porque não se interessa em pôr mais gente e em fazer reciclagem”* e nem mesmo por parte das políticas públicas, em qualquer nível, inclusive abarcando os legisladores que, segundo elas, só se preocupam em *“inventar leis e normas”* (como as referentes à obrigatoriedade do Alojamento Conjunto em Maternidades), sem que haja a mesma preocupação com a manutenção da qualidade de atendimento à saúde das puérperas e recém-nascidos, levando à dissociação entre a idealização e a realidade concreta experienciada no setor. O depoimento de Morgana auxilia nessa compreensão:

*“ah, o Alojamento é muito desvalorizado. As pessoas que gostam são só as que se internam, mas os outros não dão importância. Pensam que é como qualquer outro serviço, mas é claro que não é! Eu acho que o Alojamento tem que ser valorizado não só no papel [referindo-se à norma ministerial]. Tem que instrumentalizar o pessoal que trabalha aqui porque às vezes se percebe que é uma maravilha para quem o idealiza, mas as condições de quem trabalha aqui não condizem com a idealização. Entre idealizar e pôr em prática há uma distância muito, muito longa” (Extratos de Entrevista).*

Mas a expressão das dificuldades vivenciadas no trabalho guarda relação mais direta mesmo é com os aspectos internos do setor, ou seja, aqueles conectados aos problemas da vida íntima e do micro-contexto do AC. Neste sentido, os pronunciamentos mais contundentes sempre vêm acompanhados por expressões tais como: *“trabalho pesado”* e *“estressante”* ou, como desabafa Alda: *“a gente se desdobra em mil”*.

O trabalho é considerado estressante por inúmeros motivos, porém, os pronunciamentos das trabalhadoras a esse respeito permitem agrupar as justificativas em amplos domínios relacionados com: a) o ambiente físico; b) a quantidade de pessoal; c) as visitas médicas diárias; d) o trabalho noturno; e) o tipo de população que recebe; e f) as exigências assistenciais.

Com relação ao ambiente físico as queixas mais freqüentes direcionam-se à falta de espaço para o desenvolvimento do cuidado, uma vez que os leitos e berços, em todos os quartos, ficam muito próximos e dificultam tanto a mobilização dos profissionais quanto das famílias. São freqüentes as declarações espontâneas sobre isso, sempre que alguém tropeça em algum móvel ou esbarra sem querer em alguém. Algumas, inclusive, acenam vez por outra com uma ou outra possibilidade de solução para o problema, mas não sem demonstrar intenso conflito interno, como no seguinte pronunciamento: *“o espaço é pequeno, mas tirar um leito e um berço significa tirar [duas] vagas. Sei lá, é difícil resolver isto”*.

Ainda com relação à geografia do lugar, as trabalhadoras também destacam a distância do Posto em relação aos quartos como fator estressante, levando tanto a preocupações quanto ao fato de deixar as puérperas sozinhas ou mesmo concernente ao cansaço provocado pelos incontáveis quilômetros percorridos em um turno de trabalho diário.

O calor presente no ambiente do AC (principalmente no quarto D) e o choro constante e freqüente dos bebês são considerados respectivamente como estressores técnicos e sonoros do local de trabalho, levando a que algumas, inclusive, rejeitem frontalmente o desenvolvimento da assistência em locais considerados insalubres: *“ninguém gosta do [quarto] D”*; *“fazer o quê, né? Tem que enfrentar. Eles [os recém-nascidos] choram mesmo, é assim que se comunicam. Mas que estressa, estressa”*.

Podemos argumentar, de modo similar ao trabalho de Gualda (1998a) – com enfermeiras obstétricas na sala de parto, em relação aos gritos de dor proferidos pelas parturientes –, que as trabalhadoras do Alojamento também sentem-se afetadas pelos choros dos recém-nascidos, criando ansiedade e, por fim, estresse. A vivência, quase sempre é de um ‘caos’ mais ou menos ‘controlado’ no dia-a-dia do trabalho, mas ganha ares de preocupação quando as trabalhadoras, em determinados períodos, verbalizam que *“a bruxa anda solta na Unidade”*.

Para outras, o fato de entrarem e saírem de ambientes com diferentes graus de temperatura pode levar a problemas de saúde, como o desabafo feito pela auxiliar Débora em um dia de inverno:

*"ai que calor. Este casaco é muito quente, mas tenho medo de tirar. Já tive pneumonia no ano passado. Tenho medo. Esse sai do quente e entra no frio não é mole. Quando vieram dar a vacina no ano passado, fui a primeira a tomar. Mas, olha, a noite foi tenebrosa de tanto choro" (Extratos do Diário de Campo).*

*"é difícil porque a gente trabalha no calor o tempo inteiro. Tem que cuidar pros bebês não fiquem no frio. Eles são muito frágeis e sentem mais frio que a gente, né? É estressante" (Extratos do Diário de Campo).*

Ainda no que corresponde ao ambiente físico, as trabalhadoras argumentam que a falta constante de materiais e equipamentos são motivadores de estresse. É bastante freqüente, durante a lida diária, perceber que elas se incomodam, e apresentam atitude de desânimo e muitas vezes de impaciência, sempre que necessitam procurar estetoscópios, esfigmomanômetros, aparelhos de glicemia, pacotes de gaze, álcool, sabonete líquido, toalhas de papel, dentre outros, perambulando de quarto em quarto. Muitas vezes assinalam que atrasam as rotinas assistenciais porque necessitam encontrar o material.

Quanto aos estressores relacionados à quantidade de pessoal de enfermagem, as trabalhadoras tecem intermináveis críticas à deficiência de recursos humanos para atender às demandas e atribuem a este motivo a sobrecarga de trabalho e as sensações de cansaço que afligem toda a equipe.

No entanto, como argumentam Beneri, Santos e Lunardi (2001), a respeito do trabalho da enfermagem hospitalar, tais queixas são relativamente usuais, assim como é comum o enfrentamento emergencial dos problemas levantados, além de acomodação aparente frente à necessidade de organização do ambiente. Mas tal situação ainda não vem acompanhada de mobilizações efetivas que alcancem mudanças no cotidiano do trabalho.

Ao contrário do que se poderia esperar de imediato, as visitas médicas diárias são consideradas fatores estressantes para as trabalhadoras. Seja porque o pessoal médico 'interrompe' o trabalho da enfermagem 'sem cerimônias' para avaliar a puérpera e o RN, seja pelo fato que o 'pessoal da neonatologia', principalmente quando a criança vai ser avaliada pela primeira vez, solicitam que as funcionárias os acompanhem para o que elas compreendem como *"tirar a roupa do bebê para ser examinado"*.

*"A gente perde muito tempo quando tem que acompanhar a visita do médico. Normalmente fazem a visita sozinhos, mas quando o filho é novo, chamam a gente para tirar e botar a roupinha, e a gente tem que fazer, senão dá côco" [expressão usada pelas trabalhadoras como sinonímia de 'vai dar problemas'] (Extratos do Diário de Campo).*

Tal situação deixa claro o trabalho parcelado executado no Alojamento, à semelhança do macro-contexto assistencial em saúde abordado por muitos estudiosos, em que a organização da assistência e o papel profissional desempenhado não encontra consonância com o trabalho de mediação e de 'equipe', em direção às necessidades do cliente, e sim às necessidades dos próprios profissionais ou mesmo da instituição. No exemplo acima,

observamos claramente que cada profissional tem uma “tarefa” a cumprir e não um planejamento em saúde a ser desenvolvido e refletido em equipe. Em suma, um modelo biomédico que acaba por ratificar e consolidar a maneira parcelar e fragmentada de tratar e de cuidar dos ‘problemas de saúde’.

Para as trabalhadoras dos turnos da noite, além de alguns já colocados anteriormente, outros estressores específicos são revelados, como por exemplo o próprio fato de ser um ‘trabalho noturno’. Queixam-se freqüentemente que quando há alguns cursos, os mesmos são sempre realizados durante o dia, o que impossibilita suas participações; que o número de pessoas assistindo é muito pequeno e que as solicitações noturnas são inúmeras e muitas vezes concomitantes. Referem também que de dia não conseguem dormir direito, até porque existe a vida doméstica e o envolvimento com os filhos. Muitas já chegam cansadas ao trabalho.

A especificidade do tipo de clientela que o Alojamento recebe também é enfatizado por todas como um fator estressante. Nesta perspectiva está incluído o fato de muitas serem mães de ‘primeira viagem’, necessitando auxílio contínuo e direto; as inseguranças que todas as puérperas aparentam por entrarem em contato “real” com o filho pela primeira vez (“*qualquer coisinha elas se apavoram*”); a participação de muitos membros da rede social da mulher e que ‘interferem’ demais no andamento da Unidade; as ‘experiências muito diversificadas’ das famílias com relação ao cuidado durante o resguardo; e o fato de que as puérperas cesareadas “dão mais trabalho”.

Por último, mas não em grau menor de importância, elas consideram as exigências assistenciais como provocadoras de estresse. Nisto se inclui desde a necessidade do ‘cuidado braçal’ (aí incluído o transporte das puérperas e crianças nos leitos, berços e macas: “*como o rodízio [de clientes] é grande, o esforço também é intenso*”) e as ‘situações especiais’ de cuidado que incluem dificuldades em abordar a família da criança malformada, os episódios de violência familiar, a assistência a puérperas com complicações clínicas, as puérperas cujos filhos nascem sem vida e o próprio fato de ‘ter que’ cuidar de bebês ‘desconhecidos’ que acabaram de vir ao mundo.

## 5.6 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA UNIDADE

Compreendendo que a forma como o trabalho de enfermagem está organizado apresenta relação direta com o processo de cuidar de mulheres e recém-nascidos no pós-parto imediato, este item procura destacar as atividades desenvolvidas pelas trabalhadoras, as

relações de trabalho em suas características estruturais e hierárquicas, a distribuição e divisão de tarefas e ainda como se organiza e se concebe o trabalho no Alojamento.

### 5.6.1 HORA-PLANTÃO E “ESCALA MUTANTE”

A modalidade “hora-plantão” é usada quase que diariamente no AC da Maternidade da Luz e envolve todas as trabalhadoras de nível médio e elementar. Trata-se de um regime que é bastante utilizado em vários hospitais públicos e se presta, visivelmente, para garantir o mínimo funcionamento do serviço, pela insuficiência de funcionários.

O termo não passa despercebido, mesmo para um interlocutor menos avisado. Utilizado em sua forma completa (“hora-plantão”) quando estão falando com alguém de fora, como “hora-p” de modo informal, ou simplesmente como “p”, quando o assunto interno em pauta é a hora-plantão, as trabalhadoras vêm nessa alternativa importante forma de complementação salarial.

Embora algumas não exteriorizem tal importância de complementação, dizendo apenas que fazem para “ajudar as colegas”, a maioria realmente assume e a enfermeira concorda que tal prática ajuda a aumentar o orçamento:

*“se não fizer hora-p não se vive porque o salário é muito baixo” (técnica Zélia – Extratos do Diário de Campo).*

*Irma: eu tenho 13 anos de casa e faço 48 horas a mais. Faço 4 p. Este mês eu recebi 595 reais bruto.*

*Cíntia: com hora-p, né? Não esquece, porque o salário cru é bem mais baixo.*

*Irma: claro, com p, senão não dá. Imagina!*

*Ondina: o meu com hora-p deu 570. Fiz 3 p, mas é uma miséria... (conversa informal no dia do recebimento do salário – Extratos do Diário de Campo).*

A enfermeira é explícita ao declarar que se não houvesse tal modalidade a Unidade não sobreviveria mas, por outro lado, vive em intenso conflito e a sensação diária de tentar ultrapassar obstáculos quase intransponíveis em decorrência disto. Um exemplo é a dificuldade de se realizarem reuniões, já que, muitas vezes, as companheiras de trabalho são bastante variáveis, na dependência de quando fazem as horas-p. Outro exemplo é que a trabalhadora que está de hora-p sempre chega como uma pessoa ‘quase estranha’ na Unidade, já que aquele grupo não é o seu, o que por sua vez, gera conflitos e dificuldades com a própria cobertura do turno, como numa ocasião em que a enfermeira somente percebeu as 10 da manhã que o quarto D estava sem assistência porque a que estava “fazendo p” resolvera prestar os cuidados no quarto A, que era o “seu” de origem.

A questão da hora-plantão é constante angústia para a enfermeira, que precisa ter a escala preenchida, haja ou não funcionários dispostos a fazê-la. Isso se expressa em seu depoimento à respeito:

*“agora é a Iara que está com os dois filhos pequenos, com problemas de onde deixar, mas quem cuidava não cuida mais, então botei pra noite. Daí o pessoal diz: ‘ai, coitada da Iara, não sei o quê’. Só que pra eu colocá-la de noite, o pessoal teve que fazer hora-p de dia, daí foi uma revolta só. Diziam que tinha que resolver o problema dela...só que daí preencheu...tem meses que preenche. Não tem horas pra todas fazerem hora-p à noite. Em julho e agosto, quem faz hora-p de noite, teve que fazer de dia...um só...e esse um só já deu pano pra manga. Mas elas tem que fazer. Agora em setembro todas as pessoas de férias são da noite, daí elas não precisam vir fazer, mas quando for preciso elas vêm” (Extratos do Diário de Campo).*

Como no início da coleta de dados ninguém havia me colocado (e nem eu mesmo havia ainda me dado conta) que o processo de hora-plantão acontecia desta maneira, confesso que tive alguns contratemplos em relação às primeiras visitas para informar sobre a pesquisa, pois baseava-me somente na escala oficial de plantão, afixada no mural principal do Posto de Enfermagem. Com o passar do tempo acabei, quase por acaso, ‘descobrimo’ o que denominei como sendo a “escala-mutante”, que permanece em tempo integral na primeira gaveta do balcão ocupado pela escriturária.

A “escala-mutante” foi criada pela enfermeira como uma espécie de mapa provisório que contempla desde as trabalhadoras oficiais de cada um dos plantões, até as possíveis trocas a serem realizadas ou já efetuadas. O papel é escrito a lápis e é consultado no dia-a-dia por todas as funcionárias de todos os plantões que, na dependência de suas necessidades particulares e das necessidades do setor, podem sugerir modificações para a enfermeira.

Se por um lado este esquema auxilia imensamente na sobrevivência da Unidade e no rendimento mensal, por outro, leva ao desgaste pessoal muito grande das trabalhadoras, pois aliado às exigências próprias do tipo de assistência requerida, contribui para o cansaço e para o aparecimento de doenças ocupacionais. As trabalhadoras que possuem outros empregos concomitantes, em que a modalidade hora-plantão não é usada, reconhecem explicitamente a diferença de condições de trabalho entre uma instituição e outra. Vejamos alguns exemplos:

*“tu nem imaginas, tô fazendo plantão dobrado. Entrei ontem às sete da noite e vou até hoje às sete da noite. 24 horas. Estou morta de cansada. A Unidade está cheia. Não tem uma vaguinha sequer. A noite foi um sufoco” (auxiliar Débora – Extratos do Diário de Campo).*

*é domingo, dia das mães e a técnica Ondina me diz que está em hora-p por “pura obrigação. Se não precisasse, não faria. A gente se cansa muito” (Extratos do Diário de Campo).*

*“no mês passado eu ganhei 550 reais com cinco horas-p e no [outro hospital em que começou a trabalhar há dois meses] vou ganhar 700 reais sem dar um hora-p que seja (técnica Simone – Extratos do Diário de Campo).*

Neste sentido, Pires (1989, p.140) chama a atenção dizendo que como a remuneração é baixa, esse acréscimo nos rendimentos mensais “é substancial, podendo tornar atrativos os trabalhos que expõem mais a riscos, quando, na verdade, podem tirar um dos bens mais importantes para o ser humano, que é a sua saúde”.

### 5.6.2 PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão na Unidade repete-se duas vezes por dia, a cada 12 horas, ou seja, próximo das sete horas da manhã e novamente, próximo das sete da noite. Na grande maioria das vezes é uma rotina que acontece de modo extremamente rápido, quase assistemático, pouco organizado e sempre fica no ar um clima de ansiedade e de certa pressa, principalmente na perspectiva de quem está deixando o plantão, fato esse motivado pelos horários dos ônibus que as levarão para casa, ou ainda, para o próximo dia ou a próxima noite de trabalho em outro emprego.

Na maior parte das oportunidades em que participei das passagens de plantão, as mesmas aconteceram, ainda que de modo conturbado, nas dependências do Posto de enfermagem, porém, algumas vezes, fiquei aguardando em vão neste local, sem perceber que os plantões já tinham sido passados nos corredores, dentro do vestiário ou mesmo próximo ao estacionamento ou em frente ao relógio-ponto, caso as que estavam por entrar no plantão não tivessem chegado no horário (máximo até às sete horas da manhã ou da noite). Isto quer dizer que nem sempre há a passagem de plantão em grupo, como seria o esperado, e sim, individual. A que sai procura a que está entrando e que seria a responsável pelas puérperas e bebês do mesmo quarto e passa as informações que julga necessárias, mas ocasionalmente isto também não acontece, ou porque não se sabe quem será a responsável pelo quarto ou porque se sabe, mas a mesma ainda não chegou. Neste casos, ou a que está saindo deixa com a colega de turno as informações para que esta comunique à responsável, ou a que está saindo passa as informações para a colega que chegou para o plantão, mesmo que não seja essa a responsável pelo quarto.

Numa passagem de plantão ordinário diurno, no entanto, a ocorrência se dá mais ou menos assim: por volta das 6:45 da manhã, as trabalhadoras que saem já se encontram com as atividades praticamente encerradas. Algumas ainda estão de branco, outras já tomaram banho e inclusive estão de roupas comuns e sacola na mão, prontas para deixarem a instituição, umas comunicando as outras sobre o avançado da hora, para que a eventual desatenção não provoque a perda do ônibus.

Não é difícil reconhecer quem está de saída, pois o aspecto é cansado, os olhos estão vermelhos, os cabelos desalinhados e as roupas (se ainda estiverem de branco) estão bastante amassadas. Por volta das sete horas, o mais tardar as sete e cinco, inicia-se a passagem de plantão com quem estiver ali. De segunda à sexta a enfermeira participa da passagem de plantão diurno, embora sua presença não seja um pré-requisito para o início da atividade.

As que entram, se não estiverem atrasadas, têm tempo para trocarem-se no vestiário e acomodarem-se no Posto. As que chegam em cima da hora ou com atraso, permanecem com a roupa da rua e, quase sempre, ainda com a bolsa à tiracolo.

O relógio da parede é que comanda o tempo total da passagem de plantão, seja no período diurno ou noturno. Usualmente não costuma passar de dez minutos. É o tempo considerado 'necessário' para passar as informações que cada uma, individualmente, julga procedentes.

Durante os relatos, as puérperas são identificadas pelos números dos quartos e leitos e também pelo tipo de parto, com destaque para as cesareadas. Normalmente, as que estão deixando o turno, servem-se de uma folha em que registraram algumas anotações durante o plantão, mas na maioria das vezes a comunicação sobre o estado das puérperas e recém-nascidos é feita a partir das lembranças do que ocorreu no período.

Com relação ao conteúdo das informações também não há padrão de abordagem. Os relatos estão associados, preferencialmente à *disease*, ou seja, aos problemas físicos apresentados pelas puérperas, crianças e gestantes (temperatura elevada, fissuras nos mamilos, recém-nascidos com problemas cutâneos, congênitos ou que apresentam choro intenso, etc.) e também às ações de enfermagem que precisam ser continuadas ou providenciadas pelas trabalhadoras que estão assumindo o turno (medicamentos para os recém-nascidos, a puérpera que não consegue amamentar e precisa de apoio, os gemelares que dão muito trabalho, a puérpera que está com controle de temperatura, o acompanhamento às gestantes que têm pielonefrite e diabetes, dentre outros).

### 5.6.3 DISTRIBUIÇÃO/DIVISÃO DE TAREFAS

Considerando-se a natureza do trabalho e as necessidades assistenciais da população a ser cuidada, pode-se assegurar que é imensa a responsabilidade que essas trabalhadoras têm. Com ou sem a presença da enfermeira, elas 'assumem' a Unidade, organizam seu tempo, seu espaço, as atividades de descanso e de trabalho, de refeições, e também organizam o setor distribuindo as atividades e revezando-se nelas, conforme a experiência e o tempo de trabalho venham indicando o melhor caminho.

Quanto à organização geral dos cuidados, as trabalhadoras referem que se sentem ‘livres’ para planejar a assistência diária, limitada apenas às rotinas de ‘funcionamento’ da Unidade (referindo-se aos horários pré-determinados para os cuidados com higienização, controle de sinais vitais, horários para altas, dentre outros).

A enfermeira preocupa-se tão somente em manter um maior número de funcionárias de dia do que de noite, principalmente em função das ‘rotinas assistenciais’ mas, segundo suas próprias palavras, não há qualquer necessidade de se exercer controle mais acirrado sobre a organização da assistência. O mais importante é garantir que a ‘Unidade ande’ e que as preferências das trabalhadoras sejam garantidas, minimamente:

*“eu deixo livre a divisão do trabalho. Só tenho o cuidado para que as atendentes não fiquem encarregadas das gestantes de alto risco. As funcionárias escolhem [o quarto] onde querem ficar e daí todas executam os mesmos procedimentos. É melhor assim (...). Eu respeito isso (referindo-se ao modo como as trabalhadoras se organizam para a assistência), eu acho importante. Tem umas por exemplo que não gostam de parto normal, preferem as cesáreas... Eu acho que as cesáreas têm mais volume de trabalho; as de parto normal ficam bem logo...mas algumas não gostam de trabalhar com parto normal. Eu também entendo que não vem ao caso ficar perguntando: ‘ah, mas porque você não gosta?’ Deixo que elas decidam. Não acho que deva ser assim: ‘ah, tens que gostar’. Sei lá, eu acho que se tem harmonia no conjunto as coisas saem a contento (...) (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

O fato de que “todas executam todos os procedimentos” significa que todas as trabalhadoras de nível médio (independente da qualificação) realizam os mesmos cuidados e se responsabilizam tanto pelo planejamento da assistência quanto pelas intervenções e respectivas avaliações assistenciais. Assim, executam todo o tipo de tarefa, desde aquelas ‘mais simples’ e de menor exigência intelectual, como dobrar gazes, realizar desinfecção de móveis e utensílios, colocar e retirar ‘comadres’, etc., até procedimentos que exigem maior qualificação e competência profissional como prestar diretamente os cuidados, avaliando as necessidades individuais de cada cliente, sem esquecer que são clientes diferentes, seja do ponto de vista orgânico ou contextual, considerando-se o ciclo de vida vivenciado e as particularidades das ‘especialidades’ obstétricas e neonatais. Em suma, a divisão do trabalho é realizada mais em função da limitação espacial e numérica (tantos funcionários por quarto) do que em termos da qualificação para o trabalho.

Nos plantões diurnos quase sempre há duas trabalhadoras para os quartos A, B e C e uma para o quarto E onde permanecem as gestantes de alto risco. As que assumem o quarto C, no entanto, também, na maior parte das vezes, assumem o D.

A organização da assistência nos quartos também guarda mais ou menos o mesmo padrão, com exceção da organização do “E”, onde apenas uma funcionária assume toda a assistência das mulheres durante as 12 horas de duração do plantão. Embora fosse esse teoricamente o quarto que concentraria o maior ‘peso’ de trabalho em termos da

complexidade das necessidades assistenciais, o que se observa é uma inversão disto, pois a demanda maior fica visivelmente concentrada onde permanecem os binômios em pós-parto.

As duas responsáveis pelos quartos preferem organizar-se de modo que uma se ocupe mais da assistência à mulher e a outra, à criança. Isso é percebido tanto durante a execução dos cuidados quanto no discurso propriamente dito:

*“nós gostamos mais assim. Sei lá, a gente tem mais esse jeito, né? Uma conhece mais disso e a outra mais daquilo. Eu gosto mais de assistir à mãe porque, sei lá, a gente se combina mais e a Marcela já teve então que assumir o filho. A gente se dá bem” (técnica Ondina – Extratos de Entrevista).*

*“quando tem duas [na assistência do quarto]: ‘eu vou cuidar da mãe e tu és do neném’, entendes? Elas se organizam assim. Não fazem, por exemplo: ‘ó, eu cuido do binômio do [leito] 1 ao 5 e tu ficas com o binômio do 6 ao 9 que daí eu vejo os dois integralmente’, né? Não. ‘Eu fico com as mães e tu ficas com os filhos...’. As que ficam com o bebê é porque têm mais afinidade com ele...e com a mãe é a mesma coisa” (enfermeira – Extratos de Entrevista).*

Esta configuração se repete todos os dias e quase sempre com a mesma dupla, uma vez que elas não mudam de quarto. Atualmente, como as horas-plantão são freqüentes, algumas vezes, uma das componentes da dupla modifica. Quando isso acontece a enfermeira reitera a necessidade de que a que não é daquele plantão assuma provisoriamente o papel da faltante, mas isso não ocorre sem algum tipo de conflito, pois nem todas se submetem a diferentes *status* e posições no mesmo ambiente de trabalho.

A que presta assistência à puérpera envolve-se mais diretamente com a verificação contínua dos sinais vitais e avaliação do seu estado geral, com os encaminhamentos e acompanhamentos ao chuveiro para a higienização diária e deambulação, com as orientações e apoio ao processo de amamentação e respectivos encaminhamentos ao CAM, com as atividades educativas, com a administração de medicamentos, manutenção de fluidoterapia ou outros tratamentos clínicos mais específicos (aliás, algo absolutamente freqüente na Unidade, em vista da mudança rápida de clientela), com os procedimentos necessários aos processos diagnósticos, com coleta e remessa de materiais orgânicos para exames, com cuidados para evitar hemorragias uterinas e com os cuidados às puérperas que têm seus filhos internados na UTI neonatal, dentre outros.

As que cuidam dos recém-nascidos envolvem-se com os procedimentos gerais de higiene e conforto corporal, curativo umbilical, controle de ingesta e excreta, controle ponderal e avaliação física da criança; atividades essas que são executadas como rotina logo no início da manhã, na sala de neonatologia que existe em cada um dos quartos. Além disso, auxiliam as puérperas a higienizarem os bebês sempre que necessário e também a interpretar o choro dos mesmos. Igualmente, administram medicamentos prescritos pelo neonatologista, procedem a exames diagnósticos (o mais comum – o hemoglicoteste – que

consiste em puncionar a planta dos pés dos recém-nascidos pequenos, grandes e pré-termos a fim de controlar os níveis glicêmicos), coletam sangue venoso para exames ou tipagens sanguíneas, avaliam os sinais vitais e as condições orgânicas dos mesmos em tempo integral.

Embora cada uma se responsabilize por um dos clientes de forma mais intensa, elas mantêm comunicação amiúde uma com a outra para que as informações e/ou tarefas não sejam duplicadas. Também mantêm algumas atividades em conjunto, como por exemplo, realizar a limpeza dos utensílios e materiais permanentes, bem como fazer a recepção dos novos binômios que chegam ou o encaminhamento das altas.

As que cuidam mais diretamente das puérperas verbalizam que *“levantar a paciente”* é uma das tarefas mais delicadas que desenvolvem, referindo-se ao auxílio para que a mulher saia do leito pela primeira vez, principalmente após o parto cirúrgico, e o respectivo encaminhamento ao banheiro da Unidade, para os cuidados com a higiene corporal. As que trabalham durante o dia também dizem que *“fazer orientação para as puérperas é muito difícil”*, principalmente devido a algumas ‘resistências’ apresentadas por elas ou porque há muita *“variedade de casos”*. No que se refere a assistência aos neonatos, a preocupação essencial diz respeito à insegurança quanto ao desenvolvimento de cuidados integrais por desconhcerem a totalidade de suas necessidades.

Além das atividades rotineiras, ou seja, aquelas que são de execução diária e consideradas necessárias à manutenção e promoção da saúde da mulher e da criança, bem como a prevenção de problemas atuais ou potenciais no cenário clínico, as trabalhadoras ainda precisam dar conta de uma série de atividades periféricas à organização da assistência, mas igualmente importantes para a sua consecução, como atender a telefonemas, dar informações a técnicos, alunos, profissionais, familiares e outros funcionários da instituição, encaminhar exames laboratoriais e de Raio-X, acionar maqueiros, atender ao pessoal do laboratório, farmácia e manutenção, zelar pela organização e limpeza dos quartos sob suas responsabilidades, auxiliar na limpeza e manutenção das áreas comuns do AC, como o Posto de enfermagem e o vestiário, além de recepcionarem e instalarem as novas famílias que chegam.

No transcorrer do dia de trabalho, mesmo que a enfermeira seja apenas uma e que não se envolva com a assistência clínica direta, é possível perceber que as trabalhadoras podem contar com ela quando a tomada de decisões exige procedimentos mais especializados, o que não ocorre em períodos noturnos, finais de semana e feriados. Também observa-se que as trabalhadoras se ajudam (independente de estarem no mesmo quarto) quanto aos aspectos mais técnicos da assistência, havendo respeito considerável por *“quem conhece mais”* sobre

determinados procedimentos, como é o caso daquelas que dominam melhor as técnicas de punção venosa, aspiração ou sondagens gástricas em recém-nascidos e daquelas que possuem maior habilidade para instalar fluidoterapia nas puérperas, por exemplo. Nestes casos as que não se sentem tão preparadas ou seguras, não titubeiam em chamar as colegas para auxiliar nos procedimentos. Quase sempre há clima de cooperação e ajuda mútua na execução de tais técnicas.

Nos plantões noturnos a divisão e distribuição de tarefas é um pouco diferente. Além de ter somente uma trabalhadora responsável para cada um dos quartos, elas preferem realizar 'rodízio' de local a cada mês. Segundo a técnica Alda, do noturno, "*para não criar vícios desnecessários e para que todas tenham as mesmas oportunidades*". As atividades também são pouco diferenciadas e as que não estão no descanso não param um instante sequer. Atendem aos chamados insistentes das campainhas, ajudam as mulheres a trocar as fraldas dos bebês, a posicionarem para a amamentação, a acalmarem as mães que se desesperam com o choro incessante dos filhos, distribuem medicamentos sem parar (são 40 puérperas), controlam os sinais vitais, o gotejamento dos soros e, mais importante, assumem integralmente a assistência, realizando avaliações clínicas dos bebês, das puérperas e das gestantes de risco. Como não podem contar com a enfermeira, diretamente, no sentido da tomada de decisões e condutas a serem seguidas, 'precisam' ser qualificadas e experientes, seja para avaliar as condições clínicas, seja para assumirem sozinhas toda a assistência de enfermagem da Unidade.

Talvez pelo fato de poderem contar apenas umas com as outras, os sentimentos de solidariedade são bastante intensos e as decisões, quase sempre compartilhadas, seja para discutir as condições orgânicas ou para decidirem o momento exato de chamar o residente de plantão.

Com relação ao pessoal do CAM, por serem consideradas 'consultoras em lactação', não atuam em outras atividades que não tenham relação direta ou indireta com o processo de amamentação, pasteurização e armazenamento de leite humano. Embora o trabalho mais intenso seja desempenhado durante o dia, até às dez horas da noite é comum o intenso tráfego de puérperas e trabalhadoras no corredor que liga o setor ao AC.

As trabalhadoras, assim como as específicas do AC, distribuem as atividades entre si e administram o tempo e a assistência de acordo com a demanda. Num dia normal de trabalho, iniciam o plantão passando pelos quartos e atendendo aos chamados, seja das funcionárias, das próprias puérperas e suas famílias, ou mesmo da equipe médica e de enfermagem do setor de apartamentos. No período vespertino a atividade é mais concentrada nas dependências

internas do CAM, atendendo à demanda interna e externa. Mas nem sempre podem se organizar deste modo.

Ainda que tenham certas condições para planejar com alguma garantia as atividades do dia, nem sempre o projeto é cumprido à risca, porque a demanda externa é inesperada. Desta maneira, organizam-se conforme a experiência já demonstrou ser melhor, distribuindo-se entre as atividades com as puérperas internadas e com as de fora, que vêm ao CAM para buscar ajuda com a amamentação. Mas isso também não significa que quando estão no setor, estejam apenas com as externas pois, dependendo da avaliação que fizerem, as internadas podem ser atendidas tanto no leito como levadas ao setor para garantir alguma privacidade.

Numa manhã 'típica' de trabalho pode haver quatro trabalhadoras em atividade. Enquanto duas permanecem no trabalho de pasteurização (que é feito todas as terças e quintas), as outras duas envolvem-se com os cuidados relativos à amamentação com as mulheres e os recém-nascidos, como as notas de campo registram:

*na sala do meio há quatro puérperas, sendo que três delas estão com os bebês e uma sem, pois o mesmo encontra-se no berçário de alto risco, por ser pré-termo de baixo peso. Todas estão internadas e têm menos de 48 horas de puerpério. As três primeiras possuem mamilos semi-protrusos ou planos e recebem orientações para possibilitar a exteriorização. As trabalhadoras auxiliam na pega e sucção dos recém-nascidos, incentivando as mulheres a amamentá-los, apesar das limitações. À outra puérpera é ensinado a técnica de ordenha do leite. Ela faz expressão dos ductos, fazendo o leite jorrar no recipiente de vidro. Todas as puérperas vestem por cima da roupa um avental específico fornecido pelo setor e que possui duas grandes fendas anteriores que deixam as mamas à mostra, facilitando o manejo e a amamentação. As quatro trabalhadoras vestem aventais fechados e usam luvas e máscaras. Como apenas duas delas estão ajudando as quatro puérperas, as luvas são trocadas com frequência, sempre que as solicitações vêm de diferentes puérperas. Não há uma ordem pré-estabelecida. Qualquer uma trabalhadora que esteja mais próxima da puérpera que faz a solicitação a ajuda, de modo que ambas envolvem-se com as quatro puérperas ao mesmo tempo. O "clima" da sala é bastante favorável. Há um sentimento de cooperação e de identificação no ar. As trabalhadoras agem em harmonia e ao mesmo tempo que fornecem as orientações específicas, ajudam efetivamente no difícil ofício da amamentação.*

Enfim, a organização do trabalho segue seu curso no dia-a-dia do Alojamento Conjunto da Maternidade da Luz, enquanto plantões são trocados, rotinas são implementadas, integrantes de turnos de trabalho são modificados, tomam lugar novas passagens de plantão e interações variadas acontecem de uma equipe para outra, de um turno para o outro e entre um indivíduo e outro. Tudo isso para que as puérperas, recém-nascidos e suas famílias tenham, no Alojamento, o lugar adequado para vivenciarem o pós-parto imediato, ainda que seus tempos e movimentos sejam qualitativamente diferentes dos tempos e movimentos dos que ali trabalham. Para que as finalidades do Alojamento Conjunto sejam alcançadas, é necessário que o momento de cada um seja significativo para ambos, trabalhadoras e famílias.

## **CAPÍTULO 6 - AS FAMÍLIAS QUE NASCEM...**

---

As famílias, razões últimas oficialmente invocadas pela instituição, pela organização profissional e pelo modelo de cuidados, tentam viver o tempo da internação conforme vão percebendo, olhando, observando e interagindo com os profissionais e os espaços que lhes cabem e lhes permitem circular.

Estando ali porque *“é mais seguro, a gente não sabe se pode complicar [o parto] ou não”*, ou apenas e conformadamente presente porque *“não tem mais parteiras nas casas, né? Tem que vir para cá”*, as famílias que se expandem buscam a Maternidade da Luz para terem seus novos filhos. Com diferentes culturas, formações, organizações, dinâmicas de enfrentamento, experiências e saberes, as famílias passam no Alojamento um importante e significativo tempo de mudanças.

Neste capítulo são abordadas algumas características mais gerais das famílias que nascem e se expandem na Maternidade, com a intenção de fornecer a idéia do contexto que se situam e da rede de sociabilidade em que se apoiam nesse particular momento de suas vidas.

### **6.1 FAMÍLIA...FAMÍLIAS**

Não há como negar que, no hospital, a família consanguínea se expande, e talvez esse seja realmente o aspecto mais ‘visível’ do nascimento na instituição, até mesmo porque um bebê ‘sai de dentro’ de uma mulher; por conseguinte, os laços sanguíneos são explicitamente fortes e absolutos. Mas há que se considerar também e com igual importância, os laços familiares simbólicos que estão usualmente presentes no nascimento e que nem sempre são assim percebidos pelos profissionais de saúde. Como diz Velho (1999, p.68), “a problemática

do parentesco tende a ser reduzida e veiculada através da linguagem psicologizante que tem como foco a família nuclear tomada como foco universal e natural”.

A proximidade afetiva e emocional leva a que variados participantes se identifiquem como parte da família, influenciando e sendo influenciados pelo nascimento de um(alguns) novo(s) membro(s). Vale então referendar um conceito mais amplo que englobe a perspectiva de que a família é quem ela diz ser (ELSEN, 1994, WRIGHT; LEAHEY, 1994).

Considerando-se que no AC há 40 leitos para mulheres que estão para parir ou tendo já parido, precisa-se analisar que existe a necessidade de convivência de 40 famílias em um mesmo território. A dinâmica conferida por essa realidade tem facetas positivas, pois evoca a solidariedade, o apoio mútuo próprio da vivência de situações similares, dentre outras, mas, igualmente, insinua nuances menos animadoras, como a necessidade de seguir as regras institucionais e viver o momento da internação, muitas vezes, sem a sensação de ‘estar em casa’, como os dirigentes e funcionários da instituição gostariam.

O mosaico de famílias é imenso e as formas de composição, inúmeras, sendo necessário contextualizá-las no cenário mais amplo de representações. Normalmente as famílias nucleares (pai, mãe, filho) deixam de sê-lo, ao menos nesses primeiros dias, pois as relações de afeto e de apoio ao nascimento se expandem a outros elementos da família consangüínea ou social, como as mulheres mais velhas, a rede de parentesco, as vizinhas e outros membros da comunidade fora dos muros do hospital que, inclusive, darão suporte à mulher e à criança durante todo o resguardo.

É comum também a família de mãe solteira ou “sozinha”, cujo filho não foi planejado e, algumas vezes, nem mesmo desejado para aquele ou nenhum outro momento, como é o caso da puérpera Sandra, cujo relato espontâneo foi feito a mim numa tarde de sábado, em meio a uma entrevista para o aprofundamento de um dos temas do estudo:

*“sou sozinha, sabes? Já tenho outros dois [filhos], mas eram do mesmo pai que já morreu e eu nem convivi. Ele tinha outra. Esse agora [RN] foi d’um baile. Ah, sei lá, foi de costas, eu nem vi direito. Pra te dizer bem a verdade, não sei mesmo da cara dele...tava escuro e eu meio travada. Minha mãe brigou um monte mas tem vindo aqui. Vai acabar me ajudando enquanto to no resguardo...depois some. Eu também não vejo mal nenhum em ser mãe solteira. Já era mesmo...” (Extratos de Entrevista).*

Também é relativamente comum a presença de famílias mistas ou, utilizando-se a expressão utilizada por Williams (2002), “famílias reconstituídas”, cujos pais já foram casados, separaram-se e agora têm outros casamentos e estão tendo outros filhos desta nova relação:

*“a gente tem três, com este, quatro. Mas dois são meus com outra e um é dela com outro. Agora veio este, que é nosso. Mas vamos lá, que seja o último e que vingue” (companheiro da puérpera e pai do bebê – Extratos do Diário de Campo).*

Menos comum e visível aos olhos da equipe é a presença de famílias homossexuais:

*“tive [o bebê] com um grande amigo, mas ninguém sabe, só ele e a [companheira]. Minha família acha que a gente é muito amiga, mas não tem a menor idéia que queríamos o noooooo (com veemência) filho. Vamos levar até que dá, o mais importante é que ele seja amado, não achas? Ah, eu disse que engravidei dum antigo namorado. Eles [os pais] até ficaram meio aliviados porque pensavam que eu era homo...” (depoimento de puérpera enquanto eu a acompanhava para fumar um cigarro num canto externo do AC).*

Independente de suas composições e estruturas, as famílias experimentam importante transição na vida durante os dias que se seguem ao parto propriamente dito. Embora sejam mais freqüentes os sentimentos de alegria pela chegada de mais uma vida, observa-se também que a ansiedade e o estresse são inerentes a essa transição e o desafio adicional ocorre quando há outros filhos em casa, quando há conflitos de relacionamentos ou quando existe conflito de papéis que impedem o fortalecimento imediato dos potenciais existentes para serem mães, pais, irmãos, avós, tios, compadres ou quaisquer outras funções sociais e simbólicas associadas ao evento do nascimento. Como refere Stetson (2002), eles se recuperam dos acontecimentos em torno do parto, ajustando-se às demandas do recém-nascido, da puérpera e das novas demandas familiares trocando prioridades e realinhando alguns papéis enquanto assumem outros.

Quando dão entrada na Maternidade, as parturientes nunca estão sozinhas. Chegando de ambulâncias municipais vindas de outras cidades, de viaturas policiais ou de outros meios mais ‘tradicionais’ como o carro particular da família ou de algum vizinho, de táxi ou de ônibus, elas estão sempre acompanhadas por alguém. Muitas vezes nem é a companhia de preferência para aquele momento, mas a que estava por perto, dadas as circunstâncias emergenciais da situação. Noutras vezes, porém, observa-se que a parturiente chega na Maternidade com a companhia de sua escolha e com quem deseja permanecer durante o período de internação. Nisto se inclui com bastante ênfase sua mãe ou seu companheiro.

Dadas as circunstâncias normativas vigentes, na imensa maioria das vezes, o acompanhante fica do lado de fora da sala de parto, ou aguardando nos corredores, ou na sala específica anexa ao Centro Obstétrico, onde poderá (com uma boa dose de sorte, se chegar no momento ‘certo’) ‘apreciar’, através do vidro, os cuidados realizados com o recém-nascido.

Somente depois que ambos deixam o Centro Obstétrico dando entrada no AC é que a família poderá interagir novamente com a puérpera e conhecer mais de perto o novo membro, convivendo em variados graus de aproximação com o binômio, até a saída para casa.

Já no Alojamento, logo que a puérpera se sente mais revigorada do trabalho do parto, uma das primeiras providências é narrar à família os acontecimentos e experiências vividas na sala de parto:

*Marido: como foi [o parto]?*

*Puérpera: foi muito rápido. Eu fiquei bem quietinha, daí eles não me examinaram, não meteram os dedos, nada. Quando eu vi que tava começando a primeira vontade de fazer força eu disse: ' tá nascendo'. Só tiveram tempo de me colocar da mesa de parto. Não fiquei lá nem dois minutos e nasceu.*

*Marido: fizeste pontos?*

*Puérpera: nenhuzinho (casal no nascimento do terceiro filho – Extratos do Diário de Campo).*

*"ai mãe, quanto medo que eu passei. Não pensei que fosse tão difícil. Queria muito que tu estivesse lá. Minha pressão foi lá em cima e eu pensei que o nenê nem nascesse vivo. Eles começaram a furar e não acharam veia nenhuma. Olha só (mostra os braços cheios de hematomas). Eu tava muito nervosa. Não achavam veia nenhuma. Olha, não é fácil ser de primeira viagem. Assusta demais. Ainda bem que o nenê tá bem, né? Olha como dorme (Extratos do Diário de Campo).*

Em relação às narrativas sobre o parto, as que são múltiplas parecem enfrentar a situação com menos angústia, embora não sem apresentar preocupações sobre os percalços que poderão vir a enfrentar justamente por estarem no ambiente hospitalar, como é o caso da puérpera do primeiro exemplo, onde se percebe que suas palavras sobre o processo do parto revelam que tem plena consciência das manipulações (que considera indevidas) a que poderia estar submetida, preferindo então permanecer calada, apenas avisando quando 'sentiu' que o bebê estava para nascer. Um conhecimento próprio da experiência. As primíparas exteriorizam mais intensamente suas angústias frente à primeira experiência da parturição e é freqüente a exigência que fazem quanto à necessidade de ter alguém consigo durante o parto. Como diz a puérpera do segundo relato: "*olha, não é fácil ser de primeira viagem*".

Com o passar das horas de internação as famílias, aos poucos, vão se dando conta daquilo que 'podem' ou 'não podem' fazer, de quem pode acompanhar, além dos espaços que lhes são facultados ocupar. Entalados entre as camas e os berços ou esgueirando-se como podem para (quem sabe) nem serem mesmo percebidos como presenças – porque muitas vezes eles acham mesmo que 'atrapalham' –, vão participando como podem; às vezes exigindo mesmo um lugar ao sol e noutros, reduzindo-se a meros coadjuvantes do processo.

Dependendo da situação que estejam vivendo, às vezes, mesmo, torna-se quase insuportável coabitarem no mesmo espaço, pois ainda que estejam vivenciando o mesmo período vital, algumas particularidades individuais (a exemplo dos bebês em estado grave que se encontram na UTI) de sofrimento se coletivizam e transformam o clima do Alojamento num clima quase insustentável. O desconforto, a dor e o desespero contagiam-se na proximidade das camas (CARAPINHEIRO, 1998) e o apertado espaço individual deixa de poder ser o reduto de viver seu próprio nascimento em privado, para passar a ser um espaço invadido pela proximidade dos nascimentos dos outros.

A seu 'dispor', cada membro da família que vai acompanhar a puérpera e o bebê conta mesmo apenas com uma cadeira de plástico branca e com um telefone de uso público que fica na entrada dos quartos e cujo acesso é conseguido por meio da telefonista. Cada família pode

contar apenas com um acompanhante durante o período das 8 às 20 horas, com exceção do horário de visitas vespertino em que as puérperas podem receber até duas pessoas, além do acompanhante. Para poder passar a noite no Alojamento, precisa ser um ‘caso especial’ a ser analisado e autorizado pela chefia do serviço ou pela enfermeira de plantão.

## 6.2 A(O) ACOMPANHANTE NOTURNA(O)

Para quem vem de fora, não é nada fácil entender os critérios que subsidiam a autorização de um acompanhante para passar a noite com a puérpera e a criança. Aliás, mesmo entre os “da casa” há indecisões sobre o que é e quem seja considerado um ‘caso especial’, já que somente os que se encaixam nesta categoria podem ter direito ao ‘benefício’.

Vejamos a explicação da trabalhadora Alda:

*“[acompanhante noturno] só em situações especiais. Quando a mãe é deficiente, quando é de menor ou até quando está fragilizada emocionalmente. Aí a gente deixa. Até há pouco tempo, só as deficientes tinham acompanhante, mas no ano passado incluímos o acompanhamento às adolescentes. Afinal, é uma coisa legal, né?” (Extratos do Diário de Campo).*

De acordo com o depoimento, tem direito ao acompanhante noturno as puérperas portadoras de deficiência, as adolescentes e as que se encontram com fragilidade emocional. No entanto, tais critérios não são tão claros que não deixem alguma margem de interpretação subjetiva, a depender de quem vai fazer a análise para autorizar ou não a permanência do acompanhante. Assim, não é incomum que uma funcionária, num plantão, entenda que determinada puérpera com uma anomalia congênita nos membros inferiores tenha direito ao acompanhante noturno, enquanto outra, em outro plantão, entenda que não deve ter direito, por interpretar que ‘o defeito é leve’ e não requer acompanhamento de familiar.

De qualquer modo, embora seja obrigatório que para permanecer à noite o acompanhante necessite da autorização por escrito da enfermeira de plantão, o que se observa na prática é que são as trabalhadoras que têm o poder para a primeira decisão. São elas que conversam com a puérpera e o acompanhante eleito, para decidir se este fica ou não. Depois de decidido, aí então a enfermeira do plantão é comunicada para passar na Unidade e assinar a autorização.

Cada acompanhante recebe um documento impresso, onde estão registradas algumas normas a serem cumpridas, mas parece insuficiente entregar apenas as normas por escrito. Sempre que a noite se aproxima e a autorização formal é entregue, o acompanhante também ouve das trabalhadoras um rosário de ‘bons comportamentos’ que tanto reforçam as normas que ele já recebeu por escrito, quanto acrescentam-se mais algumas que são consideradas ‘inerentes’ ao papel a ser desempenhado no transcorrer da noite. Tais conselhos incluem:

permanecer na cadeira, não dormir no chão e muito menos “fazer a cama no chão”, não falar alto, não olhar para as companheiras de quarto da puérpera, não sentar e muito menos deitar na cama da puérpera (e nem na de qualquer outra, mesmo que esteja vazia), não usar o banheiro do quarto, não cobrir-se com o mesmo cobertor da puérpera e não andar fazendo barulho.

Tais regras, reiteradamente comunicadas, formam um conjunto relativamente explícito e formal de prescrições e proibições que expõem as exigências quanto à conduta do acompanhante noturno que, segundo Goffman (1999), podem ser vistos como a forma de a instituição prepará-lo para começar a viver de acordo com as regras da casa.

Como as famílias reagem a tais prescrições? Certamente são mais frequentes as reações de conformidade, de concordância e mesmo de um certo ‘comprometimento’ com o padrão de comportamento esperado. Assim, por exemplo, diversas vezes observei reações verbais do tipo: *“ah, eu não quero incomodar”*, *“não se preocupem que eu não vou fazer nenhuma besteira”*, *“eu sei me comportar”*, *“eu fecho os olhos pra não ver outras mulheres”* e também algumas atitudes que demonstram claramente a submissão ao papel que foi desenhado como ‘bom acompanhante’: andar na ponta dos pés, ir até o carro trocar os tênis por chinelos, permanecer a noite toda na cadeira com a mais diversa gama de posições desconfortáveis, bem como o cuidado de desviar os olhos ou mesmo fechá-los sempre que a colega de quarto da mulher vai amamentar o filho, dirigir-se ao banheiro ou levantar do leito.

Por outro lado, há também os que resistem às regras estabelecidas, utilizando-se de diversos ‘expedientes’, mais ou menos velados, numa clara intenção de estar à margem da organização tão duramente regulamentada. Alguns exemplos: afirmar veementemente que só tem aquele acompanhante para ficar com a mulher (nem sempre é aquele o de ‘preferência’ das trabalhadoras), encostar a cadeira no leito, de modo que a cabeça possa ter um suporte mais seguro, andar descalço pelos corredores, explorar o quarto para aconselhar outras puérperas a também solicitarem acompanhante (é comum que muitas adolescentes nem saibam que possuem tal direito. Nada perguntam, mas também não recebem informações espontâneas dos profissionais de saúde), bem como usar os mais variados subterfúgios para compartilhar os alimentos da bandeja da puérpera.

Algumas vezes é possível observar que a equipe não faz muita questão que haja o acompanhante noturno e, inclusive, não estimula esta prática que para as famílias é tão importante. Certamente que tal constatação não se generaliza, uma vez que há inclusive as que vão em busca dos direitos dos usuários e fazem valer as conquistas sociais já oficializadas, mas também se percebe que muitas apoiam e algumas vezes incentivam a

participação dos acompanhantes, mas com a intenção de que o acompanhante seja um auxiliar nas tarefas ligadas ao alívio do choro da criança, à higiene noturna do bebê e da puérpera e nos cuidados com a amamentação, sobretudo se a mulher ou a criança tiver dificuldades no processo.

O momento registrado a seguir, ilustra o processo de escolha, autorização, deveres e direitos do acompanhante noturno:

*neste momento entra no Posto um rapaz que traja bermuda, camiseta e tênis. Tem na mão uma sacolinha de plástico. Vem acompanhado pelo porteiro, que o apresenta à trabalhadora:*

*Porteiro: este é o marido daquela paciente surda-muda. Ela está no C. Ele precisa da autorização da enfermeira pra ficar à noite, Diz que vai ser melhor porque ele a entende, sabe ler os lábios, essas coisas...*

*Auxiliar: será que não tem uma mulher pra ficar com ela?*

*Marido: a mãe dela é doente. Não tem mais ninguém.*

*Auxiliar: é complicado porque aqui só tem mulheres...*

*Marido: mas eu não vou incomodar, fecho os olhos...*

*Auxiliar: bom, você tem direito. Bem, todos têm direito de ficar, mas não dá. O espaço físico não permite. Mas já que é uma paciente especial, a gente permite em casos especiais.*

*Marido: na sala de parto também não pode, mas eles me chamaram porque precisavam de mim para orientar ela.*

*Auxiliar: fizeram bem. Tu vais ficar mas vai ajudar ela, tá? Inclusive com o bebê...sabes trocar? Não?*

*Mas aprende. Vais ter que aprender de qualquer jeito, né? Então deixa eu te informar sobre a rotina.*

*Tu sabes que vais dispor de uma cadeira que não é muito confortável, mas dá pro gasto. Também não podes fazer cama no chão, barulho, falar alto, ficar andando...viu? São normas da casa.*

*Marido: mas será que cochilar um pouco na cadeira, pode?*

*Auxiliar: (rindo) pode sim, senão amanhã tu estás um "zumbi". Vou falar com a enfermeira para ela te dar a permissão por escrito (Extratos do Diário de Campo).*

Na maioria dos casos as puérperas preferem ter ao seu lado a mulher mais experiente da família e com quem tem relações de afeto, mas quando decidem pelo homem (sempre o pai do bebê), percebe-se resistência por parte das trabalhadoras, cuja preferência não é coincidente. Como o exemplo focalizado anteriormente demonstra, as trabalhadoras são explícitas em argumentar e insistir que seja uma mulher a acompanhar. Somente se não há mulheres para desempenhar o papel é que se abre 'exceção' ao marido.

Na percepção das trabalhadoras o acompanhante homem sempre tem a possibilidade de interferir ou constranger as outras puérperas, além de "dormirem demais" e não terem a 'capacidade feminina' de permanecerem atentos às necessidades da puérpera e do recém-nascido. Em suma, os homens mais atrapalham do que ajudam, independente dos desejos da família. Os depoimentos da auxiliar Morgana dão idéia das representações que sustentam a escolha pelas mulheres acompanhantes:

*Morgana:...uma pena que nem sempre se consiga uma mulher para acompanhar. As outras puérperas sentem-se constrangidas. Imagina, toda hora tão botando o seio pra fora pra amamentar. É difícil, né? Elas também sangram, têm que ir pro banheiro trocar o forro. É chato. Homem não é mulher.*

*Pesquisadora: mas o homem também não percebe estas situações em relação à companhia ou esposa?*

*Morgana: (enfática) mas é diferente! É marido dela. Tá acostumado. Tem uns que ficam vidrado, olhando os peitos das outras mulheres. Não dá. Por isso a gente prefere que venha a acompanhante mulher.*

*Pesquisadora: as mulheres acompanhantes são diferentes em que sentido?*

*Morgana: elas são mulheres! (fala olhando-me com reticências...como quem diz: 'será que você não me entende?'). Além disso, ajudam melhor. Põe [a criança] no seio, ajudam a trocar e quase não dormem. Ajudam a gente, né? Os homens roncam a noite toda naquela cadeira. Não tão nem aí pra marcha do samba... (Extratos de Entrevista).*

As famílias, quando optam pela presença feminina, normalmente argumentam que as mulheres têm mesmo mais experiência na assistência ao nascimento e nem discutem a possibilidade de ser um homem o acompanhante, ainda que seja o pai do bebê. Assim como as trabalhadoras, elas também, 'estranham' o fato de um homem ser chamado para acompanhar uma situação que consideram 'naturalmente' feminina. No entanto, quando optam conscientemente pela presença masculina durante a noite, precisam argumentar com bastante ênfase que 'não há nenhuma mulher' na família que esteja disponível. Quando fazem esta opção, sequer vem à tona quaisquer representações similares àquelas das trabalhadoras. Para essas famílias é este o momento de iniciar a divisão igualitária nos cuidados com os filhos.

A presença de um acompanhante durante o dia também é motivo de preocupações, preferências e limitações normativas, porém bem mais leves, comparativamente, do que a presença do acompanhante noturno, mesmo porque todas as puérperas têm direito a permanecer na companhia de alguém de sua preferência (notadamente a figura feminina). Conforme já assinalado, além dos acompanhantes, as puérperas e recém-nascidos têm autorização para receber visitas nos horários estipulados pela instituição. À tarde, é suficiente passar algumas horas na Unidade para constatar que os quartos ficam abarrotados de pessoas, principalmente nos finais de semana. São mobilizadas pessoas da rede de parentesco, da vizinhança, e colegas de trabalho que vêm conhecer o bebê e cumprimentar os pais. Na maioria trata-se de mulheres que além de fazerem as visitas propriamente ditas, colocam-se à disposição para realizarem rodízio de acompanhamento com as avós, caso estas necessitem. Também não é raro encontrarem-se pais (companheiros da puérperas) que vêm à Maternidade apenas como visitas, por considerarem que as avós é que devem permanecer ao lado da mulher e do filho durante o período de internação.

Nas ocasiões em que os visitantes 'estendem-se' além do horário permitido, as trabalhadoras, em constante vigilância, dão um 'jeitinho' de mostrar que o horário já passou mas, de qualquer modo, mesmo que elas em algumas situações, 'relaxem' a guarda, a presença ativa dos porteiros é percebida em cada um dos quartos, avisando: "*o horário de visitas já acabou*".

### 6.3 “POR DENTRO” DA FAMÍLIA

Ainda que a hospitalização da mulher e da criança seja esperada e inevitável em virtude do parto, isto não significa que a família não tenha sua rotina e organização alteradas, seja pela chegada de mais uma pessoa – e uma pessoa especialíssima, independente do grau de planejamento e ambivalência de sua espera – seja pelo transtorno causado pelo fato da mulher ter que ficar fora de casa durante alguns dias.

As puérperas que têm seus filhos no AC da Maternidade da Luz, provêm de variados estratos sócio-econômicos, de múltiplas organizações e composições familiares, conforme já se assinalou, e de diferentes contextos geográficos e *backgrounds* culturais. Todavia, a maioria dessas mulheres pertencem a classes populares e é flagrante o aumento do número de adolescentes que buscam a Maternidade para darem à luz.

As adolescentes normalmente são solteiras, mesmo que seus companheiros venham à instituição para participarem do nascimento dos filhos de modos variados. Isto faz com que a família de origem da mulher se mobilize e reorganize para dar conta das inúmeras demandas que a maternidade adolescente requer e isto significa, na maioria da vezes, que é a mãe da moça quem vai estar ali nas 24 horas do dia. As mães das adolescentes são as grandes aliadas e são elas que se desdobram em cuidados, tentando permanecer com as filhas e netos(as) o maior tempo possível. Elas também são jovens e estão em trânsito para o exercício do papel de avós. As adolescentes reconhecem a experiência das mães, não apenas pelo exercício anterior da maternidade, mas também, muitas vezes, pela experiência absolutamente similar às suas, enquanto experiência de vida:

*“ah, o [pai do bebê, também adolescente] sumiu quando soube que eu estava grávida. Ninguém mais viu. Ele não quer saber de nada. Namorava fazia seis meses. A mãe não queria, mas eu gostava dele, sabe como é...mas não gosto mais. Depois desta...que arrependimento! Ainda bem que eu tenho o apoio da minha mãe. Vou assumir sozinha que nem minha mãe fez comigo. Eu também não conheço o meu pai e a minha mãe também não conhecia direito. Mas minha mãe é corajosa e me teve assim mesmo”* (puérpera de 16 anos. Extratos do Diário de Campo).

Dentre o conjunto das puérperas, são elas as mais inseguras, não somente no que diz respeito ao cuidado de si, mas também ao do RN. A insegurança também se refere à vida social. Além de estarem em trânsito fisiológico e emocional, estão agora também em trânsito para assumir o papel materno.

O apoio da família também é fundamental quando o bebê nasce com problemas e necessita de internação. A família sofre imensamente quando precisa enfrentar tal situação e procura revezar-se nos cuidados à puérpera. Quando a participação do homem é esperada e bem-vinda, o pai do bebê comparece à Maternidade e suas ações voltam-se integralmente ao

consolo da mulher, às visitas ao filho na UTI e ao rodízio com a avó da criança, porém a avó materna sempre ocupa o lugar central no cenário do apoio ao cuidado, uma função inclusive bastante esperada e valorizada pelos próprios pais dos bebês.

Para dar conta da permanência da mulher e da criança na instituição, muitas vezes, a família recebe apoio da rede social mais ampla, sendo bastante comum o auxílio dos vizinhos cujos laços de amizade são evocados para ajuda efetiva nos dias que se seguem ao parto. Em muitas conversas e observações constatei que as famílias das classes populares contam com o apoio dos vizinhos mais próximos. Os vizinhos homens normalmente são acionados para levar a gestante para a maternidade ou para buscar mãe e filho quando se encontram de alta, caso a família não possua veículo ou não tenha condições financeiras para pagar um táxi; enquanto as vizinhas mulheres que são donas de casa disponibilizam-se para ‘ficar’ com as crianças mais velhas do casal, seja porque o marido da puérpera vai acompanhá-la na Maternidade ou porque o mesmo trabalha (a maioria identifica-se como “autônomo”) em tempo integral.

Ao contrário do que acontece nos quartos privativos, os irmãos quase não visitam o novo irmão que chega. Quando isso acontece, é por pouco tempo, ficando alguém da família especificamente responsável para levar a criança de volta para casa logo após os poucos minutos de permanência na instituição. As exceções dizem respeito aos irmãos maiores, normalmente adolescentes, que chegam para as visitas com a intenção de conhecer o “irmão temporão” e ali permanecerem por um lapso de tempo maior, a ‘disputar’ o bebê com as avós e tias.

Há circunstâncias também em que as puérperas e os bebês permanecem solitários durante o período de internação, seja porque sua rede de parentesco é pequena ou porque a mulher chegou há pouco do interior do Estado e ainda não ampliou o círculo social. Alguns depoimentos são reveladores da diversidade de dificuldades do cotidiano das famílias:

*“meu marido tá preso. Já tá preso faz seis meses. Não vai sair de lá. Foi homicídio entende? Quando sair daqui vou pra casa da minha sogra que mora no oeste. Ela tá com os meus outros filhos” (Extratos do Diário de Campo).*

*“tô na casa duma conhecida, não me importo de estar aqui sozinha. Eu já saí da minha cidade pra não me incomodar com ninguém. Vou começar vida nova com minha filha” (Extratos do Diário de Campo).*

*“eu quase não conheço ninguém por aqui. Fiz amizade com essa minha vizinha aqui (apontando para a recente colega de quarto) e ela me convidou pra ir na casa dela” (Extratos do Diário de Campo).*

Comentei anteriormente que para muitas famílias de classes populares a participação do “homem” no cenário do nascimento não parece ser uma concepção dominante. Nem o homem se esforça para permanecer por ali – dizendo que vai “checar” se as outras crianças

estão bem, que vai buscar a sacola do bebê em casa, que não pode faltar ao trabalho ou mesmo como disse Mário, o adolescente que acabara de saber pela sogra do nascimento de “um machinho”: “beleza, um primeiro filho homem não é nada mau...então agora já posso respirar aliviado. Tem mulher demais aí pra cuidar dele. Amanhã eu volto” – e muitas vezes nem mesmo as mulheres compartilham da representação masculina, nesse momento:

*Auxiliar: (...) e o pai do bebê, já veio?*

*Avó: só quando nasceu. Veio aqui, cheirou, conferiu “os documentos” [referindo-se aos genitais do bebê] e foi-se. Em casa ele vê melhor.*

*Auxiliar: (para a mãe do bebê) e tu não vai exigir que ele aprenda a cuidar?*

*Puérpera: sim, sim, mas mais tarde, né? Agora tenho a mãe (Extratos do Diário de Campo).*

Outras vezes ainda, há um alijamento da figura do pai que é literalmente posto à margem do processo, parecendo o mesmo aceitar passivamente o papel de provedor e de coadjuvante:

*“tu liga pra Solange e fala que nasceu uma menina. Diz pra ela vir de tarde que é o horário da visita. Depois tu passa ali no centro da cidade [numa loja de roupas de gestantes e recém-nascidos] e troca esse tip-top por um ‘G’. Não esquece de comprar umas frutas pra ela comer, tá? Tu vens de noite? Ah, não, tu não podes... eles não deixam. Deixa que eu fico que amanhã de manhã vem a tua mãe e a gente troca. As frutas então tu traz a hora que dá ou então manda por ela amanhã de manhã” (sogra falando com o genro. Extratos do Diário de Campo).*

Outra representação que chama atenção de modo muito intenso é a ausência esmagadora dos outros homens (além do pai) da família, enquanto a mulher e a criança permanecem no Alojamento. Foram raras as ocasiões em que presenciei a participação de outros homens, que não o pai, na Maternidade, e assim mesmo, em horário de visita. Numa determinada ocasião, registrada formalmente nos apontamentos de campo, houve a visita de um avô do bebê (que permaneceu no quarto com a criança no colo por aproximadamente uma hora) e noutras três oportunidades, sublinhei a presença de tios dos recém-nascidos, mais levados pela oferta de ‘caronas’ a outras mulheres visitantes da família, do que propriamente por motivação interna de exercício do papel de tios da criança.

Os avós dos bebês, os tios, alguns padrinhos, vizinhos ou outros integrantes da rede mais ampla de parentesco comparecem à Maternidade, com frequência, no papel de auxiliares, seja ajudando a carregar as sacola da mulher e do bebê na chegada ou na saída, seja no momento da alta, ‘vindo buscar’ para levá-los para casa ou exercendo tarefas do cotidiano das famílias que continuam sendo requisitadas ‘apesar’ do nascimento.

Embora a concepção dominante quanto à participação masculina seja essa, não se pode deixar de pontuar que há situações na qual a família faz questão que o pai da criança assuma o papel com a maior brevidade possível. Quando o homem participa, percebe-se a oportunidade do exercício da paternidade e da maternidade que integra o vínculo pais-filho já desde o início da nova conformação familiar.

Tal representação ou ideal de ‘família grávida’ (MALDONADO, 2000) ou de ‘casal grávido’ (SALÉM, 1985) estão presentes nas pequenas e significativas cenas diárias que tomam lugar nos recintos mais reclusos dos quartos, onde a falta de privacidade parece não ser empecilho – pelo menos intransponível – para o exercício do vínculo e do reconhecimento recíproco entre mãe-pai-filho.

A ‘iniciação’ do trinômio é possível de ser percebida quando as cortinas que separam os compartimentos dos quartos são fechadas vagarosamente para alojar a intimidade quase impossibilitada frente a vida rotineira da Unidade; quando recolhem-se a um canto fazendo trejeitos e sussurrando sobre as recentes descobertas das ‘coincidências e aparências’ mútuas, como por exemplo: “*é o teu nariz*”, “*a mão é minha*”, “*metade meu e metade teu*”; quando o tempo corriqueiro veste-se de tempo simbólico num interminável processo de reconhecimento da ‘cria’, em meio a sorrisos e toques suaves; quando o casal passa a noite acordado olhando o pequeno e ainda parcialmente desconhecido bebê, porque ele “*pode deixar de respirar*”.

Algumas vezes é a própria puérpera quem insiste para a participação do companheiro, procurando introduzi-lo no papel de pai, cujo significado se mantivera afastado anteriormente, até que a realidade concreta lhe sinalizasse quase que como um imperativo a exigir um comportamento participativo. Inicialmente muitos pais apontam alguma resistência ao exercício efetivo desta participação, mesmo a despeito da insistência da rede de mulheres da família. Assim, é comum observar-se homens agitados, nervosos, ansiosos, andando pelos corredores, enquanto outros até permanecem nas imediações do leito e do berço, mas recusam-se a pegar o filho no colo dizendo que “*é molinho*”, evitando tocar no filho espontaneamente ou então demonstrando explicitamente a inabilidade e ansiedade ao segurar o filho, como foi o caso de Vítor que ficou um minuto segurando o bebê que lhe fora colocado nos braços pela sogra, como se estivesse carregando um ‘feixe de lenhas’.

As experiências familiares vão assim seguindo o seu curso e se fortalecendo no exercício muitas vezes inicial da maternidade e da paternidade. Mas há também outras relações que causam espanto, principalmente a quem possui representações do nascimento que incluem apenas impressões de cunho ‘positivo e sublime’ do ato de ser mãe e pai. Muitas relações intra-familiares não se rearmonizam de modo imediato somente porque mais uma criança veio ao mundo. Aliás, muitas vezes, é justamente este fato que gera interações conturbadas e até momentos de violência explícita dentro da Unidade.

Um caso exemplar de violência pode ser apontado pela situação vivida pela puérpera Rosamaria, cuja filha recém-nascida acabara de vir ao mundo com múltiplas malformações e foi agredida verbalmente pelo marido, na presença de duas colegas de quarto e de uma

auxiliar de enfermagem, culpando-a pela ocorrência. Em suas próprias palavras, “*é melhor que ele nem fique aqui mesmo; fica só me agredindo e me incomodando*”. Não bastasse o fato de ter que enfrentar o nascimento da filha com inúmeras malformações congênitas, Rosamaria teve que achar forças para se comunicar por telefone com as duas outras filhas pequenas (4 e 6 anos) que estavam em casa, a fim de que não se assustassem com as possíveis mensagens negativas que o pai levaria para casa, após a agressão verbal que ela própria denominou como “*o desabafo do carrasco*”.

Ao lado de todos esses universos de representações que tomam lugar no seio das relações familiares, há ainda que se considerar os valores e os pré-julgamentos das trabalhadoras no que diz respeito a determinado ‘ideal’ ou ‘padrão’ de representação do homem como pai da criança recém-nascida, o que reflete o valor da sociedade mais ampla na qual estão inseridas. O exemplo a seguir é ilustrativo da rede de símbolos e significados das trabalhadoras:

*Cássia (auxiliar): eu sempre pergunto qual a relação do homem com a paciente, porque eu já me dei muito mal com isto. Não faz muito tempo, eu estava dando banho num nenê, e um homem tirava fotos, afagava a criança, ria... no final eu disse: “- vai (referindo-se ao recém-nascido) com teu vovô querido, que ele tá ansioso”. O homem imediatamente ficou sério, parou de tirar as fotos e me disse, quase com raiva: “- eu sou o pai, não o avô!”*

*Ondina (técnica) (dando gargalhadas): sabes que eu também? Muitas vezes me vi de calças curtas. É chato né? Mas a gente esquece, e quando eu me dou por conta, já estou de novo dizendo: o senhor é o avô? (Extratos do Diário de Campo)*

#### **6.4 “A GENTE PEGA AMIZADE”: UMA REDE DE SOLIDARIEDADE ENTRE AS PUÉRPERAS**

Por estarem vivenciando o mesmo rito de passagem as puérperas se ajudam, se apoiam, se aconselham e se entendem. Formam uma verdadeira rede de solidariedade e compreensão que parece ser própria de pessoas que experienciam eventos similares.

Embora nunca tenham se visto antes, trocam informações, compartilham conhecimentos trazidos de casa, discutem meios e modos de cuidar de si e do bebê, trocam receitas culturais para a vivência do resguardo, conversam sobre os filhos que ficaram em casa, sobre a alegria da ‘primeira viagem’, sobre os companheiros e pais dos bebês, se reúnem para enfrentar o marido daquela que percebem desprotegida, apresentam-se uma as outras, ajudam nos cuidados com as crianças (as mais experientes tomam a frente), oferecem o ombro para o consolo daquela que perdeu o filho, para a que está com o filho doente, para a que enfrenta problemas para amamentar, enfim, como dizem Rita, Júlia e Célia, compartilhando o mesmo quarto, “*a gente pega amizade*”.

Em duplas, trios ou grupos um pouco maiores, elas se complementam e se respeitam como mulheres, nutrizes e como mães. Seja narrando o episódio do parto, comparando as ‘dores’ que antecederam a derradeira ‘descida’ da criança, trocando figurinhas de santos, localização de benzedeiras, endereços de casas de Umbanda, Centros Espíritas ou capelas católicas para os batizados que estão por vir, elas não cansam de agradecer pelo “*verdadeiro milagre da vida da mulher*”, referindo-se ao “*dom divino de dar à luz*”.

A rede de socialidade é formada de modo muito rápido e se “*pega amizade*” em qualquer lugar do Alojamento. No banheiro do quarto, por exemplo, Lívia (uma múltipara) ajuda Mara (uma primípara) a enxugar as costas, após o banho, ambas nuas, enquanto Lívia fala: “*é difícil, né? Enxugar as costas é um mau pedaço logo no começo. Mas passa, você vai ver*”. A técnica Simone, passando por ali, olha em minha direção e diz: “*elas se tratam como se fossem velhas conhecidas...da família mesmo*”.

O melhor lugar para trocaram experiências e confidências é mesmo o diminuto espaço entre os leitos, onde não é raro percebê-las, em círculos, sentadas nas cadeiras de plástico brancas. Entretanto, há ainda um pequeno espaço ao ar livre, do lado de fora do Alojamento e contíguo ao quarto C, em que elas se reúnem, sempre em pequenos grupos, para fumar ‘sem dar muito na vista’. Mesmo algumas que não fumam freqüentam o pequeno espaço sempre que podem, fazendo companhia às fumantes. É importante acrescentar que não há nenhum local para sentarem-se, tendo portanto que permanecerem de pé, trocando o peso das pernas de tempos em tempos.

Tais comportamentos, no entanto, não deixam de inspirar comentários apressados de algumas trabalhadoras que insistem em “*desfazer as rodinhas*” ou então em tecer comentários do tipo: “*não sei como é que pode...elas deixam as crianças sozinhas. Vê só, não se importam muito*”. Porém, na grande maioria das vezes, eu percebia que as que iam para esse lugar sempre solicitavam o acompanhamento do filho por parte de outra colega de quarto ou das imediações e nunca percebi que qualquer criança era deixada sozinha na Unidade. A exemplo da observação de Fonseca (1997), as puérperas formam verdadeiros “*círculos de comadres*”, ainda que recebam alguns olhares atravessados por parte da equipe e nesses círculos, “*têm oportunidade de se mostrarem ativas, curiosas, participantes e muitas vezes acham ali uma brecha para enfrentar o saber médico institucionalizado*” (Fonseca, 1997, p.17).

Quando tudo vai bem há espaço, inclusive, para chacotas, anedotas e piadas, cujos temas podem variar desde as partes íntimas do corpo que ficam à mostra, até o relacionamento com os maridos. Caso não haja imediata coincidência da cor dos olhos ou dos

cabelos entre o pai e o(a) filho(a), por exemplo, é comum algum comentário entre elas do tipo: “*andaste pulando a cerca, é?*” que acabam por ‘desarmar’ as mais sérias ou envergonhadas.

*A auxiliar de enfermagem entra no quarto, seguida por uma grávida que traz consigo uma mala pequena, daquelas bem antigas, tipo baú, de cor marrom, bastante usada. Também tem uma sacola de plástico. Aparenta cansaço e se esforça para arrastar a mala. A auxiliar leva-a até um leito próximo, enquanto todas nós (eu e as três gestantes internadas no quarto E – Ceres, Cissa e Cleusa) ficamos ali, em silêncio, só observando. Acho que paramos de conversar, não somente porque a entrada das duas quebrou a tranquilidade que pairava no quarto, mas também porque a cena era absolutamente peculiar, diria até, surreal. A mulher era muito baixinha. Certamente tinha menos de um metro e quarenta. A barriga era realmente muito grande, que dificultava a locomoção. Além disso, me chamou a atenção seu jeito aparentemente tranqüilo, sorridente. Tinha um incisivo de ouro, o que lhe dava um aspecto engraçado. A camisola que usava era de um tecido bem fininho, tipo “nylon”. A transparência deixava entrever a calcinha, bem como os seios fartos, pesados, enormes mesmo. Não usava soutien. Foi estranho ver a gestante de camisola transparente, carregando as malas. Tinha a tez morena, bastante castigada pelo sol. Também chamava a atenção os cabelos, amarrados em uma longa trança que vinha até a cintura. A cor contrastava com a pele, pois eram bastante grisalhos.*

*Enquanto a auxiliar fazia a recepção, indicava o banheiro e o leito que deveria ocupar, as mulheres comentavam: – “velhinha ela né? Que estranho...”. – “É, parece que temos mais uma companheira de quarto”. – “Será que ela veio lá de fora, de camisola?” – “Essa sim deve ser de risco. Deve ter mais de 40!” – “É estranho, parece uma vovó”. A auxiliar se retira sem apresentações, deixando-a à sós. Ela fica mexendo nas sacolas durante alguns minutos. Coloca duas cadeiras enfileiradas e sobre elas estende dois vestidos largos. Parece que estão molhados. Cissa resolve “puxar conversa”. Vai até perto da mulher e pergunta o seu nome. – “É Maria, responde a mulher baixinha. Cissa continua: – “a senhora sabia que ia ficar internada?” – “Sim, responde Maria, eu cheguei de [uma pequena cidade localizada há cem quilômetros] inda agorinha. A ambulância da prefeitura me ‘truxe’.*

*Ceres (juntando-se a elas): a senhora fez uma viagem agora?... E já veio de camisola?*

*Maria: É. Eu já vim encaminhada. Sai do hospital de lá... me mandaram porque lá não tem recurso e disseram que eu tô muito velha.*

*Cissa: ...e a senhora, o que que acha?*

*Maria: (rindo)... velha não, né? Um pouco usada...*

*Ceres: (rindo e puxando-a pelo braço) a senhora sinta aqui perto de nós. Vou lhe apresentar suas companheiras. Esta é a Cleusa que acabou de ter o nenê, esta é a Cissa, esta é uma pesquisadora que tá pesquisando sobre nós e eu sou Ceres. Muito prazer (enquanto fala, puxa a cadeira para Maria sentar. Ela é tão pequena que a cabeça não ultrapassa o espaldar. Seus pés não conseguem tocar o chão. Na dúvida, Cissa vai em busca de uma escada de dois degraus e adapta sob os pés da recém-chegada (...)) (Extratos do Diário de Campo).*

Quando situações difíceis são enfrentadas por algumas, forma-se imediatamente uma rede de apoio que agrega as que estão em leitos próximos ou no mesmo quarto. Mas também não é raro alguém descobrir que lá no quarto mais distante há alguém, por exemplo, que tenha mais experiência sobre o assunto e convide a tomar parte da discussão ou mesmo a ajudar diretamente na intervenção que elas entendem como necessárias. Assim também, quando alguma precisa deslocar-se do seu quarto de origem para o quarto D, a fim de que a criança receba o tratamento para icterícia, as vizinhas fazem questão de acompanhar e de fazer visitas frequentes, porque “pegaram amizade”.

Também se revezam para fazer vigília noturna quando alguém passa por um trauma recente, como foi o caso de Rosamaria que teve o bebê malformado e que se encontrava “entre a vida e a morte” na UTIN. Três puérperas vizinhas passaram desde o final da tarde,

quando Rosamaria chegou da sala de parto, até o início da manhã do outro dia, fazendo rodízio entre si para oferecer o ombro amigo e palavras e gestos de consolo que simbolizavam cuidado especial para quem passava por uma situação especial. Sempre que Rosamaria acordava sobressaltada no meio da noite, ouvia das companheiras: *“pensa nela [na filha] com força. Ela vai ficar boa”*; *“você é forte, vai superar, vai superar tudo isto”*; *tenha coragem que a jornada vai ser longa, mas tenha certeza que você pode contar conosco*”; *“você tem que descansar, dorme que a gente cuida de ti”*.

Em suma, as puérperas formam uma rede social que age como importante sistema de apoio para seus pares, tornando o processo de referência, parte essencial do cuidado no período pós-parto em nível hospitalar.

## **CAPÍTULO 7 - ENTRE O LEITO E O BERÇO: A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE “CUIDAR DE DOIS”**

---

A análise e interpretação contínua dos descritores conduziu à identificação do presente tema, ressaltando-se as falas e as ações das trabalhadoras durante o exercício cotidiano do cuidado, nas dependências do AC. Assim, as mensagens manifestadas em seus relatos e práticas com as famílias proporcionaram meios para que se alcançassem os significados das tramas do cuidado, ora explícitos e imediatos, ora pouco esquadrihados e latentes.

O cenário real do Alojamento Conjunto estudado, foi traduzido por mim como um lugar peculiar que – no contexto próprio em que se situa e pelas suas características intrínsecas – abarca o processo de cuidar como interacional e complexo, abrindo-se ou fechando-se, ao sabor dos significados impressos sobre os tempos e movimentos multifacetados do cuidar.

O tema “**Entre o leito e o berço: a vivência do processo de ‘cuidar de dois’**” revela que tal processo tem uma história, uma forma de aprender a cuidar, uma forma de registro e um modo de cuidar diferenciado, diria *sui generis*, já que se destaca de outros modelos em enfermagem (considerando-se a quem se destina diretamente o cuidado) e mesmo uma forma de cuidar que traz impressa em si a marca de compromisso profissional ‘duplo’ (a um só tempo), haja vista a situação na qual destaca-se que enquanto o médico neonatologista assiste ao recém-nato e o médico obstetra assiste a puerpera, as trabalhadoras de enfermagem cuidam do binômio.

A discussão deste tema é realizada através de 4 (quatro) amplos padrões: 1) o divisor de águas: do “cuidado de um” para o “cuidado de dois” – que apresenta a história da

implantação do sistema de alojamento conjunto na Maternidade da Luz; 2) “tinha um bebê no meio do caminho” – que focaliza as inseguranças, os conflitos e as dificuldades em aceitar o cuidado ao recém-nascido e o preparo que as trabalhadoras (não) possuíam para assumí-lo enquanto “objeto” do cuidado; 3) os significados, hoje – cujo teor recai sobre os significados atuais do trabalho desenvolvido no AC, bem como as representações vigentes acerca da puerpera e do recém-nascido; e 4) quando é necessário transcender às normas: o “cuidar de dois” entre o informal e o instituído – onde são apresentadas algumas transposições das normas institucionais, sustentadas pelo argumento de “ter que cuidar de dois”.

### **7.1 O DIVISOR DE ÁGUAS: DO “CUIDADO DE UM” PARA O “CUIDADO DE DOIS”**

Em consonância com as normas governamentais, a Maternidade da Luz empenhou-se na criação do Sistema de Alojamento Conjunto para os clientes usuários do Sistema Unificado de Saúde (SUS). Tal empreendimento talvez não causasse tanto ‘impacto’ na vida das trabalhadoras de enfermagem, se a instituição já tivesse contemplando a modalidade de alojamento compartilhado entre mãe e filho em suas dependências, desde a data de sua inauguração.

Não obstante, ali onde deveria vigorar o novo sistema funcionava, durante muitos anos, uma unidade assistencial denominada de Puerpério (atendimento exclusivo à mulher no pós-parto) onde o recém-nascido não permanecia a maior parte do tempo, ficando então no Berçário<sup>19</sup>. Somando-se a isso, é importante ressaltar que a grande maioria das trabalhadoras que hoje atua no AC já desenvolvia atividades no Puerpério, inclusive a enfermeira.

Durante os anos em que predominou a unidade de Puerpério, sempre que a criança necessitava de assistência, era imediatamente levada de volta para o Berçário ou então eram as funcionárias chamadas para atender no Puerpério. Isto dependia da ‘urgência’ da situação. Por exemplo, se o recém-nascido era acometido de algum episódio de asfixia ou aspirava secreções, era levado com rapidez para o Berçário e entregue às funcionárias que, especializadas nos cuidados neonatais, se encarregavam do atendimento. Por outro lado, caso a criança necessitasse trocar as fraldas e a mãe não tivesse habilidade ou estivesse impossibilitada, as trabalhadoras do Puerpério ligavam para o Berçário e então eram as de lá que vinham prestar assistência. Em resumo, havia divisão técnica do trabalho bem mais

<sup>19</sup> Trata-se de um setor hospitalar que abrigava os bebês “à termo e sem complicações”, cujo contato com a mãe e os familiares era feito de modo descontínuo. Excluindo-se a amamentação, normalmente o bebê era recolhido ao Berçário, permanecendo ali até a próxima visita à mãe na unidade de Puerpério.

demarcada: enquanto a equipe do Puerpério assumia somente a mulher, a do Berçário responsabilizava-se somente pela criança. Por conseguinte, cada equipe só “cuidava de um”, havendo uma cisão ‘especializada’ de responsabilidades.

Com o desenrolar dos Programas Governamentais de Incentivo ao Aleitamento Materno (PIAM) no início da década de 90 e principalmente com o surgimento da portaria ministerial de agosto de 1993 (que regulava o sistema de AC em todo o território nacional), a instituição iniciou processo contínuo de reformas em todo o serviço de assistência às puérperas e recém-nascidos. O término da primeira reforma aconteceu no quarto C que, a partir daí, passou a receber mulher e criança, desde a internação até a alta. Tal inauguração tem seu marco oficialmente registrado na parede de entrada do quarto, em uma placa de bronze. No entanto, somente no ano seguinte as obras terminaram e que, segundo as trabalhadoras, iniciou “mesmo” o Alojamento Conjunto.

O dia 1º de setembro é lembrado vivamente por todas as trabalhadoras, como o “dia D” da nova vida de trabalho. É interessante ressaltar que tal rito de passagem tem um marco simbólico diferente, considerando-se a visão institucional e a visão das trabalhadoras, pois enquanto a placa de bronze inaugura o tempo oficial, a data de 1º de setembro inaugura o tempo ‘existencial’ que demarca a fronteira simbólica do “cuidado de um” (mulher puérpera) para o “cuidado de dois” (mulher e bebê).

Isso aconteceu porque durante o ano em que as reformas estruturais estavam sendo realizadas (apesar do quarto C já receber os binômios), a assistência ao RN continuou sendo feita pelas trabalhadoras do Berçário. Foi somente no dia 1º de setembro que de fato, como dizem, tiveram que “assumir o bebê”. A própria enfermeira resume o período de transição:

*“elas (as trabalhadoras do Berçário) vinham, davam banho (nos recém-nascidos) na unidade. Eram elas que faziam, não eram as nossas...então foi mesmo no dia primeiro de setembro que a gente assumiu o bebê. Ai sim é que o alojamento começou a funcionar como alojamento. Senão era uma coisa meio fragmentada. A gente assistia a mãe, mas quando precisava assistir o bebê...Então eu considero mesmo o início quando assumimos o cuidado com o bebê, apesar das resistências” (Extratos de Entrevista. Grifo adicionado).*

As “resistências” de que fala a enfermeira dizem respeito principalmente ao clima de forte oposição entre as trabalhadoras, por terem que passar a cuidar também de crianças. Uma incumbência que, para elas, era revestida de duas dificuldades importantes, ou seja, passar a cuidar de “um paciente” que elas desconheciam e assumir “mais um paciente”, o que certamente levaria à sobrecarga de trabalho, ainda que novas contratações estivessem sendo providenciadas pela instituição. As expressões do tipo “quase enlouquecemos”, “foi um sufoco” e “uma loucura”, revelam um pouco as percepções sentidas em relação ao que estava por vir.

*“Quando disseram que isto aqui ia virar alojamento conjunto e que a gente ia ter que cuidar de dois, eu me desesperei. Tu nem imaginas, isto aqui foi um horror. Agora eram dois ao invés de um. Dois prontuários, duas medicações, dois pacientes... não foi fácil. Ainda hoje tenho dúvidas. Ih, um monte de coisas que não sei” (atendente Isadora – Extratos de Entrevista).*

Ainda que tenha havido treinamento, visando a adaptação da assistência ao binômio, as trabalhadoras reclamam que foi só uma vez, que não foi específico (houve a participação conjunta do pessoal de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e da Sala de Parto) e as trabalhadoras do noturno adicionam que o curso aconteceu de dia, não havendo a mesma possibilidade de participação para todas. Percebe-se que o fato de haver preocupação institucional em proporcionar que as trabalhadoras passassem pelo treinamento, não garantiu que elas efetivamente tivessem aprendido integralmente com tal experiência, pois continuaram argumentando que tiveram que *“aprender a cuidar, cuidando”* ou *“aprender, fazendo”*.

## 7.2 “TINHA UM BEBÊ NO MEIO DO CAMINHO”

A primeira impressão para a resistência colocada pelas trabalhadoras da Unidade de Puerpério em assumir “mais um” para cuidar, relacionava-se aparentemente com o aumento da carga de trabalho. Contudo, a auxiliar Irma, em determinado momento de sua exposição, diz que *“poderia haver até mais uma puérpera junto com cada uma que já estivesse internada, que não tinha problema. O problema mesmo é que não era mais uma, era um RN”*.

O fato de ser um “RN” (jargão amplamente reconhecido pela cultura biomédica institucionalizada) tornava-se a razão mais forte para as preocupações frente às novas exigências assistenciais. *“Ficamos com um batata quente nas mãos”*, dito por Zélia, mostra a ambivalência de sentimentos quanto à recepção do bebê no Alojamento. A criança que acabava de vir ao mundo passou a ser concebida (embora, antes, sempre estivesse ali) como uma estranha, alguém para quem deveria haver um espaço diferente, do ponto de vista das responsabilidades previstas para a assistência à saúde:

*“sim, sim, o nenê já ficava [na antiga Unidade de Puerpério]. O nenê sempre existiu ali...mas sabe como? ‘Não era comigo’. Sabe aquela história de que não é comigo? Então a partir do momento que a responsabilidade passou para elas...porque as intercorrências que podem acontecer já aconteciam antes. Só que daí o nenê chorava, vomitava, tinha problema, o que faziam? Era chamado o Berçário, entende? Ligavam e diziam: ‘ó, vomitou, não pega no seio, etc.’, e o Berçário vinha. Várias intercorrências aconteciam, mas a questão de ‘não é comigo’ mudou totalmente. Agora ‘a responsabilidade é minha’, entende”? (Enfermeira – Extratos de Entrevista).*

Efetivamente, analisavam que nenhuma das colegas que trabalhava no Alojamento era possuidora das ‘qualidades’ que consideravam indispensáveis para cuidar do RN: destreza, habilidade manual, temperamento particular caracterizado por gostar de crianças recém-nascidas e, especialmente, a admissão que *“ninguém sabia cuidar de um RN”*, numa clara

preocupação vinculada ao saber instrumentalizado pelo saber anátomo-fisiológico, que entendiam como absolutamente indispensável para incluí-lo, no mínimo, como uma nova unidade de cuidado (diferenciado da mulher/mãe).

Apesar dessas representações, algumas lembram, timidamente, que *“a gente só sabia cuidar dos filhos da gente, né, dos nenê assim, mais a nível doméstico, sabes?”* Declarações similares levam à interpretação de que a maioria delas, pelo menos naquele momento, não valorizava o saber advindo das experiências pessoais, aludindo toda a ênfase na abordagem da ‘neonatologia’, ou seja, na especialidade já completamente impregnada pelo saber da biomedicina, vivenciado cotidianamente, e mesmo que à certa distância (ao menos em nível instrumental), no dia-a-dia da “casa”. Para elas, este era o conhecimento que fazia sentido, até aquela data, na assistência à saúde infantil da Maternidade da Luz. O pessoal de enfermagem do antigo Berçário, especializado na ‘fatia’ do conhecimento neonatal, em uníssono com os neonatologistas que atuavam na assistência médica, de certa forma, asseguravam a intervenção que as trabalhadoras do Puerpério consideravam como dando conta das necessidades assistenciais aos recém-nascidos.

As recém-contratadas não foram esperadas como ‘salvação’ para a situação porque logo foram reconhecidas como tendo pouca ou nenhuma experiência com recém-nascidos, uma vez que o concurso não fora específico. A própria enfermeira avalia o acontecimento:

*“quando entraram [os novos funcionários] eles se adaptaram às rotinas de cuidar da mãe, que a gente conhecia bem. Porque o neném a gente meio que pegou assim de (faz silêncio, tentando achar o melhor termo)...não teve um treinamento de recém-nascido, sabe? Pra cuidar dele...tanto as que já trabalhavam quanto as que chegaram. O nenê era uma coisa nova pra todo mundo. Enfim, além de assumir o RN, tinham que assumi-lo junto com a mãe” (Extratos de Entrevista).*

As funcionárias mais antigas lembram com bastante rapidez quem eram as ‘novas’ que tinham algum *“conhecimento de pediatria”*, indicando Simone que havia feito seu curso técnico no interior do Estado, em um hospital que *“tinha alojamento”* e a auxiliar Morgana que trabalhava durante o dia numa unidade de pediatria em um grande hospital da cidade; porém também são rápidas em esclarecer que as mesmas *“sabiam, mas não muito, pois não sabiam de neo”*.

Por seu lado, as que chegavam para assumir o setor também ressaltam que tiveram certo receio em *“assumir o RN”*, já que nenhuma tivera experiência anterior na área. No entanto, é interessante observar que muitas dessas recém-admitidas reconheciam que suas experiências como mães poderiam servir como um saber, se não fundamental, pelo menos fronteiro entre o conhecimento profissional e o ‘naturalmente necessário’ para cuidar de bebês. Afinal, apontou a auxiliar Eva, *“o conhecimento básico da enfermagem a gente tinha,*

*mesmo que já tivesse bastante tempo da formatura, e se a gente não tivesse conhecimento de neo, a gente se safava naquilo que o papel de mãe já tinha dado”.*

Com exceção das trabalhadoras do CAM (que aprenderam a cuidar da mulher e do bebê durante o aleitamento, com uma enfermeira que possuía profundos conhecimentos na área e que as acompanhou diretamente durante vários anos), os depoimentos das demais trabalhadoras apontam que as experiências de aprendizagens práticas foram os modos de aprender mais importantes e, mesmo considerando que *“a prática não é tudo”*, pois deixa uma lacuna imensa quanto à complexidade do cuidado ao recém-nascido, e mais ainda, do “cuidar de dois”, são unânimes em assinalar os conhecimentos adquiridos empiricamente como uma das ‘saídas’ para o que se vislumbrava como um verdadeiro drama no tangente a assistência de enfermagem neonatal. Segundo suas interpretações, mesmo os cursos de educação continuada que vieram posteriormente, não deram a devida importância ao “cuidar de dois” pois, a exemplo do entendimento de Mercedes *“a cooisa aqui é a amamentação. Acho que é importante, mas não é tudo”*.

Quando interrogadas sobre os conteúdos aprendidos no processo de formação, ou seja, nas escolas profissionalizantes de nível médio, a imensa maioria das trabalhadoras (as ‘mais antigas’ e as ‘mais novas’) referem argumentos variados que vão desde o entendimento que o conteúdo sobre enfermagem neonatológica foi desenvolvido numa focalização que beira a superficialidade, até a insuficiência de aprofundamentos teórico-práticos.

Há ainda as que se profissionalizaram através de exames supletivos (muito comuns em anos anteriores) e que referem não ter conhecimentos mais específicos sobre a assistência de enfermagem neonatal e ainda as que argumentam que quando cursavam as escolas, ainda não se falava em alojar puéperas e bebês em um único local; portanto, somente aprenderam a cuidar da mulher no pré-parto, parto e pós-parto e do RN logo que ocorria o nascimento, mas que nunca haviam entrado em berçários para aprender a cuidar, e *“muito menos a cuidar de dois”*. Esses argumentos também são utilizados pelas trabalhadoras que dizem ter aprendido na prática a cuidar da mulher e da criança que vivenciam o processo do nascimento no hospital, a exemplo das que fizeram ‘rodízios’ em outros setores da Maternidade da Luz (notadamente, nas salas de parto), mesmo que por curtíssimos períodos de tempo.

A introdução de uma nova situação de trabalho resultou em alteração dramática para as trabalhadoras de enfermagem, levando-as ao ‘choque de realidade’. Algo que, na avaliação de Maanen (1996) sempre ocorre, de modo mais ou menos sutil, quando as pessoas de uma organização são submetidas a transição. Não obstante as informações que já possuem sobre os novos papéis, elas são obrigadas a modificar seus conhecimentos anteriores acerca desses

papéis, pois as expectativas que possuem do futuro imediato ou distante, repentinamente tornam-se problemáticas. Os estudiosos da cultura das organizações argumentam apropriadamente que, em tais circunstâncias, a tarefa mais urgente dos novatos é construir um “conjunto de normas e interpretações para explicar e tornar significativa a miríade de atividades observadas no interior da instituição” (MAANEN, 1996, p.47). Assim, mesmo sem ainda possuir os conhecimentos que consideravam necessários e as qualidades que julgavam imprescindíveis para cuidar dos recém-nascidos, com o tempo, acabaram por incluir a criança enquanto organizavam, planejavam e implementavam o cuidado da mãe (antes considerada apenas como ‘paciente’ e ‘puérpera’).

### 7.3 OS SIGNIFICADOS, HOJE

Passado o período transicional e diante da realidade indelével que se apresentava, as trabalhadoras – utilizando-se de vários mecanismos de socialização no interior mesmo da Unidade – buscaram ‘aprender a fazer’ o cuidado de enfermagem, de modo persistente e criativo.

Na atualidade, percebe-se que as trabalhadoras resignificaram e continuam imprimindo novos significados ao “cuidar de dois”, sem no entanto, deixar de haver relações com o momento histórico vivenciado quando de seu surgimento. A incursão um pouco mais detalhada sobre os sentimentos atuais que elas expressam pelo trabalho desenvolvido no AC, sobre a concepção vigente a respeito da puérpera/mãe e do recém-nascido (os dois personagens diretos do cuidado) e as dificuldades ainda presentes no processo de cuidar dos mesmos (padrões que sempre ressurgem com força quando se tenta interpretar a cultura do Alojamento), ajudam a dar maior visibilidade ao processo de “cuidar de dois”.

#### 7.3.1 COMO SE SENTEM E COMO ATUAM “CUIDANDO DE DOIS”

Ainda que vivenciem dificuldades específicas, conforme abordei em capítulo antecedente, as trabalhadoras, de modo geral, quando perguntadas sobre as percepções atuais acerca do trabalho desenvolvido no Alojamento, verbalizam sentimentos positivos como “prazer” e “satisfação”. Justificam tais sentimentos por se tratar de uma área que lida com a vida, por ser um momento significativo na vida das famílias, e porque elas se sentem valorizadas no papel de promotoras da aprendizagem. É interessante observar que este papel a que elas atribuem ‘sentido’ para o trabalho de enfermagem no Alojamento, é justamente aquele pelo qual elas interpretam que não são valorizadas pelos outros setores.

O significado que outorgam ao próprio trabalho também sugere aparente contradição, pois ao mesmo tempo que se apoiam nos sentimentos positivos, também verbalizam sentimentos difíceis de serem enfrentados no exercício do cuidado – situação explicitamente relacionada ao complexo jogo de “cuidar de dois”:

*“tenho muita dificuldade de cuidar de dois ao mesmo tempo. Tu ficas o tempo todo de lá pra cá e daqui pra lá (auxiliar Irma, fazendo movimentos pendulares com o corpo entre a cama da puérpera e o berço do bebê – Extratos do Diário de Campo).*

*“não é a mesma coisa que estar só com um paciente não, pois além de ter que cuidar dos dois que estão internados, a gente tá sempre rodeada por alguém da família. Não é fácil” (atendente Tânia – Extratos do Diário de Campo).*

*“as experiências anteriores não são suficientes. Aqui o trabalho é específico. São outras exigências” (técnica Zélia – Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

As trabalhadoras insistem argumentando que para trabalhar no AC são “outras exigências” (as relacionadas ao cuidado de dois) para as quais elas não foram formalmente preparadas (nem nos cursos formais e nem nas experiências de enfermagem anteriores) e que não encontram o respaldo institucional desejado (em termos de educação continuada e contratação adequada de pessoal). Percebe-se que tais sentimentos ainda são, de algum modo, sustentados pelas lembranças que possuem sobre a percepção da equipe dirigente na época das mudanças do sistema assistencial, representada pela máxima: “quem cuida de um, cuida de dois”, na tentativa de animá-las a assumir a nova incumbência que se avizinhava.

As trabalhadoras possuem várias representações sobre suas atuações na assistência ao binômio, sendo detalhistas e nada econômicas se o assunto tratar do cuidado no Alojamento. Porém, de toda sorte de interpretações que elaboram, sobressai com bastante ênfase o papel de educadoras em saúde e as conseqüentes práticas educativas em que se percebem inteiramente envolvidas. Para elas, as ações educativas são inevitáveis e ubíquas, chegando a denominarem o que fazem de “**cuidado educativo**”, como evidenciam os depoimentos:

*“o alojamento é uma aula que a mãe e o pai têm, porisso o que a gente mais faz aqui é o cuidado educativo” (técnica Joana).*

*“aqui a gente cuida educando, não tem como fugir. É um local privilegiado para as ações de educação em saúde” (auxiliar Morgana).*

*“ah, eu sinto que os pais têm muitas dúvidas, precisam conversar. A gente nunca tá só fazendo um curativo ou qualquer coisa técnica, sabe? A gente tá ensinando. Eu sinto que realizo um trabalho de profilaxia” (técnica Simone).*

*“eu acho que este tempo de alojamento, pras famílias e principalmente pras mães, é precioso, sabes? E depois, a gente fazer tudo, não ajuda. Precisa ensinar a fazer” (auxiliar Marcela).*

*“é um tempo importante (...) pra ir pra casa com segurança. Tu viste como a puérpera tava prestando atenção, né? Elas gostam muito deste momento [o banho matinal do recém-nascido]. Aproveitam bastante. Sempre têm interesse. As que mais tem interesse são as [mães] de primeira vez, mas não*

*importa se têm um filho ou dois ou dez...também não importa se estudaram ou não. Sempre têm dúvidas” (atendente Tânia).*

Esta representação é bastante próxima daquela verbalizada por enfermeiras obstétricas no estudo desenvolvido por Gualda (1998a), para quem a base da atividade profissional no AC é a orientação e não o desempenho técnico.

As trabalhadoras do AC enfatizam seus papéis educativos por identificarem o puerpério como um momento especial de aprendizagem e porque percebem que a mulher, no período após o parto, quando o bebê se torna ‘real’, torna-se a agente principal do cuidado e das ações educativas, avaliando que ela virtualmente está disposta e, quase sempre, disponível para aprender a cuidar de si e do bebê. Assim, afirmam atuar estimulando sua participação nos cuidados, ajudando-a a adquirir habilidade para cuidar do filho, aconselhando, transmitindo informações, “tirando dúvidas” ou auxiliando, quando necessário, na execução dos procedimentos diários.

### 7.3.2 OS DOIS PERSONAGENS DO CUIDADO: A MÃE E O RECÉM-NASCIDO

Tomando-se por base o universo das mulheres internadas no AC, as trabalhadoras, denominando-as de “mães”, costumam enquadrá-las em algumas categorias, principalmente para efeitos de comunicação interna, formando uma linguagem cultural que acaba por permitir que muito seja dito de modo rápido e com poucas palavras. Assim, por exemplo, quando Aurora comunica à Eva que acaba de internar uma “resistente” no quarto A, Eva suspira, já antecipando pelo que a espera naquele quarto.

“As mães que colaboram” são as que se conformam às normas e ensinamentos institucionais, são lembradas com frequência, mesmo depois de terem saído de alta e que as trabalhadoras referem prazer em encontrar na rua, quando o acaso assim permite. Com frequência reportam-se a elas como as que “são legais” e as que “não se rebelam”.

*“É aquela que fica no leito, que não fica andando por aí. É aquela que presta atenção em tudo o que a gente diz pra fazer e acho que também ela ajuda a gente, né? Não fica toda hora pedindo ajuda, pedindo pra trocar, pedindo pra fazer a criança parar de chorar...aquelas que aceitam o que é feito aqui normalmente são as mães mais atenciosas e que colaboram com o serviço. Prestam atenção e se interessam pelo filho” (auxiliar Cíntia - Extratos de Entrevista).*

Como se pode perceber, o depoimento deixa entrever pelo menos dois amplos significados para as mães colaborativas. Num primeiro, encontram-se aquelas que não atrapalham o andamento dos cuidados e cujos desdobramentos acabam de certa maneira por ‘ajudar’ as trabalhadoras nas lidas assistenciais por não ‘exigirem’ a atenção profissional em tempo integral. Com essas as trabalhadoras normalmente preocupam-se bastante em demonstrar atitudes responsivas de solidariedade, como é o caso, por exemplo, de uma

solicitar a outra, durante a passagem de plantão, que ajude a puérpera tal que passou a noite acordada tentando amamentar ou a que treme demais para realizar o curativo umbilical do filho, ou ainda a que está cansada de andar com o bebê nos braços e a criança não pára de chorar. As trabalhadoras entendem que as puérperas precisam mostrar que estão se ‘esforçando’ para cuidar do bebê. É esta a conduta aparentemente normal e esperada para que se torne igualmente, uma ‘paciente’ colaborativa.

Num outro sentido, há também aquelas que são consideradas colaborativas por realmente evidenciarem preocupações genuínas com seus filhos, dispensando-lhes atenção e procurando identificar suas necessidades para poder atendê-los com presteza e responsabilidade, pois isto, de algum modo, representa que a mulher está iniciando a aprendizagem para ser mãe, de acordo com a representação social dominante. As puérperas “que colaboram” aproximam-se de um ‘tipo ideal’ de mulheres-mães que, mesmo ainda indecisas ou inseguras em relação à habilidade para cuidar do bebê, esforçam-se sem medidas para desenvolver o papel que a sociedade lhes confere, com a maior brevidade possível.

Essa representação da puérpera que “colabora” tem aproximação bastante íntima com a representação da ‘boa paciente’, tão referida em estudos que perscrutam as relações entre os profissionais e as mulheres durante o ciclo grávido-puerperal, seja em clínicas pré-natais ou em centros obstétricos, durante o momento do parto. Como diz Kitzinger (1996, p.125), por exemplo, tal cultura faz parte da “mística da prática hospitalar” nas maternidades contemporâneas, cujos significados estão ligados a expectativas sociais e a pressupostos médicos sobre o que é uma ‘paciente’ e sobre a forma como ela deve se comportar.

A ‘boa paciente’ tem sido caracterizada na maioria dos estudos que seguem o modelo biomédico como sendo aquela que, se espera, seja calma, plácida e bem educada, que aprecie o que os profissionais fazem para lhe ajudar, que seja rápida a responder às instruções, capaz de compreender e recordar o que lhe dizem sem pedir informações pela segunda vez e que, de preferência, não perturbe as outras colegas ou o pessoal com qualquer tipo de instabilidade emocional (KITZINGER, 1996).

Confirmam-se as preferências pelas mães “que colaboram” quando se percebe que, com elas, as trabalhadoras mantêm sempre clima de harmonia e cordialidade e são mantidas relações de ajuda. É com certo alívio que são associadas como as que se encontram em maior quantidade dentro do Alojamento.

“As rebeldes”, por outro lado, são as mulheres que não demonstram muito interesse (ou pelo menos aquele que seria o esperado, de acordo com seus pressupostos pessoais) pelo que é oferecido como conteúdo a ser aprendido no Alojamento, seja para cuidar de si ou do

filho. São as que não se esforçam para aprender e que, de alguma forma, não valorizam ou não ficam na posição de ‘pacientes’, conforme seria o desejado por algumas trabalhadoras que se desdobram a “cuidar de dois”, como mostra o relato da auxiliar Cíntia:

*“pôxa, a gente se esforça para que elas se sintam bem aqui, que fiquem no leito como se fosse também a própria casa delas, né? Mas elas não querem e não se mostram muito interessadas em aprender(...). Daí tu vê que tu te esforça, que quer que elas aprendam, que façam tudo direitinho conforme as normas, né, e vê que elas não colaboram, não se esforçam pra aprender a cuidar de si e do nenê; é as que eu considero rebeldes, né? Não aceitam nada e acham que tudo é ruim. Não é a maioria, mas sempre tem alguma que é indisciplinada, impertinente. Eu trato bem à todas, embora elas não sejam iguais” (Extratos de Entrevista).*

“Fazer tudo direitinho conforme as normas” é o que mais desejam as trabalhadoras que denominam as mãe de “rebeldes”, como foi o caso da mulher que saiu do leito logo após chegar de maca da sala de parto e foi surpreendida pela auxiliar que a mandou de volta ao quarto, *“inda mais que é pra fumar”* (as fumantes quase sempre são consideradas nesta categoria). No entanto, ao perceber que, depois de algum esforço e ‘doação’, não são correspondidas no papel ou nas ações esperadas como resposta, geralmente abandonam o papel de promotoras da aprendizagem e põem a responsabilidade pela quebra das normas, nos ombros das próprias “rebeldes” ou de suas (seus) acompanhantes, a exemplo da puérpera que disse à atendente que não iria “desagasalhar” o filho porque achava que não precisava, pois a avó tinha acabado de vestir um casaquinho de lã no neto. Após insistir sem sucesso para que a puérpera fizesse conforme o recomendado e percebendo que não teria qualquer ação que correspondesse aos ditames, a atendente revidou: *“você é quem sabe, mas se a temperatura [do bebê] subir, não diga que eu não avisei. Todos aqui estão de prova!”*

Não contribuir com o trabalho profissional, eximir-se das prescrições clínicas, abster-se de cooperar com as ações ou atividades exigidas pela “casa”, abster-se ou não dar a devida importância aos ensinamentos enquadrados na instituição ou mesmo afastar-se das regras formais, são atitudes que contribuem para a classificação das puérperas e suas famílias como sendo “rebeldes” e cuja interação pode ser muito prejudicada durante o período de internação.

Normalmente considera-se mãe “rebelde” toda puérpera que indica seu descontentamento por gestos que explicitam esse descontentamento (utilizando linguagem verbal ou não verbal), numa clara alusão ao descumprimento dos conselhos profissionais. Esta é uma das principais características das “rebeldes”, sendo o ingrediente diferenciador das que se incluem em outras categorias. Isso contribui para que sejam também denominadas como “impertinentes” ou “indisciplinadas”, como pôde ser observado na fala de Cíntia.

Outra denominação atribuída às puérperas é referente “às resistentes”, também chamadas eventualmente de “dissimuladas”. As que são classificadas nesta categoria

apresentam algumas características que se assemelham às anteriores, como por exemplo, a não concordância com os ditames prescritos pelas profissionais ou pela “casa”, mas diferem destas na maneira de fazê-lo e pela intensidade (grau) com que exteriorizam suas resiliências, por isso são enquadradas como “resistentes”.

*“Tem umas que não se interessam, sabia? Tem mãe que não tá nem aí, que deixa a criança chorar, que não querem dar de mamar...que vai tomar banho e que fazem de tudo pra ir embora o mais rápido possível. São as resistentes. Algumas mesmo são dissimuladas. Semana passada tinha uma que queria ir embora e insistia que a criança tava mamando bem, mas até a colega de quarto dizia que não via ela dar de mamar. Então tem disso também. Tem também umas que concordam com tudo o que a gente diz e ensina, mas que na verdade é só fachada” (auxiliar Cíntia. Extratos de Entrevista).*

Nesta rede de significações encontram-se as mulheres que não se conformam ou que não concordam com o que ouvem na instituição mas que, segundo as trabalhadoras, não falam abertamente que não são cordatas, precisando que as trabalhadoras ‘descubram’ o descumprimento da norma ou o desvio da atividade por alguns meios, digamos, pouco convencionais. Alguns exemplos: “*tem umas que dizem aí, não tenho leite. Daí a gente pede pra espremer um pouco [o mamilo] e jorra leite*”; “*tem aquelas que dizem que trocaram o bebê a noite toda e a gente pergunta pras vizinhas e elas dizem que ela dormiu o tempo todo. Tá lá a criança toda assada*”.

É possível perceber que as trabalhadoras, em contato com as puérperas que elas classificam deste modo, atuam de forma higienista e centrada na posição autoritária da supremacia médica, o que pode ser demonstrado pelas próprias expressões utilizadas por elas, tais como: “*tem sempre que ficar de olho*”; “*não dá pra baixar a guarda*”, ou “*não adianta, se elas não derem de mamar a criança chora e a gente descobre*”. São atitudes quase policialescas que parecem estar fundamentadas em (pré) conceitos herméticos, valores incrustados, prenhes de conteúdo moral e representações normativas que as levam a “cuidar de dois” utilizando-se de estratégias de convencimento, como a explicação dada pela auxiliar:

*“a gente percebe que elas não tão muito a fim. Daí eu digo: ‘não mãezinha, mas tu tens que amamentar. É pro bem do teu filho. Como vais ser mãe se não amamentar? Mãe é a que amamenta’. Mas quando vejo que não consigo convencer, daí tiro o meu fora e chamo ou a enfermeira ou o Centro de Aleitamento. Mais o Centro de Aleitamento, né? A enfermeira tá sempre correndo...” (Extratos do Diário de Campo).*

Embora as “rebeldes” sejam apontadas como as que mais atrapalham o andamento corriqueiro da Unidade, são as “resistentes” consideradas as mais difíceis de lidar, seja porque utilizam-se de dissimulações que não afirmam explicitamente o descontentamento ou o grau de tolerância aos ensinamentos, seja porque, não sendo claras nas respostas aos cuidados, acabam por deixar dúvidas se as práticas profissionais ensinadas serão cumpridas ou não.

Por fim, há ainda as que formam uma categoria especial, sendo denominadas de “mulheres que têm dificuldades para serem mães”, ou então, conservando-se a

redundância, são também classificadas como “as especiais”. Estas – em contraste com a grande maioria das puérperas “que colaboram”, que cumprem na Unidade o processo pós-parto rotineiro, sem vivenciar o que elas denominam como “intercorrências” –, são as que se afastam mais do ‘tipo-ideal’ de mulher-mãe, ao menos temporariamente. De forma ampla, os significados atribuídos a esta categoria dizem respeito à dificuldade de incorporarem com alguma desenvoltura e habilidade os cuidados consigo e com o filho. As trabalhadoras consideram que as “mulheres que têm dificuldades para serem mães” estão sempre atravessando uma fase delicada, seja por possuírem alguma intercorrência física ou por atravessarem um período singularmente relevante do ponto de vista existencial, o que, por sua vez, dá o caráter “especial” à representação. Considerando-se ainda esta mesma lógica, as “mulheres que têm dificuldades para serem mães” são reportadas pela maioria destas trabalhadoras como sendo aquelas que as levam a vivenciar situações de estresse mais acentuado, como deixei entrever anteriormente, acompanhado por sensações de incapacidade e incompetência para enfrentar as particularidades das exigências cuidativas.

Para fornecer ao leitor a idéia da assistência às “que têm dificuldades para serem mães”, abordo a seguir alguns exemplos de situações que pude vivenciar durante as observações e que remetem à discussão sobre como as trabalhadoras do AC se envolvem com puérperas que perderam seus filhos, portadoras de vírus da AIDS e mães de crianças malformadas.

As puérperas que perderam suas crianças estão nessa categoria, não somente porque estão numa instituição de saúde, simbolizada como o ‘templo de cura’ (evitamento da morte) na cultura biomédica, mas também porque a morte da criança apresenta-se como paradoxo frente a expectativa (quase) sempre vigente da vida, quando se fala em processo do nascimento, mas mais “especiais” ainda por serem mães que perderam seus filhos. Esta aproximação existencial com a vivência dos papéis maternos das trabalhadoras fazem-nas quase que ‘paralisar’ diante de tais eventos.

Durante o ano em que permaneci em campo, acompanhei pelo menos sete situações similares e em quase todas elas, tive oportunidade de testemunhar a intensa preocupação das trabalhadoras de enfermagem com as mulheres que perderam seus filhos. Na maioria das vezes, não sabendo exatamente como intervir, acabam por simplificar em demasia a prática terapêutica, imprimindo-lhe apenas o tom minimamente ‘necessário’ do cuidado ao corpo feminino, e ainda assim, o fazem com rapidez quase difícil de se perceber. Avaliam-se os lóquios, enfaixam-se as mamas, realizam-se os curativos, instalam-se os soros, auferem-se os sinais vitais, auxiliam-se nos cuidados de higiene com o corpo e então, isto pronto, é comum

que não se aproximem muito do local onde a mulher descansa, numa atitude explícita de evitamento de uma situação que não se sabe muito como enfrentar.

Quando a puérpera demonstra a sua fragilidade perante a nova experiência sofrida, é comum que muitas trabalhadoras se afastem ou então procurem outras pessoas para ajudarem no processo terapêutico, argumentando claramente que “a gente não sabe como resolver isto” ou então solicitando a presença de qualquer pessoa que esteja ao lado para ajudar, deixando entrever que se sentem impotentes para a tomada de decisões requerida. Nos recantos mais íntimos do Alojamento, algumas poucas trabalhadoras referiram-se a esta prática denominando-a de “passar a bola”. Um pequeno fragmento pode ajudar na interpretação.

*A mulher chora silenciosamente e a auxiliar está calada, olhando para ela. Tinha entrado ali apenas para verificar os sinais vitais. A auxiliar diz: “quem sabe você vai para baixo das cobertas, está frio demais”. A puérpera nada responde e continua a chorar baixinho. A trabalhadora continua: “quer que a gente te leve já pro banho mãe? Toma um banhozinho bem quente, né? Quem sabe tu te sentes um pouco melhor...aumenta a circulação”.*

*Puérpera (secando os olhos e soluçando): nem roupa o neném tinha...depois o meu marido conseguiu...agora fazer o que se não adianta mais nada?*

*Auxiliar: eu sei que não é fácil, mas fazer o que, né? Bola pra frente (retirando o aparelho de pressão do braço).*

*Puérpera (soluçando): meu Deus, por que? Eu fiz todas as consultas direitinho...não faltei nenhuma sequer. Por que é que a médica não me disse nada? Ela não falava nada, só media a barriga e botava um aparelho e me escutava (silêncio).*

*Auxiliar: mas será que ela sabia? Às vezes estas coisas acontecem de uma hora para a outra...ela não tem culpa.*

*Puérpera: mas aqui eles disseram que ainda não tem certeza do porque isto aconteceu. O que você me diz?*

*Auxiliar: (olhando em minha direção): tu podes ficar aqui consolando ela um pouco? Tenho um bebê me esperando ali na salinha... (Extratos do Diário de Campo).*

A mulher que perdeu o filho no final da gravidez tem a sua caracterização como puérpera “especial” já impressa no próprio prontuário, identificada na página de abertura do mesmo com um “FM”. No capítulo anterior eu comentei que os natimortos é que eram identificados como “FM”, mas em tais circunstâncias, também a puérpera é assim denominada durante os diálogos institucionais internos. Simbolicamente, a representação talvez seja a de que a própria mãe morreu, sobrando apenas a mulher “que deveria ter dado à luz”. Um dilema existencial que é descrito pela maioria das trabalhadoras, reconhecendo a realidade que se apresenta, mas cujo reconhecimento não é suficiente para dar andamento às complexas necessidades da mulher. A dificuldade de abordagem desta questão não é nova na saúde e na enfermagem e os estudiosos como Labate e Pereira (1998), Luz et al (1989) e Martins, Alves e Godoy (1999), somente para indicar alguns, têm aludido que mesmo sendo a dimensão humana inescapável, os profissionais de saúde, de modo geral, sentem-se inseguros no que diz respeito ao modo de prestar assistência a indivíduos hospitalizados que vivenciam tais situações.

Maldonado (1982), ao refletir especificamente as aflições presentes nas mortes fetais e neonatais, por exemplo, refere que por mais que se pense na possibilidade de suas ocorrências, quando ocorrem, efetivamente, provocam quebras de expectativas violentas, instalando-se a vivência de uma situação crítica tanto para a família como para a equipe que a assiste. Do ponto de vista da cultura da enfermagem, as trabalhadoras são frequentemente instruídas para salvar vidas, regar vidas, cuidar da vida, e não para o confronto com a morte inesperada. Martins, Alves e Godoy (1999, p.115) refletem sobre isto com muita sensibilidade, questionando que não se permite nem sequer a possibilidade da morte, “como pode o profissional de enfermagem não se sentir perdedor ou impotente diante de um acontecimento que ele não consegue driblar na sua prática constante?” As autoras chamam a atenção para que se tenha o cuidado de não se equivocar com a necessidade de “abrir um espaço para morrer” (Id., 1999, p.115) dentro do hospital.

Esta aflição se exacerba quando se tem por representação a instituição como “uma casa”, “um lar” para receber a vida e ajudar na preparação para o desempenho de papéis maternos e paternos. Na insegurança sobre os encaminhamentos a serem dados, muitas vezes percebe-se apenas a existência do atendimento baseado na técnica e dissociado da própria condição humana – algo muito próximo, segundo Labate e Pereira (1998, p.20) “de um modelo médico de atenção à saúde”.

É importante deixar claro que nestas circunstâncias, não parece haver insensibilidade com as causas e questões humanas, mas a sensação de incompetência para assistir. As indecisões que permeiam o tema referente à mãe que perdeu o filho são tão intensas no AC que há, inclusive, dificuldades relacionadas ao lugar a ser ocupado por essa mulher, uma vez que ela está num ambiente envolvido com a vida e, ao mesmo tempo, sem a vida personificada no filho que deveria ter nascido. Pode-se incluir essas mulheres como ‘marginais’, no sentido dado por Genep (1978) e Turner (1974), porque, ‘não estando aqui nem lá’, permanecem num grau intermediário de classificação ou num limiar de posições que dificultam a colocação de ordem naquilo que, simbolicamente, encontra-se desordenado. Isto gera sentimentos de impotência, além de mostrar que as trabalhadoras estão preparadas para abordar os sujeitos hospitalizados a partir da ótica da *disease*, mas apresentam sérias dificuldades quando se vêem em frente de situações que se aproximam das experiências das mulheres e das famílias, ou seja, quando a assistência ‘integral’ requer que a abordagem se aproxime da *illness*. Não é que as trabalhadoras, de modo unânime, não desejam ou não percebam que a necessidade vai além dos procedimentos com o corpo da puérpera, todavia, muitas vezes, a trabalhadora quer efetivamente ‘fazer’ algo em prol das famílias que perdem

suas crianças, mas não sabem sequer por onde começar e quais recursos utilizar para levar a cabo o projeto assistencial.

Situações assim trazem indecisões e impaciências no ambiente do Alojamento e podem ser observadas por exemplo, nas palavras da enfermeira do setor que, ao falar sobre sua preocupação quanto à situação das mães cujos filhos são natimortos e que precisam permanecer uns dias na instituição até que aconteça a alta: *“eu fico preocupada com esta situação. Às vezes acho que a mulher não deveria ficar ali junto com as outras, ouvindo o choro dos bebês. Umam acham que é melhor assim e outras não, e em ambos os casos a gente não sabe muito como acompanhar”*. Assim como a enfermeira, as trabalhadoras de nível médio também declaram sentimentos similares acerca da assistência à mulher que vivencia esta situação especial. Tanto no que diz respeito à abordagem propriamente dita, quanto ao lugar que esta mulher ocupa na instituição de saúde, são assuntos que geram indecisões e levam a conflitos internos (ainda que alguns esforços multidisciplinares estejam sendo promovidos, inclusive com a participação de psicólogas voluntárias). Porém, esta tensão não é nova e nem mesmo específica para a Maternidade da Luz, pois vários estudos evidenciam que o local no hospital onde estas mulheres devem ficar é problema difícil de ser resolvido. Luz et al (1989), por exemplo, ao descreverem esta problemática, trazem alguns autores que observam que transferir a puérpera para um lugar mais privativo pode diminuir a dor que ela sente, mas tal decisão torna-se inapropriada caso seja interpretado pela mulher como punição pelo seu fracasso em dar à luz ao bebê vivo; por outro lado, isso determina que os profissionais se abstenham de lidar com a puérpera.

A mãe que perde o filho é cuidadosamente resguardada naquele leito individualizado que existe em cada um dos quartos mas, na verdade, permanece numa espécie de ‘limbo’, pois a individualização, longe de ser física, é absolutamente simbólica, com significados que transcendem o leito ocupado por uma mulher cuja gravidez não chegou a termo.

Outra puérpera considerada nesta classificação, corresponde àquela que deu à luz um bebê com malformações. As trabalhadoras interpretam-na como a mãe que apresenta dificuldades para assumir seu papel, principalmente, porque percebem que ela não consegue criar vínculo imediato com a criança.

*“As mães não se ligam muito fácil aos bebês, não. Não adianta dizer pra elas que o filho é bonito, igual aos outros, se ela está vendo que não é bonito. Muitas se esforçam, a gente percebe...mas elas não amam assim de primeira, como as outras, não. Às vezes vão até pra casa e ainda ficam meio longe da criança, sabes? É muito estressante. A gente não sabe muito bem como lidar com uma mãe assim. Esses dias tinha uma que teve um filho com [Síndrome de] Down e tinha também as pernas assim ó (faz movimentos com as pernas, tentando imitar a criança com os joelhos voltados para dentro)...eu tava ensinando o banho. Era primeiro filho, se não me engano. Cada pedacinho do corpo que tinha defeito ela enchia os olhos de lágrima. Eu disse pra ela: ‘deixa que eu faço sozinha, amanhã a gente faz junto’.*

*Mas ela disse que era triste, mas que ia enfrentar. Ela sofria, coitada” (auxiliar Marcela - Extratos de Entrevista).*

Independente do local onde a criança permaneça após o nascimento – junto com a mãe, nos casos que não envolvam risco de morte, ou longe dela (na UTIN, quase sempre), quando se trata de malformações congênitas graves, do ponto de vista da sobrevivência do bebê – e independente da mulher ter tido ou não conhecimento prévio de que a criança iria nascer com alguma mal-formação, as trabalhadoras avaliam que essas mulheres sempre mostram-se ansiosas, tristes, inquietas e muitas vezes em pânico frente à realidade que precisam começar a encarar. Como está insinuado nas entrelinhas do depoimento de Marcela, essas mulheres têm maiores dificuldades “para serem mães”, por apresentarem diversos graus de inevitabilidade da situação, revelados no modo lento e inseguro com que tentam estabelecer o vínculo afetivo com o filho.

É interessante ressaltar que, mesmo tendo dificuldades para “cuidar de dois” em situações especiais similares, e considerando-se, em sua maioria, despreparadas para envolverem-se na assistência como profissionais sensíveis, atentas e competentes, as trabalhadoras revelam profundo conhecimento sobre os sentimentos maternos envolvidos na experiência de dar à luz um filho portador de qualquer deficiência física ou neurológica:

*“na minha prática aqui no alojamento eu já vi de tudo, desde mãe com sentimento de culpa porque achava que ela era a responsável pelo defeito do filho, até as que vão pra casa achando que tudo está bem. Mas tem umas que uma hora dizem que não querem ir embora porque têm vergonha do que os vizinhos vão dizer” (técnica Ondina - Extratos de Entrevista).*

No diálogo com a técnica Ondina pode-se perceber que sua vivência estreita com as mulheres “que têm dificuldades para serem mães” lhe conferiu conhecimentos especiais sobre as possibilidades existenciais vividas por elas. Seu discurso sugere percepção de sentimentos de culpa, negação, e mesmo sensações ambíguas que são experimentadas pelas mulheres que deram à luz bebês com malformações; sentimentos que estão presentes no momento do estabelecimento dos primeiros encontros com o filho, o que acontece em grande medida, em virtude do filho imaginado não corresponder ao filho real. Mas se as trabalhadoras mergulham no mundo dessas mulheres, a ponto de entender suas experiências mais íntimas – diria mesmo, suas representações mais densas – de certa forma, também pode-se dizer que, a exemplo daquelas cujos filhos morreram ao nascer, aparentam inabilidade e déficit instrumental para garantir a totalidade complexa do “cuidado de dois”.

Kitzinger (1996), ao fazer a leitura antropológica sobre a violência infligida às crianças em algumas sociedades ocidentais, resalta que, assim como alguns bebês são imprevisíveis, outros são hiperativos, outros choram em demasia para os padrões culturais, os que apresentam malformações congênitas também se enquadram como bebês especiais que,

numa primeira aproximação, torna difícil uma pessoa afeiçoar-se a eles, porque podem tornar as coisas mais difíceis – principalmente para as mães, ligeiramente alarmadas com as suas primeiras reações (como as de culpa, negação, ambigüidade, apontadas pelas trabalhadoras, nesse caso). Essa leitura da realidade também me leva a questionar que alguns bebês, por serem “especiais” (no sentido de que não tornam fácil para a mãe, amá-los), uma vez interagindo com suas mães, também “especiais”, mas por não conseguirem amar seus bebês de modo tão intenso ou rápido como gostariam (elas e os que as circundam), se isso não poderia contribuir para a promoção futura de distintos modos de negligência e violência, quer seja em nível físico ou simbólico.

Estudos que tratam da experiência familiar com o nascimento de filhos portadores de deficiência vêm afirmando que a mãe que se sente mal sucedida com o filho recém-nascido pode deprimir-se e se sentir abandonada “pelo bebê com quem sonhou, pela criança por que esperou e que abrigou no seu corpo, deparando-se-lhe em vez disso um estranho” (KITZINGER, 1996, p.182). Muitas vezes, em tais situações, observa-se que a mulher tem dificuldades para sentir que é realmente seu filho e, algumas vezes, ela rejeita mesmo a criança quando tem que cuidar dela (KITZINGER, 1996; PINHEIRO, 1997).

Os resultados obtidos em tais estudos, somados às observações que realizei durante o trabalho de campo – que confirmam essas expressões por parte das puérperas – adicionado ainda aos sentimentos de inabilidade e incapacidade das trabalhadoras para lidarem com situações similares, encaminham para a necessidade de aprendizado específico, que além de ajudar a contextualizar a vulnerabilidade das mulheres que vivenciam tais experiências do ponto de vista emocional e simbólico, também sejam instrumentalizadas para saber lidar com o problema com que a mulher se defronta, a observar o seu comportamento com o bebê e a fornecer o suporte efetivo para a promoção mais segura do vínculo mãe-filho, já perfeitamente detectado como um dos fatores contribuintes da puérpera que tem “dificuldades para ser mãe”.

O que não se pode deixar de ressaltar é que as trabalhadoras conseguem detectar os ‘sinais’ promotores da dificuldade na formação do vínculo, o que por si só é extremamente positivo para a qualidade do “cuidar de dois” em tais circunstâncias, mas não se pode esquecer que as pistas diagnósticas necessitam de caminhos seguros para ajudar a mulher a ultrapassar os primeiros dias, altamente impactantes, e então exercitar a eterna aprendizagem do papel materno, já que, como diz Kitzinger (1996, p.185) “a mãe perfeita é algo que não existe” e que, na realidade, “a maternidade nunca se aprende, sendo antes algo que evolui”.

Outra mãe “especial” por apresentar dificuldades em exercer o seu papel social é a mulher portadora de AIDS. Para as trabalhadoras, as mulheres que se encontram nesta condição apresentam baixa auto-estima, distúrbio da imagem corporal e isolamento social que são considerados fatores intervenientes para a experiência do papel materno, conforme assinalam as falas da técnica Ondina e da auxiliar Débora:

*“as que tem AIDS quase sempre estão sozinhas, parece que todo mundo se afasta. Não sei, mas eu vejo que elas não se cuidam, sabes? Não se gostam, parece...Isso acaba respingando no filho, né?” (Extratos de Entrevista).*

*“tu viste aquela do A-9? Então, então...viste como ela tem raiva de ter tido aquele filho? Sei lá, é um pouco de irresponsabilidade, não achas? Além disso nem se olha no espelho, toma banho empurrada e não tá nem aí se a blusa tá toda pingada de leite. Vai ter muita dificuldade pra cuidar do filho, já dá pra ver, né?” (Extratos do Diário de Campo).*

Se o ofício de “cuidar de dois” mostra-se complexo e desafiador, um grau maior de preocupação e dificuldade de enfrentamento se apresenta, quando uma das personagens desse cuidado trata-se da puérpera que é portadora do HIV. Se o universo de significações que permeia a representação da mulher com AIDS já se mostra, em si mesmo, envolto por conflitos e contradições em relação ao cuidado, pode-se dizer que, no caso das puérperas, as representações tornam-se ainda mais nebulosas e conflitivas, uma vez que, para as trabalhadoras, a ligação maternidade-AIDS parece ser combinação perigosa que pode acarretar sérios problemas na interação ‘mãe-filho’. Portanto, atrás dessas preocupações não está apenas a percepção de uma mulher que tenta transpor os obstáculos de alguma forma já esperados socialmente para “tornar-se mãe”, mas a percepção da “mãe com AIDS” – uma representação que carrega consigo o sentido de uma certa fragilidade, ao mesmo tempo física, social e simbólica. Então, para as trabalhadoras, se a puérpera ‘comum’ vivencia um período transicional e portanto, inseguro, deixando a mulher vulnerável, a “mãe com AIDS” tem sobre si significado redobrado, ou seja, precisa dar conta duplamente de sua condição e *status* de vulnerabilidade.

Mas não são apenas esses os significados atribuídos pelas trabalhadoras de enfermagem às “mães com AIDS”. Além de perceberem-nas como mulheres que possuem pouca auto-estima, vivenciarem o isolamento social e apresentarem dificuldades para adquirirem auto-imagem positiva, são-lhe também atribuídos muitas vezes outros significados que carregam em si forte traço moralista e de certo modo estigmatizante que, interpretados à luz do referencial simbólico, evidenciam grande tendência à normalização das condutas precedentes da mulher que agora deu à luz, as suas relações afetivas e sexuais e a culpabilização da mulher por ter “resolvido” ser mãe, “apesar” de se saber portadora do vírus.

A atribuição de tais sentidos vem à tona quando as trabalhadoras avaliam que *“ela não está nem aí se a blusa tá toda pingada de leite”*, conforme citado anteriormente por Ondina, numa alusão ao aparente ‘relaxamento’ provocativo da puérpera, ou mesmo nas palavras de Tânia, quando comenta com a colega de quarto que *“a mãezinha do C-9 (puérpera portadora de Aids) deixa a criança toda suja... não se preocupa em limpar”*. Outro exemplo da tentativa de moralização das relações afetivas surge quando uma delas verbaliza: *“será que não pensou que tinha AIDS quando transou com o cara?”* Ou ainda na seguinte expressão: *“coitadinha da criança, é um anjinho que não tem culpa de nada... vai lá a mãe, né? Mas o nenêê?”* (falando sobre uma mãe “resistente” – grifos adicionados).

Outro significado que é atribuído à situação e que ressalta o traço moralista, associa-se ao perfil da irresponsabilidade destas mulheres, como surge igualmente na fala anterior e também na observação feita pela auxiliar Débora, anteriormente. A ‘irresponsabilidade’ atribuída à mulher associa-se de certo modo, com um certo grau de ‘culpabilidade’, fruto da descontextualização de todos os outros multifatores que possam ter contribuído para a aquisição da doença.

As “mães com AIDS”, dentro desta mesma ‘lógica’, são consideradas por algumas trabalhadoras como sendo contaminadas e, por isso mesmo, potencialmente ‘contaminadoras’, o que traz consigo dupla interpretação. De um lado, argumentam que a mulher *“pode passar o vírus pelo sangue; tem que ter todos os cuidados para a gente não se contaminar. Imagina, o sangue tá todo contaminado”*, que remete à preocupação institucional frente ao risco ocupacional de contaminação pelo HIV, ou então o fato de existir a preocupação universal que se refere ao enfaixamento das mamas maternas para impedir a transmissão da infecção para o filho através do leite – que são todas ações sugestivas do potencial de transmissibilidade orgânica, ou seja, com o sentido de **“contaminação patogênica”**, dentro dos princípios da biomedicina.

Por outro lado, observa-se que além deste tipo de contaminação, as trabalhadoras também possuem representação da **“contaminação simbólica”**, proveniente da rede de significados que imprimem à mulher portadora de AIDS, como aludem alguns depoimentos: *“ela pode contaminar o filho, sei lá, difícil entender, né? Como é que ela vai conseguir ser mãe, levando com ela o peso dessa doença? Ou então “será que ela deve ficar aí, no meio das outras?”* (frase dita por uma trabalhadora que, aparentemente, dominava com competência toda a tecnologia técnico-operacional sobre o risco de transmissão ocupacional do HIV). Esta idéia de contágio aprendido no seio do saber médico acabou sendo capilarizada

para a compreensão da mulher puérpera em seu todo, inclusive na construção cultural do papel materno.

Apresento a seguir um trecho que considero demonstrativo das representações das trabalhadoras acerca das puérperas portadoras de AIDS. Trata-se da exposição que a trabalhadora estava fazendo para mim, espontaneamente, no momento em que eu acabava de chegar ao Alojamento. É importante salientar que era um Domingo e que a trabalhadora já tinha tido contato com a mesma puérpera em seu plantão anterior, antes da puérpera manifestar sinais e sintomas de pneumonia.

*“[A Cida] teve cesariana. Botei ela na cama na quinta-feira...estava bem, não pensei que ia dar nisso [infecção oportunista]. Eu ainda disse...esta paciente não é pra ficar aqui, é pra ir lá pro setor das especialidades...mas como já tava na cama...ficou. Sabe como é, a gente se preocupa...é HIV, né? Não é qualquer coisinha...ela não quer enfaixar as mamas de jeito nenhum...o leite jorra. Vai acabar contaminando todo mundo...e não adianta porque as outras [puérperas] também enxergam. Como é que a gente vai esconder, né? Diz que enfaixar dói muito e não teve quem a convencesse. Eu tenho medo que ela ainda vai amamentar esse bebê...já pensaste? Ela já tá tomando remédio pra não ter [leite], ela também tomou AZT na gestação. Mas não pode dar de mamar, né? É proibido. A coisa tá feia de todos os lados. Vai lá, tu vai ver como é complicado. Hoje de manhã quem cuidou do nenê fui eu porque ela não tava nem aí. Ninguém convence de enfaixar as mamas...quero só ver no que vai dar isso. Já anotei uma porção de vezes no prontuário que ela não deixa” (Extratos do Diário de Campo).*

É importante salientar que antes mesmo de saber que teria complicações durante a internação, a trabalhadora já havia se preocupado com o fato da puérpera ser portadora de HIV (levar para o “setor de especialidades” significa colocar a mulher isolada – considera-a potencialmente ‘contaminada’ e ‘contaminadora’). O fato de verbalizar que “*não é qualquer coisinha*” pode ter o sentido de trazer à tona a necessidade de cuidado mais próximo, solidário, mas no contexto da narrativa, pode também ser interpretado como uma situação estigmatizante pois percebe-se que em seus argumentos está contida a percepção de que se a puérpera possui HIV positivo, ela pode contaminar o ambiente, as próprias cuidadoras e também as outras puérperas e recém-nascidos.

Ressalto também a regra instituída de que “é proibido dar de mamar”. Para a trabalhadora, isto soa como algo extremamente grave, uma vez que tem a responsabilidade profissional de evitar a possível transmissibilidade para o bebê, através do leite materno – ação impossibilitada pela negação da mulher em ter suas mamas enfaixadas (uma conduta apropriada do ponto de vista clínico). Mas parece-me que o pavor maior é que, com as mamas livres, “*pingando leite na blusa*”, a puérpera ‘pode’ vir a amamentar o bebê, o que acaba por retirar o peso da ‘responsabilidade’ de suas costas, transferindo à mãe a ‘falta de responsabilidade’ para com o filho.

Voltando a considerar de modo mais amplo a percepção das trabalhadoras de que as “mães com AIDS” se incluem na categoria das mulheres que apresentam dificuldades para

serem mães, considero importante insistir um pouco mais na representação que envolve essas mulheres portadoras do vírus e a construção do **papel materno** para as trabalhadoras.

As observações e entrevistas que fiz, envolvendo tais situações (algumas em forma de fragmentos, como exemplos), levam-me a considerar que para as trabalhadoras há um profundo sentimento de ambigüidade ao se relacionarem com as puérperas com AIDS. Sem dúvida este tema não é novo e nem mesmo esses sentimentos são específicos das informantes com quem me relacionei no AC. Jirapaet (2001), Praça e Grandi (1989) e Sadala e Matias (2000), por exemplo, são autores que tem exposto na pauta de seus estudos muitos recortes interativos entre o pessoal de enfermagem e os pacientes com AIDS, onde afirmam que sentimentos contraditórios e formas confusas de relacionamentos tomam lugar durante a assistência, justamente pelos significados atribuídos ao cuidar de pacientes com AIDS. Porém, o que desponta como algo diferenciador (melhor seria, complementar) quando focalizo as puérperas com AIDS sob a ótica dessas trabalhadoras que atuam em Alojamento Conjunto na instituição-maternidade é, justamente, um tipo específico de ‘ambigüidade’ que vem à tona quando o que se ilumina é o papel construído no imaginário das trabalhadoras, quando se leva em conta a intersecção entre a mulher com AIDS e a mãe com AIDS.

O que se percebe é que o entrecruzamento dessas duas simbologias faz aflorar o paradoxo que pode estar na base dos sentimentos ambíguos e das ações muitas vezes conflitivas em termos da assistência a ser desenvolvida na Unidade. É como se o fato de ser portadora da doença não ‘combinasse’ com a experiência de ser mãe. Então as representações aparecem de modo contraditório. Se por um lado, o significado de a mulher estar com AIDS está ligado aos aspectos de estigma social, conforme apontei anteriormente, indicando valores muitas vezes relacionados com perigo, mistério, morte, impureza, sujeira, promiscuidade social e com atitudes que sinalizam o ‘lado mau’ das ‘boas e virtuosas mulheres’, como a irresponsabilidade, a fraqueza e a insensatez; de outro, a mulher que acaba de ser mãe e precisa aprender logo a desempenhar o seu papel mais importante neste momento – já que as trabalhadoras consideram o puerpério imediato como um período altamente sensitivo para a formação da identidade materna – é considerada como alguém que precisa ser responsável, forte, sensata e portadora de crenças e valores que se relacionam à pureza, à vida, ao orgulho em expor-se à visão social e ao símbolo da virtude máxima por proporcionar nova vida à família (dar à luz).

Tais redes de significados, fortemente ligadas a contrastes e bipolaridades, podem realmente influenciar nos sentimentos percebidos pelas trabalhadoras a respeito da “mãe com

AIDS” e levar a conflitos sobre o melhor modo de agir no tangente ao cuidado educativo que engloba ajudar a mulher a ser mãe.

Essa representação tem bastante proximidade com os significados atribuídos pelas mulheres portadoras de AIDS quanto ao desempenho de seus papéis maternos – um estudo desenvolvido por Pereira e Chaves (1999), onde as mulheres descreveram intenso conflito por experienciarem a doença e por terem que ‘cumprir’ os seus papéis como mães. As autoras apresentam tal conflito vivenciado pelas mulheres dizendo que “se o papel social da mãe é dar conta do filho e se ‘estar com AIDS’ simboliza a morte, ela não cumprirá o seu papel, quebrando assim o contrato natural da responsabilidade” (PEREIRA; CHAVES, 1999, p.407). Portanto, não causa estranheza que as trabalhadoras aproximem-se das “mães com AIDS” no papel de profissionais, levando consigo também o próprio referencial social de seus papéis maternos e, principalmente, projetando-se, imaginariamente, em como seriam seus próprios enfrentamentos, caso se encontrassem, elas mesmas, em situações similares.

A sobrevivência no papel de mãe parece ser o que mais preocupa as trabalhadoras em relação às puérperas portadoras de AIDS, uma vez que para ser mãe, como se viu, há a necessidade de um redesenho em seus *status* e reorientação de valores.

Todas estas denominações e classificações atribuídas pelas trabalhadoras às “mães” que se internam no AC guardam correspondência com o que descreveu Boehs (2001), ao observar como a equipe de enfermagem denominava os tipos de familiares que acompanhavam as crianças em Unidades de Pediatria. Naquele contexto a autora percebeu que as denominações envolviam tanto familiares “folgados”, “descuidados”, “estressados”, quanto aqueles considerados pela equipe como “retraídos” e “cuidadosos”. Dependendo da classificação feita, a equipe “faz a interface com as formas específicas de cuidado ou não cuidado aos familiares” (BOEHS, 2001, p.191).

O outro personagem do “cuidar de dois”, o recém-nascido, ou apenas “RN”, de acordo com a linguagem clínica, assim como a puérpera/mãe, também é percebido pelas trabalhadoras de diferentes modos. Observa-se que hoje, após quase uma década de Alojamento Conjunto, o contato mais estreito com a criança que acaba de vir ao mundo tomou lugar um pouco mais familiar para as trabalhadoras, fazendo da ‘experiência distante’, algo que na atualidade adquire aproximação mais íntima, conferindo um grau menor de preocupação, desconforto e insegurança quando se fala da assistência ao recém-nascido. Embora, como referiu Isadora, “*ainda hoje tenho dúvidas*”.

A imagem da criança bem como o seu estatuto estão diretamente relacionados aos conhecimentos considerados necessários para cuidar dela. Quase sempre as trabalhadoras

utilizam um tom mais formal para comunicarem-se com os médicos (incluindo os residentes) sobre os recém-nascidos. Esse tipo de comunicação também é mantido com os outros setores da Maternidade da Luz, sempre que precisam obter ou passar alguma informação clínica e algumas vezes, a formalidade é requerida quando conversam com algum profissional que vem de fora, como por exemplo os professores de enfermagem e fisioterapia que desenvolvem práticas de ensino no AC. Tal comunicação é usada ainda para os registros no prontuário.

A comunicação formal compreende um linguajar bastante característico que engloba desde o ‘tratamento’ atribuído ao bebê, até o tipo de conteúdo que se quer obter, repassar ou adquirir. Assim, o bebê, na comunicação formal, sempre é tratado por “RN” e os conteúdos da comunicação são aqueles que dizem respeito à ‘neonatologia’, ou seja, específicos da linguagem biomédica, cujos parâmetros são delimitados pelo cuidado biológico e pelo corpo anátomo-patológico da criança. Vejamos, por exemplo, um pequeno trecho da comunicação entre a técnica Mercedes e o residente de pediatria que se encontrava na UTIN, por telefone:

*“...o RN apresentou dois episódios de regurgitação em borra de café em menos de meia hora [...]. Não, lavagem gástrica não foi realizada ainda...Sim, sim, já foi aspirado [...]. Está bem, está bem.....em decúbito lateral e tronco elevado, né? Ok, qualquer intercorrência eu comunico” (Extratos do Diário de Campo).*

Conteúdos biomédicos a respeito do recém-nascido são sempre bem-vindos para as trabalhadoras que dizem valorizar a neonatologia, principalmente porque “*a gente precisa se comunicar com os médicos*”. Este conhecimento tem valor particular nas posições de *status* e poder que se pretende ter quando se ‘fala a mesma língua’. Para algumas, este *status* é tão importante que sacrificam inclusive as férias, se for preciso, para adquirir conhecimentos biomédicos mais apurados, como foi o caso de uma técnica de enfermagem que utilizou sua primeira semana de férias anuais para fazer um estágio por conta própria na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

O outro tipo de comunicação sobre o neonato é aquele que as trabalhadoras mantêm entre si, com a enfermeira e com as famílias. Esta maneira de se comunicar é marcada, quase sempre, pela informalidade. Nestas interações, a criança é tratada por “nenê”, “bebê” ou “filho” e os conteúdos englobam visões menos medicalizadas acerca do recém-nascido, havendo, inclusive, espaços para a incorporação de aspectos mais existenciais sobre a criança que acaba de vir ao mundo. Por tratar-se de uma linguagem menos ‘dura’, freqüentemente é permeada por nuances mais afetuosas e domésticas que abrem espaço para sensações subjetivas e palavras usadas no diminutivo: “*ô mãezinha, tu já viste como as orelhas são molinhas, né? Precisa cuidar quando deitar o nenê de lado pra não ficarem dobradinhas*”. Às vezes os tons das conversas e as mensagens veiculadas são tão diferentes entre a

comunicação formal e a informal, que parece tratar-se de ‘outras’ crianças e de ‘outras’ situações clínicas. Vejamos por exemplo a conversa que a técnica Mercedes teve com a colega Alda sobre aquele recém-nascido que apresentou episódios de regurgitação:

*“é o filho da C-3. Acreditas que em meia hora vomitou sangue duas vezes? Tadinha da mãe, morri de pena dela. Mandaram deixar de lado e de pezinho. Eu disse pra mãe ficar com ele no colo. Tem mais conforto que no bebê-conforto, né?” (Extratos do Diário de Campo).*

Um aspecto que chama bastante atenção nas dependências do AC é a maneira como as trabalhadoras focalizam o recém-nascido no que corresponde à atribuição de gênero. Há tendência quase hegemônica a considerar todas as crianças que nascem como se fossem do sexo masculino; isso se observa tanto nos registros oficiais quanto nos primeiros contatos efetuados com a criança ou a sua família. A priori, nem mesmo os indicadores anatômicos de sexo são levados em consideração<sup>20</sup>.

Assim, por exemplo, nos prontuários, as anotações sempre se relacionam “ao RN” e não “à RN”, mesmo que o registro seja do cuidado prestado à menina. É muito comum frases como: “o RN apresenta-se anictérico, choroso...”, ou mesmo um tratamento assexuado: “RN bem, sem complicações...”. Observa-se que saber o sexo, ou melhor, relacionar-se com a criança ou comunicar-se sobre ela utilizando-se a identificação ‘correta’ com relação a ser menino ou menina é **muito importante** para os pais, mas não é uma questão tão importante para as trabalhadoras.

As famílias decididamente desaprovam (às vezes com veemência) essa “falta de cuidado” das trabalhadoras de enfermagem (aliás, de toda a equipe de saúde). Várias vezes observei que as funcionárias ao conversarem com as puérperas diziam, por exemplo: “ele é tão bonitinho” ou então “ele já tem nome?” e as puérperas, mães das meninas, retrucavam: “ele? É menina, não é um guri”, ou mesmo, “ele não. Ela!” Ou ainda checavam se era mesmo a criança delas, lendo o prontuário ou mesmo abrindo a roupa para certificar-se da identidade sexual do bebê. Observa-se que a família ajuda a formar a identidade sexual da criança, a partir do momento do nascimento, seja admirando o bebê e dizendo: “como é bonito o nosso menino!”, vestindo o menino de azul e a menina de rosa, ou mesmo fazendo questão de fazer penteados diferentes alinhando o cabelo dos meninos e ajeitando fitas ou “xuxas” nos cabelos das meninas, mesmo que para isso tenham que pedir auxílio inicial às “enfermeiras” porque têm receio de “machucar a moleira”.

<sup>20</sup> É claro que se está falando de formas de comunicação, e não de identificação oficial, pois a identificação do bebê quanto ao sexo é obrigatória e de responsabilidade profissional.

Quanto aos membros da equipe, em primeira instância, o tipo de referência que é feito ao bebê não importa tanto, pois diversas vezes ouvi seus argumentos em resposta às exigências da família, do tipo: “*anjo não tem sexo*” ou “*é tudo igual*” ou ainda “*a gente diz ‘ele’, porque é o bebê recém-nascido*” (numa clara demonstração que o fato de ser menino ou menina não confere nenhuma espécie de assistência profissional diferenciada). É interessante perceber que embora as trabalhadoras não dispensem maiores cuidados no que concerne a isso, reconhecem que as famílias não gostam do tratamento empregado por elas e admitem que as puérperas querem que a criança seja identificada por seu sexo ‘verdadeiro’. Como reconhece a auxiliar Cíntia: “*eu sei, eu também, quando tive as minhas meninas, não gostava que dissessem ‘ele’ para elas*”.

De modo geral pode-se dizer que as ‘lentes’ com que as trabalhadoras vêem os recém-nascidos muitas vezes não são as mesmas, principalmente no que se refere à individualização/singularização da criança – esse ser humano que passa a ‘existir’ no mundo fora do útero. Tal representação é dupla e gera indecisões frente ao “cuidar de dois”, uma vez que permanece apoiada na fronteira entre a vida do feto e a vida do novo indivíduo, do novo ser social.

Para algumas trabalhadoras deve continuar existindo simbiose entre o novo bebê e sua mãe, semelhante àquela que acontecia quando da ligação feto-gestante. Bebê e mulher ainda necessitam estar juntos, interconectados. Nesta versão, a vida fora do útero é uma mera continuação da vida uterina, ao menos nos primeiros dias após o parto:

*“eu acho por demais importante o filho continuar dependendo da mãe; eles são um só, igual pele e osso” (auxiliar Têmis - Extratos do Diário de Campo).*

*“mãe, bota ele perto do teu batimento cardíaco, se botar ele ali ele se acalma...dá segurança. Ele depende de você. Sem você ele não vive. Você pode até dormir com ele agarradinho assim feito canguru [...] né pai? Que tu achas?” (atendente Tânia, colocando o bebê em contato com o peito da mãe, na presença do pai – Extratos do Diário de Campo).*

Esta representação assemelha-se aos processos de promoção de ‘vínculos’ e formação de ‘apego’ propostos por estudiosos como Bowlby (1990) e Klaus e Kennel (1993), dentre outros, e que caracteriza explicitamente a relação mãe-filho. Segundo várias apreciações profissionais, particularmente na literatura de enfermagem, essa é a representação que deve ser estimulada e inclusive promovida nas instituições-maternidades, reafirmando a importância da atuação dos profissionais na interação com os pais (BARBOSA, 1999). A estimulação de uma certa continuidade de dependência da ligação mãe-filho permite inclusive a observação mais apurada do que se passa entre os dois, além de “ajudar a mulher a conhecer

o filho e tomar consciência do seu papel de mãe” (KITZINGER, 1996, p.157), nas sociedades onde essa interação é esperada e valorizada.

Para outras trabalhadoras, no entanto, existe o entendimento de que algum tipo de separação deve acontecer logo nas primeiras horas após o parto, a fim de que o bebê inicie os caminhos próprios de sua individualização. Não que isso signifique separação completa entre mãe e filho, apenas indica a preocupação que elas têm em promover que a criança inicie a sua própria vida com uma certa independência materna, para que passe a existir como um novo ser humano:

*“a dependência assim que eles tinham era muito grande. Agora tem que começar devagarinho a independência. Se a mãe ficar grudada nele o tempo inteiro, isso pode levar a ter problemas no futuro, né?” (auxiliar Clarice - Extratos do Diário de Campo).*

Essa independência é entendida como sendo relativa e processual e é estimulada através de ações como estimular para que o bebê durma no próprio berço e não na cama da puérpera, estimular que o bebê seja pego no colo apenas quando chora e incentivar os demais membros da família a se aproximarem da criança, ajudando inclusive a cuidarem dela. As trabalhadoras que crêem no pressuposto da ‘independitização’ progressiva entre mãe e filho são as que mais promovem a participação das pessoas significativas nos cuidados com o RN, convidando até para tomarem parte do banho diário do bebê, acompanhado ou não da presença materna se assim for acordado entre todos.

Ressalto que tal entendimento não é consoante com o que Davis-Floyd (1994b) descreve como sendo um modelo conceitual de separação mãe-filho própria do “modelo tecnocrático do nascimento”, pois sua perspectiva traduz a idéia de que a criança é separada para fins da medicalização do nascimento como produto do processo mecânico do parto, o que não é o caso aqui. É claro que várias outras ações profissionais são praticadas, permeadas pela concepção biomédica do nascimento ou, como tenho argumentado, do nascimento como *disease*, mas é importante salientar que nem sempre essas ações são conscientes e também que a idéia da ‘independitização’ mãe-filho, para as informantes desta pesquisa, não tem o mesmo peso conceitual de práticas de separação entendidas como um modelo cultural da “mitologia da tecnocracia” (DAVIS-FLOYD, 1994b, p.1125, tradução nossa).

Conforme assinalou-se anteriormente, as trabalhadoras comunicam-se entre si, a respeito das puérperas, utilizando-se de um esquema classificatório que as definem como sendo mães “rebeldes”, “resistentes”, “que colaboram” e as que são “especiais”. Durante o trabalho de campo foi possível detectar que esta linguagem interna está presente tanto nos cuidados que as trabalhadoras têm com cada ‘tipo de mãe’, quanto na comunicação que mantêm entre si. Isto ficou bastante evidente, inclusive, nas entrevistas, quando pude perceber

que elas utilizavam mesmo a denominação “*aquela é uma mãe resistente*”, etc. No que se refere aos recém-nascidos, entretanto, não foi possível perceber sistema tão explícito de categorias, ou melhor, na cultura interna do Alojamento, observa-se que os bebês possuem uma certa ‘classificação’, embora eles não sejam denominados assim de modo tão esclarecedor como fazem no que concerne às puérperas. Foi durante o exercício cotidiano do cuidado que percebi que as representações sobre ‘quem é o recém-nascido’ eram muitas vezes distintas de trabalhadora para trabalhadora.

Não se trata, é claro, de buscar forçar enquadramentos conceituais e sistemas classificatórios, mesmo porque nem tinha intenção de perseguir tal objetivo; porém, fui observando que distintos significados iam aparecendo, independente do ‘desejo’ da pesquisadora. O mais importante, do ponto de vista da cultura da enfermagem no AC, é que tais enquadres – certamente porosos e interpenetráveis – acabavam por ajudar a revelar que as ações de enfermagem com as mulheres e os bebês, tinham referência bastante íntima com o modo como as trabalhadoras identificavam as puérperas e os recém-nascidos no processo de “cuidar de dois” que não eram ‘quaisquer dois’. Assim pois, é que, surgindo de maneira mais explícita ou menos explícita, as categorias foram sendo anunciadas e permeáveis à interpretação.

As interações mantidas com as “crianças que acabaram de nascer” (uma expressão que as trabalhadoras fazem questão de verbalizar em diversas ocasiões) são caminhos férteis para vislumbrar como definem os recém-nascidos – o que, como falei, acaba por direcionar o modo como cuidam deles. Para algumas, os bebês são considerados como sendo “fortes”, para outras como sendo “frágeis” e para outras ainda o RN é alguém que “não se sabe direito”, o que simboliza muitas indecisões a respeito da assistência ao bebê e também uma certa dose de ‘marginalidade’ (sempre no sentido antropológico) quanto às suas dimensões físicas, emocionais e ‘existenciais’ (enquanto ‘experiência’ mesmo de estar a primeira vez no mundo).

### **O recém-nascido é “forte”**

As trabalhadoras que identificam o recém-nascido como sendo “forte”, normalmente o avaliam na perspectiva do esforço incomum que o bebê que acabou de nascer precisa fazer para enfrentar as adversidades provocadas pela mudança de ambiente, o que, por consequência, gera a necessidade de mudar seu sistema orgânico, relacionado às alterações bioquímicas, anatômicas e funcionais do corpo.

*Auxiliar: ele tem que ser mesmo um touro, né gente? Olha só...quando tava lá dentro da barriga, o sangue das veias corria nas artérias, o coração tinha outros orifícios, respirava pelo cordão e achava que ia ser peixe porque vivia dentro d'água. Agora tá aí ó, respira o ar, mantém a circulação sozinho...não é um touro? Imagina nós agora, adultos, fazendo isso. Não sobrava ninguém.*

*Puérpera: é, é forte sim, mas tem que cuidar, né?*

*Auxiliar: claro que tem que cuidar, como qualquer criança, mas não dá pra ficar pensando que ele é fraquinho, que não pode isso, não pode aquilo...muita frescura! (diálogo mantido entre a auxiliar e duas puérperas colegas de quarto – Extratos do Diário de Campo).*

Se de um lado esta representação pode levar a alguns problemas no tangente à representação que muitas famílias possuem sobre o bebê (representações contraditórias), de outro, os recém-nascidos considerados “fortes” têm ressaltadas as suas potencialidades, fato que contribui para a promoção de segurança no cuidado à criança.

As trabalhadoras que atuam entendendo os recém-nascidos como portadores de singularidades inerentes à transição da vida intra-uterina para a extra-uterina, normalmente aprimoram seus conhecimentos técnico-científicos a fim de instrumentalizarem o processo de “cuidar de dois”. O aprimoramento visa atender as necessidades do bebê, respeitando suas interações com o ambiente externo (incluindo a mãe), suas necessidades terapêuticas, alimentares, de higiene e de manutenção dos sistemas orgânicos em níveis ideais para que o bebê tenha a melhor sobrevivência possível, considerando suas peculiaridades neonatais.

Estas trabalhadoras costumam aproveitar os momentos do “cuidado educativo” para expor às famílias e principalmente às “mães”, todos os indícios que podem apontar o bebê como sendo forte e contactuante aos estímulos externos. Frequentemente estão expondo individualmente para as puérperas sobre a capacidade que as crianças têm de usarem os sentidos do paladar, do olfato, da visão, da audição e do tato e, ao mesmo tempo, provocando estímulos no bebê e festejando as respostas obtidas, quando estas se manifestam conforme o esperado.

Nas interações, às vezes, ‘provocam’ as puérperas para testarem seus conhecimentos à respeito das características neonatais e ao receberem como resposta qualquer conteúdo que revele algum resquício de indecisão ou desconhecimento, são bastante rápidas em mostrar que o bebê é ‘muito mais’ do que pensam sobre ele. Assim, por exemplo, a declaração de uma puérpera de que “*ele [o filho] não enxerga muito bem, né?*” é rapidamente corrigida com a seguinte observação da auxiliar de enfermagem: “*que nada! Isso é antiquíssimo. Hoje se sabe que os bebês vêem muito bem e interagem com a gente de um jeito que nem a gente mesmo percebe. São muito espertos, já desde recém-nascidos*”.

Ainda que esta reação seja, à primeira vista, considerada abusiva, sob o prisma do compartilhamento de experiências e saberes, observa-se que nem sempre as famílias desaprovam tal ‘conteúdo’ (talvez sim, a forma de fazê-lo) e alguns mesmo se inebriam com a

possibilidade, antes desconhecida, de serem promotores do estímulo que os bebês ‘precisam’ para ver, ouvir, cheirar, provar, testar, segurar, sentir, enfim, desabrochar como novos seres humanos no e para o mundo.

### O recém-nascido é “frágil”

As trabalhadoras que identificam o recém-nascido como sendo “frágil”, ao contrário das anteriores, ressaltam as características que o tornam fraco perante a necessidade de ultrapassar o período de trânsito entre a vida fetal e a pós-natal. Para elas, os bebês, nos primeiros dias, independente de serem portadores de distúrbio, patologias ou serem prematuros, são sempre bebês críticos, principalmente por entenderem que as modificações fisiológicas que ocorreram com a criança, na passagem de dentro para fora do útero, são marcadas pela ‘novidade’, ou seja, por um outro estado físico que de certa forma, deixa a criança em perigo. Mesmo a aparente ‘normalidade’ pode esconder indícios de dificuldades orgânicas ou possibilidades de risco. O seguinte depoimento sinaliza para isso:

*“cuidar do RN é sempre uma preocupação, principalmente logo nos primeiros dias. Com tantos anos de trabalho eu ainda não me acostumei muito não. Tenho medo do que pode acontecer. Tudo bem, fica ali quietinho (imita a posição fetal adotada pelo bebê), quietinho...mas está acontecendo o quê com aquele quietinho? Uma hipoglicemia?” (técnica Érica - Extratos do Diário de Campo).*

As trabalhadoras que acreditam que a criança ao nascer encontra-se vulnerável, mantêm determinados cuidados durante sua estada no Alojamento, que refletem esses significados. Deste modo, preocupam-se em avaliar os sinais vitais dos bebês freqüentemente, observá-los de modo ininterrupto na busca de sinais potenciais de anormalidades, em promover ambiente favorável com relação à imaturidade térmica e circulatória das crianças, como por exemplo, manter janelas fechadas e agasalhar os bebês. Além disso, são as que reagem de modo mais alarmante frente a qualquer sinal que interpretam como sendo de ‘perigo’, como por exemplo, correr com a criança nos braços para a UTIN sempre que ela apresentar algum episódio de vômito e regurgitação ou manter o bebê no berço aquecido mesmo que ele já esteja com sua temperatura estabilizada. Mas a qualidade de vulnerabilidade que percebem na criança também pode levá-las ao estabelecimento de algumas medidas consideradas desnecessárias ou mesmo potencialmente interventivas do ponto de vista assistencial, como repetir mais de uma vez os procedimentos de punção plantar no RN para a coleta de sangue que avaliará se a dosagem de glicose se encontra dentro dos parâmetros bioquímicos esperados, com intenção de “*checar com certeza se a glicose está normal*”.

Em estudo que realizei anteriormente (MONTICELLI, 1994) com famílias de classes populares que passavam pelo processo do nascimento, pude constatar que em suas concepções

os recém-nascidos vivenciam o mesmo ‘período de resguardo’ que a mulher puérpera. Esse período tem a intencionalidade adicionada que é a de ajudar o bebê a sair de sua suscetibilidade, uma vez que esta é considerada inerente à criança que acabou de vir ao mundo. Os rituais de cuidado realizados com os bebês incluem o controle terapêutico para que estes não venham a adoecer ou mesmo a morrer em decorrência de sua fragilidade.

Tais concepções são bastante comuns do ponto de vista familiar/popular, mas quase não se encontra presente em publicações profissionais que atribuem esta característica de vulnerabilidade, mais acentuadamente, a recém-nascidos prematuros e com enfoque de risco, ou seja, sob a perspectiva médica. Porém, alguns estudiosos trazem à tona esta concepção de fragilidade argumentando que, para a criança que está nascendo, “[ocorre] um momento de altíssima vulnerabilidade que marcará para toda a sua vida – até encurtando-a, dependendo de como terá se processado essa assistência” (RATTNER, 1996, p.1), ou então que a criança que nasce é “frágil, dependente, passiva e incapaz de se comunicar diferencialmente” (SCHNEIDERMAN, 1996, p.155), ou ainda, na interpretação do Grupo de Defesa da Criança (2000, p.5), uma das etapas mais importantes da vida é o nascimento, “quando a criança faz esforços que favorecem as alterações fisiológicas necessárias para a transição da vida fetal para a vida neonatal. Nesse momento o ser humano está sujeito a perigo de vida”.

### **O recém-nascido “não se sabe direito”**

Por fim, há ainda a concepção de que o recém-nascido “não se sabe direito”. Algumas vezes, tentando aproximar-me dos significados atribuídos pelas trabalhadoras aos neonatos, em conversas informais ou durante entrevistas temáticas, eu perguntei: “quem é o recém-nascido?” As respostas obtidas quase sempre circulavam em torno da representação “não se sabe direito”. “Por quê?” Voltava a perguntar, procurando chegar aos sentidos ainda obscuros, e então as trabalhadoras passavam não propriamente a explicar o modo como construíram a representação, mas fornecendo pistas irregulares que mais se assemelham a origens mitológicas do que a construções elaboradas durante a formação profissional:

*“dizem que ainda não é um ser humano completo, né? Pois tu vê que ainda não foi nem registrado e às vezes nem nome tem ainda. Será que dá pra dizer que é uma criança completa? Acho que não, né? Eu não sei se ele se parece mais com feto ou mais com criança. Tu vê que ele não é ainda uma pessoa completa que nem nome na pulseira tem ainda...e nem no prontuário, né? Precisa levar o nome da mãe. RN de fulana de tal...” (referindo-se a uma prática comum nos hospitais que é a de identificar o recém-nascido com pulseiras de plástico, contendo o nome da mãe. Idem para os outros sistemas de registro oficiais). (Tânia - Extratos de Entrevista. Grifo adicionado).*

*“não se sabe direito, sei lá, é uma confusão muito grande. Uns dizem que ele depende totalmente da mãe, outros que é um ser independente. É claro que ele é uma pessoa porque eu tô vendo ele ali, mas que tipo de pessoa que é? Tá bem, nasceu, mas você acha que se ele vier a falecer logo depois que*

*nasce, a família vai sentir como se tivesse morrido uma criança de um ano, por exemplo? Acho que não...ainda não se pegou afeto completo, né? É praticamente desconhecido” (Romana - Extratos do diário de Campo. Grifo adicionado).*

É interessante observar que as trabalhadoras utilizam várias vezes algumas expressões negativas seguidas da palavra “completo” ou “completa”, como por exemplo, “*não é um ser humano completo*”, “*não é uma criança completa*”, “*não é uma pessoa completa*”, “*não se pegou afeto completo*”, que remetem à incompletude do que seria a pessoa total. Estar na zona fronteira significa **não ser ainda** e é esse não ser ainda que está na base da representação de que o recém-nascido “não se sabe direito”. Este sentido atribuído ao ser humano que acaba de vir ao mundo, conforme mostram os depoimentos, tem a ver tanto com o bebê enquanto usuário de sistema de saúde, quanto com o fato de estar em passagem para o ‘ser pessoa’, e também com a idéia de que se o ser humano que chega é praticamente desconhecido, as relações afetivas ainda não estão completamente esclarecidas.

Pode parecer estranho e soar como algo perverso do ponto de vista da assistência à saúde, o fato de haver uma certa ‘discriminação’ quanto aos conceitos e aos pressupostos que estão na base das condutas com os recém-nascidos em um ambiente tão ‘tecnologizado’ como é o caso dos hospitais-maternidades, mas se aguçar os sentidos e fizer uma leitura menos apaixonada, talvez se possa encontrar outras explicações.

Com relação à percepção do recém-nascido como usuário do sistema de saúde – excetuando-se o fato de não ter seu próprio nome registrado nos documentos hospitalares, até porque ainda não foi registrado oficialmente –, pode-se dizer que até recentemente o mesmo não era identificado como pessoa e muito menos como usuário do sistema. Rattner (1996) cita um exemplo bem apropriado: o pagamento de sua assistência médico-hospitalar era incorporado aos pagamentos do parto. Um vez não sendo individualizado, muitos administradores hospitalares alegavam não recebê-lo. Isto gerou várias distorções, fazendo crer que o neonato, cujo nascimento é cercado de expectativa por nove meses por parte de sua família e da sociedade, fosse o aspecto menor da assistência. Somente com uma portaria da Secretaria da Saúde, em 1993, é que foi dado o primeiro passo para a correção dessa distorção.

O historiador Philippe Ariés ao discorrer sobre a história social da criança e da família, também oferece ricas descrições sobre a maneira como as crianças eram concebidas em diversas épocas e circunstâncias sociais. Fala, por exemplo, de um “sentimento superficial da criança” (ARIÉS, 1981, p.10) e que era reservado ao bebê em sua tenra infância. Acaso o bebê morresse, alguns podiam ficar desolados, porém a regra geral era não fazer muito caso, em vista deste sentimento superficial atribuído à infância e especialmente à criança pequena.

O bebê, que não chegava a sair de uma espécie de anonimato, também não era sujeito às atenções afetivas por ainda não ter havido tempo suficiente para tocar a sensibilidade dos adultos. Inclusive a própria morte do bebê era bem tolerada e “a vida da criança era então considerada com a mesma ambigüidade com que hoje se considera o feto” (ARIÉS, 1981, p.18). A idéia de que o recém-nascido não seja ainda uma ‘pessoa completa’ é muito comum em muitas culturas e para Hérítier (1996), um dos componentes que ajuda a assegurar a sua existência como parte inteira é a atribuição de uma identidade social reconhecida por todos, como a identidade marcada pelo nome que lhe é dado. “Só se torna uma pessoa se trazer esse nome carregado de sentido” (HÉRITIER, 1996, p.245).

Essa espécie de anonimato, de “não saber direito” quem é o sujeito recém-nascido, leva muitas trabalhadoras à comparação com os animais e portador de comportamentos instintivos que o assemelha aos mamíferos: “*mama que é um bezerro*”; “*é um terneirinho mamão*”; “*se espreguiça que nem gato*”; “*é um machinho*” que, por conta da indecisão classificatória em termos existenciais, está mais próximo da natureza que da cultura.

Creio ter argumentado até aqui que tanto nas abstrações feitas, quanto nas ações executadas com o bebê, a maioria das trabalhadoras aparenta indecisão sobre o que significa o recém-nascido, revelado através da expressão: “o RN não se sabe direito”. Porém, para adicionar um pouco mais de concretude à minha interpretação, a exemplo da reflexão sobre a noção de infância para grupos populares no Brasil urbano, feita por Fonseca (1995), irei apresentar duas situações concretas da vida cotidiana do Alojamento, que considero indispensáveis para reforçar a idéia de que, para as trabalhadoras, a noção de criança recém-nascida vai sendo construída e reelaborada, a partir da convivência (vivência concreta) com o bebê e sua família.

#### - O Natimorto

Os sentimentos de pena e angústia, manifestados com relação à mãe cujo filho morreu, não são necessariamente os mesmos expressados quando o bebê morre ao nascer ou aquele que já nasce morto. O fato de não ter sobrevivido significa, para as trabalhadoras, que não se tornou concreto e não tendo se concretizado (ou sobrevivido, mesmo que tenha sido por pouco tempo), possui pouco ou nenhum valor enquanto sujeito de relações afetivas:

*“logo que a gente assumiu o bebê no Alojamento eu até ficava assim meio impressionada quando tinha que arrumar os que morriam. Mas depois a gente vai conversando, vai vendo, vai pensando...pra que ficar assim eu digo triste, né? Tudo bem a família e tudo, mas nem a família demonstra muito sentimento triste...é que não se pegou afeto, né? Não ficou conhecido...ah, é bem diferente duma criança maior...não viveu, né? Se vivesse já era um sentimento diferente” (auxiliar Clarice - Extratos do Diário de Campo).*

*“eu sei que é difícil, mas te conforma. Já pensou se teu filho morre mais tarde, quando já tem um ou dois anos por exemplo? Credo, nem fale. Pensa bem, foi melhor assim, enquanto ele é recém-nascido, né?” (técnica Alda, consolando a puerpera cujo filho foi natimorto).*

As conversas que as trabalhadoras mantêm entre si e também com outras pessoas que se envolvem com o cuidado do corpo do bebê morto também são significativas no que corresponde à percepção de que o recém-nascido “não se sabe direito”. Um exemplo típico pode ser demonstrado quando da comunicação mantida entre a auxiliar e o agente funerário, no momento de remoção do corpo do bebê para o sepultamento.

*O rapaz chega de terno preto e gravata. São oito horas da manhã. Trás nas mãos um documento que logo percebo tratar-se de um atestado de óbito. Aproxima-se da auxiliar, identifica-se dizendo que é da funerária e que veio remover o corpo de um recém-nascido que morreu no dia 20. A auxiliar, já tomando a frente, solicita o documento e enquanto vai andando em direção à conservadora, vai lendo em voz alta: “RN de (lê o nome da mãe)...natimorto...duas mil e cem gramas...(dá uma breve pausa, enquanto o agente funerário e eu quase a atropelamos, pois seguimos logo atrás)...ah, já sei (continua andando), é o neném daquela do quarto C que foi embora ontem. O senhor trouxe o caixãozinho?? Quem foi que se comunicou com a funerária?”*

*Agente: “foi o pai da criança. Ele tá lá no cemitério esperando pra enterrar o bebê, porisso eu não posso demorar muito. Eu vou no carro buscar o caixão”.*

*Enquanto aguardamos no meio do corredor, a auxiliar comenta comigo que tem que ter o caixão, senão fica “chato andar com o pequeno embrulho nas mãos por aí, né? Melhor então é colocar logo no caixão que é o lugar onde se deve colocar o corpo morto”.*

*O rapaz da funerária volta trazendo o pequeno caixão branco embaixo do braço. A auxiliar segue com ele na frente, abre a porta da sala da conservadora com a chave e orienta para que coloque o caixão sobre uma pequena mesa. Abre então a geladeira, retira o pequeno corpo já previamente acondicionado e fica na dúvida se o pacote que retirou é mesmo o do bebê. Ao certificar-se que a placenta está no outro pacote, decide: “é este mesmo, este outro é uma placenta que vai pra análise”. Volta-se em direção ao agente funerário e enquanto colocam o corpo dentro da urna e torcem os pinos para fechá-la, mantêm o seguinte diálogo:*

*Auxiliar: se o pai quiser, você pode desembulhar que ele tá de roupinha, tá?*

*Agente: ah, botaram roupinha...do bebê mesmo?*

*Auxiliar: é, a mãe deixou aqui pra botar...*

*Agente: mas acho que não vai precisar abrir. Acho que o pai não vai querer ver. A grande maioria não quer.*

*Auxiliar: enterra direto, né?*

*Agente: hum, hum...*

*Auxiliar: é, mas se por acaasso, né?...vai lá que queira...a gente tem que colocar [a roupa] logo que nasce, quer dizer, logo que morre, porque depois fica muito durinho...vais direto pro cemitério então? Tá bem, não precisa fazer velório mesmo, né?*

*Agente: hum, hum...*

*Auxiliar: eles não fazem mesmo velório de natimorto...não precisa... a família sofre e tudo, né? Mas pensando bem, ainda não se afeiçoaram, né? É pior se já tivesse vivido...*

*Agente:...daí quando morre é mais doído...é mesmo.*

*Auxiliar: Assim não... se não viver, também não se sente tanta dor. Tu vê esse aqui...nem se pode dizer que é um ser humano, né? Nem chegou a viver e já morreu...o próprio nome já diz: n-a-t-i-m-o-r-t-o (soletrando, sob a concordância do agente funerário). (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

A crença que se encontra presente, enquanto qualidade do bebê em tal situação, é que se o mesmo morreu sem ter vivido, sua condição, enquanto ser humano, é terrivelmente incerta. Para as trabalhadoras, é como se a criança ainda não tivesse ‘existido’ para o ‘mundo real’. A morte então é como que a iniciação do mundo da vida ‘às avessas’. De qualquer modo, trata-se da iniciação, uma vez que envolve uma mudança radical de regime ontológico

e estatuto social. Sob esta ótica, a criança, quando acaba de nascer, possui apenas existência física, não sendo ainda reconhecida enquanto um novo cidadão com existência social e política. Como refere Eliade (1992), somente após o desenvolvimento de alguns rituais realizados no decorrer dos primeiros dias é que se dá ao recém-nascido o estatuto de ‘vivo’ propriamente dito.

Conforme assinalam os exemplos que isolei como amostra representativa da rede de significados que as trabalhadoras imprimem ao RN por não terem certeza de seu lugar definitivo neste mundo, fica claro que o recém-nascido existe somente como ser biológico. Quando ‘nasce morto’, a morte que se busca apurar é a morte do corpo físico (“o corpinho”) do bebê. Se ele ainda não nasceu socialmente (não se afeioou e não foi objeto de afeição por parte da família e também das pessoas próximas, inclusive dos profissionais de saúde), também não há como ritualizar a morte social; portanto, ‘justifica-se’ a supressão do velório e as demais cerimônias que incluem o funeral do natimorto.

#### - A Menina de Brincos

A representação de que o recém-nascido “não se sabe direito” tem reflexos também em algumas outras atividades desenvolvidas com a criança no AC, principalmente naquelas em que ‘a dor’ do bebê é colocada em destaque. Uma vez que a noção de neonato e de período neonatal é permeada pela incerteza, observa-se que, muitas vezes, os parâmetros utilizados para a avaliação da dor são sustentados pelo substrato de que o recém-nascido “não se sabe direito”.

Um exemplo disso é percebido nos procedimentos relativos à colocação de brincos nos recém-nascidos; aliás, nas recém-nascidas, já que se trata de uma prática cultural específica que incorpora desde cedo a diferenciação entre meninos e meninas, ou seja, um ritual que demarca a estética do feminino. Não há nenhum relato que neste setor já se tenha posto brincos em algum menino. Em compensação, quase 80% das meninas têm alta com brincos reluzentes nas pequenas orelhas. Excetuando-se umas poucas famílias que realmente não desejam este tipo de adorno, as outras 20% de famílias que tiveram meninas, se não o fazem dentro da instituição, é porque têm alguma vizinha ou parente que “tem experiência” com a técnica e que o fará logo que chegarem em casa. Tanto as famílias quanto as trabalhadoras acreditam que só se deve colocar brincos na criança, **enquanto ela é recém-nascida**, caso contrário, poderá **não suportar a dor**. Considerando-se a linguagem cultural específica, o termo utilizado pelo grupo de trabalhadoras de enfermagem não é “colocar brincos” (este é mais usado pelas famílias) e sim, “furar as orelhas”.

Vejamos alguns recortes da prática cotidiana do ritual de perfuração das orelhas:

*enquanto acompanho um pai até a porta de saída, cruzo com a acompanhante da puérpera do leito ao lado. Tenta acalmar a criança, pois a mesma está aos berros. Atrás dela vem a auxiliar. A mulher diz para o bebê: “não chora, não chora...é pra você ficar mais bonita. Só dói agora, logo passa”. Fico intrigada com as palavras proferidas: o que é que é pra ficar mais bonita...e dói? Vou atrás da mulher que entrega o recém-nascido à mãe. A auxiliar desaparece. Não acompanha a mulher e o bebê.*

*Puérpera: chorou muito?*

*Acompanhante (tia): bastante...mas dá e passa.*

*Puérpera: deixa eu ver, filhinha...que linda! Que brinco lindo a titia te deu...*

*Observo, um pouco afastada, que a criança está com um par de brincos. Na minha avaliação, bastante grandes para o tamanho da criança. Os lóbulos estão avermelhados...a criança chora muito. Fico pensando que a colocação dos brincos poderia ter sido realizada pela auxiliar... e não demoro muito para me certificar. Como os leitos são separados por divisórias de madeira, ouço, no leito vizinho, a voz de um homem que solicita a alguém: “podes colocar agora?” Mas não ouço a resposta. Porém, vejo que o homem segue para fora do quarto com a criança nos braços. A trabalhadora sai na frente, rapidamente. Acompanho de longe o homem e percebo que entram no quarto D.guardo o retorno deles no quarto C, de onde saíram, e percebo que outra criança volta com os brincos devidamente colocados. A criança chora muito nos braços do pai<sup>21</sup>.*

Certamente que se trata de uma prática furtiva que não é explicitamente declarada por ninguém no Alojamento, embora todos saibam e reconheçam sua ocorrência. As famílias, sabendo que é algo ‘fora’ dos procedimentos oficiais, não comentam sobre isso aos quatro cantos; informam-se umas com as outras aos sussurros, interrogam as trabalhadoras em voz baixa e procuram resguardar o choro dos bebês, embalando-os furtivamente e procurando que os outros profissionais ‘não descubram’ (médicos e algumas vezes a enfermeira – quando conseguem distingui-la) que foram cúmplices na prática da colocação dos brincos em suas meninas. As trabalhadoras, por sua vez, resguardam-se de comentários explícitos, mantendo a prática ‘parcialmente’ em segredo, pois procuram os locais menos populosos do AC para a atividade, jamais pegam os bebês no colo sozinhas para transportá-los aos locais da colocação propriamente dita (isso é tarefa para os acompanhantes), e procuram não dar pistas seguras de

<sup>21</sup> Este recorte corresponde à minha “iniciação” enquanto enfermeira e pesquisadora, na prática da colocação de brincos em AC. Conheci esta prática meio que “por acaso” – o que, de certa forma, deixou-me terrivelmente mal nos primeiros dias de “descoberta”, pois eu mesma, sendo enfermeira e tendo trabalhado tantos anos com recém-nascidos, nunca havia percebido que a colocação de brincos era uma prática corrente dentro de instituições-maternidades. Algumas vezes percebia as crianças com brincos, ainda na maternidade, mas imaginava que alguém da família tivesse colocado. Então, como “encarar” o que, profissionalmente, era “contra os princípios” da biomedicina? Afinal, não podia deixar de considerar que era uma ação profundamente intervencionista e certamente dolorosa para o bebê. Por outro lado, meu olhar “antropológico” também me pegou de surpresa, pois como é que eu já havia tentado me “impregnar” da cultura há três meses (tempo que levei para perceber que a prática ocorria) e no entanto, ainda não tinha “visto” que o ritual ocorria? Somente passados muitos dias é que a ansiedade e a surpresa foram diminuindo e então, com a dose de “estranhamento” reforçada é que pude voltar a encarar a prática de colocação de brincos ou de “furar as orelhas” como uma prática cultural específica e então, sem o peso profundamente forte de meu “conhecimento biomédico” é que me dispus a interpretar essa situação, procurando não distingui-la das demais a fim de que não houvesse dominações etnocêntricas. Não afirmo que tenha conseguido, mas certamente garanto que foram momentos decisivos para o meu exercício de compreensão etnográfica. Com o passar do tempo – e tendo quem sabe me despidido de meu olhar etnocêntrico – passei também a ser questionada por algumas famílias, ficando completamente “sem jeito” ao ouvir: “a senhora coloca brincos”?

que executaram o procedimento (nunca retornam ao quarto com o acompanhante e a criança após a intervenção).

Goffman (2001), ao dissertar sobre o controle de informações intra-institucionais, vai dizer que os membros das organizações mantêm determinados tipos de relações e comunicações que se constituem em ‘segredos íntimos’, cuja posse marca o participante como membro de um grupo e contribui para que este se sinta separado e diferente dos indivíduos que ‘não estão por dentro’. Pode-se dizer que ao trocarem informações a respeito do procedimento, famílias e trabalhadoras tornam-se, naquele momento, co-participes de um mesmo empreendimento, ainda que ambos saibam que não são práticas profissionais reconhecidas e aceitas pelas normas institucionais e do exercício da profissão.

Além de ser realizada em locais privados do AC, a técnica não é efetuada em qualquer momento da internação. Pode ser que a ‘combinação’ entre famílias e funcionárias até aconteça antes – para dar tempo, inclusive, de se providenciar as pequenas jóias – mas o momento exato da colocação acontece apenas no dia da alta, quando se tem certeza que a criança não permanecerá muito tempo na instituição com as ‘orelhas furadas’ ou chamando a atenção de todos, por ser portadora de um dispositivo não institucionalizado. Afinal, embora famílias e trabalhadoras concordem que a menina para ser menina, precisa usar brinco; além do que a jóia dá um novo *status* à família e se traduz num modelo estético importante que amplia o bem-estar e a sensação de ‘ser saudável’, têm certeza que a direção não aprovaria tal atividade e nem são ingênuos em acreditar que se o segredo fosse devassado, que a organização se encarregaria de acobertá-los e muito menos de protegê-los.

Não são todas as trabalhadoras que executam o procedimento, embora as que o fazem tenham aprendido umas com as outras, cuja técnica foi sendo repassada pelas mais antigas. As que não realizam a técnica normalmente usam argumentos do tipo: “*é uma ação muito intervencionista*”, “*não é função da enfermagem*”, ou “*é contra o regulamento*”. Algumas inclusive apresentam dificuldades em apresentar uma justificativa plausível para a atividade:

*“tem umas que, além de tudo, não sabem furar direito. Você acha que está simétrico? (mostrando as orelhas da recém-nascida que dorme em seu berço) Parece que um furo foi feito lá em cima e outro lá embaixo. Não sei como essas mães não reclamam! Tu já botou?(para mim) Não? Não pode, né? Olha aqui, ó. Tem até as marcas da caneta, mas não fizeram certo. Ficou meio torto. Eu, sei lá, eu nunca aprendi a fazer isso em curso nenhum...fui aprender aqui...mas quase não boto. Acho intervencionista, sabes? E também não está na Lei do Exercício [profissional], né? Não faço. Quando querem eu digo pra eles quem faz. Imagina...se para dar uma injeção já é um problema, imagina um corpo estranho ali...”(Extratos do Diário de Campo).*

As que executam o procedimento argumentam que não vêem nenhum problema em fazê-lo, principalmente porque “*as famílias querem que a nenê fique mais bonita...que eu saiba isto é saudável...ou não?*”.

A seqüência a seguir resume toda a execução do procedimento, incluindo as reações dos distintos participantes que são sempre em número de três: a recém-nascida, a trabalhadora e um(a) acompanhante que, na presente situação, é o pai da criança.

*A auxiliar é seguida pelo pai, que vai logo atrás com a menina nos braços. Saem do quarto A e se dirigem até a sala de cuidados ao recém-nascido do quarto B, onde há apenas seis puérperas internadas. São 10:30 da manhã de domingo e o prontuário indica que o bebê e sua mãe já estão de alta. Ao chegar no destino, a auxiliar solicita que o pai coloque o bebê sobre o pequeno colchonete que está sobre o balcão. O pai repousa a criança ali e se afasta um pouco, cruzando os braços e se recostando na parede. É avisado que pode esperar lá fora caso se "sinta mal". Ele assinala que entendeu, afirmando com movimentos da cabeça, mas permanece no mesmo lugar. A auxiliar tira uma rolha cortada ao meio de dentro do seu porta-óculos pessoal e a mergulha num recipiente contendo álcool. Também mergulha ali os brincos que a mãe da recém-nascida lhe entregara há pouco. A criança está calma, olhando atenta para a auxiliar. Parece acompanhar-lhe os movimentos. O pai pergunta, meio que afirmando: "a dor é suportável...né?" e ela responde que sim, que "há muitas dores piores do que essa". Sem interromper a técnica, faz uma pequena marca com a caneta em cada um dos lóbulos, tentando deixá-las simétricas. Passa algodão com álcool nas orelhas da criança que começa a chorar, provavelmente pelo contato com o líquido frio. Adapta o fragmento de cortiça na face posterior do lóbulo direito e introduz com firmeza a parte pontiaguda do brinco de rosquear. Em seguida, faz o mesmo procedimento com a outra orelha. O bebê esperneia, grita, quase perde o fôlego. A auxiliar, enquanto introduz os brincos, fala com a menina, dizendo que é para ficar mais bonita e para que ninguém pense que é um guri. O pai já não está mais com os braços cruzados, mas permanece encostado na parede, com a testa franzida. Depois de adaptar firmemente as tarrachas, passa o algodão com álcool no local por aproximadamente cinco minutos, intercalando uma orelha e outra. Diz para o pai que é "prevenção contra infecção". O pai diz: "dá uma dó, né? Mas é por uma boa causa". A auxiliar responde: "ah, a gente sente pena e tudo, né, mas fazer o quê. Ainda bem que acabou de nascer" e coloca o bebê no colo do pai, finalizando o procedimento. A criança parou de chorar, apenas soluça, mas suas orelhas estão inchadas e vermelhas. A auxiliar diz que a alta já está pronta e o pai refere que já vão sair e se retira, conversando com a filha, tentando consolá-la com a argumentação de que "a dor nem é tanta e passa".*

A prática, assim executada, associa estratégias para evitar conflitos, uma vez que ocorre 'quase' em segredo, em local mais isolado e próximo do momento da alta. A comunicação mantida com o pai do bebê é breve e superficial e é falado apenas o indispensável. Embora a criança tenha manifestações corporais e guturais que sugerem seu desconforto, beirando quase o desespero, a auxiliar não a acolhe em seus braços mas, paradoxalmente, fala com ela de modo afetuoso e delicado, sem parecer afetar-se em demasia pela reação apresentada. O que chama atenção em todo o procedimento é que a dor que o bebê porventura esteja sofrendo é rapidamente associada com a finalidade que é considerada nobre e esteticamente 'necessária' do ponto de vista cultural: "deixá-la mais bonita", conforme argumentam a trabalhadora e o pai do bebê (e a mãe também, por concordar com o ritual). Noutras ocasiões, a dor do bebê nem mesmo é considerada como 'dor', por atribuir-lhe sentimentos e sensações ainda não 'verdadeiramente humanas', o que leva novamente à noção de que o RN "não se sabe direito".

Se "sentir dor" (no sentido de sofrimento, de experiência) é um assunto que preocupa imensamente as mulheres que chegam para parir, inclusive sendo objeto de narrativas extensas e pungentes entre elas, quando se reúnem em círculos para falar das "dores do parto"

enfrentadas quando tiveram o filho no CO, esta preocupação não é relatada e muitas vezes nem mesmo referida quando se trata da colocação dos brincos na recém-nascida.

Seja do ponto de vista das famílias ou das trabalhadoras – para quem o recém-nascido “não se sabe direito” – a dor do bebê é muito mais do que um simples processo neurofisiológico. Como refere Helman (1994), nesta noção estão implicados também fatores culturais e psicológicos que devem ser considerados e chama a atenção ao fato de que o “background cultural pode exercer grande influência na maneira como as pessoas percebem e reagem à dor, em si mesmas ou em outras pessoas” (HELMAN, 1994, p.165). Nesta situação, os significados e a importância da dor que o bebê pode ou não sentir, parece ser compartilhado entre familiares e trabalhadoras que concordam tanto que a dor é “normal” (e por isso pode ser facilmente suportada pelo recém-nascido, sem associar nenhuma possibilidade de risco somático), quanto que o bebê, **por ser recém-nascido**, sente pouca ou nenhuma dor – ambos significados e ‘intensidades dolorosas’, de certa maneira, justificam simbolicamente a prática da intervenção em ambiente hospitalar. Note-se que as famílias não pedem a ‘qualquer’ profissional para executar a técnica, mas sim, selecionam conscientemente quem o fará, ou perguntando: “*você coloca brinco?*”, ou esperando alguma ‘dica’ que assegure tal condição. Somente quando as trabalhadoras *experts* são detectadas ou identificadas é que as famílias se sentem ‘seguras’ de que as manifestações da criança serão “devidamente” interpretadas, sem outros julgamentos de ordem moral ou legal. As famílias não são inocentes e sabem muito bem quais são os caminhos e os atalhos para alcançarem este objetivo.

Mas há ainda uma outra questão que precisa ser acrescentada a respeito da dor do RN, sob o olhar das trabalhadoras que o identificam como alguém que “não se sabe direito”. O próprio modelo biomédico através do qual muitas foram socializadas, até há bem pouco tempo atrás, admitia que os recém-nascidos não sentiam dor da mesma forma e intensidade que as crianças maiores e os adultos sentem. Christoffel e Santos (2001), por exemplo, atribuem esta representação ao fato que os estudiosos acreditavam que a imaturidade do sistema nervoso central estaria na base deste entendimento, assim como o fato dos bebês não terem o mesmo tipo de dor severa ou crônica como os adultos. É certo que essas concepções foram mudando e os significados médicos atribuídos foram sendo revistos e hoje há ampla literatura concernente especificamente a esta temática, mas os estudos somente passaram a ser publicados com esta abordagem, de modo mais regular e sistemático, a partir da década de 80. Os estudos de Costenaro (2000) na área de enfermagem neonatológica, e de Guinsburg (1994), com neonatos prematuros, são exemplos de referências que abordam esta temática.

#### 7.4 QUANDO É NECESSÁRIO TRANSCENDER ÀS NORMAS: O “CUIDAR DE DOIS” ENTRE O INFORMAL E O INSTITUÍDO

O fato de ter sobre si a responsabilidade pelo “cuidado de dois” parece, de certo modo, ‘justificar’ pequenas rupturas das normas institucionais. Para as trabalhadoras, o excesso de trabalho e a complexa demanda gerada pela necessidade de atender cada um dos binômios ao mesmo tempo, aliados às noções que possuem sobre cada um dos personagens a quem se dirige a assistência, são fatores contributivos para a prática de algumas permissões que acabam por burlar o instituído, seja na perspectiva da organização hospitalar, das normas governamentais que regulam a assistência à maternidade, ou dos comportamentos ‘esperados’ como profissionais de saúde que são. Vejamos algumas falas que fundamentam a ultrapassagem das regras:

*Cássia (tentando explicar à pesquisadora uma quebra da norma, depois de sua ocorrência): pensa que é fácil cuidar de dois pacientes ao mesmo tempo?*

*Ondina (auxiliando Cássia na argumentação): e ainda por cima, sempre em tensão! O que é que a gente faz quando a criança chora sem parar e a mãe fica nervosa que não tem leite?*

As formas e procedimentos executados que se sobrepõem a norma são variados e não se constituem propriamente em ações rotineiras e despropositadas, pelo contrário, são desenvolvidas com a clara intenção de ajudar a promover maior conforto e bem-estar para aquelas crianças que não se tranqüilizam facilmente com qualquer embalo, afago, carinho ou outras atitudes que tenham intenção de acalmá-las sem sucesso, e para aquelas puérperas que se encontram cansadas, esgotadas, ou mesmo deprimidas por não conseguirem atender às demandas dos bebês, principalmente no que diz respeito a manifestações de choro, já apontado anteriormente como sendo geradoras do que denominei como sendo o ‘som’ do alojamento, dada a frequência com que é ouvido em qualquer lugar de suas dependências.

Dentre as práticas desenvolvidas, duas delas chamam atenção, tanto por serem ações formalmente instituídas como devendo ser evitadas, quanto pela ‘forma’ com que são postas em relevo durante a assistência. Uma delas refere-se à “complementação” e a outra ao uso do bico (“chupeta”) pela criança recém-nascida. Os próximos extratos do Diário de Campo mostram duas situações exemplares que foram vivenciadas em momentos distintos durante as interações assistenciais:

*Zélia entra no Posto perguntando se Débora tinha visto que o “nenê da B-5 tá de bico”. Débora diz que não. Zélia então retruca: “e o que é que eu faço?” Débora responde, meio impaciente: “credo gurria, até parece que não sabe! Então, então...esqueceu? De vez em quando aparece cada uma! Ah, é que tu és do dia, né? De noite é bastante freqüente isto. Fazer o quê... a gente sabe que não pode, mas as mães põem...não adianta. Sabes como é...de noite todos os gatos são pardos. Elas aproveitam...”. Zélia: “olha, de dia isto praticamente não acontece. Mas também, né, tem a enfermeira, os médicos, aquilo tudo...elas não dão”. Débora vai indo na frente, pois está apressada para a realização de uma*

técnica com o RN, mas como Zélia não parece ter intenção de se afastar, e sem saber o que vai fazer, Débora finaliza: "experimenta tentar tirar pra ver...ela até tira, mas daqui a pouco vai estar de chupeta de novo. Sei lá, vai conversar com ela...mas não sei não. É um bebê muito chorão, coitada... ele não se acalma facilmente. Dá um 'time' Zélia.... deixa chupar um pouco. Deixa a mãe dormir em paz. Até de manhã ela tira."

Clara passa pelo Posto e percebe a luz de chamada que vem do quarto B, enquanto vejo que, ao fundo, a técnica Alda está ajudando uma mãe a trocar as fraldas da criança, no quarto D. Como passa da meia-noite, Clara entra vagarosamente no quarto B. Apesar de sua movimentação quase sorrateira, a fim de não acordar quem dorme, percebo que quase todas as puérperas estão acordadas. Uma delas diz para a colega de quarto: "não dá nem pra dormir...a gente só cochila...eles choram muito e quando um acaba o outro começa". Uma puérpera adolescente chama por Clara, referindo-se a ela como "enfermeira". Diz: "eu não agüento mais, ela não pára de chorar. Acho que eu não tenho leite suficiente".

Clara: é, é uma GIG [grande para a idade gestacional]. Esses nenê assim são que nem bezerro, mamam muito (pegando a menina no colo e abrindo a manta), é, é uma grande.

Passa então a conversar com a mãe adolescente para obter algumas informações. Pergunta sobre o intervalo e a frequência das mamadas, se a bebê 'pega bem' ou não e certifica-se, no prontuário, que a criança está mantendo os níveis esperados de glicose sanguínea. Por fim, resolve levar a criança até o Posto. Diz para a puérpera: "vamos dar uma complementadinha para que ela possa dormir...e você também, né?" A puérpera agradece referindo que está muito cansada e que vai esperar no quarto. No Posto, Clara abre um pote de vidro contendo leite, coloca num pequeno copo plástico e aquece no micro-ondas. Senta-se numa cadeira, coloca uma fralda de pano no peito do bebê e passa a oferecer-lhe o leite. A criança sorve o líquido em pequenos goles. Enquanto oferece o leite, comenta com a pesquisadora: "é novo...tem só 12 horas, mas precisa complementar um pouco. Eu tenho pena dessas mães que são novinhas. Elas passam a noite acordadas. São inexperientes e nem sabem direito o que fazer. Eu morro de pena. Pelo menos, depois de dar a complementação, os bebês dormem com o estômago mais cheio, né? A gente tem muita dó. Assim as mães também dormem um pouco e dão uma relaxada". Em poucos minutos a criança toma o leite todo e depois de devidamente posicionada para a eructação, dorme no colo de Clara. Ao retornar ao quarto, percebe que a mãe dorme profundamente, apesar do choro dos outros bebês. Clara então põem o bebê no berço e o aproxima do leito materno antes de retirar-se.

Embora ambas as práticas transcendam os regulamentos, é possível observar que há diferenças e similaridades entre elas. O uso da "chupeta" por exemplo, tem sua peculiaridade relacionada ao modo como a regra é burlada, pois as trabalhadoras, para todos os efeitos, não 'oferecem' o bico para a criança e também não o recomendam explicitamente para a família, mas há como que uma concordância não verbal quanto ao seu uso, que acaba sendo um 'consentimento silencioso' em relação à tal prática. Neste sentido, resguardam-se, porque para todos os efeitos não estão quebrando as normas institucionais. Caso algum profissional questione o uso do bico de borracha, apressam-se em afirmar que não foi permitido e que as famílias é que têm inteira responsabilidade pelo procedimento. Mas é necessário esclarecer que tal justificativa somente é dada para médicos ou enfermeiras que representam a 'autoridade' institucional. Se a mesma explicação for solicitada por uma colega de nível médio, como vislumbrado no exemplo anterior, as respostas revelam um outro ângulo de argumentação que se aproxima mais da questão afetiva e relacional do que da questão técnica aludida com a proibição formal.

Quanto aos procedimentos relativos à "complementação", noutra perspectiva, pode-se afirmar que a mesma é realizada pela enfermagem, mesmo porque a substância a ser oferecida

para a criança precisa ser providenciada pelas trabalhadoras, enquanto os dispositivos ‘artificiais’ para sugar (bicos, “chupetas”, mamadeiras) já são trazidos de casa pelas famílias.

Mas são as similaridades entre as duas práticas que merecem reflexões mais amplas, inclusive por responderem às mesmas intenções e objetivos assistenciais. Ambas relacionam-se direta ou indiretamente com o aleitamento materno e figuram entre as práticas não recomendadas, principalmente pelos programas de amamentação reconhecidos oficialmente, bem como são consideradas atitudes conflitantes com as vantagens descritas pelo Sistema de Alojamento Conjunto, seja para a puérpera, para o recém-nascido, para a equipe de saúde ou para a própria instituição (SANTOS, 2002a).

Dentre os dez passos a serem adotados pelas Maternidades para promover, proteger e apoiar o aleitamento da mãe e garantir a obtenção e conservação do título “Hospital Amigo da Criança”, dois deles ligam-se diretamente com essas práticas, pois o passo seis preconiza “não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico”, e o passo nove que aponta no sentido de “não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no seio” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989, p.3).

De acordo com vários autores e organismos nacionais e internacionais, a oferta de chupetas, bicos, mamadeiras ou similares é totalmente ‘proibida’ pela justificativa de que os recém-nascidos não necessitam destes artefatos, e “se utilizados, os bebês podem apresentar dificuldades para mamar (confusão de bicos)” (SANTOS, 2002b, p. 150), além de dificultar a ‘pega’ da aréola mamária e conseqüentemente favorecer o ingurgitamento. As regras que dizem respeito à orientação de não oferecer quaisquer outros alimentos ao bebê que não seja o leite materno também têm o mesmo ‘peso’ e seu descumprimento pode acarretar o desmame precoce e outras conseqüências nefastas. Assim, qualquer tipo de “complementação” ou substituição do leite materno somente pode ser indicada pelo profissional médico. Na prática, as substituições normalmente estão associadas a bebês cujas mães são portadoras do vírus da AIDS ou àqueles que apresentam intolerância láctea (casos raros), enquanto a complementação é indicada pelo médico aos bebês cujas mães por qualquer motivo não possuem leite suficiente ou ainda não o produziram com plenitude (ALMEIDA, 2000; FLORES-HUERTA; CISNEROS-SILVA, 1997). Em qualquer caso, as justificativas profissionais são iminentemente de caráter técnico.

Quando comecei a perceber que as práticas aconteciam com certa freqüência na Unidade, minha primeira reação foi de identificar as observações, com a intenção de compreender se se tratava de alguma forma de desconhecimento ou desinformação por parte

das trabalhadoras e das famílias quanto às recomendações oficiais relacionadas ao programa de apoio, promoção e incentivo ao aleitamento – algo, inclusive, reiteradamente assinalado como obstáculos relacionados à prática do aleitamento materno, inclusive em muitas publicações que expõem como um dos principais fatores impeditivos ao aleitamento, a “desinformação da população e profissionais da área de saúde sobre as vantagens e importância do aleitamento materno” (SANTOS, 2002b, p.147) – mas sem demora percebi que não se tratava de desinformação ou de desconhecimento, nem por parte das trabalhadoras de enfermagem e nem mesmo da imensa maioria das famílias que demonstravam, através de respostas e de comportamentos diários, serem conscientes das normas para ‘obtenção de êxito’ com o aleitamento.

Além disso, não era difícil perceber (nem mesmo para os mais distraídos) os enormes cartazes e posteres fixados em todos os locais do AC, contendo os “dez passos” para o sucesso no aleitamento materno e as vantagens do sistema de AC, tanto para a mãe quanto para a criança. Somando-se a isso, as famílias recebem orientações diretas das especialistas do CAM, que reforçam todos os procedimentos que favorecem a amamentação e relembram os que desfavorecem ou prejudicam.

Não bastasse todas estas informações e orientações, as famílias também recebem o folder sobre o AC que é impresso pela própria Maternidade da Luz e que contempla em uma de suas faces, onze motivos para não oferecer bicos artificiais, chupetas ou mamadeiras aos recém-nascidos. Tais justificativas envolvem desde aspectos relacionados às dificuldades que o bebê vai apresentar para apreender o seio depois de usar ‘outros bicos’, riscos de infecções provocadas pelas bactérias presentes nas chupetas, probabilidade de a mãe ter mamas empedradas porque o bebê que suga bico artificial não esvazia o peito, passando pelos problemas de interferência na fisiologia da lactação e culminando com duas frases importantes do ponto de vista da reação psicológica que a informação causa no leitor, ou seja, a de que o bico é a “primeira mentira” que se prega ao bebê e que além de todos os malefícios mencionados, deve-se lembrar que atrás de uma chupeta existe “um vazio” e atrás de um peito existe “uma mãe”.

Então, as famílias e principalmente as puérperas, são conhecedoras das recomendações biomédicas no que concerne a tais proibições e também discutem entre si que “isto é verdade. O filho da vizinha ficou com a boca torta de tanto chupar bico”, dentre outros conselhos, o que, todavia, não é motivo suficiente para deixar de usar discretamente os dispositivos em situações em que não se consegue impedir que o bebê pare de chorar. Às vezes, para aliviar o choro, são necessárias algumas atitudes que acalmem e dentre estas, o uso do bico e a

“complementação” são colocadas em prática com bastante eficácia. Isto, de certa forma, nos remete a pensar que diferentes significados atribuídos à experiência resultam em diferentes julgamentos para a situação vivenciada, o que por sua vez, tem relação direta com as interpretações que famílias e trabalhadoras fazem das manifestações de comportamento do recém-nascido. Silva (1994), em sua tese de doutorado, observou que a qualificação técnico-científica das informações e também a dos profissionais sobre o manejo da lactação são extremamente importantes no auxílio à promoção e manutenção do aleitamento, porém, esclarece que a atuação será mais efetiva, quando os profissionais, ao colocarem-se na situação de assistir a mulher e seu filho no processo de amamentação, propiciem “interação que permita uma **comunicação** real com a nutriz e combinar sua habilidade técnica com a sensibilidade de perceber as necessidades reais dessas mães” (SILVA, 1996, p.61, grifo da autora).

Esta associação parece fundamental para interpretar-se que, muito mais do que simplesmente com a intencionalidade de quebrar as regras ou explicitamente burlar as normas, nas situações vivenciadas em campo, trabalhadoras e famílias agem transcendendo/transpondo as normas, ou, dadas as experiências vividas em conjunto e de acordo com as necessidades emergentes ‘no calor da hora, atuam num pacto quase silencioso, buscando ir além do instituído com a intenção de ‘dar conta’ da complexa demanda do “cuidar de dois”.

É claro que esta interpretação não é unânime, pois também existem mulheres que se queixam que as crianças foram “*entupidas*” com glicose ou de outro leite e que, em consequência, a criança não consegue sugar o peito (embora esta posição vigore com maior peso entre as mulheres que se internam em alojamentos privativos, em outra ala do hospital) e também há trabalhadoras que se localizam numa posição completamente diferente a respeito da ‘permissão’ do bico ou da “complementação”. Dentre essas, as do CAM quase sempre se incluem, seja se lamentando porque as outras colegas não são sensíveis à promoção do aleitamento, seja orientando as famílias a não usarem bicos artificiais ou a ‘não deixarem’ a criança ter a alimentação complementada pelas trabalhadoras que agem assim – embora algumas, mesmo entre as do CAM, tenham uma posição mais complacente, como por exemplo a técnica Mirtes que considera que “*o complemento tem que ser usado com parcimônia. Não deve ser lei geral, de modo nenhum, mas em algumas situações é necessário... é claro que precisa*”.

É interessante observar que as trabalhadoras que usam a prática da “complementação”, quando estão interagindo em situações críticas onde o bebê não se acalma ou a mãe já perdeu

a paciência, agem trazendo à tona fatores afetivos, emocionais, baseados mais em experiências provocada pelo encontro das pessoas que estão vivendo aquela situação do que por questões técnico-científicas ou mesmo cognitivas:

*“o RN da cesárea do A-2 chorou a noite inteira. Eu não agüentei ver aquela mãe sofrer. Complementei uma vez lá pelas duas da madrugada” (auxiliar Aurora – durante a passagem de plantão matutino. Extratos do Diário de Campo).*

*No quarto A o choro dos recém-nascidos é intenso e todos estão acordados. A maioria das mães amamenta seus filhos. Algumas ainda com os equipos de soro adaptados ao braço (parto cesárea). Uma delas, ao perceber que a auxiliar entrara no quarto, literalmente atira a criança em seus braços, dizendo: “não sei mais o que fazer. Vou deixar essa cria chorar até se finar. Não agüento mais”. Sem cerimônias, a auxiliar diz para a mãe se acalmar e descansar um pouco que ela vai levar a criança ao Posto de enfermagem para “dar uma complementaçõzinha” (Extratos do Diário de Campo).*

*“Estás cansada, né? Dorme um pouco que eu vou dar um leitinho...só um pouquinho pra ele se acalmar. Assim os dois dormem e descansam” (auxiliar Grace, falando para a puérpera. Extratos do Diário de Campo).*

Porém, quando as trabalhadoras falavam para mim sobre essas práticas, as explicações normalmente continham em seu bojo conteúdos ‘técnicos’, na intenção de amenizar uma possível suspeita de irregimentalidade. Mas ainda assim, ao aprofundar-se o olhar, deixam escapar emoções sensíveis que denotam as ‘verdadeiras’ razões do uso dessas práticas: de um lado, associar-se às “mães” em experiências solidárias e de outro, enfrentar o duro processo de “cuidar de dois”:

*Cássia: muitos acham ruim que a gente complementa...*

*Ondina: é, mas não estão aqui para ver o sufoco que é cuidar de dois.*

*Cássia: eu faço isto de vez em quando. Acho que o aleitamento não tem que ser imposto. Quer ver quando é uma cesárea, quando o leite não desceu, quando as crianças berram ou só querem ficar grudadas naquelas pobres tetas...*

*Cássia: ou quando estão na foto. Choram sem parar, perdem água por causa daquela luz intensa. Às vezes não tem jeito...tem que dar uma complementaçõzinha (trabalhadoras em conversa com a pesquisadora. Extratos do Diário de Campo).*

Assim como não desconhecem as informações, proibições e recomendações oficiais, trabalhadoras e famílias não são ingênuas em termos do reconhecimento dos poderes instituídos dentro da Maternidade. Não é por coincidência que essas práticas são noturnas, já que à noite, segundo a técnica Zélia, “*todos os gatos são pardos*”, isto é, as fiscalizações e vigílias formais são menos intensas e portanto, abre-se espaço para o não instituído, onde as normas regimentais podem ser transpostas em comum acordo entre trabalhadoras e famílias. É como se à noite houvesse a organização de um *modus vivendi* próprio, resistente à regras formais e temporalmente mais poroso a justificativas que permitam construções e reconstruções de algumas normas advindas da experiência compartilhada entre as trabalhadoras de nível médio e as famílias.

Ainda que por vezes, para garantir o “cuidar de dois”, seja necessário transcender às regras, em sintonia com as exigências que decorrem da comunicação e das interações que se

estabelecem entre os participantes profissionais e não profissionais do cuidado, é importante assinalar que as trabalhadoras não se afastam ‘em demasia’ dos estatutos estabelecidos pelos programas formais de incentivo à amamentação e nem mesmo se descuidam ‘completamente’ de suas responsabilidades relativas ao exercício profissional e atuação clínica. De algum modo essas práticas são geralmente tácitas, mas não se pode afirmar que estejam totalmente à margem do instituído. A prática da “complementação” é um bom exemplo disso.

Conforme abordei anteriormente, as normas formais sustentam que não se deve oferecer ao RN nenhum outro tipo de alimento que não seja o leite materno e, ao mesmo tempo, prescreve que caso o mesmo necessite de complementação ou substituto ao leite da mãe, é ao médico que cabe os encaminhamentos apropriados. Em linhas gerais, para as trabalhadoras que adotam a prática da “complementação”, não há propriamente uma transgressão expressa aos preceitos formais, mas diga-se que “peguem carona” na falta de clareza e principalmente nas lacunas deixadas pelas normas regimentais. Deste modo, observa-se que não é qualquer líquido a ser oferecido aos bebês. Inequivocamente é sempre o leite materno que é aquecido para dar às crianças. No início da noite a equipe sempre providencia alguns frascos de leite humano pasteurizado, que é buscado no CAM e conservado na geladeira do Posto de enfermagem, enquanto vai sendo consumido aos poucos por quem precisa. Algumas vezes o leite pasteurizado recebe umas poucas gotas de soro glicosado, mas não se pode dizer que o veículo não seja o ‘leite materno’ e nem que o mesmo seja substituído por outro alimento. Leites industrializados, por exemplo, nunca são utilizados como complemento alimentar aos recém-nascidos. Lembro-me de uma noite em que eu estava observando a prática da “complementação” pela primeira vez e talvez, diante do meu olhar nem um pouco ‘estranhado’, a auxiliar olhou para mim e disse: *“não é leite artificial não, viu, é leite da própria mãe. Tá certo que não é da mãe dele [do bebê que iria receber a “complementação”], mas é leite de mãe”*.

Outra preocupação das trabalhadoras é quanto à quantidade de leite a ser oferecido ao bebê, pois existe um acordo tácito de só administrar em quantidades mínimas a fim de ‘acalmar’ a criança. Não é por acaso que elas falam em “complementaçãozinha”. Numa oportunidade em que a puérpera retornou ao Posto algumas horas mais tarde da primeira complementação, perguntando se iam *“dar mais leite de novo”*, a técnica avisou: *“não, não, pelo amor de Deus mãezinha, agora tu descansa um pouco e depois continua a dar de mamar. Só fiz isto pra ti descansar um pouco. Tens leite suficiente”*. Além de ser em pouca quantidade, a “complementação”, como se pôde observar pelo depoimento, não é contínua, e

o bebê nunca a recebe em mamadeiras, preferindo-se optar por copos, seringas ou colheres—, utensílios ‘altamente recomendados’ pelos programas de apoio ao aleitamento materno.

Recuperando-se os estudos de Goffman (1999), poderíamos falar que dentro do hospital como “instituição total”, desponta uma organização prosaica que envolve os internados e os ‘de dentro’, denominadas de ‘zonas francas’ ou ‘refúgios’ que contemplam não só o que a instituição espera que ambos façam do seu cotidiano, mas também do quenão está regularizado e que trabalhadoras e internados exploram ao mínimo pormenor, para humanizar o ambiente e preservar o ‘eu individual’. Considerando-se as práticas “do bico” e da “complementação”, adicionaríamos que tais ‘zonas francas’ somente são criadas porque ressurgem das experiências conjuntas e negociadas entre as trabalhadoras que cuidam e as famílias que nascem, o que por sua vez, se constituem em lubrificadores do funcionamento da estrutura formal e que consubstanciam a estrutura informal da instituição (CARAPINHEIRO, 1998). As ‘zonas francas’ são práticas empregadas que permitem aos participantes do cuidado suportar as imposições que a realidade lhes apresenta.

Às vezes, participar de atividades seguindo formas não (inteiramente) prescritas, significa afastar-se da racionalidade burocrática da instituição que pode, inclusive, abortar ou reduzir quaisquer expressões de criatividade, principalmente quando o duro ofício de “cuidar de dois” está em foco. Pode significar também afastar-se do mundo prescritivo e normativo da instituição e do controle demasiado do mundo clínico sobre o mundo ‘naturalizado’ do nascimento, enquanto evento esperado do ciclo da vida. Como refere Goffman (1999, p.158) “prescrever uma atividade é prescrever um mundo; eludir uma prescrição pode ser eludir uma identidade”.

Mary Douglas, ao estudar “como as instituições pensam” (1998), constatou que em situações difíceis, de crise, a instituição se vê quase que obrigada a deixar de lado seu conjunto regular de princípios organizacionais e morais e adota um “conjunto regular de emergência” que não é revogação de todos os princípios, ou seja, não se trata de colapso total das convenções (necessárias ao ‘funcionamento’ institucional), mas de certa forma, ‘protege’ as pessoas, durante um lapso de tempo, até que retornem aos padrões originais convencionados oficialmente. Creio que existe um paralelo entre esta estratégia e as práticas que transcendem às normas prescritas no AC, uma vez que o estresse provocado pelo choro do bebê e a experiência nem sempre ‘sublime’ das mães quanto ao aleitamento, acabam por fazer com que se negociem outros “conjuntos regulares de emergência” que, provisoriamente, diminuem o tensionamento e de certo modo preservam abertos os canais de comunicação e

interação entre as trabalhadoras e as famílias. Assim, a aceitação de ambos os lados testemunha “não a destruição da ordem social, mas sua afirmação” (DOUGLAS, 1998).

Como se viu, a vivência do processo de “cuidar de dois”, na ótica das trabalhadoras de nível médio e elementar acaba por constituir-se numa experiência de interlocução que se iniciou através de uma forma particular de construção e que no decorrer de sua existência, levou ao desenvolvimento de um conjunto de valores e pressupostos básicos que, expressos em elementos simbólicos e também operacionais, constitui-se, na atualidade, num modo genuíno de cuidar, a partir de elementos de comunicação e consenso, mas também de conflitos e resistências.

A ansiedade gerada pelo início da biografia da Unidade e do ‘sistema’ de Alojamento Conjunto deu lugar a novos significados e experiências profissionais, não deixando porém de trazer consigo velhos padrões e entendimentos sobre cada um dos componentes do binômio, bem como do binômio em si. As trabalhadoras vêm construindo a teia de significados sobre o AC por meio de contínuos processos de socialização que ora se aproximam das famílias e suas experiências e ora se balizam nos conhecimentos especializados da prática biomédica, produzindo o universo simbólico que dá sustentação ao complexo processo de “cuidar de dois”.

## **CAPÍTULO 8 – “AQUI A AUTORIDADE SOU EU”: O *STATUS* DO CONHECIMENTO BIOMÉDICO**

---

O conhecimento que emerge do cenário do Alojamento Conjunto, ora explícito, provocativo, intransigente, quase ameaçador, ora recôndito, esgueirando-se entre as frestas dos comportamentos e práticas, nem tão exibido a todos os olhares, é um conhecimento que engloba desde o saber biológico sobre a mulher que acabou de parir e a respeito do funcionamento dos sistemas e características fisiológicas da criança que acabou de nascer, até um substrato cognitivo e experiencial que se traduz como um conhecimento que é social em sua inteireza. São saberes que encerram tanto procedimentos médicos e institucionais associados à assistência hospitalar prestada ao binômio – quase sempre desenvolvidos pelas trabalhadoras de enfermagem que permanecem no hospital durante as vinte e quatro horas do dia, responsabilizando-se pelas decisões sobre a saúde da mulher e da criança –, quanto os aspectos e procedimentos mais relacionados ao conhecimento que as famílias possuem sobre o período pós-natal.

A análise dos ‘dados’ coletados com os informantes, seja por meio de entrevistas, e principalmente a partir das observações – com menor ou maior grau de participação nas situações que envolviam os sujeitos sociais do Alojamento (trabalhadoras e famílias) –, indicou uma pluralidade de saberes que toma lugar durante o período pós-parto no hospital, porém apontou o conhecimento biomédico como sendo o ‘conhecimento que conta’ com maior ênfase, principalmente no que diz respeito ao olhar teórico sobre a ação e as narrativas das trabalhadoras de enfermagem.

O *status* cultural superior do conhecimento biomédico transparece em várias ações e estratégias de cuidado desenvolvidas pelas trabalhadora de enfermagem na Unidade de AC.

Pode-se mesmo afirmar, a partir dos descritores colhidos, que a supervalorização de tal saber, pelas próprias informantes leva, continuamente, ao reassentimento da hegemonia da **autoridade** profissional.

A vigência deste modelo (normalmente em detrimento dos demais), no que diz respeito ao nascimento ocorrido em meio hospitalar e particularmente na realidade clínica do pós-parto, emerge e ao mesmo tempo se renova no 'peso' social que possui a instituição e suas normas, e na racionalidade 'científica' que consubstancia toda a ampla gama de comportamentos, decisões e processos terapêuticos que ali acontecem.

A discussão contemporânea em torno da medicalização do nascimento, principalmente a partir de Jordan (1993), tem se concentrado, dentre outros aspectos, sobre o uso indiscriminado da tecnologia de ponta, nos saberes tecnocráticos que a subjazem e na sua utilização em larga escala nas instituições de saúde. Davis-Floyd (1998, 1994a) e Georges (1997) são autores que têm se debruçado em empreender estudos científicos que mostram que os profissionais atuantes nos hospitais ocidentais possuem usualmente um conhecimento que os leva a controlar a tecnologia e os artefatos 'necessários' ao processo de nascer e que acaba por exercer um poder verticalizado sobre a gestante e a parturiente, deixando, por vezes, pouca possibilidade de escolha para a mulher, desconsiderando-se o conhecimento que a mesma possui sobre o seu próprio corpo e as experiências pessoais e familiares com o nascimento.

Essas pesquisas enfatizam aspectos como a analgesia, a prática indiscriminada de cesáreas, ultra-sonografia e monitorização fetal eletrônica, dentre outros aspectos, que na imensa maioria, tem relação com o **momento do parto apenas**; apontando inclusive – como assegura a própria Organização Mundial de Saúde – para as práticas que devem ser evitadas ou mesmo abominadas, por não estarem devidamente apoiadas em 'evidências científicas'. Segundo vários autores, muitos dos saberes que sustentam a racionalização tecnocrática servem apenas para reforçarem a biomedicina como o conhecimento 'que conta' durante o nascimento (DAVIS-FLOYD, 1992; JORDAN, 1997).

O que pretendo destacar com esta discussão, em primeiro lugar, é que, se por um lado existe uma considerável produção teórica a respeito da **medicalização do parto** e do prevalente conhecimento a ela associado (medicalização e conhecimento biomédico se alimentam em ações quase autofágicas), por outro, observa-se que muito pouco ou nenhuma produção existe que promova a aproximação com tais conceitos no que diz respeito a **medicalização do pós-parto**. Em segundo lugar, acho importante fazer a observação de que o trabalho de campo que levou ao presente tema, mostrou que é possível haver conhecimentos

e práticas que sustentem que este período está sujeito igualmente à medicalização, mesmo que seja à revelia do uso de tecnologias sofisticadas.

O que a discussão do presente tema leva a perceber é que mesmo com tecnologias simplificadas, o conhecimento biomédico incrustado no Alojamento Conjunto ainda é bastante enfatizado, pois se este modelo não tem a possibilidade de ser veiculado em ‘tecnologia de ponta’ (praticamente inexistente no pós-parto), ele acha um jeito de aparecer inesperadamente em outras técnicas de cuidado e principalmente naquilo que as trabalhadoras de enfermagem apontam como sendo o “*cuidado educativo*” – um discurso balizador do “cuidar de dois” que, quando colocado em prática, toma contornos diversos, pois diferentes posições e *status* de autoridade são postos em relação.

No tema que denominei: “**Aqui a autoridade sou eu**”: o *status* do conhecimento biomédico, discute-se as formas e os conteúdos referentes ao trabalho desenvolvido pela enfermagem quando interage com as famílias no Alojamento e o lugar hierárquico que tal saber ocupa no cotidiano hospitalar. Envolve três padrões: 1) “A aprendizagem do modelo biomédico”, que expõem a formação profissional e a formação prática como sendo as vias mais significativas pelas quais as trabalhadoras se instrumentalizam para cuidar da puérpera e do recém-nascido; 2) “No Alojamento a família aprende o que é certo – o cuidado educativo que medicaliza o pós-parto”, onde são abordadas as principais características da autoridade profissional e as diferentes roupagens que o conhecimento biomédico adota na prática do cuidado com as famílias; e 3) “Quando a biomedicina ‘é o que vale’ para as famílias”, onde se discute como as famílias valorizam, priorizam e reconhecem o ‘valor supremo’ do conhecimento biomédico.

## 8.1 A APRENDIZAGEM DO MODELO BIOMÉDICO

Iniciamos a reflexão deste padrão, lendo um pequeno trecho do Diário de Campo, que exemplifica a força que a cultura biomédica institucional tem na vida das famílias que nascem. A breve ‘amostra’ que segue, faz parte de uma situação que iniciou no Alojamento e teve seqüência na UTIN. Envolveu o casal cujo filho nasceu na noite anterior com complicações respiratórias e a avó materna do RN que chegava na Maternidade por volta das quatro horas da tarde para ver a criança e a filha pela primeira vez depois do parto.

*Avó: será que eu vou poder ver ele?*

*Mãe do bebê: não mãe, eu já te disse que ele tá na UTI...*

*Avó: mas será que não posso dar nenhuma espiadinha?*

*Mãe do bebê: nem vai adiantar. Tu podes ficar no vidro, mas de lá só dá pra ver as perninhas.*

*Pai do bebê: eu consegui ver ele, mas acho que a senhora eles não vão deixar entrar (dirigindo-se para a esposa, pergunta, meio que afirmando: “avós não entram, né? Ou entram... não sei, acho que não pode. É só a mãe... a mãe mais que o pai...”).*

*Mãe do bebê: eu só fui lá depois das onze [horas da manhã] pela primeira vez. Tive lá agora pouco outra vez. Dá uma dó... eu entrei lá, toquei nele, ele tava quentinho... mas não me respondeu nada.*

*Avó: mas eu quero ver, nem que seja as perninhas... são as perninhas do meu neto.*

(...)

*Ao chegarmos na sala anexa à UTI, a avó tomou a frente, ficando na ponta dos pés com o nariz colado no vidro, tentando localizar o neto. Dizia: “não vejo perninha... meu Deus, meu anjo, cadê você? Cadê suas perninhas?”*

*Vários bebês encontravam-se na UTI, a maioria com entubação e oxigênio. Era impossível distinguir qualquer “perninha” no meio de tantas. Abri a pequena portinhola de vidro que dá acesso ao setor e solicitei a uma técnica de enfermagem que fizesse a gentileza de mostrar o bebê para a avó. A técnica disse que a criança estava no respirador.*

*Avó: dá pra eu ver de longe as perninhas dele?*

*A técnica saiu para mostrar à avó a localização da encubadora onde o recém-nascido se encontrava. A avó se movimentava com dificuldade, esticando o pescoço e as pernas até cansar, comentando comigo que só conseguia ver o berço. Fui então até um quarto próximo e trouxe de lá uma escadinha de dois degraus, ajudando a avó a subir. Quando percebeu que o campo de visão lhe proporcionava a visualização das pernas do bebê, chorou silenciosamente, apoiada em meus ombros. Sequer encostava no vidro. A técnica voltou à janelinha e ocorreu o seguinte diálogo:*

*Avó: ele está bem?*

*Técnica: bem, bem, ele não está. Isto aqui é uma UTI. Ele está precisando de oxigênio...só. Tem alta concentração de CO2...tá assim, digamos, mantido, nem pior, nem melhor, a senhora entende? Então, por enquanto, ele tá no oxigênio, no CIPAP, que é um aparelhinho que ajuda ele a respirar...*

*Avó(interrompendo): então ele não tá bem...*

*Técnica: é como eu lhe falei: nem pior, nem melhor, mais que isso não dá pra dizer porque...depende dos aparelhos...pelo que a gente observa o quadro está estabilizado. Então, tem que aguardar. Só isso. Tem que ser bem realista, né, porque estas coisas assim...o quadro vai ser melhor definido com o tempo. A mãezinha, se tiver condições de vir, pode entrar, tá bom? Mais não dá pra fazer... a senhora entende como são essas coisas, né?*

*Avó: ela já veio antes do meio-dia.*

*Técnica: ah, já veio... mas ela pode vir a hora que quiser... depois das onze [horas da manhã]...antes disso não... tá bom? (Extratos do Diário de Campo).*

A ‘autoridade’ inserida neste extrato do campo é reveladora da força institucional que é exercida sobre **ambos** os sujeitos: família e trabalhadora, sustentando que, como argumenta Goffman (1999), as relações entre o sujeito que necessita do serviço de saúde e aquele que o acode, têm como influência não somente a realidade clínica em si, mas também a força disciplinadora da instituição de saúde. Daí decorre que a família, se quiser continuar sob os cuidados profissionais (e seus saberes), necessita conformar-se aos seus ditames, através dos inúmeros ‘sinais’ acenados pela instituição (na voz e gesto da trabalhadora). Mas a trabalhadora, ao discursar e agir, também vai internalizando cada vez mais o conhecimento do modelo da *disease*, que Davis-Floyd (1992) denomina de “modelo tecnocrático”.

Para a trabalhadora, a realidade clínica, através das normas institucionais, vai estar eivada de significados simbólicos construídos e compartilhados na cultura profissional (“isto aqui é uma UTI”), que garantem a comunicação clara e direta do ‘lado’ onde está a força – ainda que esta matriz simbólica não seja consciente. Por outro lado, para a família, as regras também vão sendo introjetadas e às vezes, de maneira tão aguda, que o hospital parece

funcionar como uma prisão às avessas: quem está fora é que quer entrar. Quem está na condição de ‘recluso’ não é quem está lá dentro, mas quem ‘perdeu a liberdade’; no caso da avó, a mínima liberdade para conhecer o neto. A cultura institucional, de certo modo, não permite muitas escolhas. Isto tem uma aproximação muito estreita com as idéias de Jordan (1988) para quem a família não deve ter ‘apenas’ preparo físico, cognitivo e psicológico para enfrentar o processo do nascimento, mas também o preparo relacionado com o conhecimento biomédico (que é diferente do seu em força e importância), o sistema hospitalar e a realidade contextual aonde ocorrerá o nascimento, uma vez que muitos dos padrões biomédicos reinam quase absolutos, enquanto os individuais e familiares ficam subsumidos nas conveniências hospitalares.

A maioria das minhas informantes trabalhadoras do Alojamento Conjunto revelou por inúmeros caminhos, via a ‘autoridade’ institucional, – alguns já descritos em capítulos precedentes – que o conhecimento biomédico é o que acaba ‘contando’ durante a ocorrência das interações com as famílias que nascem. Mas não é só este o caminho que faz com que elas apreendam (e aprendam) continuamente a cultura da biomedicina, uma vez que demonstram aprender a ‘dominar’ tal rede de significados, a partir do processo de formação, denominado por elas de **formação profissional** e **formação prática**. A primeira, fortemente ligada ao “*aprendizado escolar*”, formal, “*profissionalizante*”, e a segunda, relacionada com o “*aprender a fazer, fazendo*”, ou ainda “*se especializar com a prática*”.

Mesmo que existam diferenças individuais/pessoais entre a trabalhadoras de enfermagem, muitas delas, naquilo que dizem e fazem, mostram-se bastante à vontade para colocar em prática o saber advindo dos pressupostos biomédicos, através da prática medicalizada à mulher e à criança que passam pelo pós-parto.

Com relação à aprendizagem formal ou “**formação profissional**” em bancos escolares, as conversas normalmente giram em torno daquilo que vêm à lembrança de modo mais significativo e que reportam aos conteúdos profissionais que foram aprendidos durante os anos de escola. Esses conteúdos aparecem quase sempre distanciados da prática, mostrando que os conhecimentos anatômicos, patológicos e farmacológicos consistiam substancialmente em processos de memorização que pouca ou nenhuma contribuição ofereciam à assistência:

*“só me lembro que a gente aprendia os tipos de lóquios, os tipos de mamilo, uma lista enorme de secreções com nomes estranhos que a gente nem sabia como é que eram porque só lia nas apostilas” (auxiliar Cíntia).*

*“ah, [aprendia-se] muito pouco de neném (...). Tinha uma lista enorme de quantidades ínfimas de medidas que a gente tinha que decorar pra não errar na medicação” (técnica Iara).*

*“a gente teve só teoria, tanto de puerpério quanto de neo. De puerpério a gente ainda viu uma que outra puérpera, compreende? Mas o RN eu mesmo só sabia o que se falava na sala de aula” (auxiliar Eva).*

As informantes que possuem uma memória mais viva sobre o processo de profissionalização acrescentam que havia uma ‘cobrança’ muito grande dos professores enfermeiros para que “o estudo fosse sempre científico”, independente de estarem em processo de formação para auxiliares ou técnicos porque, segundo elas:

*“a professora dava uns casos científicos pra gente ler...sobre patologias puerperais. Isso hoje me ajuda muito. A gente tem como discutir com os médicos” (auxiliar Cíntia).*

*“se não é científico não é correto. Como eu posso ser uma profissional se vou usar tratamentos populares?” (técnica Mercedes).*

*“a ciência não erra. Eu sempre me baseio no conhecimento dos médicos e nos livros que leio. Olha, se não for científico não vale. Eu sei que a [colega atendente] sofre muito porque não tem conhecimento científico. Se não é profissional não é científico. A gente se sente mais segura se consegue confirmar o que faz” (auxiliar Cíntia).*

*“eu aprendi que eu tinha que ser científica, mas só fui ler alguma coisa científica aqui no hospital, depois de empregada (...) com os livros dos médicos, dos residentes, né? (auxiliar Marta).*

Em suas argumentações, associam profissão à ciência, distanciam conhecimentos ‘populares’ de conhecimentos ‘científicos’, supervalorizando os segundos em relação aos primeiros, atribuem àquilo que entendem como ciência, o valor de certeza, precisão e verdade incontestável, e ainda, relacionam de modo direto o conhecimento científico ao conhecimento (bio) médico, levando à interpretação que este é o único ‘correto’. É importante que compreendamos essa afiliação para entendermos daqui há pouco a lógica que é utilizada por uma grande parcela das trabalhadoras, nas inter-relações com as famílias, quando os diversos conhecimentos e práticas são postos em evidência.

Como refere a auxiliar Marta, no último verbatim colocado, a leitura de “livros científicos” de autoria médica, “ajuda” na educação continuada da aprendizagem do conhecimento biomédico iniciada no curso formal. Ressalto aqui que essa trabalhadora, no mesmo dia em que conversamos sobre “conhecimentos científicos”, mostrou-me um dos livros que, com orgulho, dizia que tinha sido presente de um antigo residente. Tal livro é bastante conhecido como um dos principais referenciais da obstetrícia médica e também de enfermagem. É amplamente utilizado como livro-texto no processo de formação acadêmica básica e em cursos de especialização brasileiros. Marta diz que gosta muito dos conteúdos que o livro aborda e que procura colocá-los em prática. Abre a primeira página e lê em voz alta um pequeno trecho que transcrevo à seguir:

*(...) a obstetrícia progrediu mui lentamente, em comparação às outras especialidades médicas, e palmilhando caminhos quase impérvios fê-lo guiada pela ignorância e pouco discernimento das parteiras, a transmitirem, de geração a geração, práticas*

desarrazoadas, feitiços e credices, bebidas repugnantes e flagelações que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ovo, condicionando e propiciando sua morte ou a da própria gestante (...) (REZENDE, 1982, p. 1).

Este pequeno trecho deixa transparecer a linguagem cultural biomédica, ligada ao nascimento e parto, como sendo o conhecimento preponderante na realidade clínica. A trabalhadora introjeta seu conteúdo como se fosse o único válido, suplantando e deslegitimando outras formas de saber como aquele adquirido pelas mulheres na prática cotidiana e mesmo o conhecimento que possuem sobre os cuidados consigo, com o seu próprio corpo e com o recém-nascido. Portanto, as trabalhadoras adquirem um saber profissional ‘científico’ que se estende para a prática, por meio de textos como esse, que acabam, como já se disse, por reafirmar qual conhecimento é conhecimento válido e o conhecimento que possui essas características contribui inegavelmente para os processos de medicalização do nascimento em todas as suas fases. Sendo o saber oficial, é amplamente aceito como base para as inferências, tomadas de decisões e ações terapêuticas, independente de qual profissional está atuando.

De modo muito semelhante, a “**formação prática**” referida pelas trabalhadoras desde o início da implantação do ‘novo’ sistema de Alojamento Conjunto, representa outra vertente para a aquisição do conhecimento biomédico pelas trabalhadoras de enfermagem. Aprender com a prática ou “aprender a fazer, fazendo”, como uma das formas de continuar socializando-se no modelo, tem algumas dimensões que, se de um lado, apresentam diferenças de grau, de participantes, de locais variados dentro do setor, bem como de ações promotoras deste saber, de outro, convergem no sentido de ajudarem a promover a aprendizagem para o saber institucionalizado e de supremacia biomédica acerca da atenção à saúde da mulher e da criança no pós-parto imediato.

É necessário observar que, conforme apontei anteriormente, a quase totalidade das trabalhadoras de nível médio e elementar tinha pouca ou quase nenhuma experiência na realidade clínica quando chegou ao setor, sendo que isso veio a complicar ainda mais frente à necessidade institucional de ‘assumir’ o recém nascido como sujeito do cuidado, acrescido do cuidado à mulher puérpera. Para enfrentar a nova situação assistencial – e considerando-se ainda que havia uma única enfermeira na Unidade para dar conta do complexo ofício sob sua responsabilidade – as trabalhadoras precisaram “*aprender com a prática*”, procurando absorver o ‘que fazer’, ‘como fazer’ e ‘por que fazer’, utilizando-se de um mosaico de estratégias que se não garantiram a aquisição de saberes para abarcar a complexidade toda do

“cuidar de dois”, certamente levaram-nas a absorver ainda mais os conhecimentos biomédicos à disposição na realidade clínica.

Uma dessas estratégias foi a de aproximarem-se dos profissionais mais experientes no desempenho clínico e, neste sentido, o médico especialista (em obstetrícia ou neonatologia) revelou-se como a figura principal para ajudá-las a “*aprender com a prática*”. Dentro desta rede de ensino-aprendizagem, elas revelam que aprenderam a cuidar, olhando com os olhos da biomedicina que, mesmo não resolvendo a questão do “cuidar de dois”, oferecia subsídios importantes para o olhar ‘comprometido’ aos aspectos anátomo-fisiológicos do RN e da puérpera.

Outro modo de continuar absorvendo os conhecimentos biomédicos deu-se através da aprendizagem das próprias rotinas obstétricas que, sendo consideradas imprescindíveis para o trabalho de enfermagem no setor, carregavam consigo imagens simbólicas que foram contribuindo para a reconstrução da cultura de enfermagem no AC. Davis-Floyd (1994a), ao estudar os rituais hospitalares em salas de parto americanas, afirma em favor dessas associações, que ao invés de serem analisadas intelectualmente, as mensagens simbólicas são sentidas através do corpo e das emoções, tendo um efeito extremamente poderoso para as pessoas que as vivenciam. Deste modo, entendo que as ações padronizadas referentes aos cuidados com o corpo das mulheres e crianças (banhar, trocar, avaliar lóquios, observar mamas, medir pressão, verificar temperatura, medir ‘fundo’ de útero, aspirar secreções, instalar soro em puérperas cesareadas, conservá-las no leito, “levantá-las” depois de tantas horas, realizar curativos, dentre tantas outras ações quase sempre repetitivas do ponto de vista de quem as executa, sem refletir sobre suas necessidades e objetivos) talvez sejam mais ‘fortes’ como veículo da cultura biomédica, do que a “*teoria científica*” que dizem ter aprendido no processo formal de aprendizagem. Os valores básicos, as crenças e as práticas veiculadas nessas ações – que a instituição faz repetitivas – acabam sendo incorporadas no corpo e na mente das trabalhadoras.

Esses processos de aprendizagem bem dizer ‘informais’, foram se incrustando nas suas experiências práticas como ‘profissionais’. As trabalhadoras de enfermagem tiveram que aprender a cuidar instrumentalizando-se aos poucos, adquirindo experiência e gerando saberes advindos da própria prática do trabalho cotidiano pois, como afirma a própria enfermeira do AC, “*foi tudo na prática, com o dia-a-dia mesmo*”.

O “*aprender a fazer, fazendo*” também traz consigo o significado de repetir os procedimentos para introjetá-los como formas redundantes de conhecimento. Assim, realizar os procedimentos obstétricos, repetindo para apreendê-los, colabora para o asseguramento da

competência profissional. O antropólogo Robert Hahn (1995), de modo semelhante, ao estudar como os médicos aprendem a biomedicina com a experiência clínica, diz que a mesma é considerada por eles como uma forma bastante relevante de aprendizado. Guardadas as devidas proporções relativas ao aprofundamento do estudo de Hahn e dos sujeitos da pesquisa, acredito que a experiência prática das trabalhadoras no ambiente biomédico, ajudou-as (e tem ajudado) a incorporarem os princípios de tal modelo.

Davis-Floyd (1992) e Good (1997) são antropólogos que conduzem estudos sobre a formação dos médicos neste modelo, sendo que a primeira, ao especificar o treinamento obstétrico avaliou que os residentes, inclusive, são levados à repetição das ações clínicas, para que internalizem a rotina estabelecida, fazendo com que coloquem em prática o modelo medicalizado do parto e nascimento, como que “ligando o piloto automático” (DAVIS-FLOYD, 1992, p.257, tradução nossa). Esta autora também vai dizer que a repetição dos rituais obstétricos funcionam para criar a homogeneidade dos conceitos ao redor do nascimento em nível hospitalar, tanto quanto que essa homogeneidade é preciosa e ‘necessária’, uma vez que ela minimiza a incerteza. Para ela, qualquer proposta de alteração no padrão de tal modelo poderia levar à “diminuição de sua eficácia” (DAVIS-FLOYD, 1992, p.260, tradução nossa).

Battle, Diekemper e Drake (1999), em estudo recente para verificar como enfermeiras americanas atuavam junto à comunidade e quais saberes utilizavam, observaram que as mesmas ‘absorviam’ na prática a biomedicina, mais do que durante a aprendizagem formal. Como em qualquer cultura, estes aspectos da prática proporcionam um *background* compartilhado que leva ao reforço do(s) modelo(s) hegemônico(s), tornando-se aculturados num mesmo *ethos* que guia a linguagem, as expectativas e o escopo da prática da enfermagem. Além disso, como refere Fonseca (1997, p. 20), as diversas crenças e práticas aí desenvolvidas servem também para “dar segurança aos profissionais, a certeza de que estão fazendo todo o possível para o bom desempenho do ofício”.

Em suma, o que se percebe no desempenho da maioria das trabalhadoras do AC, é que tanto a aprendizagem formal pela qual foram oficialmente preparadas, quanto a aprendizagem informal – reconhecida por elas como procedente das relações cotidianas com a prática clínica institucionalizada – constituem-se, como diz Kleinman (1980), em fontes generosas de construção do saber biomédico, possuindo valores culturais próprios e específicos que têm articulação direta com os aspectos anatômicos e fisiológicos que permeiam o cuidado e, ainda, “ao desenvolvimento técnico-científico que se operacionaliza através do modelo assistencial médico vigente” (GUALDA, 1994, p.333).

Esses saberes que foram aprendidos e aqueles que continuam em processo, contribuem como se fossem os únicos referenciais possíveis de manterem diálogos com a prática. A partir deles, grande parte das trabalhadoras se posiciona de modo quase inconsciente para a tomada de decisões, como já se disse anteriormente; porém, em alguns momentos, ‘quase que por descuido’, a posição hierárquica do conhecimento apresenta-se irremediavelmente consciente no discurso de algumas trabalhadoras, principalmente quando fazem comparações entre o sistema familiar e o sistema profissional de cuidados.

*“Estes dias fui chamada pra ficar uns dias com um casal, ela arquiteta e ele engenheiro, e tu precisava ver o sufoco. Não sabiam nada de criança. Tiveram o filho numa [maternidade] particular. A mãe dela ficava durante o dia e eu de noite...de filho não sabiam nada. Esta puérpera chorava toda vez que tinha que trocar o filho. Se apavorava pra mexer no umbigo. Só me dispensaram depois que o umbigo caiu. Ela simplesmente não mexeu no umbigo dele. O umbigo caiu com a mãe dela. Guardou num vidrinho. Mas se você visse...era uma piedade o que essa mulher sofria. Mas eu cuidava muito pra fazer os cuidado que nem a mãe dela fazia, porque isto é complicado...é a mãe dela, né? Aqui eu sou autoridade, mas em casa, quem é que manda? É a avó, claro (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

## 8.2 “NO ALOJAMENTO A FAMÍLIA APRENDE O QUE É CERTO” – O CUIDADO EDUCATIVO QUE MEDICALIZA O PÓS-PARTO

O “cuidado educativo” compreendido pelas trabalhadoras como sendo o fundamento balizador do processo de “cuidar de dois”, quando analisado de modo mais minucioso, deixa emergir aquilo que parece ser o ângulo mais íntimo das inter-relações entre elas e as famílias, na Unidade de Alojamento Conjunto. Um processo em que as ações de ensinar e aprender ora se intercambiam e às vezes tomam o mesmo lugar; ora acontecem por intermédio do diálogo e das trocas de conhecimentos e modos de cuidar, sendo que em outros momentos assumem personagens e posições distintas, em que as trabalhadoras ensinam e as famílias aprendem. Na discussão do presente padrão, à título de organização didática, apresento o “cuidado educativo” que se situa analiticamente em conformidade com a segunda perspectiva (ou seja, em que as trabalhadoras ensinam e as famílias aprendem) para, nos padrões vindouros, dar seguimento a outros entendimentos acerca do mesmo.

Não se deve desconsiderar que o foco de atenção das trabalhadoras, no que diz respeito ao desenvolvimento das ações educativas, está centrado numa relação de ensino-aprendizagem que tem por objetivo o compartilhamento de saberes e práticas para o ‘melhor’ cuidado à mulher e à criança, mas também não está divorciado de um trabalho orientado para a realização de tarefas (a de “ensinar”) e, principalmente, não está distanciado de um amplo significado que envolve garantir que a permanência do binômio, na Maternidade, por pelo menos 48 horas, seja o espaço e o período necessário para que aconteça a transmissão de informações ‘profissionais’ às famílias que precisam “aprender a cuidar”.

Neste sentido, do ponto de vista profissional e institucional, o período pós-parto configura-se como um período liminar de aprendizagens para que então se possa devolver a mulher e a criança ‘sãos e salvos’ à sociedade. Esta representação surgiu muito forte no Alojamento, não somente porque se percebeu que as ações educativas acabavam sendo verticalizadas em sua maioria, como tentaremos mostrar adiante, mas igualmente, pelas observações realizadas quando do ‘chamamento’ à participação da família nos momentos em que a instituição considera como sendo os formalmente organizados para a transmissão de informações<sup>22</sup>, à exemplo da palestra de alta (sob a responsabilidade direta e intransferível dos residentes de pediatria) e do evento diário de orientações e ensinamentos, na sala de higiene do recém-nascido (sob a responsabilidade e ‘dever’ das trabalhadoras de enfermagem de nível médio e elementar).

Em várias ocasiões, o comportamento das famílias diante do convite para dirigir-se à sala de palestras a fim de que pudessem ser liberadas da instituição, fornecia elementos para a ressignificação do evento, do ponto de vista familiar:

*a residente passa de quarto em quarto anunciando que a “palestrinha” vai ter início dali há cinco minutos. Algumas puérperas, já com os filhos nos braços, lentamente, vão seguindo, uma atrás da outra, como em uma procissão, em direção ao corredor principal. No entanto uma delas, de nome Lígia, ao invés de seguir a fila, entrega o bebê à sua mãe, dizendo: “mãe, vai dar uma voltinha com ele para que se acalme antes de ir pra casa que eu não vou pra essa palestra; vou ver se consigo tomar um banho”. E então, enquanto a avó sai com o neto, Lígia caminha até o banheiro, movendo-se com certa dificuldade. A auxiliar, percebendo a ‘manobra’, surpreende: -“êpa, êpa, não vais à palestra? Não podes sair, hein?” A puérpera responde, desprevenida: -“é que eu preciso me lavar...”. A auxiliar devolve: “mas já não tomaste banho? Tás fugindo da palestra né?” Puérpera: “não, não, só vou aqui rapidinho e já vou pra lá” (Extratos do Diário de Campo).*

*no quarto D, coincidentemente, todas as puérperas e bebês estão de alta. Desde às 10 horas da manhã as bolsas já estão devidamente fechadas sobre as camas e os berços. A auxiliar passa pela porta e avisa em voz alta: “hora da palestra!” -“Vais?” Pergunta a do leito 1 para a do leito 2. -“Não sei, queria ir embora logo...” (deitando-se sobre as sacolas). Puérpera do leito 1 (dirigindo-se para a própria mãe): -“o que tu achas, mãe?” A mãe responde: -“acho que tens que ir né filha?” Puérpera do leito 2: -“será que é obrigatório?” Puérpera do leito 1: -“que eu saiba, não. Ai, acho que eu não vou”. O residente entra no quarto e diz: -“vocês não vão pra palestra? Eu já vou começar...” - “precisa mesmo ir?”, pergunta a mãe. - “se quiserem ir embora logo, sim”. As duas então, visivelmente desmotivadas, vão ao encontro das outras colegas que já estão na sala de palestras (Extratos do Diário de Campo).*

Durante os convites para a participação nos momentos de “cuidado educativo” com a enfermagem, as famílias também reagem de modo diversificado. Enquanto algumas aguardam ansiosamente o momento de começar, outras fazem ‘corpo mole’, fazendo o possível para não tomar parte do evento, ou indo ao toalete (um dos poucos locais disponíveis com portas, o que evita que sejam encontradas) justamente naquela hora, ou indo a outro quarto para visitar

<sup>22</sup> Ainda que as trabalhadoras tenham dito reiteradas vezes que as ações educativas são desenvolvidas em tempo integral, observou-se que há rituais de orientações que são formalizados e oficializados institucionalmente. É sobre estes que a presente análise se concentra.

alguém, ou então fazendo de conta que não ouviram a chamada. Quando perguntei às mulheres que tinham esta reação frente ao convite das trabalhadoras, ouvi algumas vezes depoimentos relacionados com as características da profissional (“*não gosto dela*”; “*ela não gosta ou não sabe explicar*”; “*é muito rápida [nas informações]*”), mas muitas vezes, os depoimentos correspondiam ao conteúdo daquilo que ‘pensavam’ que iriam ouvir, pois muitas nem tinham participado ainda (“*ah, eu não preciso*”; “*não preciso, tenho a mãe*”; “*eu já aprendi, já cuidei de três*”, e assim por diante).

Por seu lado, os profissionais, frente a tais reações, também não apresentam uma única resposta, havendo os que simplesmente dão seguimento com quem está disposto a participar, como num movimento de inércia; os que demonstram leves descontentamentos; e os que ‘exigem’ a presença, independente do desejo familiar de participação, levando a crer que a sua responsabilidade pelo conhecimento do outro é tão ‘compulsória’ que, como diz Kleinman (1980), a não aderência do paciente ao tratamento passa a ser encarada como um ato de rebeldia ou até mesmo de ofensa aos profissionais. Na interpretação da maioria das trabalhadoras, a família ‘precisa’ (não tem escolha) passar pelo ritual de aculturação na biomedicina, para ir para casa e cuidar ‘adequadamente’ da mulher e do bebê.

Isto mostra que o “cuidado educativo”, na realidade clínica do Alojamento, passa a ser um instrumento para inserir o pós-parto dentro do domínio do conhecimento médico. Poderíamos perguntar: por quê as famílias não podem optar pela participação nas ações educativas formalizadas pela instituição? Se, efetivamente, o que conta, é a “troca de informações e conhecimentos” como se apregoa, por quê então não se instala outro modo de estruturar o serviço, em que as famílias sejam as que ‘convidam’ os profissionais a trocarem informações e conhecimentos? Se as informações profissionais são consideradas obrigatórias, aonde se situa então o conhecimento e as práticas familiares à respeito do nascimento? Uma vez que o “cuidado educativo” envolve sobretudo **interações**, resta então tentar compreender como é que os conhecimentos profissionais e familiares são ‘trabalhados’ neste empreendimento.

### 8.2.1 A SALA DE BANHO COMO SALA DE AULA

Antes de nos enveredarmos em situações específicas do “cuidado educativo” desenvolvidas pela enfermagem, é importante sublinhar que o fato das trabalhadoras **aprenderem** a encarar o nascimento sob as luzes simbólicas da biomedicina e do setor profissional, leva-as a **ensinarem**, ancoradas neste mesmo referencial. Assim, a pedagogia

adotada tende bem mais ao controle dos sujeitos participantes do que à negociação de práticas promotoras de saúde:

*“eu ensino como higienizar pra não ter infecção, mostro a importância de fazer uma boa puericultura, digo o que deve ser feito pra não aspirar, não ter temperatura, não adoecer... ensino também o que ela [a puérpera] deve fazer pra se proteger dos riscos de infecção, hemorragia... essas coisas corporais, né?” (atendente Isadora. Extratos de entrevista).*

*(...) a auxiliar continua a realizar o curativo do coto, sob o olhar atento da mãe. Diz que hoje é o terceiro dia de pós-parto e que ela deveria estar realizando o curativo mais freqüentemente...*

*Auxiliar: esse umbigo deveria estar mais maduro. Quantas vezes você trocou ontem?*

*Puérpera: nenhuma (reticente).*

*Auxiliar: pois é, querida, eu tinha te avisado pra trocar a cada troca de fraldas. Se tu fizesse isto, o umbigo estaria mais sequinho...mas tá verde! Olha aqui como tá mole!*

*Puérpera: tenho um pouco de medo...*

*Auxiliar: mas não precisa ter medo, amiga! É um nervo morto! Tu já tiveste aula, mas esqueceu, né?*

*Puérpera: (sem jeito, colocando a mão na boca) é...*

*Auxiliar: não trouxeste a roupa [do bebê]? Então vai buscar que eu espero.*

*Enquanto a puérpera se ausenta, a auxiliar comenta comigo: -“tu acreditas que domingo eu fiquei com ela uma hora inteira aqui? De que adiantou? Hoje tá assim... A puérpera retorna e a auxiliar lhe diz: “isto, coloca a roupa nele que depois a gente conversa de novo sobre o umbigo. Vais sair daqui sabendo tudo!” (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

Mesmo que diversas ações educativas sejam realizadas diuturnamente pelas trabalhadoras de enfermagem do setor, o momento mais formal e sistematizado aonde ocorre o “cuidado educativo” é no período matutino, e mais particularmente, no momento da higienização completa do recém-nascido. Portanto, o **banho do bebê** aparece como o *locus* privilegiado para ensinar a família a aprender como se deve cuidar de uma mulher puérpera e de uma criança que acabou de nascer. Apenas para lembrar, há inclusive uma sala especial dentro de cada quarto para esta finalidade, e é ali que as trabalhadoras passam a maior parte do tempo durante a manhã.

A ocasião do banho é rotineiramente reservada, além dos objetivos de higienização, é claro, como um evento didático imprescindível para as famílias, funcionando como se fosse um prelúdio para o projeto de ‘transformar’ o conhecimento familiar, tornando-as ‘aptas’ a saírem da maternidade.

É claro que há outros modos de se perceber e de encarar este especial momento, mas para a maioria das trabalhadoras, há uma concepção bastante estrita, tanto no que diz respeito à necessidade oficial de ‘marcar’ este evento como o maior em termos de “cuidado educativo”, quanto no que se refere a ele como o único oficialmente aberto aos questionamentos das famílias. Isto pode ser constatado, por exemplo, na seguinte situação ocorrida no campo, numa tarde de quinta-feira:

*a auxiliar vai, com a bandeja, distribuindo um a um os comprimidos para as puérperas daquele horário. Quando passa pelo leito 7 a mãe da puérpera adolescente pergunta: -“ô enfermeira, vocês aqui dão orientações sobre o cuidado do imbigio?”*

*Auxiliar: sim. De manhã ela vai ser chamada e vai aprender. Ela pode acompanhar que vai ser ensinado.*

*Mãe da puérpera: ...é que ela tem muitas dúvidas...*

*Auxiliar: é assim mesmo, depois passa. Amanhã de manhã ela vai aprender (e continua a distribuir as drágeas e comprimidos) (Extratos do Diário de Campo).*

Este trecho mostra como o “cuidado educativo” acaba sendo circunscrito a um procedimento rotineiro, com hora, local e professor previamente agendados. Fora este momento, a trabalhadora entende que não há tempo e espaço para o processo de aprendizagem. A rotina da Unidade prevalece, mesmo que haja predisposição da família para aprender e interesse explícito em dialogar. Parece haver aí uma racionalidade técnica, contextualmente legitimada pela instituição que, longe de interpretar a necessidade requerida pela família, afasta-se dela para reelaborá-la segundo as necessidades instrucionais impingidas pelo ritmo padronizado da Unidade.

### 8.2.2 A MÃE COMO O “ALVO” DA APRENDIZAGEM

Além de decidir **quando** e **onde** as orientações serão dadas, as trabalhadoras também decidem sobre **quem** deve participar do ritual institucionalizado do “cuidado educativo”, como registram os seguintes extratos observacionais:

*um dos pais está de pé, ao lado do leito da mulher, que se encontra vazio. Diz que está esperando “os dois” (mulher e filho) que estão “ali na salinha vendo o banho”. “Mas por que é que o senhor não entrou”? Pergunto eu, ingenuamente. Alfredo responde então: - “eu disse que queria participar, mas a enfermeira não deixou. Disse que o lugar era muito pequeno” (Extratos do Diário de Campo).*

*“eu posso ir no lugar dela?” Pergunta a tia à técnica de enfermagem, quando a puérpera recebe o convite para ir à sala do banho a fim de receber orientações. “Eu preferia que ela fosse. É a mãe, né? Só mesmo se ela não quiser”, responde a profissional (Extratos do Diário de Campo).*

*quando a trabalhadora aparece, a mãe da puérpera se aproxima e diz: “vais dar as orientações já?” A técnica olha para a puérpera e responde como se ela mesma tivesse feito a pergunta e diz: “vamos?” A puérpera não responde, mas sua mãe insiste: “eu posso ir no lugar dela? Sou eu que vou cuidar”. A técnica dirige-se novamente à puérpera e, apoiando uma das mãos em seu ombro, fala: “seria bom tu mesma ires. Vai ser bom. Tu vais aprender uma porção de coisas” (Extratos do Diário de Campo).*

Mesmo vendo que a família aponta explicitamente quem vai participar das orientações, as trabalhadoras muitas vezes negam esta importante ‘dica cultural’ e parecem mesmo ignorar a rede de apoio familiar e também os papéis sociais que a família rearranja para dar conta dos cuidados no pós-parto.

Embora nem sempre seja revelado de modo tão claro que as trabalhadoras preferem a própria puérpera como a ‘aprendiz’ do ritual de “cuidado educativo”, como mostrado nos exemplos acima, o fato é que elas se sentem bem mais à vontade quando é ela quem participa. Percebi que em algumas oportunidades, inclusive, as trabalhadoras, ao orientar outras mulheres como as tias, irmãs, sogras, dentre outras, chamavam-nas distraidamente de mãe ou

“mãezinha”. Quando questionadas à respeito, a maioria responde com um evasivo: “*é porque é mãe, né?*” ou com argumentos do tipo: “*é mais interessada*”; “*é quem vai cuidar (mesmo que não seja)*” ou de modo mais enfático: “*é mãe... é mais natural, não achas?*”, fato que se aproxima da representação apontada anteriormente quando apresentei o significado de ser puérpera para elas, no sentido de que ela “*precisa aprender a ser mãe*”. Talvez isso possa ser interpretado como uma tentativa de continuar reforçando o modelo cultural dominante a respeito da maternidade. O que é interessante ressaltar é que mesmo aquelas que, abstratamente, discursam sobre a inclusão do homem-pai nos cuidados dizendo que eles também precisam “*fazer o papel das mulheres*”, nas situações formais de “cuidado educativo”, convidam as mulheres a participar – e não os homens. Para a maioria, somente quando o homem insiste ou se posiciona dentro da sala, de modo que fique claro que é ele quem vai participar, que o mesmo toma parte formal no processo.

Em situação semelhante, embora lidando com o parto e envolvendo médicos e enfermeiras obstétricas, Davis-Floyd (1992) interpreta que sendo esse um processo transformativo – nem positivo e nem negativo, uma vez que isto não está em questão – os profissionais socializam seus membros em conformidade com as normas da sociedade mais ampla... “ajudam a transformar a mulher que dá à luz em uma mãe no sentido social do termo, isto é, numa mulher que internaliza os valores centrais da sociedade” (DAVIS-FLOYD, 1992, p.152, tradução nossa), como o de que seja ‘natural’ a mãe ser a aprendiz dos cuidados a serem realizados com ela e com o filho.

Mas há ainda outra questão relevante, relacionada com o modo como as trabalhadoras percebem a participação da família neste processo educativo e que deve ser considerada. Tanto a quase obrigatoriedade da participação, quanto a preferência mais ou menos direcionada pela puérpera, em detrimento dos outros componentes de escolha da própria família, conforme vimos, mostra o enorme abismo que existe entre os distintos sistemas de cuidado à saúde, sendo que para muitas trabalhadoras, nem mesmo existe uma compreensão mínima de que poderão oferecer melhores cuidados ao binômio se entenderem como as famílias vêem o nascimento e principalmente o período do resguardo.

Infelizmente, para muitas trabalhadoras, nem mesmo a presença constante de um acompanhante de escolha da mulher nas 24 horas do dia (quando se encontra de acordo com as normas) ali presente na Unidade, leva a que se dêem conta da importância das relações familiares no pós-parto e que tais relações certamente influenciam e influenciarão nas decisões sobre os cuidados a serem prestados à mulher e ao recém-nascido logo à seguir, no retorno para casa. A provável cegueira cultural leva a que se apoiem constantemente em dois

‘vícios profissionais’ usados quase que de modo inconsciente: o etnocentrismo e a ingenuidade perante a realidade. Agindo assim, deixam de perceber que as influências familiares também poderão levar a que as orientações e informações fornecidas pela biomedicina sejam melhor fixadas e mesmo colocadas em prática se os membros participantes se convencerem da eficácia de tais cuidados, como foi o caso, por exemplo, do depoimento da mãe de uma puérpera, logo após a sessão pedagógica de “cuidado educativo”:

*“foi muito bom mesmo. Minha nossa, aprendi uma porção de coisas, mais ainda daquelas que eu tinha dúvida... tem umas que eu já sabia, mas olha, eu acho que não vou usar faixinha no umbigo não. Usei do último [neto], mas ela me convenceu que é melhor não colocar. Eu já tinha antes algumas dúvidas, mas ela agora me fez entender. Eu vou confiar, se não der certo eu volto, mas vou confiar” (Extratos do Diário de Campo).*

Uma vez que as famílias combinam modelos explanatórios quando têm a oportunidade de estarem expostas a mais de um, a prática mostra que é possível que a agente de escolha da família (neste caso, a avó materna do bebê) realmente leve essa noção à filha ou ofereça a esta o suporte biomédico aprendido, quando for executar os cuidados com a criança no domicílio. No entanto, se compararmos os depoimentos e modos de participação, certamente pode-se afirmar que a grande maioria das relações entre as trabalhadoras e as famílias não ocorrem deste modo.

### 8.2.3 A REPETIÇÃO DAS ORIENTAÇÕES E A ORIENTAÇÃO DAS REPETIÇÕES

A maneira como as trabalhadoras abordam as situações de “cuidado educativo” também contribui pouco para a aproximação entre o setor profissional e o familiar:

*“é claro que a gente está sempre ensinando, ensinando, ensinando, e tem coisas que são rotineiras mesmo, como dar explicações, ensinar e essas coisas que a gente repete e repete sem parar” (atendente Isadora, falando livremente à pesquisadora sobre o processo educativo no AC – Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*a mãe da criança pergunta: “não dá pra ir mais devagar?” A trabalhadora responde: “mas não tem segredo,... é só lavar... agora tu pegas outro pano e começa a secar. Daí olha, presta bem atenção... vira pra cá, vira pra lá, colocando o umbigo sempre em cima da gaze. Não esquece o álcool da bolsinha (executa os mesmos procedimentos, movimentos, palavras e mantém a mesma seqüência adotada com as cinco puérperas anteriores com quem interagiu). A mãe fala: “é que pra mim tudo é novidade...” (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*enquanto movimenta o bebê nu, observando sua coloração, a auxiliar Aurora, preocupada, comenta como se fosse consigo mesma: “estou achando esta criança um pouco amarela...”. Ana, a mãe do bebê, que olha atentamente para os movimentos da trabalhadora, balbucia: “Ele não está mamando nada...”.*

*Auxiliar (sem ‘ouvir’ realmente o que a mãe dissera): tem que observar a evolução do amarelão, senão tem que ir pro tratamento...*

*Ana(voltando ao quarto e comentando com o companheiro): ele tá amarelo, vai ter que ir pra tratamento porque não mama (Extratos do Diário de Campo).*

*enquanto realiza a higiene corporal do recém-nascido, verifica os sinais vitais e faz o curativo do coto umbilical, a técnica de enfermagem procura orientar a puérpera, repetindo muitas das informações já prestadas pela colega no dia anterior. A única diferença que percebe entre ontem e hoje é que a puérpera parece sentir-se um pouco mais à vontade para realizar algumas intervenções, principalmente para questionar algumas coisas sobre as quais tem dúvidas.*

*Técnica: (...) o que tu não conseguir entender aqui tu podes continuar entendendo lá no Posto, quando fizer a consulta... se seguir tudo que os profissionais te disserem, bem direitinho, não vai ter erro. Assim como eu aqui reforço o que te disseram no pré-natal, lá eles vão reforçar o que você está aprendendo aqui. Agora que já aprendeste a fazer o curativo, prevenir a icterícia e tudo o resto, não posso esquecer de falar sobre as cólicas. Não sei se você sabe, mas é comum e não se tem muito a fazer pra evitar a cólica, exceto alguns cuidados que se pode ter com a alimentação, que não é nada de fazer dieta. Não tem nada a ver com isso, viu? É só observar café preto em excesso, coca-cola e chocolate. Tem gente que come muito... não é bom...*

*Puérpera: (interrompendo) aproveitando, enfermeira, carne de porco pode comer?*

*Técnica: claro, de tudo. Nem liga se quiserem te dizer outra coisa. Tem muita gente inxerida que se mete... mas vai por mim que eu estou acostumada e sei o que estou dizendo.*

*Puérpera: claro, claro, diz pra todo mundo, né... e todo dia...*

*Técnica: estou mais do que acostumada...*

*Puérpera: é... sabe o que faz... mas me disseram...*

*Técnica: vocês não tem que se preocupar com o que dizem... coma de tudo que não tem problema. É só cuidar com os vícios: coca-cola, chocolate e café. Outra coisa são comidas muito condimentadas. Muita pimenta, muito tempero, isto também pode ser prejudicial.*

*Puérpera: e coisas ácidas?*

*Técnica: frutas ácidas evite, mas só se for muito ácida. Laranja vocês podem comer, lima, abacaxi. Limão é bom evitar...*

*Puérpera: mas limão mesmo eu não como...*

*Técnica: meu Deus, já ia esquecendo. Tens que dar banho de sol pra ele não ficar icterico. Uma coisa que é fisiológica, natural... e também pra proteger os ossos, viu? Entendeste?*

*Puérpera: mas agora, é 4 horas e não tem mais sol...*

*Técnica: mas dá antes das dez da manhã, num local em que a criança possa receber o sol diretamente, e de preferência num lugar fechado. Vocês não vão deixar a criança exposta ao vento né? Quando começar a ficar mais quente e tiver sol à tarde, até as 4. Antes das 4, quer dizer. Antes das 4 não, tá? Porque o sol tem raios ultra-violeta que prejudica a pele do bebê. Então é importante lembrar sempre do banho de sol. É isso aí, qualquer outra dúvida procure o médico ou a enfermagem. São eles que vão ensinar o que é certo. Você me promete que vai amamentar ele?*

*Puérpera: sim, sim, se eu tiver leite...ai, eu estou começando a ficar com dor nas pernas. Será que não tem um banquinho?*

*Técnica: já estamos terminando. Tens mais algum pergunta? Bom, se eu esqueci alguma coisa....*

*Puérpera: acho que não, né? A moça de ontem tinha um papelzinho que ela seguia...*

*Técnica(rindo): acho que vou começar a anotar. Ando tão esquecida que sou capaz de esquecer tudo o que eu tenho que dizer... (trecho de uma sessão de "cuidado educativo" - Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

O que quero ressaltar com estes exemplos é a excessiva rotinização das orientações e a preocupação concentrada com mais força sobre o que 'deve ser dito' do que propriamente em estabelecer uma relação efetiva. Certamente que o resultado de tal processo não beneficia nem aos clientes e nem aos profissionais, uma vez que estas, além de desempenharem um papel que embota a criatividade e paralisa a motivação, nem sequer têm a oportunidade – na maioria das vezes, ímpar – de crescer com o trabalho desenvolvido, seja em nível pessoal, interpessoal ou institucional. Se para as puérperas a significância das informações não é ressaltada (pelo menos para as que participam de orientações como a descrita anteriormente), também não o é, pelo que tudo indica, para as trabalhadoras, e a partir de Eliade (1992), podemos dizer que se o trabalho não 'representa' genuinamente algo para quem o executa, transforma-se em algo terrificante, uma vez que pouco ou nada diz 'de si', conduzindo a uma percepção comumente pessimista da realidade e da existência.

Além do tom professoral assumido, observa-se que a repetição é uma ação que toma o lugar central na prática e no discurso das orientações. Esta ação de enfermagem, segundo Lopes (1995, p.180), é própria do “trabalho em série” e se configura na prova do seu trabalho, ou seja, neste caso, dar conta do cuidado educativo.

Partindo dos descritores colocados, pode-se depreender que a ação de ‘repetição’ das informações apresenta relações com pelo menos três domínios da realidade clínica. Um deste domínios refere-se às orientações fracionadas e repetitivas dentro do campo pessoal de relação da trabalhadora com a puérpera (“...*essas coisas que a gente repete e repete sem parar*”; bem como a execução dos *mesmos* procedimentos, movimentos, palavras e seqüência adotados com as seis puérperas com quem interagiu naquela manhã). O outro domínio diz respeito às relações interpessoais e tem implicações para o cuidado da equipe de saúde e da equipe de enfermagem do AC (onde as orientações continuam sendo repetidas, ainda que as trabalhadoras estejam conscientes de tal repetição). Conforme se percebeu no exemplo, a puérpera, embora vivencie o segundo dia de orientações e esteja em contato com trabalhadoras distintas, recebe as mesmas informações que no dia anterior e, inclusive, ‘sugere’ uma estratégia perspicaz para que a técnica “*não esqueça de tudo o que tem que ser dito*”. A puérpera realmente pode voltar para casa sem orientação alguma, mas leva consigo “um conjunto de regras a cumprir” (SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996, p.97). E o terceiro domínio apresenta relação mais macro-contextual, referindo-se ao sistema oficial de saúde, principalmente no que diz respeito ao atendimento pré e pós-natal, na contra-referência assistencial (“... *assim como eu aqui reforço o que te disseram no pré-natal, lá eles vão reforçar o que você está aprendendo aqui...*”). Certamente esta ‘repetição’ em cadeia apresenta-se como triplamente prejudicial quando se pensa em ações promotoras de saúde durante o processo do nascimento.

Há muitas ‘mensagens’ implícitas nestas ações e que contribuem para a medicalização do resguardo da puérpera e da criança. A repetição de conteúdos e estratégias faz com que as famílias ‘compreendam’ não só que o período pós-parto é o mesmo para todas as mulheres, independente de suas experiências e idiossincrasias, e que por isso um processo similar à produção industrial pode ser implementado em termos de orientações ‘de saúde’ (“*a moça de ontem tinha um papelzinho que ela seguia...*”), mas também a mensagem que a família recebe é a de que embora ela possa ter algum conhecimento sobre os cuidados no puerpério, somente o hospital é que vai dizer quando é que ela está apta a sair.

Para muitos autores que vêm estudando a ‘rotinização’ do trabalho da enfermagem em hospitais, as conseqüências apontadas são inúmeras para todos os sujeitos envolvidos na

prática clínica. Collière (1989), por exemplo, enfatiza que a ‘multiplicação’ de informações encontra-se tanto no hospital como fora dele e sua padronização ‘isola’ muitos dos aspectos envolvidos nas situações de cuidado, podendo levar inclusive à perda do “laço de coerência que serve à finalidade dos cuidados” (p.266). Na mesma linha, porém estreitando mais o olhar perscrutativo sobre os profissionais, Silveira, Sobral e Junqueira (2000, p.82) argumentam que a padronização interfere tanto na perspectiva de quem executa os cuidados quanto na de quem os recebe, uma vez que “não comporta criatividade, sensibilidade, diferenciação, identificação e individualização”.

#### 8.2.4 “NÃO TE PREOCUPA...É NORMAL”

Muitas trabalhadoras, no contato com as famílias e, particularmente, quando questionadas por estas sobre algumas características ou achados preocupantes no recém-nascido (algo bastante corriqueiro em Alojamentos Conjuntos – aliás, um dos objetivos dos mesmos), por não encontrarem uma resposta segura aos questionamentos, acabam por utilizar um lacônico “*não te preocupa, é normal*” que, nas observações que fiz, dificilmente ‘convenceram’ a puérpera ou a pequena comunidade ali presente. Em inúmeras oportunidades presenciei perguntas explícitas feitas pelas famílias, a exemplo de:

*Mãe: (...) e o umbigo, é assim mesmo? Parece que tem um plástico em volta...*

*Auxiliar: não. É assim mesmo...*

*Mãe: com este plástico? (referindo-se provavelmente ao aspecto gelatinoso do cordão umbilical)*

*Auxiliar: não é plástico. É normal, assim mesmo...(e continua a realizar o curativo, envolvendo o coto com a gaze). Não tá com alta não, né?*

*Mãe: não. Nasceu ontem de noite. Tem oito horas.*

*Auxiliar: Então vais ter outras oportunidades para ver o umbigo...*

*Mãe: é, eu preciso, porque não sei nada (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*Técnica: já tinhas um machinho antes?*

*Mãe: não, não, é o primeiro.*

*Técnica: pesou quantos quilos quando nasceu? (enquanto faz a pergunta, pesa o bebê). :*

*Mãe: 3.520*

*Técnica: hoje está com 3.400*

*Mãe: nossa! Mas tá mamando tão bem, como é que pode?*

*Técnica: não te preocupa, é assim mesmo, é normal... (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*quando acaba de secar o bebê, Têmis coloca-o na balança e diz para a puérpera que a criança está com 2.800g. A puérpera responde: “não pode...ele nasceu com dois quilos e novecentas...acho que está errado”. Têmis acrescenta: “é assim mesmo, eles perdem peso, não precisa ficar preocupada. Daqui há pouco já vai recuperar. É normal”(Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*enquanto observa a auxiliar examinar seu filho, o pai pergunta: “o que é esta bolota na cabeça dele (presença de uma grande bossa serosanguinolenta que deixa a cabeça da criança em forma cônica)”? “Ah, responde a trabalhadora, não te preocupa que isto aí é normal, depois desaparece...” (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*a avó, ao entrar na sala de higiene do RN, comenta com a atendente que se prepara para iniciar o banho do bebê: “sabes que eu estou bem preocupada? Nem comentei com a Rafaela [filha], mas ele tem umas manchas vermelhas no globo ocular. A senhora pode me dizer se é perigoso?” A atendente, sem olhar para o local descrito pela avó, responde: “nossa, não é nada, logo, logo desaparece, não te*

*preocupa, é normal". A avó insiste, perguntando porque é que há aquela ocorrência e a trabalhadora continua dizendo que "é normal" e que "muitos bebês têm". Ao sair dali, a avó encontra o residente e faz a mesma pergunta. O residente responde: "é normal". A avó retorna para junto da mãe da criança e diz: "olha Rafaela, o nenê tá com umas hemorragias nos olhos, mas dizem que é normal, que não precisa se preocupar que desaparece, viu? Sei lá, tão estranho..." (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*Auxiliar: olha bem... tu enrolas esta gaze esterilizada no umbiguinho do neném e põe bastante álcool, tá? (executa o procedimento rapidamente). Que horas que ela ganhou o nenê?*

*Tia: ah, foi às nove e pouca da noite, não me lembro bem. Que que é isto aqui? (apontando para uma mancha esbranquiçada no peito da criança).*

*Auxiliar: ah, é uma manchinha esbranquiçada, sem problemas. Ele está bem, não precisa se preocupar (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

Os contatos posteriores com as trabalhadoras que utilizavam a expressão: "*não te preocupa, é normal*" de modo quase unísono quando respondiam às perguntas formuladas pelas famílias, levou-me a considerar que pelo menos três explicações estão aí subjacentes. Uma delas relacionada com uma espécie de 'economia' de informações, muito comum quando se executa trabalhos que assumem o caráter repetitivo, sem no entanto haver consciência de que para as famílias que perguntam, as respostas sempre são bem-vindas e dotadas de significados que podem levá-las a diminuir os estados de angústia e indecisões por não saberem as condições reais do novo membro familiar (até então, um estranho). A totalidade das famílias tem consciência que saber sobre as características do bebê (incluindo suas condições clínicas) é um aspecto importante da estada na Maternidade. Portanto, as informações que precisam, mesmo que sejam consideradas irrelevantes do ponto de vista profissional são, para as famílias, indispensáveis e, inclusive, ansiosamente esperadas, principalmente se não há em seus repertórios culturais algo dotado de significado a ponto de reduzir a ansiedade diante do 'novo'. Inclusive, esta é uma situação corrente não apenas para quem está numa Maternidade, mas para todo e qualquer paciente que esteja internado em uma instituição de saúde e que precisa compreender sobre os aspectos do processo saúde-doença que lhe dizem respeito. Somente deste modo é que se possibilita a existência de uma rede de poder compartilhada e que torne possível ao paciente tomar decisões conscientes. Como refere Silveira (2000, p.63), "informações práticas permitem que o paciente saia de seu papel passivo e assuma uma postura de auto cuidado", adicionado à alternativa de 'escolha' para decidir o que é melhor sob o seu ponto de vista.

Portanto, as informações solicitadas sobre as mulheres que acabaram de dar à luz bem como sobre as condições de suas crianças, deveriam trazer segurança e conforto às famílias, ao invés de levá-las ao estresse pelo desconhecimento ou mesmo a se sentirem diminuídas perante as respostas evasivas e desafinadas com seus interesses. Além de ser um direito absoluto de qualquer cidadão – uma vez que seu corpo e sua existência lhe pertencem

– o fato de estar provisoriamente sob cuidados profissionais não outorga necessariamente a estes o direito, como refere Gauderer (1995), de decidirem de modo unilateral sobre o como e nem sobre o que deve ser dito.

Maestri (2000), ao refletir sobre os processos comunicativos ocorridos em uma instituição-maternidade, observou que raramente o profissional de saúde (incluindo a equipe de enfermagem) procura esmiuçar as dúvidas das puérperas para tentar entendê-las de modo genuíno. Normalmente, segundo a autora, o profissional nem se dá conta que as clientes se deparam com situações novas de cuidado que exigem atenção particularizada, tanto para que tenham suas dúvidas ‘realmente’ esclarecidas, tanto para que sejam renovadas e fortalecidas as interações entre quem possui modelos explanatórios muitas vezes distintos.

Uma segunda interpretação para a freqüente utilização da expressão “*não te preocupa, é normal*” está ligado a um possível despreparo cognitivo das trabalhadoras para lidar com as dúvidas das famílias, não apenas ao ‘modo’ de desempenhar o papel de educadoras, mas especialmente ao ‘conteúdo’ necessário para dar conta do “cuidado educativo”. Isto guarda alguma relação com a história da instalação do Alojamento, conforme abordamos anteriormente. Portanto, trata-se de um despreparo que não tem tão somente um quesito individual a ser considerado, mas um despreparo ligado ao contexto histórico-institucional. Se a formação profissional, como elas mesmas afirmam, foi insuficiente no que diz respeito às características do cuidado à maternidade, se a formação prática (aprendida já durante a vigência do novo modelo assistencial – “cuidar de dois”) – ainda que fortemente marcada pelos pressupostos da biomedicina – não preparou para a complexidade assistencial requerida, e se a educação continuada privilegia temáticas mais relacionadas com o aleitamento materno do que com a assistência integral ao binômio, pode-se compreender que apresentem dificuldades para realizar orientações sistematizadas com a qualidade, a profundidade e a competência que a realidade clínica exige.

A terceira explicação tem relação mais direta com a ideologia do conhecimento dominante, fazendo com que as trabalhadoras, por vislumbrarem a assistência sob sua égide, sejam impregnadas pela ‘normalidade/naturalidade’ deste saber. Isto parece ocorrer a tal ponto que elas não percebem que aquilo que encaram como “normal”, associa-se às categorias universais introjetadas pela própria biomedicina e que, sob os olhos das famílias, poderiam ser consideradas em outras perspectivas. Esta atitude não é de nenhuma maneira percebida como resultado de deficiências pessoais das trabalhadoras, mas é inerente às suas socializações no modelo hegemônico que, como indica Jordan (1993, p.186, tradução nossa), “reivindica para si a condição de ‘normalidade’”.

Durante o desenvolvimento do “cuidado educativo”, por diversas vezes tive a oportunidade de observar que, após referirem que determinada condição da puérpera ou da criança era “normal”, as trabalhadoras ainda acrescentavam mais algumas explicações, tentando informar as famílias que se tratava de uma condição que “é assim mesmo”; “não é nada”; “é sem problemas”, ou então “depois desaparece”, facilmente identificadas como justificativas essencialmente voltadas aos aspectos físicos ou orgânicos do bebê.

Os conteúdos abordados no “cuidado educativo” certamente são considerados importantes para o aprendizado das famílias e para a saúde do binômio – à exemplo dos cuidados com a amamentação, com o corpo recém parido da mulher (avaliação dos lóquios, do fundo uterino, das condições das mamas, do períneo, das condições de alimentação, etc.) e com o corpo ainda em formação do bebê (orientações sobre a higiene diária, prevenção de assaduras, perdas ponderais, prevenção de infecções, etc.), dentre outros – mas a valorização extremada sobre aspectos orgânicos que se acha que as famílias devem ter para cuidar dos dois acaba por estabelecer uma rotina ‘didático-assistencial’ centrada na prevenção de riscos. Estes, vislumbrados sempre sob a ótica organicista, como mostram os seguintes exemplos

*“mantém sempre com álcool [o coto umbilical] porque o umbigo tá verde... pode entrar bichinho (auxiliar Márcia – Extratos do Diário de Campo).*

*“não te preocupa, é assim mesmo. Ó amiga, coloca assim no umbiguinho, não dói, é uma carne morta, é um nervo morto, mas tá verde. Tem que cuidar... até ficar maduro e cair (auxiliar Aurora – Extratos do Diário de Campo).*

*“é assim mesmo, ele tem moleira aberta porque é imaturo... não precisa ter medo, é só não pisar as fontanelas que está tudo bem” (atendente Isadora – Extratos do Diário de Campo).*

*Técnica: eu já disse pra eles [casal] que é normal o nenê ter icterícia, que eles não precisam se preocupar, mas ele [pai do bebê] quer saber mais... mas é normal viu, não precisa se alterar que é esperado... é que o nenê é imaturo...*

*Pai do bebê: mas como é que pode ser normal se ele fica amarelo deste jeito, desanimado, e precisa ficar nesta máquina quente? (Extratos do Diário de Campo).*

*“não te preocupa com esse choro, é que eles não gostam de ficar pelados, tá?” (auxiliar Têmis, tentando acalmar a mãe que demonstrava visível ansiedade frente ao choro compulsivo do bebê durante a higiene corporal feita pela trabalhadora – Extratos do Diário de Campo).*

Como se percebe, os exemplos retratam situações que tem por objetivo prevenir os riscos corporais a que a criança está sujeita porque: “os bebês são imaturos” ou porque “o umbigo verde é perigoso”. Muitas das informações fornecidas durante os encontros são derivadas e organizadas de acordo com as categorias biomédicas e profissionais. Preocupações e simbologias derivadas das experiências das famílias, entretanto, são raramente exploradas. Sem nenhuma surpresa, as orientações se focalizam sobre os processos fisiológicos descritos pelo saber especializado da biomedicina, ainda que se utilizem expressões ‘próximas’ da compreensão familiar (“umbigo verde”; “umbigo maduro”, etc.).

Não se trata de forma alguma de excluir os benefícios da prevenção de muitos riscos obstétricos e neonatais que os procedimentos familiares podem trazer ou exacerbar ou até mesmo provocar. O que se observa é justamente a medicalização ou a ‘cirurgificação’ como tendência hegemônica numa arena em que, historicamente, a família possui conhecimentos. Poderíamos questionar como fazem muitos estudiosos do processo de medicalização do nascimento, à exemplo de Diniz (1999), por que é que o sistema oficial leva a que muitas puérperas e recém-nascidos sejam tratados como portadores de um perfil de alto risco quando de fato não o são? Quem realmente ganha com tais interações e procedimentos? Como profissionais e clientes se beneficiam dele? Estamos preocupados com riscos importantes e reais? Sob a ótica de quem? Turner (2001) avalia que ao menos em boa parte, isto pode ser consequência do fato que os profissionais têm o monopólio social da ‘perícia’ e do conhecimento técnico-científico, “que é a base da reivindicação profissional para um *status* privilegiado na sociedade, seja qual for o profissional que o esteja representando” (p.47, tradução nossa).

A supervalorização dos aspectos orgânicos durante as sessões de “cuidado educativo” é similar aos achados de outros estudos que abordam o processo do nascimento e as relações familiares e profissionais, seja em programas de pré-natal ou na assistência ao parto. Moraes (2001), por exemplo, ao pesquisar os padrões interacionais observados pela equipe de saúde e parturientes em sala de parto, identificou que os profissionais ficam ligados a um ‘manual’ de funcionamento dos aspectos orgânicos das parturientes e a uma rotina de atendimento e, com raras exceções, conseguem se deixar levar por suas próprias percepções e intuições, agindo “sem continência e sem tolerância para o não-saber, não conseguindo abrir-se para o novo, para o particular, para o incomum, para o inusitado despertado por cada paciente e por sua interação com ela” (p.104). Ainda segundo esta autora, parece que a equipe tem necessidade de padronizar ou enquadrar a assistência dentro da cartilha fisiológica aprendida, não somente fazendo os mesmas perguntas, mas principalmente, dando as mesmas respostas.

A preocupação profissional aparece sempre relacionada ao bom andamento fisiológico do processo gravídico-puerperal. Em geral quase não há espaço para compreender o que se passa realmente com o interlocutor e quais suas reais necessidades. As respostas evasivas como o “*é normal*”, seguidas de “explicações” como “*porque é imaturo*” ou “*depois desaparece*”, proferidas com certa regularidade por muitas trabalhadoras do AC, assemelham-se, de acordo com Canella e Maldonado (1988), a uma das formas iatropatogênicas de comunicação utilizada em ginecologia e obstetrícia, relacionada ao consolo e oferecimento de ‘falso apoio’. Para as autoras, o falso apoio é uma atitude de evitar

ouvir e entender os sentimentos da outra pessoa, acreditando que eles cessarão se forem abafados. Moraes (2002, p.40) também tem a mesma compreensão sobre a questão e cita alguns outros exemplos de expressões usadas por profissionais de saúde em situações similares: “isso acontece com todas as mulheres”, “a vida é assim mesmo” ou “isso há de ser resolvido com o tempo”.

Além da centralidade dos aspectos orgânicos na abordagem dos conteúdos do “cuidado educativo”, observa-se o caráter técnico das orientações como um outro eixo sobre o qual giram os objetivos da aprendizagem:

*Cíntia (auxiliar): ah, as mulheres se preocupam muito... se preocupam com qualquer coisinha. Qualquer coisinha elas se apavoram.*

*Pesquisadora: podes me dar um exemplo de uma situação assim, Cíntia?*

*Cíntia: ah, assim, ó, antes mesmo eu estava lá no [quarto] A e uma ficou apavorada porque o nenê tava com a cabecinha assim pro lado (faz a mímica). “Enfermeira! - Berrou ela - porque ele tá assim?” (Extratos de Entrevista – Grifos adicionados).*

*Isadora (atendente): não podes demorar muito pra dar banho senão ele se resfria... onde é que tu moras?*

*Puérpera: no Centro.*

*Isadora: ah, então vais ganhar a bolsinha. Alí tem gaze esterilizada como essa e o álcool à 70%, tá?*

*Puérpera: tá... (...)*

*Isadora: amiga, vou te ensinar agora a fazer o curativo do coto umbilical.*

*Puérpera: do quê?*

*Isadora: do umbigo...*

*Puérpera: que bom, nunca vi, morro de medo só de pensar.*

*Isadora: não tem problema. É como fazer um curativo no dedo, tá? (Extratos do Diário de Campo – trabalhadora em sessão de “cuidado educativo” com a mãe de primeira viagem. Grifos adicionados).*

*Puérpera (puxando conversa com a trabalhadora, enquanto esta realiza o primeiro banho corporal de sua filha): você tem bastante experiência, né?*

*Tânia (atendente): é só o que a gente faz. Tenho sim.*

*Puérpera: eu tenho muito medo. Sabes que quando minha mãe era viva era ela que dava o banho e cuidava dos meus sobrinhos. Agora eu vou ter que me virar.*

*Tânia: tens medo?*

*Puérpera: acho que ele vai sentir dor...*

*Tânia: por causa do banho?*

*Puérpera: é... é tão frágil e molinho... tem dor no umbigo...você puxa... ele sente dor, eu acho.*

*Tânia: o umbigo não dói. Não precisa se preocupar que não dói. Quer ver, vou te ensinar a realizar o curativo. É bem simples. Não tem segredo (Extratos do Diário de Campo – Grifos adicionados).*

A preocupação da atendente parece estar relacionada à técnica do curativo umbilical, independente de saber qual o conhecimento anterior que a puérpera possui ou mesmo ouvir com atenção suas inseguranças. A exemplo das observações feitas por Davis-Floyd (1992, p.98, tradução nossa), “a agenda da instituição parece ser mais importante do que os ritmos internos do corpo e mais importantes do que as experiências das mulheres com o nascimento”. Como os exemplos do diário de campo denotam, para as puérperas, o que mais importa não é o modo de fazer propriamente dito, mas as emoções que expressam e as experiências que possuem para cuidar de si e do filho. O exemplo mais apropriado do conhecimento técnico revela-se quando a trabalhadora, ao invés de ouvir os anseios da primípara, adianta-se

dizendo: “*não tem problema [é normal!!]. É como fazer um curativo no dedo*”. De forma muito parecida, o fato de dizer à puérpera que “*não tem segredo*” o manuseio do coto umbilical da criança, somente faz efeito para a própria trabalhadora para quem o ‘segredo’ está intimamente relacionado com sua desenvoltura técnica. Ou então, como vimos agora há pouco, em outros exemplos demarcados, o fato de tentar tranquilizar a família dizendo que o coto umbilical não dói porque “*é uma carne morta*” ou então porque “*é um nervo morto*”, ou ainda, conforme a declaração de Cíntia: “*qualquer coisinha elas se apavoram*”, faz sentido somente no referencial biomédico que “normaliza” tudo o que considera (em sua linguagem) fisiológico.

Jordan (1997, p.62, tradução nossa), ao pesquisar práticas do nascimento em salas de parto americanas, obteve resultados similares, e inclusive, em cenários de alta tecnologia, observou que “aquilo que o corpo da mulher falava e aquilo que ela conhecia (e mostrava que sabia) pela virtude de sua experiência corporal” não tinha nenhum *status* naquele meio.

Ao menos parcialmente, as ações educativas desenvolvidas pela maioria das trabalhadoras, sob esta perspectiva, parecem servir para lembrar às famílias que elas estão temporariamente dependentes da instituição e dos seus conteúdos pedagógicos. A mensagem a ser transmitida pelas educadoras não são novas e estão fortemente assinaladas na ‘cartilha’ do conhecimento técnico (repetitivo, padronizado, rotineiro, etc.), mas para as mulheres que se colocam (muitas vezes de modo bem claro) na situação de aprendizes interessadas, o mais importante é o conhecimento experiencial, e não o técnico. Coloca-se aí então um impasse de interesses cujas circunstâncias, assim como exemplificadas, são extremamente estreitas para dar conta da pluralidade requerida pelo “cuidado educativo”.

#### 8.2.5 “TU NÃO SABES FAZER DIREITO”

Outra questão que se sobressai no modo como as trabalhadoras colocam em prática o “cuidado educativo” e que contribui para elevar o *status* do conhecimento biomédico ao conhecimento ‘que conta’, está ligada à percepção que têm de que “*a família está errada*” ou então que “*não sabem fazer direito*”. Seus discursos e práticas revelam uma lógica que se associa ao poder de que está revestido o saber que a equipe possui, mas que a família não possui, ou seja, se a família está ‘errada’ naquilo que diz que faz ou que efetivamente faz com a mulher e o bebê no período pós-parto, então cabe à equipe mostrar o caminho ‘correto’ de sua realização.

*A sogra da puérpera procura pela auxiliar que acabara de dar o banho na neta e refere: “ela[nora]me disse que vocês aqui dão banho sem molhar o umbigo... é pra fazer assim, é? Sabes porque te pergunto? Porque do outro[neto]eu já tinha dado banho de banheira logo no primeiro dia...”*

*auxiliar: em casa, deeeepoois que cair o umbigo ela já pode dar o banho de imersão. Por enquanto não (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*Na sala de banho, Bia está bastante agitada e nervosa, tentando acudir o filho com apenas 10 horas de vida: sacode-o e dá algumas palmadas no dorso. A acompanhante da puérpera ao lado diz para ela: "joga para cima, senão ele se afoga". Ondina entra rapidamente, toma a criança nos braços e a acomoda em decúbito lateral. A criança dá mais uma golfada de vômito, enquanto Ondina diz: "hoje você tá o dia inteiro aí aos trancos com esta criança, né? Mãe, parece que é o primeiro neném teu, mãe. Não pode fazer assim! Quantas vezes ele vomitou? Será que vomitou ou só fez esta ânsia?" Não, diz a mãe, "vomitou, ó" (mostrando o chão molhado). Ondina, em silêncio, faz sinal negativo com a cabeça e parece falar consigo mesmo: "não, não, vou ter que dar plasil de novo". Volta-se para a criança, limpando as secreções da boca, enquanto diz: "o que que há meu filho, hein, o que que há? Pronto, pronto, já vai ficar melhor. Tua mãe é que não te cuida direito. Ele tá vomitando de vez em quando".*

*Bia permanece estática ao seu lado, segurando uma fralda de pano. Ondina volta a falar com ela: "o que você tem que fazer é virar ele e não deixar ele aspirar de volta, tá? Tem que limpar e não adianta toda vez que ele vomitar, levantar. Tem que virar de lado, como eu tinha te ensinado, entendeu?" Bia diz: "mas ele tava agoniado, mas numa agonia, numa agonia que só Deus sabe. Pode perguntar pra ela (acompanhante da colega de quarto). Eu até te procurei lá na casinha aonde vocês ficam, mas não te achei. Daí não teve jeito, porque ele já vomitou". Ondina pega o RN no colo e percebe que está urinado. Bia comenta: "mas tá molhado de novo?" e Ondina retruca: "é que você mexe muito. Tem que deixar esta criança mais quietinha" (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*Enquanto a atendente higieniza os genitais da criança com um pano, que acabara de umedecer na água contida na bacia de metal (há presença de fezes meconiais em abundância), vai dizendo: "sempre que tiver cocô e xixi tem que ser trocado tá mãe? Porque se ficar com xixi e cocô pode dar infecção no bebê. Eu acho que já tinham te ensinado, né? Pois então...tens que aprender a fazer certo. Se sujou, tens que limpar." A puérpera só acena afirmativamente com a cabeça. Com uma das mãos escora-se no balcão, e com a outra, apoia a barriga. Parece sentir dor. A criança chora intensamente (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*Pesquisadora: como é que você ensina?*

*Cíntia: eu ensino como cuidar certo do bebê, da puérpera, mostro como se deve fazer as técnicas, a maneira como deve fazer o banho, o curativo do umbiguinho...tem umas que mesmo você mostrando como deve ser feito, elas acham besteira. Umas nem prestam atenção, outras desdenham...dizem que a mãe delas sabe fazer e que já criaram não sei quantos filhos. Mas a gente não sabe de que maneira (ênfatisa o "de que maneira") elas cuidam, né? Sabe lá se não usam o que não devem no umbigo, se secam bem o umbigo...a maioria não tem conhecimento e faz tudo errado. Eu procuro dizer o certo, mas algumas não querem saber. Então eu digo: olha, eu tô aqui cumprindo a minha obrigação que é a de te cuidar direito e também te ensinar a cuidar do nenê, agora, se tu não queres, o problema é teu. Eu estou com minha obrigação cumprida. Vão ver quando chegar em casa e lembrar de mim. Aí já é tarde, eu brinco com elas (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

Os exemplos mostram que há um interesse profissional em mostrar às famílias as discrepâncias ("não deve molhar o umbigo do bebê"; "não pode sacudir a criança"; "tens que aprender a fazer certo") existentes em seus saberes e práticas, levando a evocarem as dicotomias verdadeiro/falso, certo/errado, bom/mau, sugerindo a hierarquização ou a priorização de uma posição e de um saber que de acordo com Meyer (2000) não deixam claros nem os mecanismos e nem os propósitos desta operação para os sujeitos envolvidos na relação educativa. Além disso, são exemplos exímios para mostrar, como alerta Pappas (1990), que os profissionais tem maiores chances de manipular o conhecimento das famílias (e, portanto, as próprias famílias), a partir do momento em que se adentram nos seus conhecimentos locais e em suas vidas.

Como se percebe, tal abordagem aproxima-se de um modelo de educação em saúde em que os profissionais acreditam que os clientes não são aderentes ao que lhes é ensinado, porque apresentam dificuldade ou desinteresse em aprender ou mesmo porque não sabem executar os cuidados como deveriam. Decorre daí que o enfoque “está mais centrado no ensino e menos na aprendizagem” (SILVA, 2000, p.47).

#### 8.2.6 “A ÍNDIA, A MISTIÇA E A LAVRADORA TÊM CRENÇAS QUE SÃO BEM INTERESSANTES”

Aliado ao “não sabem fazer direito” ou “a família está errada”, o conhecimento que as famílias possuem está sujeito a múltiplas interpretações, do ponto de vista profissional. A convivência no campo levou-me a perceber que algumas vezes a cultura das famílias (e, por conseguinte, seus modelos explanatórios em relação à saúde-doença no nascimento) é **desconhecida**, vale dizer, ignorada, haja vista a própria noção do termo ‘cultura’ para algumas trabalhadoras. De forma similar a muitos outros profissionais da área, para a maioria das trabalhadoras do AC, a definição se concentra na interpretação de que a cultura relaciona-se com as crenças, valores e práticas contrastados de modo evolucionista e fruto de ‘tradições’, ‘feixes de hábitos’ ou ‘excentricidades ultrapassadas’ (MONTICELLI, 1994), particularmente ligados às comunidades ‘ignorantes’, no sentido que não possuem acesso à “*modernidade*” e comumente distantes dos grandes centros urbanos, como as rurais e indígenas, por exemplo. Várias profissionais, ao interagirem com as famílias, além de restringir cultura à excentricidade e, em consequência, à arbitrariedade, liga seus símbolos e significados à respeito do nascimento com ‘valores tradicionais’, concebidos por elas como estando muito próximos de adjetivos como “*rígidos*” e “*estagnados*”. Também há, na rede simbólica das trabalhadoras, uma forte tonalidade direcionada à reificação de identidades culturais. Não é raro, por exemplo que alguns rituais desenvolvidos pelas famílias sejam entendidos como algo que “*é coisa de gente da roça*” ou “*as índias são assim*”, numa reação perigosa do ponto de vista antropológico, já que sujeita as famílias quase que de imediato a um (ou mais) ‘rótulo’ comportamental.

Tal representação somente tornou-se clara e significativa para mim quando comecei a receber telefonemas do pessoal do setor, avisando que algumas mulheres julgadas por elas como importantes para o meu estudo tinham internado na Unidade. Numa destas ocasiões, por exemplo, recebi o recado que acabara de internar “*uma indiazinha*” no quarto reservado às gestantes de alto-risco. Diante talvez de meu silêncio um pouco prolongado (certamente estava tentando achar uma razão ainda não totalmente clara naquele momento), a

trabalhadora insistiu: *“você não está trabalhando com cultura? Pois então... venha logo que eu não sei por quanto tempo ela vai ficar internada... a criança [o feto] tem suspeita de malformação e estão aguardando os resultados do ultra-som”*. Depois de alguns meses recebi novamente um telefonema dizendo que *“a indiazinha”* havia internado e que nascera um menino.

Noutra oportunidade, comunicaram-me que tinha dado entrada *“uma mestiça”*: *“olha, ela não é bem índia, mas é mestiça... não é pura não, mas tem crenças bem interessantes. O marido é índio... a mãe também...o pai é que é branco. Moram na aldeia da FUNAI”*. Do mesmo modo, seguiram comunicando-me com muita gentileza e empenho, várias outras internações que interpretavam como famílias que tinham ‘cultura’ e que viam como possibilidades de inclusão no estudo, a exemplo daquelas que se ligavam ao campesinato ou provenientes de pequenas cidades, afastadas dos grandes centros urbanos. Portanto, a definição com que trabalham é bastante arbitrária, restrita e freqüentemente distanciada da vida ‘real’ de todas as famílias. Mesmo quando falam ou pensam em ‘cultura’, à exemplo da vontade de ajudar genuinamente a pesquisadora, quase sempre abordam essa dimensão como algo residual ou, pelo menos, uma dimensão que não está presente como algo importante a ser considerado nas famílias quando o assunto é o nascimento. Esta perspectiva vai gerar algumas atitudes profissionais que, como mostrou Velho (1999, p.30) convivendo com outros tipos de terapeutas, poderá levar de um *“autoritarismo sem máscaras até outras formas de paternalismo e manipulação”*.

### 8.2.7 A CULTURA COMO OBSTÁCULO

Mas assim como algumas trabalhadoras desconhecem ou ignoram que exista um potencial naquilo que acreditam ser a “cultura” de algumas famílias que vêm à Maternidade para ter seus filhos, outras trabalhadoras percebem que a ‘cultura’ é uma dimensão importante da vida, porém, a partir de seus olhares centrados na medicalização do nascimento, passam a encará-la como um obstáculo, como algo que ‘atrapalha’ ou ‘prejudica’ o processo de nascer e viver saudável. Vista neste contexto, a cultura das famílias é algo que preocupa o domínio biomédico, levando as profissionais a desenvolverem ações educativas com o intuito de substituir as “crenças e práticas populares” por informações mais “consistentes e eficazes”, derivadas da biomedicina.

A **cultura como obstáculo** leva a que as trabalhadoras utilizem-se de variadas maneiras de atuar em relação ao “cuidado educativo”. Dentre essas, sobressaem-se duas; uma delas que trata de considerar os conhecimentos e práticas familiares como se não existissem,

sendo portanto tratados de forma irrelevante, negligenciados ou mesmo negados, e a outra, que desvaloriza ou desmerece os conhecimentos e práticas da família. Embora ambas as representações estejam contidas na mesma 'lógica', ou seja, a de que a cultura atrapalha, a segunda tem maior peso no que diz respeito à autoridade profissional que se dá de forma verticalizada.

Vejam os alguns exemplos de interação em que os conhecimentos e práticas familiares são considerados irrelevantes:

*"não te preocupa que isto aqui não vai arder porque é carne morta. Vai sair daqui, tá? Depois cai. Não vai arder, dor, nada, é carne morta. Em casa vão dizer pra ti que dói, que não sei quê, mas não liga viu? Não é nada disso" (auxiliar de enfermagem mostrando à mãe que, diferente do que ela estava afirmando, o coto umbilical da criança não doía – Extratos do Diário de Campo).*

*Técnica: (...) besteira, besteira, se você quiser prestar atenção em tudo que dizem então já viu, né?*

*Puérpera: mas a minha avó usava em todas as crianças até cair o umbigo e nenhuma ficou com ele pra fora... já daquelas que não botaram eu vi muitas assim, ó, com um baita caroço aqui no umbigo. Não botaram a moeda.*

*Técnica: olha, eu acho besteira. Se tem que ficar com o umbigo pra fora vai ficar, com moeda ou sem moeda. Não é nada disso. O que acontece é o seguinte: esses músculos da barriga do nenê (tocando o abdome do RN com ambas as mãos) são muito subdesenvolvidos, quando crescerem eles se fecham e o perigo de hérnia desaparece. É melhor tu fazer assim, ó, coloca bastante álcool, o que tu ganhaste com a bolsa, e daí põem a fraida por cima... bem apertada, você vai ver como não vai ter umbigo saltado nenhum (interação ocorrida durante uma sessão de "cuidado educativo" em que a puérpera informava à trabalhadora que iria usar uma moeda na cicatriz umbilical logo que o "umbigo" caísse – Extratos do Diário de Campo).*

A irrelevância do conhecimento trazido pelas puérperas está visivelmente presente nestes exemplos ("besteira, besteira"), seja para as intervenções preventivas ou de tratamento. Aliás, o último trecho apresentado é pródigo para mostrar como as trabalhadoras que consideram a "cultura como obstáculo", negligenciam não somente as técnicas aprendidas no setor familiar, mas de forma mais abrangente, os modelos explanatórios que possuem. Neste encontro, negou-se a família como um dos principais agentes do sistema de cuidado à saúde, além de desconsiderar que tanto a etiologia, quanto as características, os processos fisiopatológicos envolvidos e as formas de tratamento para corrigir a condição que poderia 'acometer' o bebê, fazem parte da realidade de cuidado ao nascimento aprendido e valorizado no seio familiar.

É interessante observar que se para a puérpera o "umbigo saltado" poderia resultar de um 'descuido' (o não uso da tecnologia apropriada – como uma moeda), ou seja, algo concernente às interações com o bebê, para a trabalhadora, o fenômeno (que ela interpreta como sendo a presença de uma 'hérnia') constitui-se em uma condição de ordem natural, sujeito às conseqüências do amadurecimento muscular do abdome, não tendo qualquer relação com o modo como a puérpera o percebe. Ademais, a trabalhadora, ao negar o conhecimento da puérpera, também interpretou que para prevenir a ocorrência, poderia

simplesmente realizar a antissepsia com álcool (“da bolsa”) e posicionar a fralda de modo firme, entendendo assim que o que estava ensinando, geraria uma ‘mudança automática’ no comportamento daquela mulher. Segundo Uchôa e Vidal (1994), a abordagem aqui expressa negligencia os diferentes fatores sociais e culturais que intervêm na adoção de tais comportamentos.

De certa forma a trabalhadora nega o conhecimento trazido para a relação terapêutica, o que pode ser comprovado pela interpretação parcial que faz quando julga que seja uma ‘hérnia’, por exemplo, e também quando o posiciona como um saber que ‘está incorreto’ e que uma nova abordagem poderia ser racionalmente adotada. Ao desconsiderar o saber ‘local’, as práticas e o meio ambiente social das mulheres, as trabalhadoras podem facilmente abordar as famílias como potenciais recipientes para o conhecimento biomédico – o único considerado válido.

Em inúmeras ocasiões percebi que as trabalhadoras relacionavam as práticas culturais das famílias como irrelevantes, ainda que pudessem ‘ter valor’, se abordados com a importância merecida para a prática clínica. Um dos exemplos mais marcantes associa-se à sabedoria com que as multíparas traziam incorporada na experiência real que possuíam para cuidar de si e das crianças recém-nascidas. Mesmo que as mulheres tornassem explícitos esses conhecimentos (adiantando-se nos cuidados ao invés de aguardar o cuidado profissional; verbalizando ou então colocando em prática os rituais aprendidos no setor familiar e popular; revelando através de gestos que não tinham interesse em participar das palestras e demais sessões de orientações, etc.), as trabalhadoras faziam questão de “*ensinar o certo*”, de acordo com o conhecimento clínico. Isto não significa que iam simplesmente orientando, sem qualquer critério que mantivesse o mínimo de bom senso que as interações requerem, pois muitas vezes elas se preocupavam em perguntar às famílias como é que estas fariam em casa, mas imediatamente se interpunha um imenso ‘filtro cultural’ que fazia com que o diálogo (que parecia prestes a iniciar) tomasse a via do monólogo, sustentado pelo padrão didático do modelo biomédico.

Outros depoimentos quanto à irrelevância dos conhecimentos familiares mostraram-se presentes, por exemplo, no comportamento da técnica de enfermagem frente à apresentação feita pela puérpera quando esta apresentou a avó como sendo uma ex-parteira:

*Puérpera(acabando de receber a visita da avó que acabara de chegar de viagem para ver a neta que estava tendo o terceiro filho): olha enfermeira, essa é a minha avó que veio pra me ajudar com o nenê. Já veio dos outros...*

*Técnica: não tens mãe?*

*Avó: a mãe se foi, mas eu sempre venho ficar com ela. Sou parteira.*

*Técnica: a senhora faz partos? Mas ainda? Aqui?*

*Puérpera: não, lá em (interior do Paraná). Mas não faz mais parto né vó? Não pode...*

*Avó: é (sorrindo), agora só faço acompanhar, mas já fiz muito.*

*Puérpera: ela ainda é chamada pela mulherada que vai ter no hospital e volta pra casa. Cuida delas e das cria. É bem sabida a minha vó. Vai cuidar de nós também né neném?*

*Técnica: tá pronta pro banho? Se formos logo tu podes sair logo também.*

*Puérpera: a vó vai junto?*

*Técnica: vocês vão ficar juntas depois, né? Então ela te espera aqui. (Voltando-se para a avó) Se a senhora quiser, pode ir arrumando as sacolas. Adianta o serviço, né? (...) (Extratos do Diário de Campo).*

Através deste comportamento, a trabalhadora mostra que o conhecimento familiar é irrelevante, além de ‘não contar’ na realidade clínica. O que as mulheres sabem vale quase nada e portanto, não constitui ‘ameaça’ para o processo educativo, provavelmente porque não possuem a ‘tecnologia obstétrica’ – uma prerrogativa profissional. Neste sentido qualquer informação ‘não-médica’ é negada por ser ‘não-científica’. De modo similar esta interpretação é reforçada pelo comportamento apresentado pela trabalhadoras quando estas, diariamente, coletam dados para a avaliação clínica do bebê. O número de eliminações corporais, por exemplo, sempre é ‘checado’ nos prontuários, a partir das informações escritas pelas colegas do turno anterior e não pelas informações obtidas diretamente da puérpera ou dos acompanhantes. O primeiro tipo de informação (“dado objetivo”), advindo da autoridade profissional é considerado relevante, enquanto o segundo tipo (“dado subjetivo”), menos importante e ‘confiável’.

Ao considerar conhecimentos e práticas familiares como se não existissem – além de prejudicar a interação, diminuir as distâncias entre os sistemas de saúde e negar a experiência da famílias sobre os processos do ciclo da vida como é o do nascimento –, os profissionais de saúde perdem a preciosa oportunidade de negociar saberes e práticas, evitando pois o etnocentrismo e a cegueira cultural.

Além de se desconsiderar que tais saberes comportam uma lógica e que esta lógica advém de diferentes matizes que o conhecimento familiar vai elaborando e incorporando aos seus discursos e práticas referentes aos processos de saúde-doença, perde-se de vista que as famílias têm autonomia no que se refere às significações e práticas para decidir sobre os cuidados no pós-parto.

Mas voltemos ao processo analítico referente à interpretação da “cultura como obstáculo” e nos concentremos agora nos conhecimentos familiares que são desvalorizados na realidade clínica. Apresento à seguir duas situações exemplares em que os tais saberes são olhados com desmerecimento e inclusive com certo menosprezo. A primeira situação retrata um diálogo ocorrido entre duas trabalhadoras, onde o foco da desvalorização (e do ‘incômodo’ que ela provoca) é a “cultura que elas [as mulheres] trazem de casa” e a

segunda que revela a interpretação de uma das trabalhadoras à respeito da família que diagnosticava que a criança estava “*embruxada*”. Este último relato foi feito à mim, logo após a sua ocorrência.

*A técnica e a auxiliar fazem as anotações nos prontuários, enquanto comentam entre si:*

*Técnica: tem que prestar bastante atenção porque a mãe da criança é muito nervosa, não quer fazer nada do que a gente diz porque diz que já tem cinco filhos e que a mãe dela, que mora nos fundos da casa dela, vai cuidar, cê acha? Olha, é simplesmente um horror. Não assume nada. Morre de medo de olhar pro coto umbilical. Disse: “aí eu não coloco a mão nem morta!” Veja só o que a gente tem que agüentar. Isso lá é jeito de falar?*

*Auxiliar: elas tem essas coisas de cultura que elas trazem de casa, né? Eu sei, eu sei, incomoda bastante mesmo. Daí não querem nem aprender direito, né?*

*Técnica: se a gente não cuidar e não ensinar a fazer certo, quando chegar em casa a mãe vai encher de minhoca a cabeça dela (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*“A gente vê cada coisa, né? Pode isto? No plantão já tinham dito da bruxaria, mas eu não acreditei. Mas não é que era mesmo? E olhe que o neo já tinha passado. Elas não se conformaram e chamaram a residente. Sei lá eu o que é que queriam ouvir. Imagina se ele ia dizer que a criança tava embruxada! (risos). Eu já tinha visto outros casos de embruxamento. Teve uma até que fez alta à pedido porque disse que a criança tinha que ir era pra uma benzedeira! Mas assim, falando abertamente é a primeira! De manhãzinha a avó pediu se podia trazer uma benzedeira, mas aí eu achei demais e disse que se a criança tivesse alguma coisa era o médico que ia diagnosticar e não a benzedeira. Imagina, mas era o que faltava. Eu disse: **minha senhora, a senhora está numa maaternidaade e não num terreiro de macumba!** Ela disse: mas o padre não vem? Então porque é que a benzedeira não pode vir? Como eu disse que ela desculpasse, mas que ali não era lugar pra isso, ela então disse que ia sair dali direto pra quem sabe descobrir o que a criança tinha e era a benzedeira!” (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

A apreciação valorativa do conhecimento familiar leva a que as trabalhadoras, achando-o inadequado e hierarquicamente inferior, procedam ao “cuidado educativo” de modo a moralizá-lo. Um exemplo deste elemento instrucional com teor moralizador aparece com destaque na frase dita pela técnica de enfermagem: “quando chegar em casa a mãe vai encher de minhoca a cabeça dela”. Desde o ponto de vista da trabalhadora como agente da medicalização do pós-parto, os conhecimentos trazidos pelas famílias devem ser ‘modernizados’ e ‘transformados’ em algo que faça sentido somente dentro do modelo de atuação à saúde dominante.

As ações educativas, nesse caso, são essencialmente pensadas como estratégias para ‘conscientizar’ as famílias sobre as práticas corretas com a puérpera e com a criança ou para a devida colaboração com as medidas profiláticas a serem desenvolvidas. Deste modo, age-se mais para mudar a ‘consciência’ das famílias do que para levá-las à participação nos cuidados.

Alves et al (1998) ao refletirem sobre alguns programas educativos na área da saúde comunitária, colocam em relevo a base preventivista e corretiva que os direcionam e que, a meu ver, se aproxima da base pedagógica usada no cenário clínico do Alojamento. Para esses autores, a tônica da educação guiada por tais princípios é ‘conscientizar’ a população para colaborar com as medidas preventivistas planejadas pelos profissionais, onde a tendência é a de estabelecer uma relação discursiva com a ‘clientela’. Os autores analisam que nesse tipo de

relação a mensagem do locutor está mais distanciada do interlocutor. Espera-se basicamente que a clientela aprecie as informações feitas e pouco espaço lhe é dado para responder ou mesmo perguntar. O discurso feito apela para comportamentos que se julga adequados sem que se estabeleça necessariamente vínculos mais duradouros com os interlocutores. “É um discurso que não se pauta em algum conhecimento prévio da cultura local e dos processos que geram significados sociais” (ALVES et al, 1998, p.163).

Essa base preventivista e corretiva apontada, ocorre quase cotidianamente na Unidade de Alojamento Conjunto, acionada pelas trabalhadoras que, como se está categorizando, atuam de acordo com o modelo de saúde dominante, sem que muitas vezes tenham claro o papel que estão a desempenhar e nem mesmo que desconectam completamente as famílias de seus contextos sociais. Observa-se o tom moralizador e corretivo em muitas orientações que, se não consideradas conforme o que foi orientado ‘por quem sabe’, pode levar a desenvolver no outro (cliente) o papel de ‘culpado’. Um exemplo desta natureza pode ser extraído da situação em que a puérpera portadora de HIV não seguiu as recomendações propaladas pelas trabalhadoras, principalmente em torno das condutas para cessar a produção láctea e outro, a partir da interpretação da puérpera sobre a perda de peso do filho:

*“menina, tu fizeste tudo o que não devia. Tu foste avisada, tu não deixaste enfaixar, tu te recusaste... tomaste um monte de líquido e foi falado pra ti pra não tomar... tiraste o leite, pior ainda. Também não quiseste permanecer com as bolsas de gelo. Assim fica difícil... a gente orienta pra tua segurança, mas já que não queres.... aí o problema já passa a não ser nosso” (auxiliar Débora. Extratos do Diário de Campo).*

*“esta mãezinha é teimosinha, resistente mesmo, não quer botar a faixinha no seio e precisava...olha, eu já disse pra ela: se tu mudar de idéia tu me avisa que eu ponho, tá? Tu precisas...e é tipo um remédio. Tu sabes disso, querida. Tu já foste orientada que é um remédio passar a faixinha no seio. Senão vai te dar problema, vai encher, vai ficar bem duro...vai ficar pior do que já está, né?”(técnica Ondina, em interação com a mesma puérpera, em ocasião diferente - Extratos do Diário de Campo).*

*puérpera Hilda (procurando uma explicação para a perda de peso do RN): será que não é por causa do meu leite? Olha só... (tirando a mama para fora da camisola), meu bico tá todo lanchado. Ele chupa, chupa e acho que não sai nada. Tá dolorido, dolorido, dolorido, mas não tem leite. auxiliar Têmis: ah, tás com fissuras... e tá bem feio isso aí. Já foste na Central de aleitamento? Vai lá depois que elas vão te ensinar como amamentar direito. Tu não sabes como colocar o neném pra mamar”(Extratos do Diário de Campo).*

A tentativa de ‘correção’ das práticas desenvolvidas pelas famílias segue o pressuposto que os ‘costumes’ possuídos pelas mesmas são, antes de mais nada, prejudiciais à saúde da criança e da mulher em resguardo, e frequentemente são ligados à idéia corrente entre os profissionais de que estes têm “conhecimentos”, enquanto aquelas têm “crenças”. Se qualquer sistema de saber – como o das famílias – não se mostra compatível com a concepção ‘científica’, é relegado “ao domínio das superstições, do folclore, ou até mesmo das ‘crenças étnicas’”(FONSECA, 1997, p.19).

Quando as trabalhadoras falam que tal prática “é cultural” ou “é crença” (e procuram ‘consertá-la’ através de revisões), elas desvinculam isso de um determinado **conhecimento**, ou pelo menos de um conhecimento que possa ser posto à prova, sob os holofotes maniqueístas da ‘ciência’. Lembro-me de um especial momento em que a avó – já irritada com a atendente de enfermagem que se repetia dizendo que não adiantava nada ter colocado roupa amarela no recém-nascido porque, de “qualquer jeito” ele iria mesmo para o tratamento médico especializado –, dizia que já tinha prevenido muito “*amarelão*” usando tal profilaxia, enquanto a trabalhadora insistia em argumentar que se as crianças não tinham desenvolvido a patologia era porque “*não eram propensas*”. Em tom suave, mas sob o chão seguro que a ‘ciência’ lhe oferece, a trabalhadora interroga: “... *mas a senhora tem como provar?*” Ao que a avó devolve: “*e a senhora, acredita em Deus?*” É importante refletir que, mesmo que a avó tivesse perguntado a mesma coisa para a trabalhadora, de qualquer modo, a ‘prova’ requerida estaria igualmente associada a um sistema de crenças – o biomédico. Good (1997, p.17, tradução nossa) esclarece que “se é parte da visão de mundo (...), então é conhecimento e não crença”<sup>23</sup>.

Benner e Wrubel (1989), que estudam o conhecimento clínico adotado pelas enfermeiras em situações terapêuticas variadas, vão dizer que de qualquer modo, ao adotar o ‘modelo patológico’ do cuidado, há uma tendência de julgamento certo/errado. Esta tendência, segundo as autoras, limita a possibilidade de ajuda efetiva às pessoas, uma vez que as reduz a rótulos, além de colocar os profissionais em posição superior e aqueles a quem deveriam ajudar, em posição inferior, o que limita grandemente o processo de enfrentamento do cliente, bem como as possibilidades de intervenção profissional.

#### 8.2.8 “SE QUISE FAZER FORA DA MATERNIDADE, QUE FAÇA, MAS AQUI DENTRO NÃO”

O “cuidado educativo” praticado e concentrado quase que exclusivamente nas mãos das trabalhadoras de nível médio e elementar fornece a elas as pistas – constantemente retroalimentadas pelo saber dominante – para tornar pública a autoridade profissional no AC. É com base neste poder institucionalizado que a maioria das decisões são tomadas, principalmente quando percebem que as “crenças” das famílias começam a entrar em jogo, podendo contaminar o imaculado espaço da “casa”.

<sup>23</sup> Good (1997) estuda o problema de se abordar a “crença” como categoria analítica não apenas na área médica, mas nos estudos antropológicos em geral. Para aprofundamentos remeto o leitor aos seus textos, principalmente a consulta à obra: “Medicine, rationality and experience”.

*"(...) tu sabes que às vezes temos que ser mais firmes. Estes dias tinha uma [puérpera] no [quarto] D que não me deixava tirar a roupa do nenê pra dar banho. Comecei a ficar desconfiada, até que ela foi no banheiro e eu tirei a roupa. Tu não imaginas o cheiro de arruda que tinha no umbigo daquela criança! Quase cai pra trás. Limpei aquilo ali rapidinho e coloquei de novo a criança no berço. Voltei mais tarde e tu pensas que ela me questionou? Nada! Foi como se eu nem tivesse visto. Eu não falei nada, mas garanto que ela não ia mais fazer aquilo, pelo menos dentro da maternidade. Acho que valeu a lição" (auxiliar Aurora. Extratos de Entrevista).*

*"Se a senhora quiser fazer isto, pode fazer, mas só depois, em casa, agora tem que permanecer na luz" (auxiliar Têmis, "orientando" a mãe do RN icterico sobre a necessidade de tratamento hospitalar, após ter ouvido da mesma os tratamentos que ela julgava importantes de serem implementados, como por exemplo, "dar banho de ovos" e colocar roupas de cor amarelo na criança - Extratos do Diário de Campo).*

*A puérpera cesareada, que já quisera anteriormente levantar-se do leito para a primeira higienização pós-parto, volta a perguntar para a atendente Isadora: "agora já posso tomar banho?" A atendente pergunta: "quando é mesmo que você teve o bebê?" A puérpera responde: "faz mais ou menos oito horas, você disse que depois disso podia". Isadora: "ah, sim, então já está autorizado. Pode ir, viu?" (Extratos do Diário de Campo).*

Nestes casos, revela-se o modelo 'que conta', baseado tão somente no caráter autoritário das orientações e, principalmente, das interações assimétricas entre as profissionais e as mulheres puérperas. O (re) conhecido saber profissional é colocado no topo da posição hierárquica, normalmente marginalizando os conhecimentos, as experiências, os sentimentos e os modelos explanatórios das famílias. Algo totalmente reverso de posições consideradas apropriadas do ponto de vista da tecnologia que humaniza a assistência e empodera as famílias, à exemplo das recomendações específicas adotadas pela Organização Panamericana de Saúde para todo o mundo: "as mulheres que parirem em instituições têm assegurado o direito de decidir sobre a roupa dela e do bebê, a alimentação, o destino da placenta e outras práticas culturalmente significativas" (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1985, p.436).

Como os exemplos do campo mostram, a ausência de uma interação afetiva entre trabalhadoras e famílias, ajuda a manter a hierarquia de conhecimentos entre quem sabe (e manda) e quem não sabe (e, portanto, deve seguir os primeiros). Conforme se observa, particularmente na primeira e segunda situação apresentadas, as trabalhadoras algumas vezes são bastante claras nas proibições ("não debes fazer..."), noutras, são mais sutis (como o ato de livrar a criança da substância – arruda – colocada em seu abdome, fora das vistas da mãe), utilizando-se de uma 'astuta estratégia'; em outras, percebe-se que interferem diretamente apontando o que as puérperas devem fazer (obter autorização formal para a higienização pós-cesareana) e em outras ainda, não interferem no tratamento familiar (não importando absolutamente nada sobre o modo como as famílias farão o tratamento em casa), porém enfatizam em tempo integral a **obrigatoriedade** de manutenção da terapêutica e dos cuidados profissionais.

### 8.3 QUANDO A BIOMEDICINA “É O QUE VALE” PARA AS FAMÍLIAS

Longe de assegurar que as famílias se contraponham incessantemente aos conhecimentos e práticas biomédicas, é importante considerar que, muitas vezes, a autoridade da biomedicina é reconhecida e valorizada. Logicamente que não reconhecem tudo o que é orientado ou programado para que façam, e muito menos a forma impositiva como muitas trabalhadoras costumam desenvolver o “cuidado educativo”, mas percebe-se que o fato de buscar a Maternidade para darem à luz, leva consigo uma certa ‘expectativa’ pelo conhecimento especializado que sabem existir ali.

Um conhecimento que parece não estar envolto apenas em posição de autoridade abstrata, do tipo “é o saber mais importante porque é científico ou porque é conhecimento de médico”, dentre outros, mas porque sabem que necessitam dele e às vezes, inclusive, para a própria sobrevivência, ou ainda para promover ou melhorar a qualidade do processo saúde-doença que toma lugar na vigência do processo do nascimento. As famílias reconhecem que é um saber que, como disse a avó de um bebê, “*é coisa que não é do conhecimento da gente*”, referindo-se à necessidade de aprender sobre o ‘teste do pezinho’, as dosagens adequadas de glicose no sangue do RN, as características de prematuridade do neto, o deslocamento prematuro de placenta, as complexas dosagens e tipos de antibioticoterapia adotados para as infecções neonatais, além de outras manifestações percebidas por ela e sobre as quais refere ter poucas informações ‘profissionais’.

De modo semelhante, muitas famílias permanecem interessadas em aprender quais os cuidados profissionais que as trabalhadoras têm com os bebês que “*tem tremores no queixo*”; “*urinam sangue*” ou “*possuem mancha avermelhadas pelo corpo*”. Não que elas não possuam qualquer informação sobre estas intercorrências – muitas vezes, inclusive, comentam entre si sobre os possíveis diagnósticos e tratamentos ‘conhecidos’ – mas porque sabem que seus conhecimentos nem sempre são correspondentes aos profissionais ou mesmo porque valorizam mais o conhecimento biomédico do que o reconhecido pelo setor familiar ou outros especialistas populares. É claro que nem sempre isto acontece, pois está na dependência de alguns fatores que abordaremos no próximo item, mas em boa dose, garante um interesse bastante grande pelas orientações dadas, principalmente se estas orientações forem propostas por eles e não impostas pelos profissionais.

Durante todo o trabalho de campo, chamou-me muito a atenção que, assim como para os profissionais, “a casa” delimitava os terrenos dos saberes populares e profissionais,

também para as famílias havia uma associação semelhante – embora bem mais discreta em termos de explicitação de seus significados. Alguns trechos do Diário de Campo podem ajudar nessa interpretação:

*a puérpera e sua mãe, ao se informarem com as trabalhadoras sobre minha identidade como enfermeira, além da de pesquisadora, resolveram investir um pouco mais na interação e investigar melhor sobre a "icterícia patológica" apresentada pelo filho/neto durante a estada na Maternidade.*

*Avó: (...) bem, a gente não tem toda a técnica que vocês têm, nem o mesmo conhecimento. O conhecimento que a gente tem é diferente e pra coisas do dia-a-dia né, pra aquelas que não precisam de médico.*

*Puérpera: eu não tinha coragem de perguntar... achei que ia me intrometer onde não era chamada, mas daí a senhora foi tão legal explicando pra gente daquele exame que eu criei coragem. Sabe o que é? É que a gente usa pulseira de alho, chá de erva-doce e banho de sol que o obstetra da vizinha já tinha receitado pra curar a triça, mas não sabe como vocês fazem pra curar a icterícia. Será que a gente pode conversar?*

*Avó: o que é que vocês fazem aqui quando o nenê tá grave assim de triça? (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

Sempre que têm oportunidade e se sentem seguras para perguntar, as famílias mostram que não são ingênuas em considerar que seus modelos explanatórios são iguais ou similares ao do profissional e mostram abertura para expor que seus tratamentos podem ser (e muitas vezes são) diferentes daqueles adotados pela instituição, como a situação acima deixou entrever. Muitas das famílias que nascem, como aponta Lazarus (1997), aceitam o parto como um processo médico, mas querem ser tratadas com dignidade e respeito e receber suporte integral durante o mesmo.

Mas o que quero ressaltar aqui não é esta espécie de ‘relativização’ que muitas famílias fazem quando os diferentes setores estão em interação dentro da instituição (isto será abordado no próximo item), e sim algo que surgiu com bastante força quando agucei o olhar para enxergar como os conhecimentos biomédicos eram valorizados e ‘autorizados’ pelas famílias dentro do Alojamento. Depreende-se daí que, em variados graus, as famílias acreditam que o conhecimento biomédico possa ser muito mais importante do que as suas experiências com o nascimento. A complexidade crescente do controle do nascimento pela tecnologia médica parece ter contribuído para a percepção de que aquele conhecimento ‘feminino’ obtido por meio das experiências pessoais e passado de uma para outra, é menos ‘aplicável’ hoje do que o ‘moderno’ e mais ‘confiável’ conhecimento médico, seja ele advindo de médicos, enfermeiras, técnicos ou educadores para o parto; todos considerados *experts* no setor profissional de atenção ao nascimento.

Várias vezes as mulheres comentavam comigo que era “*imprescindível*” e “*moderno*” participar, por exemplo, de cursos pré-natais, como se esses já tivessem sido incorporados como uma parte normal e esperada da experiência da gestação e como um componente indispensável do ‘preparo’ para o parto. Para muitas delas, a participação nestes programas

era vislumbrado como uma estratégia importante para que pudessem aprender o que seria ‘dito e feito’ no hospital, quando tivessem que ir para lá para terem o bebê (mesmo que algumas vezes se referissem aos cursos como se fossem as próprias consultas pré-natais), e suas falas mostravam como tinham sido afetadas pelos conteúdos abordados nesses cursos ou consultas, na ocasião em que deram entrada na Maternidade, de modo positivo ou negativo, ou seja, aquilo que ouviram e que efetivamente ocorreu, mas principalmente o que não ocorreu, ou aconteceu de ‘modo inverso’ do que haviam aprendido – como a puérpera Marina que diz ter ficado “*uma fera*” porque disseram que ela poderia escolher pela posição a ser adotada no parto e “*simplesmente não deixaram... tive que ficar do jeito que me botaram*”.

A maioria das mulheres, no entanto, fazia relações mais freqüentes com o que aprendeu no pré-natal à respeito do momento do parto em si, e seus depoimentos mostravam que elas não tinham sido preparadas para serem, como se esperava, as agentes da maternidade, ficando as decisões sob o comando profissional. De tal modo, as mulheres já chegam à instituição, sabendo aonde se concentra o conhecimento autoritativo:

*“a médica falou que o médico da maternidade é que ia decidir o tipo de parto que eu ia ter e que não adiantava eu me animar toda com um parto normal que podia ser que eu chegasse e tivessem que fazer cesárea” (Extratos de Entrevista).*

*“ah, a enfermeira que deu a maior parte [do curso de preparo para o parto]. Ela me orientou bem direitinho. Disse tudo o que eu tinha que fazer, os procedimentos, as rotinas do hospital, tudo. Até sobre não berrar na hora H, senão eles descontam na gente, né? Falou que iam me fazer uma lavagem, que eu ia ter os pêlos raspados e que iam botar pra ele mamar ainda na sala de parto. Cheguei já sabendo tudo o que ia ser feito comigo” (Extratos de Entrevista).*

Além de saber que o conhecimento biomédico é o ‘que conta’ na realidade clínica, muitas famílias consideram que a cultura hospitalar é a autoritativa, muitas vezes, em função tão somente de ser um ‘saber superior’ desempenhado por ‘profissionais’, conforme evidenciaram os depoimentos anteriores.

Em grande medida, as famílias mostram não só que aceitam o saber hegemônico, valorizando-o e reforçando-o, mas suas falas também demonstram que muitas vezes se engajam de modo ativo ou inconsciente na produção e reprodução deste conhecimento pois, como coloca Davis-Floyd (1994b, p.1137, tradução nossa), têm-se a impressão que, ao se adotar a biomedicina como o modelo, “ter-se-á melhor controle da situação” ou então que haverá algum profissional para fazer a ponte “entre a cognição e o caos” (DAVIS-FLOYD, 1992, p.191, tradução nossa). Contudo, quando acontece de haver alguma divergência entre o que se aprendeu e a realidade vivenciada, como ocorreu com Marina, por exemplo, as mulheres sentem um enorme constrangimento e desilusão com a biomedicina, principalmente se haviam compreendido que, ao acreditar em seu sistema de valores e práticas, poderiam também estar imbuídas de maior *status*, inclusive para poder fazer escolhas.

A valorização dos conhecimentos ‘modernos’, vale dizer, aqueles que são de domínio profissional (muitas vezes em detrimento dos considerados ‘tradicionais’ – de domínio popular) foram referendados por uma grande quantidade de famílias com as quais interagi e em suas interpretações, tal saber está presente, privilegiadamente – e “à disposição” (já que se paga pouco por isso ou porque não se precisa marcar hora para acessá-lo, nem mesmo enfrentar filas) – nas revistas especializadas<sup>24</sup> que tratam da saúde da mãe e do bebê.

*“Eu li na revista ‘Meu Nenê’ que os conselhos das comadres só atrapalham. Já vi muita gente ignorante dizer que não se passa nada na pele do nenê quando é assim novinho... mas a ‘Meu Nenê’ mostra que são produtos modernos e que podem ser usados sem problemas. Sei lá, eu gosto de novidades, e se está escrito ali né...é mais fácil do que consultar um médico” (Extratos do Diário de Campo).*

*“Eu gosto de ver as revistas especializadas. Li durante toda a gravidez. São modernas e sérias e trazem muitas reportagens interessantes (...). Eu me guio por ali. Só não fiz cesárea porque o meu médico não atende nessa Maternidade, senão eu tinha feito. Pra que sofrer, né?” (Extratos do Diário de Campo).*

*“A minha avó sempre tratava dos amarelão em casa, mas eu e a mãe conversamos que ela tava errada, que o tratamento mais importante agora é feito nos hospitais... tava naquela revista, como é mesmo o nome mãe? Não sei, esqueci, mas era uma revista indicada pelos médicos... eu conheci lá na sala de espera do consultório” (Extratos do Diário de Campo).*

*“Eu lia pra mostrar pra minha mãe e pra minha sogra que eu podia ficar sozinha e mostrava que as coisas tinham mudado e tal e coisa. A enfermeira e também o médico já tinham me prevenido que a mulherada só atrapalha, principalmente nos cuidados pediátricos, né? Mas as duas [mãe e sogra] não iam comigo nas consultas e não ouviam e então eu tinha as revistas, mostrava... sabe como é... quero ver se consigo mostrar que as coisas hoje são mais modernas e que os conhecimentos de saúde são mais importantes...” (Extratos de Entrevista).*

*“Os conhecimentos que se tem hoje são mais seguros, né? Vocês sabem como fazer, estão sempre se atualizando... as antigas têm muitas práticas ultrapassadas. Esses dias tava lendo uma revista médica que dizia que pelo ultra-som dá pra saber até o dia e a hora do nascimento pela cesárea, né? Comentei com meu marido: antigamente as mulheres pensavam que sabiam quando é que iam dar à luz, né? Hoje os aparelhos já dão mais certeza e podem prever quando que vai nascer” (Extratos de Entrevista).*

*“A gente não entende nada de pós-parto, parto e essas coisas. Lê eu leio muito pra ficar esclarecida... revistas médicas, viu? [perguntei então o que é que ela mais aprende com estas revistas] Ali ensinam a gente a sentir as contrações, saber ver se as dores da gente são as dores da hora [de ir para a maternidade]. Minha mãe que mora comigo dizia: ‘mas filha, não fique preocupada que você vai saber a hora de ir, o corpo avisa’. Eu dizia: credo mãe, se a revista médica me diz quando ir, eu vou prestar atenção no corpo? Olha, olha, parece que não pensa!” (Extratos de Entrevista).*

<sup>24</sup> outros instrumentos de “modernização do conhecimento popular” também foram apontados pelas famílias, como os saberes adquiridos em cursos pré-natais (oficiais ou particulares), como apresentado anteriormente, cursos de aleitamento, programas de televisão, orientações profissionais em sala de espera de consultórios médicos e de enfermagem (no caso de postos de saúde da rede pública), programas governamentais sobre o aleitamento materno (principalmente), reconhecidos em cartazes colados em escolas e centros de saúde da periferia e ainda por algumas experiências de pessoas conhecidas que usaram meios bem mais “modernos” de vivenciarem a maternidade, como a “cesareana pré-marcada”, o uso regular e freqüente do *ultra-som*, o seguimento quase cego aos preceitos da saúde pré-natal (“se é comando profissional tem que ser feito, custe o que custar!”), o uso de analgésicos para “não ter dor nenhuma no parto”, dentre outros, porém nenhum desses instrumentos ou veículos de “modernização” mereceu tanto crédito para as famílias do AC, quanto o acesso às “revistas especializadas”.

*“Não, faixa não. A mãe lê muito. Disse que faixa não se usa mais. Só passar álcool. Isso ela lê muito. Então eu acho que os meios de comunicação contribuem né. Assim as revistas... eu durante a gestação comprava muita revista, tudo o que tinha a ver com bebê eu comprava. Ai então aprendemos muito por ali. Eu via uma reportagem e comentava com ela ou então ela lia e comentava comigo” (puérpera Eliane, em resposta à pergunta da pesquisadora sobre o uso da faixa umbilical no RN – Extratos do Diário de Campo).*

Se por um lado a apropriação das informações contidas nessas leituras sugerem um determinado modo de enfrentamento para ultrapassar com segurança o processo do nascimento, desde o momento da concepção, passando pelo período pré-natal, parto e pós-parto, por outro, e de modo mais intenso, as famílias indicam as revistas e similares como veículos de socialização na cultura profissional.

As famílias que possuem essa representação acreditam que ser “moderna” é adentrar na cultura profissional, procurando inteirar-se cada vez mais de seus princípios, suas práticas e sua organização. Essa espécie de corredor ao conhecimento do outro confere uma posição privilegiada, conforme evidenciam os depoimentos, tanto entre os próprios pares (principalmente entre as grávidas ou puérperas), como em relação aos profissionais. Para muitas mulheres, a obstetrícia moderna é dotada de um valor simbólico poderoso que confere *status* àqueles que dela se utilizam, identificam-se com ela e ao mesmo tempo se distanciam dos outros sistemas de cuidado à saúde. Tais atitudes são consistentes com os resultados de outras pesquisas recentes envolvendo o conhecimento das mulheres e os conhecimentos sobre o nascimento, em que se observou que as percepções de saúde e as escolhas terapêuticas não simplesmente refletem as informações técnicas sobre o nascimento, mas também as posições sociais dos indivíduos com respeito à classe, ao gênero e aos estatutos de saber (JORDAN, 1993; KETLER, 2000; OBERMEYER, 2000).

Essas condutas também são similares ao que toma lugar em outras áreas em que os ‘clientes’ reconhecem e valorizam o conhecimento biomédico, como o estudo conduzido por Silva (2000), em que alguns indivíduos portadores de diabetes revelaram que o saber da biomedicina é imprescindível para que eles mantenham sua doença ‘sob controle’, além de se referirem aos tratamentos disponíveis em outros sistemas de cuidado “com um certo desprezo, como se fossem tratamentos de menor valor” (SILVA, 2000,p.145). Para a autora, tal fato pode estar vinculado ao nível de escolaridade das pessoas com diabetes entrevistadas, que, por estarem numa posição privilegiada, tiveram maiores oportunidades de acesso ao conhecimento científico, o que pode ter possibilitado a forte influência. Porém, em nosso caso, embora as mulheres informantes, em sua maioria, não possuam escolaridade superior, não há como realizarmos tentativas de relacionamentos nesse nível, uma vez que as variáveis envolvidas são pluridimensionais.

Ainda que se confira *status* entre as mulheres grávidas e puérperas e entre estas e os profissionais envolvidos com o nascimento, algumas vezes, ao invés de ocorrer uma integração familiar em torno dos conceitos e práticas hegemônicos, há a possibilidade de haver conflitos intra-familiares, principalmente quando o que se percebe como ‘novo’ entra em confronto com o ‘ultrapassado’, conforme mostram explicitamente alguns depoimentos. Geralmente esta situação acontece na relação da grávida/puérpera com as outras mulheres da rede social (mães, avós, vizinhas, etc.). Como vimos, algo silenciosamente abordado pelas revistas especializadas (“... o tratamento mais atual agora é feito nos hospitais”), mas também, sorrateiramente provocado pelos profissionais, quando da relação face-à-face (“ a enfermeira e também o médico já tinham me prevenido que a mulherada só atrapalha...”).

Estes trechos exemplificados mostram o quanto, para muitas mulheres, os seus conhecimentos subjetivos (e os outros saberes femininos e familiares associados ao nascimento) são menosprezados, se comparados aos conhecimentos ‘atualizados’ da moderna obstetrícia. Embora muitos estudiosos, sociólogos, antropólogos, profissionais de saúde contra-hegemônicos, organizações pró-nascimento ‘humanizado’ e grupos organizados de mulheres concordem que a validação do conhecimento experiencial é importante, como já assinalado por Ketler (2000), muitas mulheres parecem discordar. Algumas, conscientemente, nem querem e nem esperam que seus saberes familiares e do setor popular tenham o *status* igualmente legítimo como o da biomedicina.

Alguns dos depoimentos apresentados mostram claramente que aquilo que as mulheres sabem de si próprias e das vivências experienciadas por outras, usualmente tem pouco valor e sabem igualmente que ‘seu saber’ (exposto sutilmente na literatura ‘especializada’), se reconhecido individualmente por alguns profissionais dentro das Maternidades, será apontado como um saber periférico que, conforme abordamos anteriormente, não interessa ou ‘não vem ao caso’ enquanto as famílias aguardam o momento de voltarem para casa. Se o setor profissional não valoriza o saber feminino relacionado à reprodução, ao parto, ao nascimento e aos cuidados com o recém-nascido, as próprias mulheres, freqüentemente, consideram seus conhecimentos como irrelevantes ou mesmo como perigosos. Ketler (2000, p.138, tradução nossa) denomina ao processo que desapropria e desnuda a mulher de seu conhecimento não apenas de nascimento medicalizado, mas de “maternidade medicalizada” – um processo de alienação que desvaloriza o saber adquirido através da própria experiência e obscurece a possibilidade de aprendizado por meio das experiências das outras mulheres, inclusive as da família e da rede social mais próxima.

A desapropriação do saber feminino pela biomedicina aparece tão forte nas falas das mulheres que desvaloriza inclusive o conhecimento que possuem (ou que poderiam vir a possuir, caso houvesse margem para tal aprendizado) sobre si mesmas, vale dizer, sobre os seus próprios corpos. Por exemplo, a ‘informação’ recebida por uma das informantes de que é o saber obstétrico especializado (da “revista”) que dá o sinal sobre como ela deve sentir “as contrações”, lhe impede, seguramente, de ter a oportunidade de prestar atenção no próprio corpo e de aprender com ele... ainda que o saber experiencial de sua própria mãe tenha fornecido as pistas para a valorização do ‘conhecimento tradicional’, seu *status* não tem força suficiente para suplantá-lo ou, ao menos, atuar como complementação. Como referem Gomes (1996) e Loyola (1987), sob tais circunstâncias, não se admira que os corpos das mulheres possam ser ‘docilizados’ pelo saber hegemônico da biomedicina.

Considerando a grande influência que as famílias sofrem das “revistas especializadas” – aliás, um termo adotado pelas mesmas, talvez até para distinguir de outras julgadas mais ‘populares’ – creio que há necessidade de aprofundar um pouco mais esta questão e a correspondência que ela apresenta com o conhecimento que é julgado por essas famílias como sendo ‘superior’ ao seu.

Não foi apenas uma única vez que me flagrei refletindo que a leitura realizada pelas famílias influenciava na maneira como elas se comportavam durante o “cuidado educativo”, e mesmo nas conversas que mantinham entre si durante a permanência nos quartos e, algumas vezes, naquele espaço externo à instituição, pelo qual só se tem acesso passando pelo Alojamento. Percebia que o verbo “*ler*” sobre determinado assunto, era conjugado com alguma convicção, particularmente quando uma tentava convencer a outra de que alguma técnica ou tratamento utilizado era ‘ultrapassado’. Digo ‘uma’ e a ‘outra’, porque durante o ano em que permaneci no campo, apenas as mulheres se mostraram leitoras assíduas da literatura ‘especializada’, sendo que nas ocasiões em que os homens eram mencionados ou mencionavam algo sobre o assunto, se percebia que, ou foram levados pelas mulheres ou então acabaram entrando em contato com as revistas por via secundária, quando acompanhavam as mulheres às consultas médicas pré-natais. Algumas vezes também mencionaram que eram eles que as adquiriam para as companheiras.

Mas a constatação de que as informações contidas em tais revistas eram consumidas com uma frequência e importância bem maiores do que eu particularmente julgava haver, não aconteceu de modo rápido e nem porque as informantes abordavam assim tão espontaneamente em suas narrativas. O *insight* sobre a importância que lhes atribuíam deu-se num determinado momento quando – acostumada a auxiliar no alcance das roupas do bebê,

tirando-as das sacolas, por ser esta uma tarefa que despende algum esforço da puérpera naquele espaço minúsculo – deixo cair alguns exemplares que estavam no fundo de uma sacola, misturadas aos pertences da puérpera Mirna. Dali surgiram cinco revistas e um pequeno livro (“Ser mãe, e a vida continua...”) que Mirna, sorrindo, disse que era uma “pequena biblioteca”. Como estava sendo chamada por uma trabalhadora para acompanhar a higiene corporal do filho, sugeri que eu permanecesse lendo, caso quisesse.

As revistas, provavelmente de publicações periódicas, acabaram por prender minha atenção, não apenas pela forma lúdica, colorida e chamativa de suas capas, pelos títulos sentimentais, mas principalmente pelos conteúdos que traziam. Mirna acabou por emprestar-me a tal “biblioteca” que, conforme o prometido, foi devolvida logo no dia seguinte, por ocasião de sua alta.

Com o decorrer do tempo, fui interagindo mais próximo das famílias e percebendo que quando as revistas são trazidas à Maternidade, elas permanecem quase sempre dentro da bagagem, mas na maioria das vezes elas não são incluídas como apetrechos compulsórios. Portanto, são lidas e consultadas, mas ficam em casa ou são emprestadas, trocadas entre as mulheres. Isso é bastante freqüente entre as mais jovens.

Em algumas oportunidades comentei que em ‘outros tempos’, as mulheres tinham por hábito a leitura do livro “A Vida do Bebê” do Dr. Delamare, e ouvi mais de uma vez a resposta: *“a gente gosta, mas é muito caro. As revistas são mais baratas e dá pra emprestar”*.

Sem atribuir anteriormente qualquer importância à tal leitura, e mesmo desconhecendo quase que totalmente a existência delas, como pesquisadora as revistas tiveram um outro ângulo e apareceram como símbolos importantes de veiculação da voz da biomedicina, da indústria que se beneficia do processo do nascimento e da necessidade ‘imperiosa’ de sua institucionalização, ainda que a linguagem utilizada seja bem adaptada ao grande público que as consome. O empréstimo de Mirna foi fundamental para esta compreensão. A leitura dos periódicos: “Seu Filho e Você”, “Meu Nenê e Família”, “Gestante”, “Gravidez” e “Guia Prático Meu Bebê”, levaram-me a analisar seus conteúdos e a refletir sobre eles tentando fazer o exercício do olhar das famílias que já haviam repetidamente falado sobre a sua importância. Fato, inclusive, gerador de entrevistas temáticas com as mulheres que se tornaram minhas informantes neste assunto.

Apenas para colocar em pauta a importância dessas publicações enquanto ‘veículos’ de medicalização do nascimento, ajudando a garantir a biomedicina como o conhecimento ‘que conta’, transcrevo à seguir, alguns de seus trechos:

“evite o contato corporal com o médico, como um aperto de mãos. Isso pode contaminá-lo, aumentando o risco de infecção (...). Pode-se fotografar ou filmar, desde que sejam respeitados os limites e as instruções dos médicos e enfermeiros” (na sessão que dá algumas “dicas” sobre o comportamento na sala de parto – grifo nosso).

“... um momento tão importante merece mais que uma maternidade. Merece **um hospital inteiro**” (conteúdo de entrada de propaganda de Maternidade particular – grifo nosso).

“a partir do momento em que o pediatra transmitir confiança a vocês, procurem seguir as orientações dele. **Palpites, vindos de todas as direções, só tumultuam.** Quando sentir necessidade, não tenha receio de **procurar o médico**”; “**sua mãe e sogra vão querer ajudar.** Mas, muitas vezes, **elas têm conceitos diferentes sobre saúde e comportamentos das crianças.** E certamente você ouvirá algo como: ‘quando você era pequena, eu fazia assim...’ Delicadamente diga que agora é a sua vez de ser mãe e você fará as coisas à sua maneira. Deixe claro que a última palavra sempre será dos pais. Por isso, é importante que você e seu marido se entendam nas questões relativas ao bebê; na dúvida entre tantos palpites que irá ouvir, siga seu próprio instinto. Costuma ser a resposta certa” (na sessão que dá orientações à “mãe”, denominada “Para não se Estressar” – grifo nosso).

“uma questão importante é onde o bebê ficará após o parto. Há quem defenda o alojamento conjunto, no qual o pequeno permanece no quarto com os pais. **Há quem prefira a praticidade dos berçários...**”; “**analgesia precoce nas pacientes garante parto normal sem dor**”; “...quarto que vira sala para as mães que **optarem pelo parto normal**”; “por três horas após o parto, **o recém-nascido fica no berçário central.** Em seguida, é encaminhado ao berçário do andar em que está a mãe, sendo trazido ao quarto quando tem fome”; “(...) **estimula-se a estada no berçário setorial, para o bebê ter menos contato com microorganismos no início de vida**”; “**são seis salas de cirurgia** e uma de recuperação anestésica e **um quarto de parto humanizado**” (trechos de reportagem sobre as “Melhores Maternidades do Brasil”, contando com a participação do presidente da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – grifo nosso).

É importante assinalar que são periódicos de grande qualidade técnica e editorial, além de contar cada uma deles, com um corpo editorial e consultivo capacitado (inclusive que têm o papel de traduzir em linguagem do senso comum as informações técnicas para as leitoras), constituído por profissionais representantes do setor biomédico, a exemplo de pediatras, nutricionistas, ginecologistas, obstétricas, fonoaudiólogos, odontopediatras, dermatologistas, e outros profissionais cujas áreas apresentam correlações, como psicólogos e advogados. O papel da propaganda comercial também ocupa um espaço considerável nas revistas e encaminham para o uso de produtos industrializados que contribuirão para a ‘promoção da saúde’ das mães e bebês, como por exemplo, produtos para cuidados com a pele (sabonetes, hidratantes, lenços perfumados, creme para prevenção de assaduras, etc.), leites artificiais (com o salvo-conduto de que não podem ser oferecidos a bebês com menos de seis meses), polivitamínicos para a gestante e o recém-nascido, que podem atuar no estímulo ao autodiagnóstico e automedicação, bombinhas ‘tira-leite’ manuais e elétricas, além de comerciais especiais de instituições hospitalares privadas e muitas outras informações.

Sobre isso, Georges (1997, p.96, tradução nossa) analisa que as “definições tecnomédicas” de gravidez e parto costumam pervadir indiretamente a consciência das mulheres todos os dias, através de fontes populares como revistas, televisão, vídeos, e também “guias práticos” para o cuidado da grávida, da puérpera e do recém-nascido. Frequentemente vistos sobre as mesinhas ao lado dos leitos hospitalares, esses guias oferecem descrições legíveis, passo-a-passo, do modelo tecnomédico da gravidez e do nascimento. Através deles as mulheres são educadas sobre como tornarem-se grávidas e mães ‘modernas’, seguindo os passos do conhecimento e das técnicas médicas. Deste modo, ficam expostas a um modelo biomédico de maternidade, ‘traduzido’ em linguagem popular.

Kitzinger (1996, p.31) argumenta que as mulheres que “lêem livros e artigos de revistas em busca de informações”, sentem-se em melhor posição para fazer perguntas quando em redutos profissionais. Além de ‘aprender’ com os ‘especialistas’ a cuidar de si e dos bebês, as mulheres aprendem a contrapor os métodos usados por suas mães ou por outras mulheres que tenham adotado um estilo de maternidade considerado “fora de moda”. Garro (2000) também diz que tais veículos, disponíveis para o grande público, são considerados pelos sujeitos como ‘provas’ que ajudam na validação quando se deseja que a perspectiva do conhecimento cultural de alguém, sobre saúde e doença, seja modificado. O modelo hegemônico, através de meios como esse, contribui para reforçar ainda mais a credibilidade do cenário biomédico.

Keane (2001) realizou uma análise específica sobre a influência da literatura popular consultada por pais americanos a respeito dos cuidados com os filhos e constatou que em algum nível os pais aceitam e internalizam os conceitos, as normas e os hábitos dominantes, assim como os padrões da autoridade biomédica, principalmente em virtude do caráter persuasivo e ‘científico’ de suas informações. Embora os autores das revistas populares argumentem que se trata de uma literatura que oferece uma abordagem ampla sobre o cuidado infantil, além de permitir que os pais ‘compartilhem’ a autoridade e ‘dividam’ as preocupações, os resultados obtidos levaram o autor da pesquisa a constatar que uma das conseqüências deste comportamento é que os pais passam a acreditar que não são eles os “experts” no cuidado com os filhos, e sim, os profissionais e as revistas especializadas. Do ponto de vista do pesquisador, em nenhum momento fica claro que os conteúdos veiculados representem uma genuína preocupação em auxiliar na ‘construção’ de novos valores e práticas infantis, e sim de veicular a autoridade profissional relacionada à infância.

Certamente que os conteúdos impressos nestas publicações são importantes no sentido de disponibilizarem informações que são construídas pelo setor profissional, além de se

traduzirem em veículos de popularização da linguagem médica no que diz respeito à saúde materno-infantil, mas o que se questiona, como diz Hahn (1995), é a inculcação da ideologia médica numa arena que não é somente médica, reduzindo as experiências pessoais e a promoção das relações interpessoais (que o nascimento gera nas famílias e na rede social), principalmente ao ignorar – e algumas vezes depreciar – o conhecimento das mulheres e das famílias.

## **CAPÍTULO 9 – “TEM COISAS QUE SÃO DO CONHECIMENTO DA GENTE”: O STATUS DO CONHECIMENTO DAS FAMÍLIAS**

---

Além do conhecimento biomédico, no Alojamento há ainda outros saberes a ressaltar. De certo modo, a discussão deste capítulo vem fazer um contraponto com o que se apresentou anteriormente, confirmando que a realidade é, em si mesmo, contraditória, particularmente quando o assunto é o processo do nascimento, algo tão próximo da especialização obstétrica, quanto da ‘sabedoria’ familiar.

Genericamente, o contraponto que surgiu durante as observações e entrevistas no Alojamento Conjunto gira em torno de três dimensões: a) se, para alguns informantes (trabalhadoras e famílias), o conhecimento advindo do setor ou subsistema familiar/popular é desconsiderado (sob todas as formas apresentadas até agora), para outros, é considerado sabedoria popular; se, para alguns informantes, o conhecimento que tem valor é somente o da biomedicina, obtido através do ensinamento dos *experts* profissionais, para outros, o valor repousa igualmente no conhecimento experiencial do subsistema familiar/popular, fortemente concentrado no saber feminino; c) se, para alguns informantes, deve-se evitar os “conhecimentos ultrapassados”, representados pelas “mulheres antigas”, para outros, é justamente o conhecimento “das antigas” que é formalmente valorizado por ser o conhecimento da experiência.

A partir deste contraponto, o tema: **“Tem coisas que são do conhecimento da gente”: o status do conhecimento das famílias**, discute o lugar hierárquico do saber experiencial e cotidiano das famílias que nascem, estruturando-se em quatro padrões: 1) “A confiança na experiência das antigas”, onde ressalta-se o valor que as mulheres “experientes”

tem para muitas famílias que vivenciam o pós-parto da mulher e do bebê; 2) “Alguns modelos explanatórios das famílias relacionados ao período pós-parto”, que discute amplamente quais são os conhecimentos ‘que contam’ para as famílias quando algumas condições adversas com a mulher e com o recém-nascido são postas em relevo; 3) “Tomo banho, mas a trança fica! – a resistência aos cânones hospitalares”, onde são apresentadas as reações das famílias frente a algumas normas institucionais e o papel preponderante das ‘experiências’ familiares anteriores, diante das ações hospitalares rotinizadas; e 4) “O círculo de comadres – espaço de reafirmação coletiva do conhecimento familiar”, onde se discute a formação, dentro da Unidade, de uma rede de resistência aos cuidados educativos verticalizados, bem como a existência de um espaço coletivizado que procura reafirmar os saberes e as práticas provenientes do setor familiar de cuidado à saúde.

### 9.1 A CONFIANÇA NA EXPERIÊNCIA “DAS ANTIGAS”

Mesmo sem desvalorizar o saber da biomedicina na concepção e condução do processo do nascimento, muitas famílias confiam e se orientam pelos conhecimentos adquiridos no setor familiar e popular, pois para elas a biomedicina não é o único conhecimento válido e nem mesmo ‘explica’ tudo que se coloca como questionamentos.

*“Mas meu senhor, disso aí eu entendo. Não precisa se preocupar que eu sou especialista em cuidar de nenê magro. Se duvidar, sei mais que todo mundo aqui dentro” (resposta dada pela avó do recém-nascido de baixo peso ao residente de pediatria, logo após ter ouvido dele a seguinte orientação: “o nenê vai de alta, mas se não cuidarem com a amamentação, vai direto pro [hospital] infantil”. Extratos do Diário de Campo).*

*“É claro que a gente sabe cuidar dos bebês e das mães. Eu mesma já cuidei dos nenês que nasceram desde que eu era jovem. Apreendi muito e hoje sei tratar das doenças do resguardo e dos problemas dos rebentos. É claro que não de todos, né? Mas de muitos eu sei” (mãe de puérpera. Extratos de Entrevista).*

*“Olha minha filha (dirigindo-se para a pesquisadora), tô curtida de tanto cuidar de criança pequena. Muito já guardei resguardo: de filha, de vizinha, de comadre e agora até das netas. Todos resguardo normal” (mãe de puérpera. Extratos do Diário de Campo).*

*“Eu acho que a medicina roubou o conhecimento das bruxas e das parteiras. Quem sabia de coisas de mulher e de nascimento de criança eram as mulheres, não é mesmo? Os homens vieram e vupt, trouxeram a gente pro hospital. Olha, não vou dizer que não vale o que se faz aqui. Não sou louca! Mas que a medicina não é dona de tudo, ah, não é. Isso é coisa do dia a dia das mulheres, meu Deus, coisas que a gente aprende com as outras que já tiveram experiência anterior. Vou te dizer que se tivesse casa de parto aqui, eu tinha ido lá e se tivesse parteira ia ter em casa mesmo. Por que tem que ser no hospital? Jesus Cristo não nasceu numa estrebaria? Buda, por acaso, nasceu numa maternidade particular? As parteiras por acaso aprenderam a fazer parto em hospital? Não, foi na rua mesmo, não foi? Então... tem coisas que não se precisa de escola pra aprender, se aprende com a vida mesmo. É claro que o hospital é bom pras doenças, pras crianças que precisam de máquinas, né? Assim como as crianças que não vingavam em casa, se bem que meu avô nasceu com um quilo e meio e foi criado numa caixa de sapato, atrás do fogão à lenha. Então é assim...” (puérpera Ada. Extratos de Entrevista).*

*“(...)nascer, sempre se nasceu; filho, sempre se teve e sempre se pariu. As mulheres sempre foram muito mais fortes...pra ter filho, pra engravidar e também pra aparar e pra ajudar no parto (...). Coisas da vida, né? Pois então. Todo mundo tem filho... é uma coisa que faz parte da vida. Então é claro que*

*muita coisa a gente sabe, tem experiência. Por exemplo? Se eu não souber cuidar de alguma coisa que acontece comigo ou o nenê eu chamo minha mãe, se ela não tiver confiança, chama a vizinha, se não cuidar, chama a benzedeira, e se não deu jeito, sempre tem alguém ali que sabe, que já ouviu falar ou que tratou de alguém que ficou curado. Mas é lógico que se não der ou se for muito grave se procura a medicina né?... a enfermagem também é um tipo de medicina. Agora tem o posto da família lá no meu bairro. Vão na casa... se precisar eu peço ajuda” (puérpera Linda. Extratos de Entrevista).*

*“Eu já estou louca pra ir embora. Tá bem, fui de risco, fiz cesárea, fiquei aqui quase um mês tratando do açúcar [diabetes] e da infecção, mas agora já nasceu, tá tudo bem, ninguém morreu. Isso aí de dizer que se o nenê pode ter problema e a mãe também... acho besteira. Se ficar com problema de resguardo a gente sabe tratar em casa. Nossa, minha mãe já está cansada de esperar pela gente. Ela tem experiência com minhas irmãs e sobrinhas. Pode cuidar de nós. Sabe de umbigo, de espinhela caída, de amamentação, de pé torto, de resfriamento, de amarelão... se precisar eu volto tá?” (puérpera Vera com 8 horas de pós-parto cirúrgico, insistindo com a técnica de enfermagem para que “desse um jeito” de antecipar a alta. Extratos do Diário de Campo).*

Algumas informantes negam a intervenção tecnológica no processo de nascer ‘natural’, como parte do processo da vida; outras questionam a institucionalização do parto (e particularmente do pós-parto); outras analisam que o conhecimento biomédico (construído reconhecidamente a partir do conhecimento feminino) é uma parte importante do conhecimento sobre o nascimento, mas apenas ‘uma parte’, e há ainda as que buscam um modo de classificação e atribuição de papéis mais particular, acrescentando que a biomedicina e a institucionalização da mulher e do bebê deveriam se restringir a ‘aspectos de maior gravidade’ no processo de saúde-doença durante o pós-parto.

Embora existam interpretações que comportam algumas diferenças em relação ao poder institucional e ao grau de contribuição do saber biomédico no processo do nascimento, as mulheres que se localizam neste estilo de pensamento apontam inequivocamente para uma única direção: o papel do conhecimento não médico na assistência ao pós-parto. Para elas, a subjetividade e a intersubjetividade da experiência cotidiana vivida em família, jogam um papel importante que a abordagem profissional sozinha não consegue abarcar. Neste sentido, a família ‘produz’ conhecimentos que não são simplistamente substituídos pela informação tecnológica ou pela tecnologia obstétrica e neonatal.

Indistintamente, o conhecimento experiencial sobre o nascimento aparece situado na família e nas pessoas significativas do meio social. Sempre que as informantes evocaram o conhecimento experiencial, elas o fizeram fora do ambiente hospitalar, como saberes que são seus, dos seus cotidianos, localizados e familiares. E onde novamente as mulheres aparecem como as agentes do processo. As experiências das mulheres que já pariram apresentam-se como credenciais legítimas, talvez mais do que o grau de “instrução, status social ou poderes ocultos especiais” (HELLMAN, 1994, p.73). Vale ressaltar ainda que estes saberes cotidianos contemplam ‘o feminino’ como fonte de poder; este inclusive, um entendimento que é percebido e geralmente aceito pelos próprios homens participantes das famílias que nascem:

*“isso é coisa que mulher sabe melhor”; “elas [as mulheres] têm jeito, sabem cuidar, têm experiência”; “são elas [as mulheres] que sabem!”*

É muito interessante observar que ao mesmo tempo que as informantes abordam o nascimento como um processo da vida (e não ‘da doença’ – vivenciado como patologia e institucionalizado), ou, como a interpretação delas permite considerar – algo comum a todos os seres humanos, portanto global, dotado de universalidade –, também aparece imediatamente aderido ao tecido social do cotidiano, com significados particulares para todas as pessoas que o vivenciam e cujo ‘significado-em-contexto’ se liga à experiência vinculada ao setor ou subsistema familiar.

Por conseguinte, aparecem aqui conhecimentos ‘que contam’, vivenciados mais próximos da *illness* do que da *disease* e que, conforme vimos, interage com o setor profissional, mas volta ao familiar e muitas vezes, com a necessidade de ser do modo mais breve possível, pois como uma das informantes verbalizou: *“se precisar, eu volto, tá?”* Deixando claro que se acha em condições de **optar** pelo itinerário que a família escolher ou decidir. Este entendimento contribui para percebermos a importância que a família atribui ao seu modelo de cuidado com o nascimento, pois deixa claro como refere Elsen (1984), que a família pode avaliar o *status* de saúde de seus membros, selecionar as condutas preventivas e decidir sobre os tipos de ajuda e tratamentos que julga necessários, com ou sem o auxílio do setor profissional. Aliás, fica muito claro nos depoimentos que a família quer procurar e não apenas ser procurada pelo setor profissional, haja vista a resposta de Vera e também o breve e descomplicado itinerário proposto pela puérpera Linda (*“eu □ minha mãe □ a vizinha □ a benzedeira □ alguém das minhas relações que tenha obtido sucesso em situações e tratamentos similares □ o médico”*). Este ambiente familiar e comunitário é importante para as famílias, mesmo porque ele funciona como uma espécie denexo entre os demais sistemas de cuidado à saúde, onde se inicia o processo terapêutico e se decidem as negociações futuras com os especialistas dos outros setores (LANGDON, 1994).

A experiência de que falamos, então, não é uma experiência qualquer. Sua ou de alguém, a questão mais importante é que seja algo vivenciado interativamente, em que os sujeitos compartilhem vivências, conceitos, práticas, mas também efeitos terapêuticos. Não é uma experiência descompromissada ou ingênua, mas um domínio que carrega consigo sentimentos de afetos e de competências. Portanto, para ‘valer’ como conhecimento autoritativo, é necessário que esse saber localizado no subsistema familiar seja um saber comprometido, pois só assim é legitimado, e também que seja um saber compartilhado na mesma rede de símbolos

e significados, uma vez que a experiência é modelada pela cultura na qual o sujeito interage e toma parte. Para Good (1997), a ‘alma’ da experiência é que ela sempre é cultural.

O conhecimento que possuem sobre o nascimento, além de ser subjetivo, dotado de percepções individuais, incluindo o saber que se incorpora sobre o próprio corpo e o da criança, é também um conhecimento social que perpassa a vida de todas as famílias, envolvendo todas as mulheres, quer já tenham tido filhos, aguardam para tê-los, ou não possam tê-los, pelos mais diferentes motivos. Como diz Collière (1989), o reconhecimento do valor social da prática dos cuidados prestados pelas mulheres funda-se no prestígio das suas experiências. Experiências essas, interiorizadas e vividas em seus próprios corpos. As falas das mulheres, como se viu, mostram que tais cuidados não representam apenas um conjunto de respostas a ‘necessidades vitais’ indispensáveis à sobrevivência, mas veiculadas pelo corpo daquelas que os prestam, “exprimem uma forma de relação com o mundo” (COLLIÈRE, 1989, p.47).

A puérpera Ada, em outra oportunidade, fez uma comparação entre o processo do nascimento e o processo saúde-doença nas famílias, dizendo: *“todo mundo nasce, mas nem todo mundo tem diabetes, ou AIDS, ou câncer. Eu não saberia como tratar uma criança com câncer, mas sei muito bem tratar de uma com moleira caída”*. Tal declaração remete o nascimento e seus entornos à experiência da vida cotidiana, àquilo que faz parte do dia-a-dia da família e da comunidade e que por ser um conteúdo construído socialmente nas cercanias (com ou sem contato direto com o setor profissional), tem o valor de um saber que é reconhecido, não sendo exclusivo do domínio médico (como seria talvez o saber necessário às condutas terapêuticas com indivíduos acometidos por ‘patologias’). Não querem dizer com isso que as experiências pessoais e os conhecimentos do subsistema familiar sejam completamente ignorados na ocorrência de doenças crônicas, mas o que as mulheres parecem querer demonstrar é que o nascimento é um processo ‘natural’, mais no sentido de sua constância e por ser parte esperada do ciclo da vida. A ocorrência quase contínua de tal processo (alguém sempre está nascendo no seio familiar), vivenciado na rede social mais próxima, oferece uma quantidade maior de aprendizado e oportunidade de **“experiência prática”** para as mulheres. No entanto, como sugerem as informantes, não se trata apenas de algo que brota de modo espontâneo a partir do viver cotidiano, mas que se cria constantemente entre o vivenciado no mundo privado e o experimentado no mundo público, incluindo aí o mundo da realidade clínica do hospital, dos profissionais e da biomedicina.

Por ser um processo que faz parte do sistema de cuidado à saúde familiar, as mulheres se vêem como participantes e, em muitas situações, de forma bem diferente do que aquelas

apresentadas no item anterior, onde o nascimento, pela matriz percebida de sua medicalização, transfere para os profissionais a tomada de decisões. Podemos falar então que se algumas mulheres interpretam a condição do nascimento e a assistência à puérpera e ao recém-nascido desta maneira, é porque continua imprescindível que compreendamos o modo subjetivo de vivenciá-lo, ‘apesar’ da hospitalização (que ocorre hoje, em nossa sociedade, de modo quase obrigatório).

Como vimos, para estas famílias, a vivência subjetiva com o nascimento é fundamental e ‘parte integrante da vida’ de cada um, portanto, uma condição centrada na **experiência**. Tal experiência, como referem Rabelo, Alves e Souza (1999), contempla não apenas os aspectos particulares do domínio privado, mas o modo como as pessoas interagem e o sentido compartilhado que atribuem aos eventos, sendo então vivências que comportam também aspectos de criação e não apenas de repetição de ações e comportamentos. As experiências das famílias com o nascimento, como veremos adiante, têm o significado do ‘modelo da realidade’, mas ao mesmo tempo, a criação de um ‘modelo para a realidade’, no sentido geertziano.

Uma ocorrência que surgiu de forma muito expressiva durante o trabalho de campo – e que contribui para que as famílias avaliem de modo positivo o conhecimento relacionado à saúde da puérpera e do recém-nascido – diz respeito ao valor que estas depositam naquelas mulheres que consideram experientes neste assunto e que denominam, quase que de modo genérico, de “*as antigas*”.

A experiência “das antigas” é uma abordagem ‘que conta’ para muitas famílias, principalmente no que se refere à especificidade do cuidado no período pós-parto. Embora eu não tivesse como meta a exploração do processo do nascimento como um todo, e sim a compreensão das interações ocorridas durante o período puerperal, neste caso, as próprias famílias faziam questão de realizar comparações, por exemplo, entre o período pré-natal e o momento do parto propriamente dito. Para elas, o resguardo é um período especial e que tem uma proximidade bem maior com as experiências do setor familiar do que com as práticas profissionais e conhecimentos biomédicos. Em termos comparativos pode-se também dizer que o conhecimento que “as antigas” possuem e dispõem sobre os cuidados com a puérpera e a criança ‘normais’ é mais valorizado, do que aquele que possuem sobre os cuidados com a grávida e o feto ou com a parturiente que dá à luz e a criança que está nascendo, no momento específico do parto. Penso que esta ‘hierarquia’ de posições esteja ligada ao fato de que “as antigas”, hoje, não tem a mesma função e nem exercem os mesmos papéis que eram exercidos pelas parteiras tradicionais (que atuavam, indistintamente, em todos os períodos do processo

do nascimento, ou seja, desde a ‘confirmação’ da gravidez, até os quarenta dias que se seguiam ao parto).

Acredito que esta compreensão esteja associada, principalmente, à identificação e características atuais das mulheres que são consideradas como “as antigas”. É claro que há por detrás desta denominação várias interpretações, dentre as quais a idéia mais abstrata de conhecimentos provenientes da ‘sabedoria popular’ das parteiras e aparadeiras – conhecimentos e experiências ligados à transmissão oral de ensinamentos e à prática do aprendizado concreto em que as que mais sabiam transmitiam as técnicas e os rituais de cuidado às aprendizes que se interessavam pelo ofício da parturição<sup>25</sup>. No entanto, há igualmente, uma versão mais atualizada para a identificação das “antigas” e que não está somente ligada à função da parteira em si e nem mesmo o termo “antiga” significa somente a experiência passada de gerações anteriores para e por mulheres ‘velhas e idosas’. Percebe-se uma associação simbólica que extrapola a imanência prática contida nas atuais concepções profissionais a respeito dos cuidados às puérperas e às crianças que acabaram de nascer.

Antes de aprofundar as reflexões sobre as interpretações que as famílias fazem da situação vivenciada e em quem confiam para colocar em prática os conhecimentos que possuem, destaco situações de campo e alguns relatos feitos pelas próprias famílias:

*“é coisa das antigas, mas eu acredito em muita coisa, no sentido assim do neném...e também meu, né?” (puérpera. Extratos do Diário de Campo).*

*“as antigas é que sabem muito sobre como cuidar das mulher e das crianças. Eu por exemplo aprendi a amamentar com minha mãe e é ela que vai lá pra casa amanhã” (puérpera. Extratos do Diário de Campo).*

*“(...)é coisa das antiga, que nem mesmo as revistas falam...mas dá o mesmo efeito e às vezes até melhor” (mãe de puérpera. Extratos do Diário de Campo).*

*“as antigas sabem muito, é por isso que a minha sogra vai ajudar em casa” (puérpera. Extratos do Diário de Campo).*

*“são as antigas que tem conhecimento pra ensinar, né? Têm experiências. Sabe como é mãe de primeira viagem, não tem conhecimento nenhum” (Extratos do Diário de Campo).*

<sup>25</sup> A maioria das mulheres com as quais conversei é que se enquadra nesta categoria, nunca teve contato direto com parteiras tradicionais, principalmente porque as mesmas já deixaram de atuar no ofício por conta da lei, porque já faleceram ou porque, embora algumas se considerem “ex-parteiras”, continuam atuando apenas naquelas situações aonde percebem uma “brecha” legal (como a avó “ex-parteira” paranaense que veio visitar a neta no Alojamento Conjunto) e onde não serão importunadas, ao menos de modo direto. Um exemplo desta atuação é, justamente, no período pós-parto e pós-natal domiciliar, quando a vigilância profissional ainda não é tão acirrada. Consideram que a assistência pós-natal, mesmo realizada pelos profissionais dos Centros de Saúde, em nível de atenção primária, não interfere diretamente nas ações realizadas no domicílio, uma vez que “quem vai na casa é os agentes [de saúde]”, mais identificados com o conhecimento popular do que como agentes da biomedicina, ao menos no que se refere aos cuidados pós-natais com a mulher e a criança – situação bastante próxima da encontrada por Figueiredo (2001), em um estudo realizado num bairro da periferia e que envolvia os cuidados domiciliares à mãe e à criança, por ocasião do retorno dos mesmos ao domicílio, considerando-se as novas proposições do “Programa de Saúde da Criança”.

“minha amiga tem conhecimento das antigas. Ela já teve três filhos. Como não tenho mãe e nem sogra, é ela que vai lá pra casa nos primeiros dias” (Extratos do Diário de Campo).

*Técnica Simone: você pode contar com o médico ou com a enfermeira do posto para continuar tirando tuas dúvidas depois que sair daqui, tá?*

*puérpera: tá bom, mas acho que não precisa. A minha mãe vai me ajudar. Vai lá pra casa (Extratos do Diário de Campo).*

*Puérpera Rafaela: ai, eu vou embora hoje, não queria lavar [os cabelos]...só molhei o corpo...*

*Técnica: tu não achas que devias?*

*Puérpera Rafaela: sei lá, tenho medo de recair, do outro eu só lavei depois de dez dias.*

*Puérpera Livia: ah, tás certa. Eu lavei e recaí.*

*Puérpera Mara: eu também não lavei. Me guentei. Coisa das antigas, né?*

*Técnica: problema assim de lavar não tem. Eu, quando ganhei o mais velho, levei vinte dias pra lavar, mas com o segundo lavei já no terceiro dia... não tive problema.*

*Puérpera Rafaela: não, eu não lavo. Não corro o risco. As antiga dizem tanto. Minha mãe é a primeira...minhas tias, todas... até minha irmã mais nova que já teve filho. Se é experiência das antiga... tem que considerar.*

*Puérpera Livia: é...as antiga... minha mãe não deixa de jeito nenhum. Tem conhecimento, né? Experiência. Eu confio.*

*Puérpera Rafaela: acho melhor esperar. Eu vou esperar até dez dias. Eu li numa revista que não tinha problema, não sei o quê, que não tinha problema... eu falei, sabe o que? Eu não lavo. Se eu recair não são os médicos que vão me acudir...*

*Puérpera Mara: quando eu tive o meu primeiro lá na [outra instituição pública], a enfermeira me disse: ‘lava, lava, é besteira, não dá nada não’. Teve uma então que insistia pra eu lavar. Eu não lavei... mesmo tendo lido também na revista. Segui a minha mãe que é das antiga.*

*Técnica: que idade tem tua mãe?*

*Puérpera Mara: quarenta, mas sabe tudo de resguardo. Não esquece que ela teve quatro! É sabedoria de família.*

*Puérpera Livia: sabe muito bem das coisas.*

*Puérpera Mara: tem coisas que eu sigo mesmo é as antiga.*

*Puérpera Rafaela: eu também. Quer ver então essas coisas de cuidar dos pequeno...*

*Puérpera Mara: então, então (com forte sotaque português), a gente lê nas revistas, quer ficar moderna, mas acaba seguindo as antigas. Principalmente nestas coisas, né? (Diálogo mantido logo após o almoço, nas cadeiras posicionadas em círculo, entre os leitos. A técnica que passava por ali ouviu a conversa e resolveu participar, permanecendo em pé e apoiada na guarda de um dos leitos – Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

aproveito para dirigir-me ao quarto B onde está o casal de adolescentes. A cortina que dá para o corredor está fechada. Peço licença para entrar. A puérpera diz: entre! Depois de me apresentar, comento que está um pouco quente ali dentro (deve estar em torno de 30 graus lá fora. São 19 horas do dia 17 de janeiro). A mãe amamenta o bebê, permanecendo sentada na cadeira, enquanto o pai está ajoelhado ao seu lado, recostado em um dos braços. Ambos suam em abundância. A janela permanece com os vidros inteiramente fechados.

*Mãe: não tem importância, a gente agüenta.*

*Pai: mas acho que dava pra abrir só um pouquinho...*

*Mãe: mas de jeito nenhum! (enfática, e virando-se em minha direção, comenta)Ele não sabe nada mesmo!*

*Pai: (inconformado) mas o que é que pode acontecer?*

*Mãe: tu não viu o que a tua mãe falou? E se esta criança morre? Vais ficar feliz? É claro que não. Então deixa assim que tá bom. De dia a gente abre um pouquinho. Não tenho nem dez horas de parto ainda. Eu também não posso tomar vento nem nada.*

*Pai: mas não tem vento Lygia..*

*Mãe: (impaciente) mas você não entende nada mesmo.*

*Pai: é por causa do resguardo?*

*Mãe: claro! Parece que não pensa! E se eu tiver recaída? Eu posso até ter hemorragia. Deixa assim que tá bom.*

*Pai: (para a pesquisadora) é que a mãe falou que ela podia ter essas coisas. Eu já tinha esquecido, mas eu também não entendi direito...*

*Mãe: então vê se entende de uma vez por todas (e, dirigindo-se para a pesquisadora: é que ele não entende da experiência das antiga). Se é de noite, o sereno pode prejudicar eu e o nenê. Tem que*

*cumprir o resguardo. Mais tarde já não tem mais problema, mas agora... é preciso muuuito cuidado (...)* (Extratos do Diário de Campo).

O primeiro fator que sobressai destes relatos e situações diz respeito ao objeto do conhecimento a que as famílias se referem. Ser “*coisa das antigas*” (na maioria das vezes usado sem o “s”), nesta compreensão, liga-se diretamente a um conhecimento que é interpretado como sendo distinto do conhecimento da biomedicina. Quando as famílias dizem “*coisa das antigas*”, estão querendo falar em experiências advindas de outra ‘sabedoria’ – o saber construído, reconstruído e validado na cultura da família e da comunidade de que fazem parte as famílias que nascem. Ao dissertarem sobre o tema, ressaltam a **importância** daquilo que sabem e, de modo sutil e perspicaz, aliam o antigo ao ‘familiar’, ou seja, à autoridade muitas vezes inquestionável de quem vivencia experiências-próximas (GEERTZ, 1999).

O segundo trata da figura “da antiga”, ou seja, do perfil constitutivo de sua identidade. De quem falam as famílias quando referem depositar “confiança” nas “antigas”? Talvez, nossa primeira associação seria com figuras simbólicas de velhinhas experientes, ‘calejadas’ da sabedoria cotidiana na realização de partos e da experiência em aparar crianças durante uma vida inteira; ou talvez nosso tipo ideal de uma “antiga” se ligasse à imagem de benzedoras idosas, com mãos sagradas, sabedoria incontestável para tratar de problemas associados aos modelos explanatórios populares, e que possuem um repertório de conhecimentos que, se valorizados, certamente o são pela parcela da população que ‘acredita’ que suas terapias façam efeito. Mas as famílias que nascem nos mostram que “as antigas” não têm idade definida, porém percebe-se que se distanciam do protótipo da ‘velhinha sábia’ presente no imaginário dominante. Na maioria, são mulheres, jovens e participantes do cenário cultural e da rede social das famílias (não excluindo, certamente, como teremos oportunidade de discutir, as benzedoras e nem mesmo as parteiras remanescentes e porventura ainda presentes na vida cotidiana desses sujeitos).

Como vimos nos depoimentos, uma “antiga” pode ser uma ‘bem jovem’, como a mãe da puérpera, a vizinha, a comadre, a cunhada, a sogra, a amiga, a irmã mais velha (ou até a mais nova que, se teve filho, é considerada experiente, portanto “antiga”), a avó ou bisavó (que muitas vezes são mulheres ainda jovens, principalmente para as adolescentes que consideram suas mães ou avós como “as antigas” e que têm pouco mais de trinta anos de idade – vivenciando o período reprodutivo ativo das filhas e netas, concomitante aos seus). Via de regra, suas falas indicam que o saber que possuem não é exclusividade de uma privilegiada minoria. Ele “até pode ser posto numa escala de grupos segundo idade e sexo, mas em geral é partilhado entre as pessoas de mesmo status” (FONSECA, 1997, p.21) -

diferente, por conseguinte, daquele dos profissionais, cuja relação implica sempre em desigualdade.

É importante registrar a relação específica que surge quanto à figura da 'amiga' como uma "antiga". Além de um dos depoimentos anotados previamente sugerirem esta direção, outros tantos foram colhidos durante o trabalho de campo. A "amiga" (que já teve filhos) aparece como uma referência importante para muitas puérperas durante a vivência do resguardo, não apenas permanecendo na Maternidade como acompanhante, mas também como um suporte significativo quando do retorno para o domicílio. Creio que isto guarda alguma relação com o processo migratório de muitas famílias – que se afastam das famílias de origem, bem como a percepção que muitas puérperas possuem em relação à expansão da rede de parentesco, ampliando portanto a rede de suporte social. Pode-se considerar ainda o crescente retraimento das famílias extensas, para famílias nucleares, embora o processo do nascimento seja um evento ainda profundamente vivenciado e 'assegurado' pela família de origem dos casais. Em estudo anterior desenvolvido nos domicílios das famílias de grupos populares durante o período pós-natal (MONTICELLI, 1994), as "amigas" (vistas distintamente das "vizinhas e das "comadres") não foram observadas como parte integrante na intimidade da puérpera e do neonato, ficando os cuidados sob a supervisão e o 'controle' da rede de parentesco mais próxima. Observações semelhantes também foram feitas em outro estudo com 'casais grávidos' que, embora as amigas participassem do período da gravidez (inclusive dando palpites e ajudando no aconselhamento da grávida), nos dias que se seguiam ao parto a importância das amigas decrescia, enquanto fontes de conhecimentos e práticas que 'merecessem' ser seguidos (SALEM, 1985). Pode-se deduzir daí que novos arranjos estão sendo formados fazendo com que a rede familiar e a de amigas se tornem cada vez mais permutáveis.

Seguir "as antigas" significa seguir um modelo explanatório, um sub-setor de cuidado à saúde e que têm valor diante do período pós-natal, mesmo que corporificados em mulheres jovens, cuja autoridade está mais ligada à experiência que possuem por já terem tido filhos, do que propriamente à quantidade de ajuda/apoio/cuidados que já tenham feito a outras mulheres e bebês nos domicílios. A importância de ter em casa uma "antiga" esperando pelo retorno da puérpera e da criança é muito significativa. Creio ter a possibilidade de quantificar as famílias que argumentaram não ter nenhuma mulher experiente aguardando o retorno do binômio para auxiliar nos cuidados, sugerindo assim o significado que têm nos cuidados puerperais e neonatais. É quando mãe e filho chegam em casa que "as antigas" passam a atuar de modo mais efetivo e com a autoridade advinda, como diz Jordan (1993, p.152,

tradução nossa), da “comunidade da prática”. Ali “as antigas” conseguem um espaço genuíno para a conjugação prática de seus saberes autoritativos, ainda não inteiramente dominado pelo conhecimento da biomedicina e, por isso mesmo, ainda não inteiramente medicalizado. Em alguma medida, o conhecimento experiencial e as relações que ocorrem dentro dele permanecem indispensáveis tanto para as mulheres mais velhas, como para as mais jovens, quando elas dão à luz e, como sugere Ketler (2000, p.150, tradução nossa), “tanto o conhecimento experiencial, quanto o biomédico referentes à maternidade, são importantes para o bem estar das mulheres”.

Outro fator que se sobressai nas falas, diz respeito a uma determinada expectativa que algumas dessas famílias tinham no sentido de ‘incorporar’ os cuidados biomédicos à mulher e à criança, ainda antes de ir à Maternidade, mas que terminaram por retornar ao modelo de cuidado familiar, sem ‘conseguir’ incorporar (no sentido de colocar em prática) aqueles prescritos pelas “revistas” e pelos profissionais: *“a gente lê nas revistas, quer ficar moderna, mas acaba seguindo as antigas”*, o que mostra o peso que o conhecimento familiar tem no tangente aos cuidados pós-natais. São, seguramente, conhecimentos ‘que contam’, mesmo que o desejo de ‘ser moderna’ tenha provisoriamente levado à indecisões com relação a qual conhecimento seguir, tamanha a ‘pressão’ dos veículos de medicalização do pós-parto. Pelo diálogo envolvendo as três puérperas e a técnica é possível observar, inclusive, que as referências anteriores (conhecimento) são mescladas: usam desde a autoridade materna, passando pelas experiências pessoais com nascimentos anteriores, bem como as experiências trazidas pelas outras mulheres significativas, além daquelas oriundas da autoridade e recomendações médicas, a exemplo das “revistas” e das orientações dadas pela enfermeira, ou seja, a compreensão transita entre o familiar e o profissional, mas parece prevalecer, em algumas situações, a idéia familiar de que *“não se devem correr riscos”*, vale dizer, não devem ser quebradas as regras culturais a que puérperas e crianças estão sujeitas neste período.

Outro fator ainda que é bastante significativo em relação à confiança na experiência “das antigas” e que complementa os anteriores, relaciona-se com a compreensão de que o nascimento e peculiarmente o período que se segue ao parto é considerado um ‘assunto de família’, provavelmente porque, simbolicamente, marca o retorno, não apenas do corpo da mulher à instância conhecida da cultura, mas também a restituição da mulher e da criança à casa, agora como mãe e filho (a), e ainda mais intensamente, marca o final da institucionalização do nascimento e a devolução (embora transitória) do ‘ciclo vital’ ao domínio familiar. Esta perspectiva está presente não apenas nas ações e comportamentos

envolvidos na assistência à saúde da puérpera e do recém-nascido, mas também em outros eventos do ciclo da vida que são vivenciados de modo similar.

*“Dá em muitos neném, né? Da primeira vez eu me apavorei, mas agora já sei que é bom pra ele [colocar o bebê em tratamento fototerápico]. Também eu acredito que podia botar roupa amarela...eu até tava achando que ele tava meio amarelinho...olha só a roupa que botei. Tava escolhendo uma amarela. Não sei se a senhora acredita nestas coisas, né? Mas eu acredito que ajuda. É bom...sabedoria popular. Não está nas revistas modernas que a gente deve fazer, mas eu aprendi desde pequena, com a minha família. Não tenho vergonha. Vou continuar botando roupa amarela depois disso aí. Só não boto na luz [fototerapia] com a roupa porquê tem que ficar pelado, né? Na minha primeira, depois que ela foi pra casa, minha mãe só usava amarelo. Não se descuidou nunca. Usava mais algumas coisas...chá de erva doce. É a minha mãe que sabe...é coisa de mãe. Aprendeu com a mãe dela. A minha menina melhorou bastante. Curou completamente. Na maternidade disseram pra botar no sol, mas nem precisou...porque a luz do aparelho melhora um pouco, mas o amarelão não sai completamente. Então precisa complementar em casa. A minha sogra também ajudou. Faz dez anos. Quando eu chegar em casa vão fazer de novo, tenha ido ou não pra essa luz” (Comentário da puérpera à Auxiliar Têmis enquanto esta preparava o bebê para a fototerapia. Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*Auxiliar: então vais ficar na casa da tua mãe? Ela amamentou você e os teus irmãos?*

*Puérpera Mila (adolescente): não. Deu NAN. Minha mãe não tinha leite, mas é por causa disso que ela quer que eu amamente no peito.*

*Puérpera Lygia: a mãe dela teve aqui ontem e brigou muito com ela. Disse que era importante o nenê mamar.*

*Puérpera Mila: É, e o meu marido mais ainda.*

*Puérpera Hilda: é verdade...*

*Puérpera Mila: chega a fechar a cara comigo quando eu digo que não vou dar de mamar pra ele. A minha cunhada também disse que ia me matar se eu não desse mamá pra ele. Eu quero dar NAN e ninguém me deixa. Vão acabar me convencendo. Todo mundo só diz que é importante. Deus do céu se eu der outro leite! Já me preparavam já na gravidez. Agora quando eu voltar vai tá todo mundo em cima de mim. Tô indo pra casa da mãe por isso (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*Puérpera Ana: foi minha mãe que ajudou as minhas irmãs a cuidar dos nascimentos. Ela dizia que nessas coisas da vida só se procura médico se se precisa, se não se precisa é em casa mesmo... experiência das antiga, né? Ia pras maternidade só pra ter [os filhos] mesmo. Não tinha mais parteira, né, não ia ter em casa. Quando ela morreu é que eu morei com minha irmã que teve nenê pequeno e ela me ensinou a fazer. Quando o meu primeiro nasceu, ela me ajudou a cuidar dele. O imbiguinho caiu quando tinha oito dias... botava assim aquele iodo, né? Depois botava aquela faixinha e enrolava, que nem nossa mãe fazia (ri). Caiu logo. Deste ela também vai cuidar...limpava c'o paninho até cair, né, depois botava na banheira. Ensinou também do resguardo e dessas coisas de mulher, né? Cuidava assim...não saía no sereno, não comia carne, só galinha né? Tomei bastante sopa. Também só lavava o corpo. A cabeça não lavava...pra não dá recaída, né? Desta vez quem tá esperando em casa é minha tia, mas cuida igual. Dos nascimento cuida igual. Só mesmo se precisa que a gente vai pro médico.*

*Pesquisadora: e quando é que precisa?*

*Puérpera Ana: quando fica doente, e não por qualquer coisinha (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

*“É normal sangrar bastante porque a mãe do corpo tá aberta... mais perto do parto, mais aberta. Quando meu sobrinho nasceu a mãe dava muita garrafada pra minha irmã... é pra mãe do corpo fechar. Elas já me deram aqui pra trazer, ó (retira um pequeno frasco escuro de dentro da sacola, abre, toma um pequeno gole, fecha, e volta a recolocar na bolsa). Em casa nós sempre tomamos. É coisa que a gente aprendeu e que segue. Coisa de família” (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*“Eu só ‘xube’ mesmo que tava grávida com três meis. Pra mim eu tava na ‘monopausa’. Já tinha falado com a filha, já tinha também proseado com as irmã mais velha. Sabia dos sintoma tudinho. Tava com 45 [anos de idade], já tinha parado [a menstruação] e eu já tava encarando, como todo mundo né, como uma coisa normal, da vida... coisa que a gente já discutia com as vizinha também. .. que coisa da vida é de família né? Daí que tava tudo bem... já tinha tido sete [filhos] e sabia muito bem como é que era embuchar. Já tinha ficado sete né? Daí que fiquei meio atrapalhada. Conversava com uma, com outra, e lá vinham: ‘tu tá, tu tá Maria’. Pensei: então vamo esperá e vê em que bicho que dá. Até que uma enfermeira conhecida veio e insiste, insiste, até que marca consulta e me leva. Não queria, mas tive que*

*ir. Fizeram teste, e isso e aquilo, até que veio a notícia: tá gravida. Então aquilo que eu desconfiava eles confirmaram. Mas daí eu disse: então tá, obrigado por tudo, mas agora eu vou pra casa curtir a minha 'monopausa' (passando as mãos na imensa barriga de oito meses). Mas quem diz que deixam? O médico já fez ultra-som, ultra-som, que não parava mais e dali não me deixaram mais em paz... até que tanto fizeram que me 'truxeram' para cá [Maternidade]. Eu ainda não entendi se é por causa da gravidez ou da gravidez na 'monopausa'. Tão com medo, mas eu não tô nem aí. Só taria se fosse o primeiro, que nem as mulherada disseram. Vim porque me mandaram. Eu me conheço e conheço quem tem. Não sei pra que eles [os profissionais] tem tanto medo (...). Tô nos últimos dias e nas minhas conta nasce dia 28, mas o médico de lá me disse que é dia 28 do mês que vem. Ele tá errado, contou um mês a mais. Eu sei disso.... A minha turma disse: bom Maria, se não tem outro jeito, então vai, tem [a criança], e volta rapidinho que nós tamo esperando. Não deixa ficá muito tempo não” (Maria, relatando às companheiras de quarto sobre a sua situação particular, logo após a admissão na Maternidade, proveniente de outra cidade vizinha, na 'ambulância da prefeitura' – observação: a criança nasceu saudável e no dia 28 daquele mesmo mês, conforme suas previsões – Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

Os descritores assinalados são amostras de situações 'da vida' que ainda são discutidas e orientadas no subsistema familiar e popular, contrariando a idéia do nascimento, da amamentação e da menopausa, por exemplo, como eventos que se transformaram unicamente em vivências particulares, individuais e institucionalizadas. Isto nos permite compreender como as famílias efetivamente 'vivem experiencialmente' o seu mundo e as situações esperadas de seu desenvolvimento, nos remetendo às idéias de subjetividades, “mas também, e especialmente, de intersubjetividade e ação social” (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p.11). O que é mais importante, me parece, é que estas famílias 'dizem' (nem sempre são ouvidas) aos profissionais de saúde que há uma dimensão de sentido nestes processos que não é a mesma dimensão traduzida hegemonicamente pela cultura profissional.

## **9.2. ALGUNS MODELOS EXPLANATÓRIOS DAS FAMÍLIAS RELACIONADOS AO PERÍODO PÓS-PARTO**

Ainda que provisoriamente reclusas no Alojamento Conjunto, muitas famílias revelam seus modelos explanatórios de diversas formas, porém tendo como unidade direcional a adoção de tais modelos como conhecimentos 'que contam', mesmo que se apresentem freqüentemente ambíguos, desordenados e inconsistentes. Como diz Alves (1994, p.92-93), o “conhecimento médico do leigo” é situacional, muitas vezes incoerente e pouco consistente em referência a determinados modelos culturais. O autor chama a atenção que as “crenças” são produtos de ações humanas concretas, servindo inclusive para justificar determinadas atitudes. Assim, não se espera que pelo simples deciframento de tais modelos possamos “adequadamente compreender os processos pelos quais os indivíduos e grupos sociais estabelecem significados para sua conduta”. É necessário estar consciente que as pessoas desenvolvem múltiplas interpretações sobre as situações que se apresentam para elas.

Geertz (1989) e Turner (1974) enfatizaram a natureza processual da realidade, mostrando que as *performances* rituais não são apenas modelos daquilo que os indivíduos acreditam, mas modelos para organizar a experiência, recriando-a. Conforme Young (1982), um modelo explanatório cria simultaneamente ordem e significado, fornece passos para ações propositadas e ajuda a produzir as condições requeridas para a sua continuação ou revisão. Além disto, como lembra Good (1997), conhecimento e significado são sempre constituídos em relação ao mundo da experiência. É nesta ótica que muitas famílias interpretam as ocorrências com as puérperas e com os bebês, estejam elas imbuídas de maior ou menor gravidade, a partir de seus contextos pessoais e culturais.

*“Sim, sim, eu sei que a situação do nenê é séria. Ela [a filha que acabara de dar à luz] teve a gravidez muito complicada. No início teve descolamento de placenta e ficou um mês de cama. Depois, ficou tudo bem, mas teve hepatite agora no oitavo mês. Ela teve que tomar antibiótico e isso também não foi bom...ele nasceu de oito meses. Quando veio pra cá podia dar tudo bem, mas engoliu água... agora tá no oxigênio... tá sofrendo tanto, pobre criaturinha... ela [a filha] também teve um choque muito grande, sabes? Faz exatos dois meses que perdeu o pai... é, eu perdi o meu marido. Ele ficou um tempão na UTI. A gente fez de tudo pra ela não ir no hospital, mas de que adiantou? Foi lá, ficou com o pai até o dia da morte. A gente sabia que aquilo não era bom pra ela. Tá aí o resultado... foi por causa do choque que ela teve com a doença e a morte do pai..., o nenê teve problema de nascença” (Extratos do Diário de Campo).*

*“O meu marido acha que a nenê veio assim de nascença [com deformações corporais múltiplas] porque é o diabo, é o diabo por causa da minha irmã. Ela se matou com um tiro na nuca faz dois anos. Tinha quinze anos, já tava cursando o primeiro ano do segundo grau. O namoradinho terminou com ela... ela dizia por causa de nós que não queria. E agora, faz menos de um ano, na época da gravidez, foi o meu cunhado que é irmão do meu marido... (longa pausa) não se mata na minha casa, bem dizer na minha frente? Tinha um fogão assim e eu fui lavar roupa, sabe? Que eu trabalhava fora e era num sábado... eu ouvi só um estouro e ouvi a minha menina dizer: ‘mãe, mãe, vem aqui ver’. Ele tinha se dado um tiro também. Então não era só a minha irmã... o irmão dele também. Meu Deus, ficamos tudo desacorçoado. Falta de reza não é, como já pedimos perdão... não bastava... eu vivo com os meus santinhos debaixo do travesseiro, quer ver? (puxa os ‘santinhos’, beija-os e recoloca-os sob o travesseiro). Meu Deus, na sala de parto eu quase tive um troço quando se confirmou... era muito, muito feia, era o próprio demo... decerto agora a gente fica livre desse peso” (Extratos do Diário de Campo).*

Os modelos enfatizam a necessidade que as famílias sentem de organizar a experiência, evitando ter que viver na desordem, na poluição, no limbo cognitivo. Como sustentou Langer (1960), o ser humano pode readaptar-se, de algum modo, a qualquer coisa que sua imaginação possa enfrentar, mas ele não pode lidar com o caos. Creio que este pequeno aforismo está muito ligado ao que as famílias apresentam como etiologias, características, gravidade e possibilidade de tratamento para as condições apresentadas. Esta versão fornecida pelo sistema simbólico “permite tornar pensável e ordenada uma experiência antes anárquica e sem nome, ao mesmo tempo em que reintegra esta vivência ‘anômala’ dentro de um sistema conhecido de crenças e valores” (ROPA; DUARTE, 1985, p.182). Davis-Floyd (1996), nesta mesma linha, acrescenta que se o profissional tivesse habilidade, mesmo que fosse apenas para admitir o peso que este caos provoca, certamente contribuiria de

modo terapêutico para o seu enfrentamento, porém acredito, como Rabelo (1994, p.54), que não é o profissional, individualmente, que teria a “função ordenadora” da experiência, pois esta é uma postura, além de prepotente, profundamente ingênua, uma vez que incorpora a idéia do cliente como um campo homogêneo, “onde os indivíduos compartilham e aceitam de forma não-diferenciada os significados apresentados pelos profissionais, durante o processo terapêutico”. A ‘função ordenadora’ sobre a qual falo, é aquela que permite aos próprios sujeitos que passam pela experiência, de modo ativo, re-elaborar seus significados para lidar com as situações que se apresentam no cenário clínico.

As narrativas dessas mulheres destacam a busca de um sentido (ou vários, sempre em busca da causa última) para a experiência; algumas vezes utilizando-se de modelos conhecidos provenientes de seus subsistemas familiares, como respostas socialmente organizadas frente aos distúrbios ou situações que requeiram cuidado à saúde; e noutras, interagindo formalmente com o setor profissional, revelando que há várias possibilidades de respostas, mesmo que estas não tenham a mesma origem cultural e cognitiva. De qualquer modo, o que se percebe é que são vivências subjetivas, mediadas pela cultura e que, como referem Chrisman e Johnson (1990, p.164, tradução nossa), são “experienciadas, descritas e explicadas pelo paciente e/ou por sua família”, havendo ou não congruência com os modelos explanatórios próprios da biomedicina.

A narrativa da avó, cujo neto está na UTIN, é um exemplo adequado da necessidade de reorganização da situação difícil e inesperada. Tenta buscar uma ‘explicação’ para o problema, costurando um modelo explanatório que revela componentes do modelo familiar e profissional, como a presença de distintas etiologias. Tal conjugação pode ser observada por exemplo nos termos de que se utiliza, uma vez que a situação de saúde atual da criança, em sua representação, foi ‘provocada’ pelo deslocamento de placenta, pela hepatite materna, pela prematuridade, pelo uso materno de ‘antibióticos’, bem como pelas reações emocionais vividas pela gestante com a internação e morte do pai (“*a gente sabia que aquilo não era bom para ela*”). É interessante observar que a busca pelo sentido não está necessariamente presa à “ignorância” da avó com relação às perspectivas etiológicas referidas pelo setor profissional, uma vez que o modelo está presente na narrativa, mas nem totalmente comprometido com ele, o que pode nos levar a interpretar que a ‘aceitação’ da explicação biomédica não é uma aceitação puramente acrítica.

O mesmo podemos dizer da narrativa da puérpera cujo filho veio ao mundo com múltiplas malformações. A rede de significados, ainda que entrecortada, expressa uma intersubjetividade inescapável, deixando claro elementos explanatórios recheados de

relacionamentos e interações entre os membros da família, o meio ambiente natural, poderes sobrenaturais, além de sintomas físicos e emocionais – ou seja, um modelo explanatório que envolve todos os aspectos da vida da família, e não somente a ‘parcela’ referente à patologia que acomete a filha recém-nascida. O relato em foco mostra a história de suicídios na família, a construção de ‘culpas’ e os agentes associados a ela. Para a família, o suicídio de seus membros não é algo inteiramente resolvido (e quando o é?). Os que ‘ficam’, carregam nas costas o peso moral de terem de alguma forma ‘colaborado’ para a interrupção da vida de modo tão brutal. Parece que, por ter havido uma contravenção de ordem moral (onde os elementos religiosos se mesclam), os significados criados acabam sendo utilizados para ‘explicar’ o mundo da vida dos que ainda estão vivos (ou acabaram de nascer). O “diabo” aqui, pode ser o símbolo das ‘coisas erradas’ e da contravenção moral e social envolvidas. Podemos inferir, por meio da voz da puérpera, que o ‘itinerário terapêutico’ referente aos conflitos nas relações familiares termina com o nascimento do mal-formado – um símbolo palpável de que o ‘mal’ foi extraído, veio ‘para fora’, acabando assim com as possíveis origens sociais do problema.

As amostras apresentadas a seguir – rápidas descrições de situações clínicas selecionadas – evidenciam o modo como alguns modelos explanatórios familiares vêm à tona no Alojamento Conjunto. Constituem exemplos mais próximos das experiências das famílias, combinados ou não com o setor profissional.

### **Ninguém pode “pegar ar”**

*Amamentando o filho, a puérpera sua em abundância, referindo muito calor, mas solicita gentilmente que eu deixe a janela fechada pois o bebê “pode ter problemas”. Pergunto se não gostaria de tirar a camisola, imaginando que desse modo estaria um pouco mais confortável, ao que ela exclama: “não, não, assim o meu seio fica nu. Pode entrar um homem...”. Neste exato instante entra o pai do bebê que rapidamente é apresentado à mim e vice-versa. Em seguida, pergunta à companheira: “foi você que fechou a janela?” E ela responde: “foi ela” (apontando seriamente para mim). “É, diz ele, fez bem porque pode dar problema de nascença... nele e em ti né Vivian, não é bom correr o risco. Resguardo é resguardo, mas que tá quente aqui, ah, isso tá” (Extratos do Diário de Campo).*

*Creio ter permanecido no compartimento do quarto com Vivian e Diogo, o casal de adolescentes, por aproximadamente uma hora, e quase não vi o tempo passar. São mais de oito horas da noite. A temperatura interna do ambiente regula com a externa, pois é uma noite típica de verão. Percebo que todos os leitos estão ocupados (com exceção daquele ao lado da adolescente Vivian) e as janelas absolutamente fechadas. O ar está irrespirável. A trabalhadora da noite chega e enquanto segue pelo corredor cumprimentando a todos, em voz alta, exclama: “- credo gente, que abafado que tá aqui dentro, será que ninguém notou? Cruzes (vai abrindo as janelas que estão próximas à área do telefone)! O ar está irrespirável!”. Cumprimenta-me rapidamente e sai apressada dizendo que precisa internar “uma cesárea”. Enquanto permaneço ali, absorta com a leitura dos prontuários, percebo que duas puérperas e uma acompanhante saem de seus compartimentos e, silenciosamente, voltam a fechar as janelas anteriormente abertas pela auxiliar (Extratos do Diário de Campo).*

*O neonatologista está passando a visita no quarto D. Enquanto realiza a ausculta cardíaco-pulmonar, o RN espirra duas ou três vezes. A avó do bebê que acompanha o exame corre para buscar um cobertor, dizendo para o médico: “nossa, que rápida esta gripe, né?”. – “Não, diz o médico, não precisa disto.*

Ele não tem gripe nenhuma”. – “sim, sim, responde a avó, é um resfriadinho, né? Mas tem que cuidar...”. O médico, com expressão irritada, fala: “é por isso que eles vivem com febre aqui dentro. Não é gripe e nem resfriado. Eles espirram pra botar pra fora o líquido que ainda tem lá dentro. A senhora não agasalha mais, senão, aí sim ele vai ficar doente”. Depois que o médico sai, a mulher corre para fechar a porta de acesso ao quarto, coloca o bebê no berço e o cobertor por cima. Comenta com a filha: “pode ser do líquido, mas ele espirrou né filha, vai ver, pegou ar. Tem que cuidar. Vou perguntar se as meninas [da enfermagem] não podem transferir vocês de quarto. Já pensaste? E se esta criança tiver pontada?” (Extratos do Diário de Campo).

“Eu não vou conseguir, não consigo botar a mão aí [no cordão umbilical]. Tenho medo! Não quero, não posso (sentando-se no chão). Dizem que o nenê pode pegar ar...” (Extratos do Diário de Campo).

Técnica (verificando os sinais vitais do RN): Mas não é possível que essa criança continue com a temperatura lá em cima. Tu tá de novo agasalhando demais esta criança né (para a puérpera)? As outras [colegas do outro turno] já tinham dito que tu tá superagasalhando essa criança. Assim não dá. Pudera que tá quente que é uma brasa. Vai ficar doente, hein? (dirigindo-se agora para mim) Elas não entendem. Essas crianças vivem com temperatura alta. A gente pensa que é problema, mas é do superagasalhamento. Elas enchem essas crianças de roupa, fecham as janelas, sei lá, parece que tem medo do ar, do vento, sei lá. Tem as que acreditam que isso pode dar problema nelas e nas crianças... mas o que pode dar problema é essa quantidade exagerada de cobertor (volta-se novamente à puérpera que agora pega o bebê para levá-lo ao berço). Olha mãe, pensa bem, se der problema, aí sim é que vamos ter que tratar o nenê. Muitos até precisam de injeção de antibiótico (a puérpera sai da sala num piscar de olhos).

Puérpera (ao retornar ao leito e juntar-se à companhia do lado): ai, ela tava tão braba! Parecia que a gente tinha cometido o maior pecado! Acho que ela não pensa que a gente tá prevenindo problema de nascença. Ela não entende que a gente só quer o bem, né? Acho que elas ficam assim porque pensam que a gente não cuida direito. Já pensaste se a gente deixa desagasalhado? Depois resfria, dá pontada, pega cólica... ontem tinha uma [da enfermagem] que deixou a janela aberta e botava a mão direta no umbigo do nenê, uma novinha sabe? Eu disse: “não era bom fechar[a janela], será que não vai dar problema, ele ali com o umbigo aberto menina... e se entra ar? Tá lascado o resguardo!” Ela acho que não ouviu porque não respondeu nada...

Puérpera ao lado: tu sabes que minha irmã teve um que morreu por causa disso né, tinha sete dias. Pegou ar no umbigo. Tem que cuidar. Nossa, isso é um perigo. Ninguém pode pegar ar, nem a gente (Extratos do Diário de Campo).

## A roupa amarela “pra triça”

A puérpera está com a filha em tratamento fototerápico. Está com a metade do corpo introduzido entre o berço e as lâmpadas. Envolve-se com a higienização dos genitais. Chama-se Bela. Apresento-me e pergunto como está.

- estou bem; mas preocupada com ela que não melhora da triça... é triça, né?

Pesquisadora: creio que sim. Você sabe o que é triça?

- amarelão, problema de nascença... , faz parte. Mas tô triste porque não deu pra botar roupa amarela e ela teve isto. Lá no Berçário até que colocaram roupa amarela. A moça me disse que era bom. Mas foi só uma vezinha. Foi muito pouco, insuficiente, não adiantou muito. Mas eu já pedi pra vizinha trazer a roupinha dela; ela não vai demorar. Logo que ela sair do banho de luz eu boto, ah, se boto, né filha? Ela nasceu antes do tempo e nem me deu tempo de escolher a roupa amarela. Pra mim é roupa amarela pra lidar co'a triça, muito melhor que isso aqui [equipamento hospitalar].

Pesquisadora: você tem outros filhos?

- tenho uma de oito. Consegui proteger. Mas esta não deu... sei que botar roupa amarela é coisa das antigas, né? Mas eu acredito em muita coisa, no sentido assim do neném... e também meu né? No sentido de não comer durante o resguardo certas coisas. Sei direitinho quando tá começando. Eles vão ficando amarelo assim ó, por aqui (mostra, na filha, a região das maçãs do rosto). Tem que ter muita prática, senão não percebe. As vezes só tem assim uma sombrinha de amarelão... muito difícil de identificar. Também eles começam a ficar bem chatinhos pra mamar. Se tem os dois então [cor amarelada e indisposição para sugar]... é tiro e queda. Daí vai dali, vai daqui, a gente tem que perceber logo que tem. Pode ficar com problema nervoso se não cuida. Mas tem que saber identificar logo que é pra começar a lidar logo também. Eu, graças a Deus sei. Aprendi com as antigas, né? Sabedoria popular. Destas coisas eu entendo. Até a moça tava me dizendo: “mas a senhora sabe mesmo destas coisas”. Ah, dessas eu sei. Tem coisas que são do conhecimento da gente mesmo. Que nem essas. Mas também a gente tem conhecimento. Disso eu tenho. Daí boto logo a amarela. É tiro e

queda. Uma semana só de amarela. Daí vai ficando assim com essa corzinha aqui (passa as mãos sobre o abdome da menina, porém sem tocar diretamente) que vai desaparecendo por aqui. É assim, em uma semana de amarela, cura. Mas essa teve que ficar aqui mais tempo e não deu tempo. Tiveram que botar na luz. Mas mesmo assim eu complemento o tratamento em casa depois. Deus do céu, é muito importante tratar (Extratos do Diário de Campo).

Enquanto amamenta, Hilda (puérpera) faz a seguinte observação: “acho que ele tá um pouco amarelinho, será que é amarelão?”

Pesquisadora: você sabe o que é isto?

Hilda: acho que é o amarelão que a minha mãe fala...eu até botei a roupa amarela, mas a moça da enfermagem disse que não adiantava nada e que se ele tivesse mesmo, tinha que ir pra luz. Eu vi a luz lá naquele quarto. Tratam assim, se for muito forte né? Mas eu não vou tirar a roupa não...pode ser que passe...

A mãe da puérpera (avó do bebê) chega e Hilda a chama para ver. A avó levanta a camisa do bebê e diz: eu acho que é amarelão minha filha. Tá começando. Ele tem bastante roupinha amarela. Nós compramos...

Hilda: mas acho que só o tip-top é pouco né mãe?

Avó: mas e aqueles pagãozinho, igual aqueles que nós botamos quando nasceu?

Hilda: ah, mãe, eu até tinha esquecido...pega ali na bolsa. Lida mãe, lida logo.

Avó: deixa que eu troco ele (a avó fecha a janela do quarto, coloca o bebê sobre o leito, tira uma peça por vez e vai substituindo por peças amarelas. O bebê nem acorda).

Pesquisadora: com quem vocês aprenderam a colocar roupa amarela no bebê?

Avó: ah, em família, né? A gente sempre usou...

Hilda: a mãe usou em nós

Avó: ela mesmo (apontando para a filha) começou com o amarelão e eu já tinha botado. Foi bem fraquinho...

Pesquisadora: a senhora teve suas filhas no hospital?

Avó: sim, em Faxinal dos Guedes, na maternidade de lá.

Pesquisadora: e os profissionais de lá indicaram um tratamento... (a avó não deixa terminar a frase).

Avó: não, não, isto é uma prática da família... ela começou com amarelinha no hospital, mas eu já tinha prevenido... então foi muito bom. Sempre melhora.

Hilda: sim, é bom. Por isso que vamos botar no nenê agora.

Pesquisadora: você me disse antes que a moça da enfermagem falou também num outro... (a puérpera não deixa terminar a frase).

Hilda: ah sim, aquele do berço, né? Ela me mostrou uns lá naquela luz

Pesquisadora: e o que vocês acham disto?

Hilda: é um tipo de tratamento também, né? Eu nunca tinha ouvido falar antes.

Avó: nem eu. É coisa de hospital, né? Mas será que não prejudica ainda mais a criança? Sei lá, estas modernidades nem sempre dão muito certo. Isso a gente sempre resolveu com as crianças usando amarelo...

Pesquisadora: eu não sei se entendi direito. Você poderia repetir o que é que a moça da enfermagem disse pra você sobre o uso da roupa no bebê?

Hilda: a moça já disse que não adiantava nada, que era besteira. Mas a gente acredita, né mãe?

Avó: a gente sempre fez. Vê só...nós trouxemos praticamente só roupa amarela pra botar. Já saiu da sala de parto com amarelo...

Hilda: eu acho que já é uma coisa que é passada, né? Que nem a minha mãe. Ela sabia que isso é bom.

Então tu vai fazendo...não é uma crença, mas tu vai acreditando...tu faz isto acreditando que dê resultado e muitas vezes dá.

Avó: ôh!

Hilda: claro, então eu acho que são muito raras as vezes que tem que colocar nesta outra luz...

Avó: só se for um amarelão muito forte mesmo, né? Só mesmo se estiver quase morrendo... se tiver da cor da abóbora.

Hilda: não sei, a gente é assim, né? Quando em casa falamos alguma coisa tu acredita naquilo, né? Porque é a minha mãe ou a avó ou o que a pessoa mais experiente tenha falado, mas você fica com aquilo...

Avó: tem tanta coisa que os médico acham que é besteira...

Pesquisadora: e porque pra vocês é tão importante continuar este tratamento, apesar dos conselhos da moça da enfermagem?

Hilda: ah, porque é uma coisa que “eu” acredito (ênfatisa a primeira pessoa)... “eu acredito nisso né?” Sim, porque minha mãe está falando.. mas também porque eu acredito. E se alguém continuar insistindo eu vou dizer que a crença é minha, da minha família. Eles [sistema profissional] não

*acreditam em tanta coisa? Pois é, nós também... mesmo que fosse o médico eu ia colocar sim. Já chega ter que vim pro hospital, mesmo quando tá tudo bem...as parteiras acabaram, né? Então será que quer dizer também que ninguém sabe nada de nascimento?*

## O bebê embruxado

*Cíntia, uma das auxiliares de enfermagem, anda para lá e para cá com uma criança nos braços que não pára de chorar. Dirigindo-se sorrindo para mim, pergunta: conheces o embruxado?*

*Pesquisadora: quem?*

*Cíntia: o embruxadinho. A família diz que a criança tá embruxada e que é por isso que não pára de chorar...*

*Pesquisadora: e o que é que a criança tem?*

*Cíntia: nada, só choro.*

*Pesquisadora: mas já foi avaliada?*

*Cíntia: sim, tá aqui já faz três dias. Tá de alta. Só pára de chorar quando mama.*

*Pesquisadora: já foi avaliada pelo neonatologista?*

*Cíntia: já. Tá sendo avaliada faz três dias (ri). Já te disse que não tem nada, mas a família diz que vai dar outro jeito nisso.*

*A avó da criança se aproxima, pega o bebê no colo e diz que "outro médico vai olhar". Sigo atrás dela. A mãe está sentada no leito e ao seu lado, em cima da cama, há duas grandes sacolas que informam que a alta está para acontecer a qualquer momento. A residente de neonatologia pega o bebê, coloca-o no berço e pede para a avó despi-lo. Inicia avaliando os batimentos cardíacos e depois a respiração. O bebê continua chorando. Faz um exame minucioso de todos os segmentos corporais do bebê e finaliza dizendo: "tá tudo em ordem, ele está mamando bem e não tem qualquer alteração. Não precisa se preocupar mesmo. O neonatologista já deu até alta! Vão para casa tranquilos. Ele não tem problema nenhum."*

*Avó: mas a senhora não acha que pode ter outro tipo de problema?*

*Residente: o que é que a senhora quer dizer?*

*Avó: assim, uma coisa que não seja física... qualquer coisa. Alguma coisa ele tem.*

*Residente: tipo o que?*

*Cíntia entra no quarto e diz: elas acham que ele pode ter algum mau-olhado, alguma coisa assim...*

*Residente: mas isto não existe! É besteira!*

*Cíntia: também já disse pra elas mas...*

*Avó: é claro que pode! (em atitude de enfrentamento) Já vi muitas morrerem de embruxamento. Mau-olhado faz isso. Gente de olho grande... criança pega. É uma criança indefesa.*

*Residente: ah, minha senhora, me desculpe, mas aí já não é da minha alçada. Eu acho besteira, mas a senhora faça como quiser. Do ponto de vista médico a criança não tem problema nenhum. Está de alta (e sai do quarto balançando a cabeça).*

*Avó: (para Cíntia) mas como é que não tem problema se chora tanto?*

*Cíntia: algumas crianças são assim mesmo. É jeito de ser. Enquanto umas são tranquilas, outras são berronas.*

*Avó: mas isto não é normal! Olha só como esperneia e revira os olhos. Às vezes baba...*

*Cíntia: mas as crianças reviram os olhos mesmo. Elas não têm controle do globo ocular...*

*Avó: onde que a gente tem que passar pra ter esta alta? Vamos filha, vamos embora. A gente já ficou aqui tempo demais. Isso agora é lá fora.*

*Cíntia acompanha a avó, a puérpera e a criança até o posto, oferece a ficha para recolher a assinatura da puérpera e entrega os documentos. Está visivelmente desconfortável com a situação. A colega pergunta se a médica "não fez nada", e Cíntia responde: "não, ela não achou nada. Situação difícil esta". Mãe e filha saem apressadas, sem olhar para trás. Tento seguir os passos, ficando o mais próximo possível. Uma vez que não éramos inteiramente estranhas, pois eu já havia, inclusive, conversado com mãe e filha no dia anterior, pensei que pelo menos poderia colocar-me à disposição para ouvir o que tinham a dizer. A avó, mesmo aparentando irritação e querendo ir embora o mais rápido possível, antes de entrar no táxi, falou: "tu não tens culpa, não precisa te preocupar. Mas pode deixar que eu agora vou me virar. A gente se vira né filha? Tenho que ver o que vou fazer porque essa criança só pode estar sofrendo tudo isso, não é pra menos (diz quase sem fôlego)... o pai não quer saber, disse que não se comprometia e que por ele a criança não representava nada. Olha se isso se diz pra uma criança. Claro, a criança ouviu tudo. Além de ser destrutada, vai ficar sem [um] pedaço da família. E a mãe dele então? Tinha que ter olho maligno mesmo. Tá embruxado porque muita gente não queria nem que ele existisse. Pobre criatura!" (Extratos do Diário de Campo).*

## Se não segurar com jeito, pode “cair a arca”

*A criança acorda e a mãe diz para a adolescente que está em visita: (ambos filhos da mesma mãe, porém o bebê, segundo ela, é “temporão”) “dá ele aqui que eu vou dar de mamar. Tá com fome. Dormiu três horas seguidas”. A adolescente pega o irmão que acabou de nascer, afasta a manta e o apoia por baixo dos braços, próximo das axilas. A mãe se apressa em dizer: “cuuuida filha, pega pela bundinha, não põem ele assim de pé”.*

*Adolescente: ah é né, mãe, esqueci... é a arca...*

*A menina coloca o bebê de volta no berço e o levanta vagarosamente, desta vez seguindo as instruções. Depois de ajeitar a criança no colo da mãe, ri carinhosamente, percebendo que suga com voracidade.*

*Adolescente: aquela menina da Cleuza melhorou mãe?*

*Puérpera: da arca? Parece que sim, mas tiveram que levá ela na benzedeira lá na [cidade vizinha]... tava sério o negócio.*

*Pesquisadora: é uma benzedeira que só benze de arca-caída?*

*Puérpera: ela benze da arca, mas também de outras coisas. Eu não conheço, mas o pessoal da vizinhança tá falando muito. É que a benzedeira que tinha lá perto de casa faleceu e a gente gostava muito dela. Mas era muito velhinha.*

*Adolescente: ela que me benzeu.*

*Pesquisadora: é mesmo? Do quê?*

*Adolescente: da arca... de nascença que nem este aqui [o irmão recém-nascido]. Quando eu era pequeninha assim né mãe? A mãe que conta...*

*Puérpera: é... eu não sei se a senhora acredita, porque o hospital é contra, né? (sem me dar tempo de sequer elaborar uma resposta) Mas é que aqui ninguém benze de arca, né? Ela benzia, mas se foi. Agora temos que cuidar senão vai ser difícil ir na [cidade vizinha]... a gente mora perto do centro (...) (conversa interrompida pela chegada de outras visitas. Extratos do Diário de Campo).*

*Puérpera Eliane (respondendo à pergunta feita pela pesquisadora à respeito das coisas que lhe incomodam no modo como as trabalhadoras cuidam dos recém-nascidos): ah, sim. A maneira como elas pegam o nenê. Eu não sei, às vezes acho que elas não são muito cuidadosas. Das que eu vi, só a Lia teve cuidado pra pegar ele. No meu ponto de vista parece que elas fazem tudo rápido demais. Assim muito sem cuidado. Acho que nem se preocupam que podem levar a criança a ter problema nas costinhas, né? Não, elas chegam, elas pegam, elas viram né? A gente já vai mais com cuidado. Às vezes a mãozinha tá dentro da manguinha né e elas já puxam o bracinho. A gente já não. Vai com cuidado... será que elas não se preocupam com a arca caída?*

*Pesquisadora: você conhece?*

*Eliane: hum, hum (enfática). Já me falaram tanto já pra cuidar pra não pegar por baixo dos bracinhos... a mãe sempre diz: pega pelas costinhas e pela bundinha. Não te preocupa com a cabeça, porque a cabeça pode ficar caída, mas nunca vai com as duas mãos juntas porque pode acontecer. Já aconteceu há pouco tempo com o bebê de um amigo nosso né? A sogra foi pegar e pegou ele assim (mostra a posição, elevando as duas mãos para a frente). Menina, tava as duas costelinhas quase encostando nas perninhas! Ah, menina, a criança chorava e ninguém sabia o que que era... aí muitas vezes eu até pego assim e, aí meu Deus, será que não machucou? Mas daí vejo que ele não chora, não tem nenhuma reação, daí fico tranqüila. Daí já dá pra perceber que não aconteceu nada... senão tem que benzer, ver se aconteceu mesmo. Daí só as senhoras que benzem. Que fazem o diagnóstico e tratam. Que eu saiba, ninguém sabe fazer tratamento. Faz com cuidado sessões de massagens pra voltar pro lugar e compressas com paninhos quentes(...) (Extratos de Entrevista).*

*Pesquisadora: (em meio a uma entrevista com a puérpera Eliane e sua mãe) e se uma enfermeira ou um médico pegarem desta forma e acontecer a arca caída?*

*Eliane: pode acontecer sim, mas se acontecesse eu levaria fora...*

*Pesquisadora: como assim?*

*Eliane: eu ia esperar a alta e ia levar pra benzer porque esta criança que caiu a arca [filha de um amigo a quem se referira em entrevista anterior] foi levada três vezes no médico. Três vezes em médicos diferentes.*

*Pesquisadora: e teu amigo dizia para os médicos que desconfiava da arca-caída?*

*Eliane: não, não, só esperava o que eles iam dizer. Eles levaram, daí um médico disse que era uma dor de barriga, outro que era dor de ouvido e o outro que era cólica. Três médicos, três diagnósticos diferentes. O neném só chorando, não queria mais mamar, não queria mais fazer nada, né? Aí levaram numa benzedeira, a mulher benzeu, colocou umas toalhinhas assim, umas faixinhas né? Pronto... resolveu o problema. No médico queriam dar remédio pra dor de barriga, pra dor de ouvido, um monte de coisa. O meu amigo não deixou dar. Quando ele viu que os três diziam coisas diferentes,*

*ele disse: “não, isso não é. Isso é arca-caída”. Ele disse que se levasse na benzeadeira e o nenê melhorasse, ele ia voltar e dizer pros médicos: “olha, vocês erraram. O que o meu filho tinha era arca-caída”. E voltou. E ainda levou junto a senhora que benzeu. Ai eles diziam: “ah, não, mas isto não pode acontecer. Isto não existe”. Meu amigo falou: “como não? Não pode acontecer é vocês não diagnosticarem alguma coisa assim”. Os três ficaram assim perplexos, né? Ficaram sem ação. Por isso a gente fica com desconfiança dos médicos sabes? Muitas vezes acredito mais em coisas fora do hospital - claro que tem doenças que só o médico pode tratar - mas coisas assim como esta arca-caída, o amarelão, o mau-olhado, estas coisas todas...acredito muito mais numa senhora assim do que num profissional mesmo. Às vezes dá um monte de remédio e não resolve o problema. Neste caso o meu amigo tava com a razão e os médicos não.*

*Pesquisadora: o bebê melhorou?*

*Mãe de Eliane: hã, hã. Não chorava mais, voltou a mamar, dormiu que era uma beleza. A benzeadeira fez uma massagem, usou faixinha por uma semana e passou tudo.*

*Pesquisadora: isto aconteceu aqui ?*

*Eliane: foi na [uma cidade vizinha] mesmo. Lá tem uma senhora bem de idade mesmo né? Ela foi junto nos médicos porque já fizeram isso com ela também. Disseram que era uma doença e não era. Era totalmente diferente daquilo. Ela disse que eles não são os donos da verdade e que cada um tem que se colocar no seu lugar...tem coisas que se vão com o tempo mas tem outras que permanecem. Isto eu acho que permaneceu. Tem mais a ver com família, né? (Extratos de Entrevista).*

Não se trata aqui – e nem é objetivo do presente estudo – de imergir nos modelos explanatórios desenvolvidos e perseguidos pelas famílias pertencentes às camadas populares à fim de compreendê-los enquanto instâncias que podem levar às representações e tratamentos associados à saúde-doença durante a vivência do período pós-parto. Os fragmentos de discursos e práticas assinalados anteriormente, são colocados com o intuito maior de refletir como eles, em conjunto, revelam substratos sob os quais as famílias elaboram os seus significados e assinalam a direção terapêutica a ser tomada, que são distintos daqueles significados e condutas terapêuticas elaborados pelos profissionais. Isto tem influência direta na maneira como se inter-relacionam famílias e trabalhadoras durante o encontro terapêutico no abrangente processo de “cuidar de dois”.

Os modelos selecionados retratam diferentes ênfases e ângulos do processo terapêutico empreendido pelas famílias. Alguns têm seu foco na causa, outros nos sintomas apresentados, outros ainda no diagnóstico e tratamento e alguns, inclusive, dão idéia de todo o processo percorrido, desde o início das discussões familiares em torno da etiologia da condição e as decisões sobre quem procurar, até o itinerário percorrido para se corrigir a condição apresentada pela mulher puérpera ou pelo recém-nascido. No decorrer da análise, pretendo aprofundar estas concepções, discutindo-as de modo mais particularizado.

De modo geral os modelos explanatórios centrados ‘na causa’ mostram uma diversidade imensa de agentes etiológicos que vão desde fatores físicos localizados e palpáveis, até problemas desencadeados por forças sobrenaturais ou de natureza ‘espiritual’ e aquelas provenientes do domínio das relações sociais. Para as famílias, mesmo considerando isoladamente cada um dos membros com os quais interagi, independente da ‘causa’ que

contribua para que o bebê adoça, compreende-se que o bebê tenha ou possua um “*problema de nascença*”. As famílias adotam a terminologia “*problema de nascença*”, provavelmente porque relacionam com o próprio período adjacente ao parto e vivenciado pelo bebê que ‘acaba de nascer’, e não necessariamente como uma alusão aos defeitos congênitos que ‘nascem’ com ele – mesmo porque utilizam o mesmo termo para se referirem à “arca-caída”, “triça”, entre outros.

Além disso, todos os focos causais são identificados como eventos críticos que podem levar a mãe e a criança a diferentes situações patológicas e à diferentes nuances qualitativas de ‘gravidade’ da condição. Mas, longe de se esperar que as causas de origens físicas sejam encaminhadas ou tratadas pelo setor profissional, e as de outras origens, pelo setor popular ou unicamente tratadas em ambiente familiar. Esta visão é demais simplista e os dados empíricos resistem a essa interpretação purista. O que se observa é que as famílias usam muitas fontes de cuidados e vários especialistas, mesmo diante de um mesmo episódio de doença ou condição indesejada. É importante no entanto ressaltar que quando se trata de ‘causações’ de problemas infantis, as especulações em torno das etiologias são bem mais conflitantes e imponderáveis, visto a condição não participativa (ou participação ‘passiva’) do bebê. Tudo o que se decide ‘sobre ele’, decide-se ‘por ele’, já que até mesmo os prováveis sintomas são avaliados e interpretados de acordo com os sinais que o bebê mostra em seu corpo (exemplo: se o bebê chora – um sinal – é porque *sente* dor, fome, dentre outros).

Um fato muito importante que chamou minha atenção durante o período de coleta de dados (e que se confirmou no decorrer da leitura e interpretação dos dados empíricos) diz respeito à quase absoluta ausência de conflitos (ao menos de modo explícito) no interior das famílias, sobre as interpretações quanto aos prováveis ‘focos’ dos problemas da mulher e do bebê. Normalmente havia concordância sobre os fatores contribuintes e também o que poderia estar promovendo a melhora ou piora da(s) condição(ões), mesmo que houvessem outras mudanças avaliativas no transcurso do processo terapêutico. No entanto, não se pode dizer o mesmo com relação a eles e a alguns modelos explanatórios profissionais, como os próprios exemplos selecionados deixam entrever. Isso contribui para mostrar que, como afirma Kleinman (1980), embora sofram a influência dos quadros explicativos do modelo biomédico, não se circunscrevem a ele. Parece-me estar mais próximo da base interpretativa em que, como abordam Alves et al (1998), o conjunto de idéias e ‘crenças’ relativas às condições apresentadas é resultado de determinadas estruturas cognitivas e relações sociais que configuram as experiências vivenciadas pelos indivíduos.

De igual modo podemos falar quanto aos modelos citados, olhando para como as famílias 'lidam' com as condições de saúde da mulher e do recém-nascido. Nos modelos explanatórios que registrei há pouco, as famílias assumem-se como as principais agentes do cuidado, decidindo sobre o itinerário e sobre as estratégias para fazer frente aos problemas. Aí os parentes, os amigos e os vizinhos muitas vezes são chamados para colaborar na tomada de decisões e no próprio tratamento, à exemplo da vizinha que foi acionada para trazer 'sem demora' o vestuário cor de ouro para tratar a criança e ao mesmo tempo impedir que a doença progredisse. Caso haja alguma dúvida ou indecisão quanto às versões que porventura tenham surgido no setor familiar de cuidado, as mesmas são evocadas, quase sempre, buscando alternativas negociadas para o tratamento e para os cuidados requeridos. Não se afastam daí possibilidades, por exemplo, de buscarem ajuda de padres e pastores (que entram na Maternidade sem que as famílias encubram suas identidades), bem como de "mulheres que benzem", pais-de-santo e outros curadores do setor popular (normalmente não identificados formalmente pelas famílias)<sup>26</sup>. Também não estão afastadas de participação as pessoas da rede social menos íntima, como as patroas das puérperas e os "conhecidos", ou seja, aquelas pessoas que se conhece pouco ou das quais apenas se ouviu falar, mas que podem colaborar de alguma forma com o andamento do processo terapêutico da mãe ou da criança<sup>27</sup>.

Os modelos explanatórios com foco no tratamento também mostram que a 'eficácia' dos mesmos e dos cuidados interpostos, como afirma Hahn (1995), não é uma característica consolidada e imutável, independente do contexto. Os exemplos assinalados revelam que a 'eficácia' das intervenções ("agasalhamento", "uso de roupas amarelas", "benzimentos", dentre outros) é poderosamente afetada pelo cenário cultural das famílias.

As famílias, através de seus modelos explanatórios, oferecem à interpretação, um grande leque de práticas e atitudes pós-natais que se por um lado, algumas vezes, "escapam à lógica médico-higienista, permanecem arraigadas em experiências concretas" (FONSECA, 1997, p.23). E, por estarem assentadas e incorporadas em experiências concretas, representam uma realidade, tanto quanto o modelos reconhecidos pelo setor profissional. Ambos os modelos, por conseguinte, considerados realidades simbólicas construídas através da interação social e nenhum deles representando uma realidade universal empírica, fixa e discreta

<sup>26</sup> Em uma ocasião específica quando o casal e as avós materna e paterna da criança avaliaram que a mesma estava com "arca-caída", uma das avós veio à Maternidade acompanhada pela "mulher que benze" – uma vizinha conhecida por todos – e que, após "medir a arca", sugeriu que a criança fosse levada à ela logo no dia seguinte da alta.

<sup>27</sup> Como foi o caso de uma "conhecida" da puérpera Rúbia que foi acionada a fim de comparecer à Maternidade para "*fazer um passe de fortalecimento*" em vistas da perda do filho.

(LANGDON, 1994). Ainda que por vezes díspares em termos de concepções e condutas, encontram consonância por serem sistemas culturais e enquanto sistemas culturais, buscando novamente Geertz (1999, p.16), ambos podem ser questionados, discutidos, afirmados, desenvolvidos, formalizados e ensinados. “Aqueles que os possuem têm total convicção de seu valor e de sua validade”.

Os modelos explanatórios que se sobressaem dos relatos e observações efetuados, mostram elementos do sistema cultural mais amplo das famílias, envolvendo suposições sobre as origens e os significados do processo terapêutico. Estas suposições proporcionam caminhos que permitem a eles decidir sobre quais condições e tratamentos serão empenhados para lidar com os problemas do pós-parto, mesmo que estejam ‘internados’ numa instituição de saúde. Genericamente, tais modelos também supõem um sistema de valores pelos quais julgam-se os estados da mulher e da criança, a gravidade ou intensidade dos problemas, suas causas e as respostas a eles.

Antes de entrar na discussão de cada um dos modelos enunciados anteriormente, uma nota ainda sobre o seu conjunto se faz necessária. Trata-se de algo já indicado sutilmente em momentos anteriores, mas que “ganha força” quando analisamos as concepções e práticas de cuidado e cura. Estou falando da idéia geral presente nos modelos explanatórios das famílias relacionado ao axioma “*não se pode correr riscos*”. Esta idéia, que aparece como substrato dos processos terapêuticos empreendidos, está ligada ao entendimento de que não devem ser quebradas as regras culturais às quais a mulher e a criança estão sujeitas durante o puerpério, o que por sua vez, nos leva a compreender que o período pós-parto é um episódio de considerável **vulnerabilidade**.

Tal vulnerabilidade, entretanto, não quer dizer ‘patologizante’, no sentido que o modelo hegemônico do nascimento o concebe, pois as famílias primeiramente o focalizam como ‘fisiológico’, para depois (a partir de determinadas características intrínsecas, tais como o frágil estado do binômio e a presença de agentes ‘promotores’ das doenças pós-natais e puerperais) olharem para ele como ‘potencialmente’ perigoso. Deste modo, o pós-parto é definido como um tempo sensível que requer aconselhamentos e interações positivas com os profissionais, mas não necessariamente intervenção médica preponderante e de rotina (FIEDLER, 1997). Seria algo mais parecido com o que coloca Hellman (1994), ao contrapor os cuidados que são considerados importantes para os profissionais e aqueles julgados importantes por algumas comunidades específicas. O autor diz que o período pós-parto, na cultura hospitalar, deu lugar ao ‘puerpério’, que não tem a mesma importância simbólica que o ‘cumprir o mês’, nem a conotação do comportamento específico que o caracteriza.

A vulnerabilidade anunciada nos modelos explanatórios das famílias que nascem, levou-me a reconfirmar os resultados de uma pesquisa anterior (MONTICELLI, 1994), em que a puérpera e o recém-nascido eram considerados como pessoas liminares, em condição de transitoriedade (considerando-se seus papéis e seus *status* físicos e simbólicos), o que exigia ritos especiais de cuidados, tanto dos familiares, quanto dos ‘especialistas’, seja do setor popular ou do profissional.

Uma das principais abordagens que fundamenta as preocupações familiares pós-natais corresponde aos conceitos de equilíbrio/desequilíbrio ou quente/frio que afeta a saúde da mulher recém-parida e da criança recém-nascida. O delicado desequilíbrio a que ambos estão sujeitos provavelmente decorre de conhecimentos advindos da teoria humoral hipocrática, ainda fortemente presente em nosso meio. Esta condição impõem qualidades diferenciadas de resistência física e simbólica. Isto é particularmente importante aqui, se refletirmos acerca da concepção que as trabalhadoras possuem sobre o recém-nascido. Conforme detalhamos no tema “Entre o leito e o berço...”, enquanto algumas o consideram como alguém cujo atributo maior é a debilidade física, emocional e existencial (“*o recém-nascido é frágil*”), ou alguém ambíguo (“*o recém-nascido não se sabe direito*”), outras o consideram justamente como sendo portador de uma característica (“*o recém-nascido é forte*”) que é contrária às características apontadas pela quase totalidade das famílias. Posto isso, não é difícil imaginar as conseqüências destes entendimentos para a assistência de enfermagem no Alojamento. Como os próprios fragmentos anteriores mostram, as famílias acabam interpretando muitas das ações e comportamentos das trabalhadoras como negligentes, prepotentes, incorretos, descuidados e, por vezes, desconexos, não tendo qualquer sentido para as famílias, enquanto a enfermagem continua a interpretar que está realizando um “cuidado educativo” que as torna mais saudáveis e detentoras de conhecimentos e ações que são ‘eficazes’ na prevenção de problemas.

Outro conhecimento que dá base às práticas das puérperas e bebês refere-se a um certo estado de ‘poluição’ pós-parto, em que precisa haver um determinado interregno de recuperação, até que o equilíbrio seja restaurado. O estado de reclusão, segundo pesquisa anterior com famílias deste estrato social varia bastante, de uma semana a aproximadamente quarenta dias (havendo durante este período uma gradação de severidade da condição – quanto mais perto do parto, maiores as preocupações e os cuidados), mas talvez a questão que deva ser considerada como a mais importante, do ponto de vista terapêutico, é que, embora haja variação do tempo de restauração, todas as famílias guardam algum grau de segregação e

de limitação de atividades físico-sociais para suas mulheres e suas neófitas crianças. A noção de ‘resguardo’ da mulher e do bebê traz consigo uma imediata associação com o ‘perigo’.

Dentro desta ótica de ‘vulnerabilidade’ ressalta-se também a **gravidade** da condição apresentada pela puérpera e pela criança. Frequentemente esta ‘qualidade’ dos fenômenos apresentados se expressa e se resolve através de processos de percepção e ação. Seguindo a interpretação genérica realizada por Langdon (1994), em ocorrências consideradas leves o episódio pode ter uma duração muito curta, até que os sinais e sintomas sejam eliminados de modo espontâneo ou, no máximo, o tempo suficiente para a terapêutica escolhida fazer efeito. E em casos mais graves, de modo mais intenso, há o envolvimento de vários eventos de diagnóstico, tratamento e avaliações. As doenças consideradas graves podem se tornar “crises que ameaçam a vida e desafiam o significado da existência” (LANGDON, 1994, p.12).

Conforme já percebido nos descritores transcritos, algumas vezes as famílias enfatizam sem qualquer dúvida que “*se é grave, o médico cuida*”, mas não é somente esta a representação dominante acerca da seriedade impingida aos fenômenos. Aliás, há nuances variadas nas representações que cercam a concepção de ‘gravidade’, às vezes de difícil percepção e nem sempre possíveis de serem ‘destacadas’ dos modelos explanatórios. Em linhas gerais pode-se dizer, apenas à título de exemplificação, que são considerados como fenômenos não graves ou pouco graves desde o “resguardo normal” e o “bebê normal”, passando por condições como a maioria das “cólicas”, “resfriamentos”, “soluços”, algumas ocorrências relacionadas ao “umbigo” do nenê, a “moleira caída”, o “nenê magro” e o “amarelão leve”.

Como exemplos de fenômenos graves situam-se o “mau-olhado”, a “arca-caída” ou “espinhela caída”, o “embruxamento”, algumas formas de “contaminação umbilical”, todas as situações em que a mulher ou o bebê estão expostos ao “ar” ou ao “frio” (inclusive aquelas em que a mulher “quebra o resguardo”, podendo ter “recaída”), e o “amarelão forte”. Além disso, dentro de algumas destas condições existem outras, que traduzem uma complicada graduação, que dependem de fatores qualitativos ou quantitativos, como é o caso do “amarelão” que, quanto mais forte se apresentar (como em uma escala monocromática), mais graves serão as conseqüências, como se pôde perceber no depoimento de Hilda e sua mãe, em que a intensidade da coloração (“*se o amarelo for muito forte*”) poderia levar ao comprometimento cerebral do recém-nascido – uma explicação afinada e provavelmente decorrente das aproximações com o modelo explanatório profissional.

Aquelas mulheres e suas famílias que possuem sistemas de cuidados e modelos que se distanciam dos profissionais podem conceber no mínimo como estranhas as orientações do

processo de “cuidado educativo” abordadas pelas trabalhadoras. Neste sentido, podem igualmente se recusar em segui-las ou ainda relutar em concordar com os seus avisos e instruções. A maneira como concebem o período pós-natal, as ocorrências consideradas como graves ou não graves e a severidade dos problemas são fatores que podem contribuir pra que aceitem ou resistam aos conselhos profissionais.

Ao adentrar um pouco mais na análise de cada um dos modelos explanatórios registrados como exemplos de situações ocorridas no Alojamento Conjunto, podemos compreender melhor o conhecimento das famílias sobre o processo terapêutico no pós-parto, sempre considerando que eles são erigidos sob as bases gerais da vulnerabilidade e da prevenção ‘de riscos’.

Os modelos explanatórios agrupados sob o título **“ninguém pode pegar ar”**, como dissemos, têm seu foco na causa, sem no entanto deixar de haver relações com os modos de prevenção, a sintomatologia que contribui para o estabelecimento do diagnóstico, e contempla também algumas idéias à respeito da gravidade da condição para a puerpera e, mais especialmente, para o recém-nascido.

O “ar”, compreendido ora como condição física, ora como representação simbólica (não o ar propriamente dito, mas seu significado, sempre prenhe de ‘perigo’ para o estado da mulher e do bebê), e muitas vezes, englobando simultaneamente ambas as dimensões, é uma preocupação absolutamente freqüente, ‘visível’ e compartilhada entre as famílias que nascem na Maternidade da Luz. É um conhecimento que influencia dramaticamente na tomada de decisão das famílias e nas necessidades de cuidado. Sua associação com o desequilíbrio humoral não deixa dúvida quanto ao potencial para provocar doenças na mulher e problemas “de nascença” na criança, devido a suas vulnerabilidades físicas e simbólicas. A falta de balanço entre o quente e o frio pode ser um fator causativo de distúrbios pós-parto.

Para cumprir o resguardo, entre outras condutas apropriadas, é necessário abster-se de situações que podem gerar discrepâncias entre o ‘estado quente’ do corpo e o ‘estado frio’ de alguns agentes externos, como é o caso do “ar” referido pelas famílias em seus modelos explanatórios; uma aflição causada pelo desequilíbrio humoral e em cuja prevenção se confia nos conhecimentos especializados e autoritativos de uma “antiga”.

As situações agrupadas mostram que o “ar” que se está sujeito a “pegar”, vem tanto da “tua”, podendo então entrar pelas aberturas das janelas e pela porta de acesso aos quartos, quanto do ambiente interno da instituição que aparece como uma forma sutil de contágio, dos objetos considerados qualitativamente frios e ainda através das mãos das trabalhadoras ou dos acompanhantes e familiares, quando tocam, por exemplo, o coto umbilical que é considerada

uma das partes mais ‘quentes’ do corpo da criança. As práticas preventivas, diretamente ligadas ao agente promotor das doenças envolvem, dentre outras, resguardar mãe e filho fechando as aberturas (de modo insistente, absolutamente atento e muitas vezes tentando burlar o controle das trabalhadoras), cobrindo os bebês ou agasalhando-os (independente da temperatura ambiente) a fim de evitar o ‘contágio’ (lembro-me que uma avó me dizia que estava colocando várias camadas de panos ao redor do corpo do neto para que ele se prevenisse do “ar”, então procedia daquela maneira para que se mantivesse a “*quentura do útero*”, embora o bebê mostrasse sinais de transpiração bem visíveis), recusando-se de modo muito sutil a colocar a bolsa de gelo no períneo edemaciado (preferindo algumas vezes “*agüentar as dores, sem reclamar*”), abstendo-se de tocar diretamente com as mãos o delicado umbigo do bebê, reclamando com as trabalhadoras que assim procedem e algumas vezes impedindo mesmo que elas o toquem.

A questão da abertura/fechamento das janelas é um bom exemplo para refletir sobre as visões díspares entre profissionais e famílias do ponto de vista etiológico. Os fragmentos do Diário de Campo mostram que a preocupação central da trabalhadora do noturno ligava-se com a questão ambiental, e mais especificamente, com a ‘qualidade do ar’ respirado, o que levava à abertura das janelas, enquanto a preocupação das mulheres estava em proceder ao seu fechamento, a fim de garantir a não geração de problemas. Ambas, no entanto, relacionando suas ações à ‘prevenção de riscos’. De forma similar, frente à manifestação de espirros insistentes do recém-nascido, o neonatologista avalia, atribui e profere o diagnóstico clínico que tem relação com os atributos fisiológicos do líquido amniótico remanescente no sistema respiratório do recém-nascido, enquanto a avó avalia, atribui, profere o diagnóstico que o bebê “pegou ar”, além de providenciar formalmente (e à revelia do conhecimento médico) as ações terapêuticas associadas ao diagnóstico que fez.

Creio ainda que a disparidade entre etiologias não abrange toda a discussão. Há outra reflexão a fazer e que em minha ótica, põem em foco as vivências distintas entre o ‘conhecimento experiencial das famílias’ e o ‘conhecimento biomédico’, ainda que ambos se configurem como autoritativos, a depender do ângulo e das interações postos em análise. Continuarei com o ‘episódio do espirro’ para exemplificar a relação. O significado dos espirros intermitentes do bebê, para a avó, a partir de conhecimentos incorporados, liga-se de imediato com as condições humorais da criança, seu *status* e os agentes causadores advindos de ‘seu’ modelo vivencial. Para o médico, a partir dos conhecimentos técnico-científicos, o significado relaciona-se com as estruturas anatômicas do recém-nascido, sua condição fisiológica e com as mudanças transitórias advindas da condição respiratória de ‘feto’ para a

condição respiratória pós-natal. Embora o sinal gerador de todo o processo seja o mesmo (o espirro), e que ambos estejam falando de modo geral de um mesmo fenômeno físico, eles imprimem diferentes interpretações. Enquanto a avó usa uma referência *emic*, sem desprezar a *etic* (“*pode ser do liquido, mas ele espirrou né filha, vai ver pegou ar*”), o médico manteve-se irremediavelmente preso à perspectiva *etic*.

Os sinais que indicam que a criança efetivamente ou potencialmente “pegou ar”, normalmente estão associados ao aparecimento de espirros, manifestações gripais, “pontada”, “pegar cólica” (contorcer-se) e choro em demasia e com intensidade. A severidade de tais condições são marcadas por expressões que sinalizam o perigo que o bebê corre ou pode correr: “*Deus o livre*”, “*pode morrer*”, “*tenho medo*”, “*...minha irmã teve um que morreu por causa disso*”. É importante compreender como o fato de haver etiologias diferentes para os sinais apresentados pelo bebê – de um e de outro ponto de vista (profissional e familiar) –, conduz a aproximações conflitantes e entendimentos dispersos a respeito do processo terapêutico. Se, para a família, a possibilidade de a criança “pegar ar” é incondicional, sendo inadmissível não protegê-la diante do inerente potencial patogênico, para os profissionais, entretanto, é justamente a consequência de tal ‘conhecimento indevido’ que é posta em relevo na realidade clínica. Os fragmentos das situações ocorridas no campo são demonstrativos da preocupação profissional com o aumento da temperatura corporal da criança (um sinal de nenhuma importância para os familiares, e algo de certo modo até ‘esperado’, uma vez que mostra que o bebê está reagindo positivamente ao agente causador). A avaliação de tal sinal, ou ao menos a probabilidade de seu surgimento (“*é por isso que eles vivem com febre aqui dentro*”; “*não é possível que esta criança continue com a temperatura lá em cima*”) não apenas constitui-se em situação de risco para o bebê, como também ‘confunde o diagnóstico clínico’ (uma vez que é um dos sinais vitais potencialmente indicadores de distúrbios orgânicos neonatais); talvez por isso mesmo as relações que envolvem este tipo de situação sejam tão discrepantes e envoltas em uma aura de conflitos e acusações. Um grande paradoxo se coloca aí: para as famílias, “agasalhar” o bebê é uma forma de prevenir os malefícios potenciais do “ar” em termos físicos e simbólicos. É um modo de reduzir os riscos; para os profissionais, é uma forma de provocar distúrbios corporais – É um modo de aumentar os riscos.

Tais discordâncias, não sendo relativizadas ou negociadas pelos profissionais, promovem mal-estar nas famílias, que além de serem formalmente acusadas de intransigentes e descuidadas – sendo, inclusive, ‘responsabilizadas’ pela adoção dos ‘comportamentos de risco’ (“*...a senhora não agasalha mais, senão aí sim ele vai ficar doente*”; “*tu tá*

*agasalhando demais esta criança né?*), são alvos de freqüentes ameaças que objetivam produzir culpa e gerar medo (“*vai ter que tomar injeção*”, “*vai ficar doente*”, “*vamos ter que tratar o bebê*”).

É importante refletir que as ações colocadas em prática pelas famílias não são simplesmente contingenciais e nem mesmo fruto de atitudes pouco reflexivas alentadas pela ‘tradição cultural’. São fundadas na prática cotidiana e encontram respaldo nela. Como dizem Alves e Rabelo (1998), são ações ‘corporificadas’ (radicadas no e através do corpo) que, em certo sentido, dão forma às representações e, ao serem desempenhadas, adquirem contornos mais claros, mudam de rumo e por vezes são mesmo redesenhadas. São, então – no caso destas práticas preventivas que se localizam ‘no corpo fragilizado’ da mulher e da criança – frutos de experiências suas ou “das antigas”, em que “a prioridade da prática, da esfera do fazer e agir...orienta a relação cotidiana dos indivíduos com seu meio” (ALVES; RABELO, 1998, p.109). Em essência vejo que, quando as famílias estão descrevendo seus modelos explanatórios (ou colocando-os em prática), elas na verdade estão ‘desempenhando’ suas experiências com relação aos distúrbios pós-natais, “vivas e significadas em contextos de ação e interação” (RABELO, ALVES; SOUZA, 1999, p.9).

As ações que previnem “pegar o ar” são em síntese, práticas corporais (alusivas tanto à vulnerabilidade física como à vulnerabilidade simbólica). Como enfatiza Collière (1989), o corpo das mulheres parece ser o lugar de uma dupla propriedade: vulnerável aos elementos do universo exterior e ao mesmo tempo perigosa para eles, são ao mesmo tempo ameaçadoras e ameaçadas no seu corpo. Quando menstruada, por exemplo, apresenta seu lado ameaçador; quando grávida, seu lado vulnerável; e no prolongamento do seu próprio corpo as práticas têm por objeto de atenção constante, o corpo do recém-nascido que dá à luz. O corpo, objeto de cuidados, é introduzido por um ritual iniciático a uma outra fase da vida, “para se tornar, mais tarde, por sua vez, o instrumento privilegiado dos cuidados, *pois é pelo seu corpo que a mulher presta cuidados ao recém-nascido*, à criança, e depois será levada a prestá-los a outras mulheres” (COLLIÈRE, 1989, p.42).

Os modelos explanatórios agrupados sob o título “**a roupa amarela pra triça**”, por sua vez, têm seu foco no tratamento e – não sendo fechados, assim como o primeiro conjunto – nos permitem refletir igualmente sobre as etiologias e prevenções correspondentes, além dos sinais indicativos da presença da doença e suas conseqüências. Os modelos ‘falam’ de um distúrbio que acomete os recém-nascidos nas primeiras horas após o parto, conhecida como “triça”, “tirícia”, “tirízia” ou ainda “amarelão”. Ainda que aparentemente guarde uma associação com um diagnóstico médico conhecido como ‘icterícia neonatal’ ou

‘hiperbilirrubinemia neonatal’, nenhuma das minhas informantes utilizou ao menos uma vez esta terminologia. Aliás, em algumas situações, até as trabalhadoras de enfermagem, ao comunicarem-se com as famílias, usavam a mesma terminologia familiar (embora anotassem nos prontuários usando a classificação oficial).

A “triça” (termo mais amplamente reconhecido) caracteriza-se por ser uma intercorrência de certa forma ‘esperada’ para o período. Tanto que, quando começam a surgir os primeiros sinais no corpo do bebê, imediatamente iniciam-se as discussões em torno das estratégias para corrigir a situação, sem que se espere pelo tratamento profissional. Normalmente quem tem o ‘olho clínico’ para perceber os sinais indicativos é a avó da criança ou a própria puérpera.

De todos os distúrbios comentados pelas famílias em relação ao recém-nascido, este seguramente é o mais conhecido por elas. Não encontrei sequer uma mulher que não tivesse alguma idéia do que se tratava. Os homens, no entanto, pouco ou quase nada sabiam. Porém, quando se interessavam, logo recebiam alguma informação das mulheres da família ou procuravam os médicos e o pessoal de enfermagem para maiores explicações, particularmente se as crianças tivessem que ir “para a luz” (uma ação nem sempre bem aceita ou totalmente compreendida pelas famílias, não por negarem o tratamento da biomedicina, mas por ser apontada como impedidora da alta no período aguardado). Percebe-se que em torno das representações há sempre questões práticas a serem resolvidas.

A “triça” e o tratamento familiar a ser instituído “é conhecido por todas as mulheres, fruto de experiências anteriores com crianças de vizinhas e filhos de pessoas conhecidas na comunidade” (MONTICELLI, 1997, p.197). Como diz a puérpera Bela, “...[é]problema de nascença...faz parte”. Este “fazer parte” indica que as representações e práticas sobre a intercorrência são coladas ao cotidiano das famílias. Portanto, vivificadas na experiência. Algo que “todo mundo conhece” e, por conhecer, sempre sabe algo a respeito de como proceder. A prática, assim, está diretamente associada à representação que fazem acerca do fenômeno. Como se observa nos fragmentos anteriores, as narrativas das mulheres em torno da “triça” estão baseadas em casos concretos (“tenho uma [menina] de oito [anos] que consegui proteger [da triça]”; “tem coisas que são do conhecimento da gente, que nem essas”; “a mãe usou em nós”), levando-me a associar tais modelos com os estudos realizados por Alves et al (1998), para quem este tipo de configuração – justamente por ser uma dimensão da existência concreta das famílias (antes de ser o objeto do qual falam os profissionais de saúde) –, constitui-se numa significação de ‘primeiro grau’.

Para os autores, uma doença que tem significação de ‘primeiro grau’, em certa medida, é mais ‘real’ que outras, até porque é originada no mundo do senso comum, relacionando-se à situações concretas de enfermidades. “A enfermidade é subjetivamente dotada de sentido na medida em que é afirmada como real para os membros ordinários da comunidade” (ALVES, 1993, p.269). Então, talvez por “fazer parte” da vida cotidiana das famílias – como mostram os exemplos deste conjunto de modelos –, a experiência terapêutica com a doença seja articulada de modo tão ‘encarnado’. Senão vejamos: embora as causas promotoras da “triça” não tenham o mesmo ‘peso’ que as apontadas na questão anterior referente a “pegar ar” (aliás, parece que frente a esta intercorrência específica nem mesmo as causas tenham qualquer importância), percebe-se uma íntima correspondência entre os sinais corporais, as ações preventivas e o tratamento a ser instituído (criança “amarela”/roupa “amarela” – esta última, usada para prevenir e para curar), algo que já discuti em estudo anterior (MONTICELLI, 1997) em que apresentava uma possível associação com a lei da similaridade citada por Monteiro (1990), onde dois princípios são postos em foco: “o de que o semelhante evoca o semelhante e o de que o semelhante age sobre o semelhante e particularmente o cura”. Outra perspectiva que se sobressai ainda em relação ao processo terapêutico para a “triça” e que revela o saber cotidiano das famílias diz respeito ao ‘como’ identificar os sinais, o que é feito sempre por quem tem “*muita experiência*” e perícia para não deixar escapar qualquer indício que a doença está por iniciar, haja vista a minuciosa explicação da puérpera Bela em seu depoimento, dizendo que “*às vezes tem assim uma ‘sombriinha’ de amarelão...muito difícil de identificar*”.

As mulheres, ao vivenciarem casos concretos cujos significados são de ‘primeiro grau’, colocam em curso todo o tratamento para a “triça”, havendo ou não tratamento hospitalar paralelo. É interessante observar que o tratamento clínico para a icterícia – amplamente adotado na instituição, conhecido pelo nome técnico de “fototerapia” e pelas famílias como “a luz”, simplesmente, pelo uso contínuo de lâmpadas fluorescentes incidindo sobre o corpo nu da criança –, nem é totalmente negado (basta olhar que Bela dissertou pormenorizadamente sobre o processo terapêutico familiar com parte do corpo praticamente ‘dentro’ do aparelho de fototerapia) e tampouco aceito sem qualquer avaliação, pois mesmo que “tenha que colocá-lo” lá, “*são raras as vezes que tem que colocar nesta luz*”, “*pra mim é roupa amarela pra triça, muito melhor que isso aqui [aparelho]*”, “*tiveram que botar na luz, mas mesmo assim eu complemento em casa depois*”. Se por um lado o conhecimento biomédico sozinho não faz efeito, avalia-se a possibilidade de que o tratamento familiar, isoladamente, também não o faça. Assim, volto a Alves et al (1998) para admitir que, em se

tratando de um distúrbio cuja significação para a família, seja de ‘primeiro grau’, o discurso biomédico, embora emitido dentro de um quadro de referência alheio ao sistema cognitivo familiar, ‘faz sentido’, pois a mensagem transmitida pelos profissionais e a terapêutica médica podem ser empiricamente atestados no corpo do neonato.

Esta ‘avaliação’ que a família pode fazer está diretamente inscrita no corpo do bebê que, paulatinamente, tem sua ‘coloração amarelada’ diminuída frente à ação das lâmpadas (ainda que isso se atrele a uma ‘complementação’ posterior). Esta questão também está ligada com um aspecto mais ‘prático’ da ocorrência do distúrbio, pois uma vez ‘eliminada’ a cor amarelada da pele, está eliminado o problema, não importando, como disse, nem mesmo a causa. Sobre isso, Alves, Rabelo e Souza (1999, p.17) esclarecem que antes de ser uma questão intelectual sobre a qual é preciso teorizar, “a doença é uma questão prática; o que explica porque os indivíduos, uma vez que se sintam capazes de colocá-la sob controle, suspendem o processo de questionamento e problematização”, caso assim tenham se dedicado anteriormente.

Mas esta avaliação dos efeitos do tratamento e da evolução da coloração do bebê também tem lá seus percalços do ponto de vista assistencial. Nem sempre a avaliação feita pela família segue as mesmas bases e critérios que a avaliação profissional. Às vezes a família compreende que a criança “já pode sair da luz” porque o “amarelão já desapareceu”, enquanto os profissionais tentam, normalmente com muito esforço (na maioria das vezes isto ‘cabe’ à enfermagem) explicar que a intensidade diminuiu, mas isto ‘não significa’ que o tratamento já possa ser suspenso. Lembro-me de uma ocasião em que a técnica se esmerava em explicações profissionais dizendo que a criança podia ter o “efeito rebote” caso saísse do tratamento antes do tempo, ao que a puérpera exclamou: *“mas é por isso mesmo que ela tem que sair de alta. Eu sei que ela pode ter mais problemas se ficar aí. É prejudicial, né? Já tá branquinha de novo... vou mandar avisar o carro pra vir me buscar”*. Esta compreensão é similar à compreensão percebida por Crepaldi (1999) à respeito de como algumas famílias de crianças internadas em setores hospitalares pediátricos entendem a sintomatologia apresentada. Em seu estudo, a autora percebeu que logo que os sintomas começavam a desaparecer, era sinal de que a criança apresentava melhora. A partir daí a mãe começava a insistir em relação á alta, “embora a criança necessitasse permanecer internada por mais um tempo, pois a doença ainda oferecia riscos” (CREPALDI, 1999, p.98).

O mais importante e o que realmente importa para as famílias, voltando ao nosso estudo, é como “lidar” com “a triça” e os resultados obtidos com os tratamentos que se instituem. Como vimos, a terapêutica a ser escolhida, fortemente ligada às ações a serem

desenvolvidas com a criança (cuja preferência recai sobre o uso do vestuário de cor amarela), tem um caráter pragmático, traduzido pelo uso da expressão “*precisamos lidar com ela*” (declaração de Hilda: “*lida mãe, lida logo*” [apressando a mãe para trocar a roupa do filho]; declarações de Bela: “*pra mim é roupa amarela pra lidar co’a triça*”; “*...tem que saber identificar logo, que é pra começar a lidar logo também*”). “Lidar” com o problema consiste em iniciar sem demora o tratamento, reforçando que é no setor familiar que os cuidados e as terapêuticas são decididas, além de ser ali o lugar da avaliação se o tratamento escolhido está fazendo efeito ou não (“*...dai boto logo a amarela. É tiro e queda*”). Conforme Kleinman (1980, 1988), a escolha por determinados tratamentos e as maneiras como as pessoas comportam-se frente a eles e avaliam os seus resultados, dependem grandemente dos significados culturais e das expectativas ligadas à experiência da doença.

Quanto ao modelo explanatório denominado “**o bebê embruxado**”, o que se sobressai é o foco nos ‘sintomas’, melhor dizendo, nos sinais apresentados pelo recém-nascido. Da situação apresentada depreendem-se não somente as diferentes, mas as polarizadas perspectivas adotadas pela família e pelo setor profissional. Além disso, aparecem também alguns fragmentos advindos das falas e das ações entre as mulheres, a trabalhadora Cíntia e a médica residente, que permitem reflexões importantes sobre as causas do problema e o modo como tais conhecimentos se expressam e são ‘trabalhados’ no ambiente hospitalar.

A primeira anotação que se pode fazer tem ligação com a postura da avó da criança frente ao conhecimento profissional, onde a mesma faz questão de submeter o neto a mais uma avaliação clínica (além das realizadas anteriormente pelo neonatologista), cuja insistência pode ser decorrente da necessidade sentida de obter uma resposta que ‘faça sentido’ diante das interrogações familiares. Tais interrogações são decorrentes dos sinais presentes no corpo da criança e que estão a exigir caminhos de apreciação mais significativos, além de se manterem as expectativas em torno de possibilidades de revelação das causas ‘ocultas’ do problema. Que sinais seriam estes? Percebe-se claramente que o próprio ‘modo de olhar’ para eles já está eivado de concepções provenientes de diferentes sistemas de cuidado à saúde. Contingente a isso também se revelam distintas formas de apreciação e encaminhamentos.

Enquanto a residente ‘olha’ o comportamento orgânico sinalizado através da ausculta cardíco-pulmonar, do exame anatômico minucioso envolvendo todos os segmentos corporais, e da avaliação ligada às necessidades alimentares do bebê, a avó ‘olha’ outros sinais: o choro e a movimentação corporal atípica (“*ele esperneia, revira os olhos e baba*”). A avaliação diagnóstica (e a conseqüente declaração a respeito “do que” o bebê tem), também advém de

diferentes interpretações. Por um lado, as integrantes da equipe de saúde vão analisar os dados a partir dos conhecimentos disponíveis em sua cultura profissional: a residente dando a declaração formal que a criança “*não tem problema nenhum*”, ou seja, que a despeito do choro, não há alterações clínicas, e a auxiliar, tentando ‘explicar’ que o recém-nascido “*é assim mesmo*” (ou seja, é normal), devido a sua inerente imaturidade física (“*revira os olhos porque não tem controle do globo ocular*”) e à sua idiossincrasia (“*alguns são assim...é jeito de ser...enquanto algumas são tranquilas, outras são berronas*”). Por outro, a avó arrisca o ‘seu’ diagnóstico, ligando-o de imediato, às possíveis ‘causas’ do problema (“*mau-olhado*”; “*criança indefesa pega*”; “*embruxamento*”) que envolvem questões que vão desde relações sociais, até possíveis causas sobrenaturais.

Quanto à interação promovida a partir das requisições familiares, pode-se observar que a atitude da médica e da trabalhadora de enfermagem é a de imediato distanciamento do ‘problema’, seja retirando-se porque a situação não lhe diz respeito (“*não é da minha alçada*”), seja ‘deixando o barco correr’, ainda que com algum desconforto, como pode ser percebido pelo comportamento da auxiliar que tentava fazer a mediação, sem sucesso.

Fica claro que o que não está no corpo, para os profissionais, tem pouca importância, nenhuma importância, ou mesmo ‘não conta’. Poderíamos perguntar: ... e deveria contar? Certamente que não, se considerarmos somente a questão clínica intrínseca à biomedicina. Na medida em que há compromissos ético-profissionais envolvidos, se requer que os papéis sejam desempenhados com competência técnica, tecnológica e de acordo com os critérios científicos envolvidos, mas também argumentamos que sim, quando colocamos em foco, justamente, o caráter relacional do processo saúde-doença, o papel incontestável da experiência pessoal/familiar durante o processo terapêutico e o modo como as famílias concebem o período pós-parto, vivenciado ou não de acordo com as representações e práticas biomédicas, mas que sofrerão seus efeitos, de modo positivo ou não, a depender, em grande parte, das negociações efetuadas durante o período de hospitalização.

Nas reflexões anteriores, durante a apresentação de outros modelos, à exemplo da “criança com amarelão”, servimo-nos da análise de Alves et al (1998) para dar suporte ao entendimento de que, para as famílias, aquelas significações, por fazerem parte da vida cotidiana (encarnada) das pessoas, tinham um caráter de ‘primeiro grau’, mesmo que em algum momento e em alguma etapa da vivência do processo terapêutico, estivessem mais ou menos próximos das significações adotadas no quadro de referência profissional. Na presente situação, podemos inferir que os modelos semelhantes ao “bebê embruxado”, apresentam-se de modo contrário ao anterior, se olhados pela perspectiva agora dos profissionais de saúde

(pelo menos dos que participaram desta situação). Aqui, significações como estas, para os profissionais, são concebidas como sendo ‘de segundo grau’ – tanto por não se localizarem em nenhuma das classificações oficiais, dentro de um quadro classificatório que é ‘conhecido’ e universal, quanto pela ‘localização’ dos sinais e sintomas, pois não sendo do ‘domínio do corpo’, é encarado simplesmente (e de modo simplista) como “isto não existe” ou mesmo “é besteira”. É claro que aqui não se trata de buscar explicações alienígenas ao modelo dominante e anexá-las ao repertório profissional. Não estamos falando apenas de questões técnicas, mas de cultura, de modelos explanatórios que fazem sentido simbolicamente e que vêm ‘incorporados’ na vida das famílias que nascem.

Acredito que a expressão mais genuína foi colocada pela avó quando da despedida da maternidade, já aguardando a chegada do táxi para irem embora. Parece-me que, naquele momento, foi declarada a necessidade de ter sido ouvida afetivamente (algo que não encontrou no contexto clínico), mais do que o caráter ‘técnico’ que as profissionais entenderam que deveria ser olhado. Talvez esteja aí uma situação que confirma o pressuposto de Kleinman (1988) de que a *illness* não está necessariamente ligada à *disease* – não se está ‘doente’ somente quando existe uma abalo na estrutura e funcionamento orgânico – e vice-versa. O que a avó deixou claro é que o distúrbio apresentado pela criança (ou ‘revelado’ em seu pequeno corpo) apresenta relação direta com a experiência social. Para ela, a possibilidade de existência de ‘outras causas’ para o aparecimento do problema se colocava como algo ‘concreto’, porém sujeito à testes e provas. Daí talvez decorra sua atitude ambígua em procurar ajuda profissional, mesmo projetando que o problema poderia ser ‘de outra ordem’. Pode ser que o que a avó procurava era a oportunidade de promover um ‘diagnóstico’ que ajudasse a entender e buscar um sentido para o sofrimento particular vivenciado pela família.

Colaborando com esta reflexão, Uchôa e Vidal (1994, p.501) analisam que a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer “é, para os profissionais de saúde, determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e agir frente a um problema de saúde específico”.

Por último, com relação aos modelos agrupados sob o título “*se não segurar com jeito, pode cair a arca*”, observa-se mais integralmente todo processo terapêutico desenvolvido pelas famílias – desde as características dos sinais e sintomas, até o tratamento para corrigir a condição. Logo de início se percebe que quase todo o itinerário terapêutico é realizado no setor familiar e com a presença ativa dos especialistas populares. Aliás, ‘das’ especialistas, pois são sempre mulheres que aparecem nas narrativas sobre esta doença. Ainda

que eu não tenha presenciado nenhuma “quebra da arca” durante o trabalho de campo (embora em outras oportunidades tenha inclusive participado dos tratamentos executados em nível domiciliar), as famílias sempre me falavam dos casos que ocorriam e das providências tomadas para curar a criança. Além disso, muitas vezes fui testemunha de situações concretas sobre os cuidados tomados ainda na Maternidade para que fosse prevenida a ocorrência do distúrbio no recém-nascido. Também não observei a vinda de nenhuma especialista popular para tratar em particular da “arca” de alguma criança internada; entretanto ouvi de algumas a ocorrência de tais visitas em oportunidades anteriores ou com pessoas conhecidas. Mas isto não é muito comum; o mais corriqueiro é a busca pela confirmação diagnóstica e pelo tratamento especializado fora dos muros do hospital, mesmo que se desconfie que a criança já tenha “quebrado a arca” dentro da instituição (provocado por algum membro da família menos cuidadoso e atento ou ainda pelos profissionais de saúde).

As situações registradas envolvendo a adolescente e sua mãe e a puérpera Eliane e sua mãe, indicam que as famílias compartilham conhecimentos sobre a “arca”, valorizam as práticas desenvolvidas em seu entorno, além de possuírem entendimentos semelhantes que, diante de tal ocorrência, o tratamento deve ser executado por quem “entende” (é *expert*) do fenômeno, já que na Maternidade não há “*quem benza*”. Apresenta-se aqui uma situação um pouco diferente das anteriores, pois quando o profissional aparece (o médico, por excelência, diante das expectativas diagnósticas), seu *status* é bem menos valorizado (às vezes inclusive ridicularizado) e sua ‘competência’ colocada em dúvida, inclusive com algum ‘requisito’. A autoridade do conhecimento familiar/popular excede o campo da autoridade biomédica e, diante das interpretações que as famílias fazem, me atrevo a comentar que este tipo de conhecimento pode ser ‘usado’ para mostrar a ‘ignorância’ dos modelos explanatórios profissionais.

A “arca-caída” é compreendida como uma doença que ocorre apenas enquanto a criança é recém-nascida, decorrente de sua fragilidade, condição orgânica liminar e, portanto, de sua vulnerabilidade física e simbólica. Os conhecimentos adquiridos para execução de todo o processo terapêutico foram sendo aprendidos pela família através de relatos orais de antepassados e também de pessoas com quem se mantém laços de afetividade e cuja visão de mundo é compartilhada. Não há relatos que associem a aquisição de saberes especializados sobre a “arca” a partir dos meios de comunicação (as “revistas” aqui não têm valor algum) ou de contatos que possam ser considerados como sendo “pedagógicos” com relação ao setor profissional. Por outro lado, a compreensão ‘exata’ sobre o que é a “arca” não deve ser procurada (especialmente se alguém quiser ‘compreendê-la’ a partir do referencial

biomédico), pois se mostra fugidia e, com frequência, portadora de significados ambíguos. É uma doença que não faz parte do repertório profissional reconhecido oficialmente e assim também é entendida pelas famílias (diríamos que é uma das ocorrências das mais representativas do repertório das *“coisas que são do conhecimento da gente”*).

A causa para a “queda da arca” está relacionada, com dissemos, ao modo como a criança é ‘manuseada’ e mais especificamente, ao modo como é realizado o suporte com a finalidade de transferi-la de um local para outro, por isso as famílias sempre aparentam preocupação quando acreditam que as crianças não estão sendo cuidadas da forma que deveriam (ver por exemplo o que a puérpera Eliane falou sobre o ‘descuido’ das trabalhadoras de enfermagem ao prestarem assistência ao recém-nascido). Sempre que percebem que o profissional está ‘sendo descuidado’ apresentam semblantes e demonstrações corporais – algumas vezes verbais – denotativos de ansiedade e tensão. Algumas vezes, referem-se ao fato de pegar a criança indevidamente, como uma probabilidade de *“machucar o nenê”*.

Os sinais tradutores de que a criança efetivamente “quebrou a arca” ou que se ‘desconfia’ que está acometida do mal estão circunscritos ao seu pequeno corpo, mesmo que se necessite da especialista externa para confirmar o diagnóstico. Em geral as famílias notam um comportamento bastante genérico em se tratando de doenças neonatais, inclusive pouco diferenciador daquele evidenciado para as outras ocorrências descritas anteriormente, como o choro intenso que caracteriza que a criança *“tá irrequieta”*, a prostração em relação à amamentação, dificuldades para dormir e uma espécie de hipersensibilidade corporal ao manuseio, como sugere o relato de Eliane: *“a criança chorava e ninguém sabia o que era...ai eu às vezes pego assim e, ai meu Deus, será que machucou? Mas daí vejo que ele não chora, não tem nenhuma reação, daí fico tranqüila...dá pra perceber que ele não tem nada”*, e o relato de sua mãe, referindo-se ao filho de um amigo que teve a doença mas que depois de curado *“... não chorava mais, voltou a mamar, dormiu que era uma beleza”*. Entretanto, o diagnóstico de certeza deve ser efetuado apenas pela benzedeira – algumas delas, consideradas especialistas em diagnosticar e tratar somente este tipo de mal.

O itinerário terapêutico aparentemente é um pouco mais esclarecedor do que aqueles mostrados nos modelos anteriores, principalmente porque seu percurso ocorre quase que exclusivamente no setor não-médico. ‘Quase’, em vistas de algumas famílias incluírem também a visita ao sistema de cuidado profissional. Mas tanto os procedimentos terapêuticos quanto a apreciação dos resultados guardam uma aproximação maior com o setor familiar e profissional, principalmente em virtude da “arca-caída” ser uma doença considerada fora do quadro biomédico, como referem as informantes: *“...o hospital é contra, né?...Aqui [na*

*instituição] ninguém benze de arca”;* “*se acontecesse [de cair a arca] eu levaria fora [do hospital]”;* “*...tem mais a ver com família, né?”*.”

A primeira pessoa a ser consultada, após o processo de apreciação que decorre do diálogo intra e inter-familiar, é a benzedeira – geralmente denominada de “*a senhora que benze*” pelos meus informantes (talvez pelo ‘peso’ que o termo ‘benzedeira’ tem, dentro da instituição, e diante de um depoimento dado, afinal, a uma pesquisadora que é profissional da área da saúde. Mas também pode-se inferir que este termo esteja mesmo sendo usado, inclusive, no setor familiar de cuidado à saúde, uma vez que foi utilizado mais de uma vez durante o trabalho de campo e por várias e diferentes famílias). Enfim, mais importante que isso é o respeito que têm pelos conhecimentos e habilidades desta especialista e a valorização que deixam transparecer, sempre que se referem a ela. Não contactei com uma família sequer que não conhecesse ou tivesse ouvido falar de alguma “*senhora que benze arca-caída*” perto dos domicílios ou nas imediações citadinas.

Uma vez escolhida a benzedeira, o diagnóstico então é comprovado através de um complicado processo que envolve desde técnicas apuradas de medição e comparação da simetria entre os “bracinhos” e entre esses e a posição das costelas, medindo igualmente as distâncias entre os membros superiores e os inferiores e também comparações entre a face anterior e a posterior do corpo do bebê. Confirmado o diagnóstico, é iniciado o tratamento específico que consiste basicamente em procedimentos terapêuticos corporais como: massagens feitas com unguentos e óleos especiais (cuja frequência varia de uma vez a três vezes por semana), compressas com panos úmidos e aquecidos, uso de faixas contensivas e o “benzimento” propriamente dito.

Este último é realizado desde o primeiro dia de consulta, logo após ser declarado que o recém-nascido é portador do distúrbio. Todas estas terapias, distintas porém complementares, são realizadas pela própria especialista, com o intuito final de “*botar a arca no lugar*”. Normalmente a avaliação final que atesta que o tratamento foi eficaz se dá ao cabo de duas semanas. Segundo a puérpera, mãe da adolescente na primeira situação apresentada, há ocasiões em que o tratamento tem duração de “*até um mês se o negócio for feio*”, ou seja, de acordo com a gravidade da situação, que é igualmente avaliada pela benzedeira.

Em todo o contato mantido com a “*senhora que benze*”, é possível detectar a existência de uma fina sintonia cultural entre ela e as pessoas que estão envolvidas na função terapêutica. Percebe-se assim que esta terapia (como de resto qualquer outra) só é possível se os indivíduos compartilharem da versão oferecida pelo especialista. “A eficácia (...) de um determinado sistema depende, portanto, em grande parte da credibilidade com a qual o

indivíduo se investe, assim como do consenso social criado em torno desta prática” (ROPA; DUARTE, 1985, p.184). Como uma especialista do campo popular, com um treinamento que não é considerado nem formal, nem burocrático, a benzedeira, como se percebe nas narrativas, é reconhecida por desempenhar o papel de curadora das crianças que apresentam este problema de saúde, possuindo ou não algum grau de intimidade com as pessoas que a procuram (veja-se por exemplo que, ao constatar que a benzedeira da comunidade morrera, a puérpera, mãe da adolescente, passou a buscar outra especialista com os mesmos poderes, encontrando-a em outra localidade, a partir de relatos de cura de amigos e vizinhos).

Kleinman (1995) esclarece que as pessoas procuram tratamento no campo popular, não necessariamente porque ignoram a biomedicina, mas porque experienciam efeitos positivos advindos desta arena e porque percebem sua eficácia. Entretanto, meus informantes mostraram que, além disso, os especialistas do setor popular são escolhidos porque, numa interpretação de contraste, julgam que em determinadas circunstâncias e para determinadas doenças (como é o presente caso), os “*conhecimentos dos médicos*” são julgados insuficientes, desnecessários e, algumas vezes, como um saber que é percebido como ‘alienado’ das experiências vividas pelas famílias. No sentido *emic* poderíamos dizer que tal saber é um *saber inexperiente* (“*eles não sabem como fazer*”; “*não têm praticamente prática nenhuma com medição do corpo e estas coisas*”; “[*os médicos*] *não chegaram lá*”; “*não adianta levar pra consulta [médica] porque não sabem o que fazer direito; ficam assim, como se diz, em dúvida, né?*”; “*tinha uma enfermeira no Posto que dizia que era besteira arca-caída, então é melhor não levar lá de novo. Pra quê?*”).

Mas alguns de meus informantes enfatizaram também outro aspecto da realidade que se encontra subsumida no itinerário terapêutico relativo à “arca-caída”, que inclui algumas visitas aos especialistas da biomedicina. Exemplo desta conduta está circunstanciado na situação relatada pela puérpera Eliane e sua mãe, quando descrevem o itinerário percorrido pelo amigo que “desconfiava” que o filho recém-nascido estivesse com a “arca-caída”. A consulta seqüencial a três médicos “diferentes” (“*[a criança] foi levada três vezes em médicos. Três vezes em médicos diferentes*”) não resolveu o problema, cabendo então o encaminhamento posterior à benzedeira que não apenas “acertou” no diagnóstico e na terapia, como acompanhou o pai do recém-nascido no retorno aos médicos anteriormente consultados para mostrar o que o bebê tinha “mesmo” (“*...e voltou. E ainda levou junto a senhora que benzeu*”).

Poderíamos, por associações e contrastes, encaminhar várias questões que dizem respeito a este itinerário relatado, mas parece-me que o mais importante é insistir na

interpretação, tentando aproximar algumas respostas à seguinte pergunta: quais os fatores que mais contribuíram para a decisão de levar a criança ao especialista médico (aliás, a três)? E mais, por que levam à consulta clínica mesmo sabendo que o médico não trata “arca-caída”?

Primeiramente, poderíamos argumentar em favor de uma indecisão por parte da família e da rede social com relação aos sinais apresentados pela criança, bem como uma possível confusão diagnóstica, frente a tantas explicações, sugestões e palpites, o que levaria à procura do médico, a fim de que fossem diminuídas as incertezas. Não que não se acreditasse nos poderes de cura das “*senhoras que benzem*”, mas a consulta ao médico funcionaria como um recurso provisório, sem estar descartada a agência popular logo em seguida. Outra razão poderia estar relacionada a uma possível sensação de mal-estar dos pais do bebê, preocupados que outras pessoas (até mesmo os próprios profissionais de saúde) poderiam julgá-los negligentes se eles não levassem a criança ao médico, ‘independente’ da doença que a mesma tivesse. Poderíamos também argumentar simplesmente como fez Pachter (1994), ao analisar algumas doenças infantis numa população mexicana, a que o autor denomina como sendo “doenças culturais” (*folk illnesses*), isto é, “aquelas doenças que são comumente reconhecidas dentro de um grupo cultural e cujos modelos explanatórios freqüentemente conflituam com os do paradigma biomédico” (PACHTER, 1994, p.691, tradução nossa), tais como o “empacho” e a “caída de mollera”. Para este autor, algumas vezes as decisões familiares incluem a consulta a um representante da biomedicina. Dentro desta interpretação, a “arca-caída” também seria classificada desta forma, sendo então a consulta médica entendida como um recurso ‘natural’ dentro do processo terapêutico.

Conquanto todas essas razões possam estar imbricadas, o relato de Eliane e sua mãe indica ainda uma outra, fortemente ligada às relações de poder emanadas e decorrentes da interação entre os distintos sistemas de cuidado. Assim como designamos há pouco que, no sentido *emic*, havia o entendimento de um tipo de saber médico considerado ‘inexperiente’ (do qual os profissionais não possuem domínio e não são conhecimentos afetos ao cotidiano da prática biomédica), identificamos também a existência de um “*saber incompetente*” – julgado pelos informantes como uma forma mais aguda que a anterior. Na verdade trata-se de uma supervalorização do saber familiar/popular em detrimento do conhecimento que julgam que os profissionais possuam sobre aquela (s) doença(s) – quase como um etnocentrismo às avessas.

Não obstante a compreensão de que os médicos possuem um saber desnecessário, alienado e insuficiente (ou incompleto, ou ainda limitado) em relação às doenças desta natureza, os informantes são incansáveis em demonstrar que acorrem ao consultório a fim de

‘provar’ sua(s) incompetência(s). Acredito que esta seja a percepção de Eliane ao relatar que o amigo foi ao consultório sem revelar sua ‘desconfiança’ sobre a probabilidade do bebê ter arca-caída (“*[o amigo] só esperava o que [os médicos] iam dizer*”). Além disto, o fato de ter obtido diagnósticos diferentes (“*[um médico] disse que era uma dor de barriga, outro que era dor de ouvido e o outro que era cólica. Três médicos, três diagnósticos diferentes*”) e indicações terapêuticas também diversificadas (“*queriam dar remédio pra dor de barriga, pra dor de ouvido, um monte de coisa. O meu amigo não deixou dar...*”) dentro da ‘mesma medicina’, parece fortalecer, de um lado, o conhecimento autoritativo da família e da benzedeira, e de outro, contribuir para a verificação da ‘incompetência’ do conhecimento biomédico (“*não, isso não é. Isso é arca-caída*”; “*olha, vocês erraram, o que o meu filho tinha era arca-caída*”; “*...a gente fica com desconfiança dos médicos, sabes? Muitas vezes acredito mais em coisas fora do hospital (...). Acredito muito mais numa senhora assim do que num profissional mesmo*”; “*...neste caso o meu amigo tava com a razão e os médicos não*”). Algumas vezes, inclusive, as narrativas acerca do contato com os médicos ganham ares de superioridade, a exemplo do seguinte depoimento: “*os três [médicos] ficaram assim perplexos, né? Ficaram sem ação...*”, indicando que provocar um certo ‘descentramento’ no saber e no raio de ação profissional é algo desejado e, inclusive, passível de ser objeto de resistência.

Transparece nestes discursos a necessidade de um tipo de controle sobre a situação, o diagnóstico, as causas e o tratamento, quer dizer, de um controle sobre o ‘seu’ conhecimento acerca da doença, funcionando então a incursão à biomedicina como uma espécie de autovalorização dos saberes e um reforço para continuar confiando nas experiências e nos modelos familiares e populares pois, como observa Kleinman (1980), qualquer tratamento é sempre analisado sob a ótica da sua eficácia precedente (surtiu efeito em época anterior?), da experiência de outras pessoas e da comparação entre a expectativa do doente (e de sua família) e os encaminhamentos feitos pelo especialista. Helman (1994, p.86), a partir das considerações de Kleinman, contribui com a análise interpretando que as pessoas doentes escolhem não apenas “entre tipos diferentes de curandeiros (...), mas também entre os diagnósticos e as recomendações que fazem sentido para elas, e as que não fazem. No último caso, o resultado pode ser de ‘não-adesão’ ao tratamento, ou uma transferência a outro segmento da rede terapêutica”.

Voltando a ampliar o foco de discussão e analisando os modelos explanatórios como um todo, pode-se dizer da extrema complexidade dos mesmos e, à exemplo da análise feita por Rabelo, Alves e Souza (1999, p.64), dizer também da “impossibilidade de explicá-los por

meio de um princípio de segmentação, de acordo com o qual a identificação de certos sintomas implicaria certas escolhas terapêuticas”. Como em quaisquer outros modelos explanatórios, como indicam os autores, embora as pessoas se refiram constantemente às fronteiras entre ‘doença de médico’ e outras doenças, na maioria dos casos recorre-se a médicos especialistas populares para lidar com o mesmo conjunto de sintomas.

O ecletismo que caracteriza muitas das condutas com respeito ao cuidado à saúde das mulheres e recém-nascidos revela que ao mesmo tempo que há conhecimentos e práticas que são de domínio da arena profissional, também há conhecimentos ‘que contam’ e que são de domínio dos setores familiar e popular. Isso leva muitas vezes a que sejam procuradas simultaneamente todas estas alternativas, não sendo esta conduta entendida como ‘sem sentido’, pois Comaroff (1978 apud ALVES E SOUZA, 1999, p.129) esclarece que “as relações entre as interpretações subjetivas dos indivíduos e os modelos explicativos dos diferentes subsectores terapêuticos não necessariamente se enquadram de acordo com um modelo integrado e coerente”.

Mesmo que fosse este meu objetivo, não haveria como provocar uma lista classificatória com modelos explicativos que se enquadram mais neste ou naquele subsistema. Tal empreendimento resultaria inútil e impreciso diante da ‘falsa idéia’ referente a qualquer forma de compartimentalização. Como abordam Alves e Souza (1999), a partir da idéia de Kleinman, não há como garantir certos tipos de práticas como ‘mais adequadas’ para lidar com certos tipos de doenças, demonstrando com isso a inexistência real de qualquer padrão como alternativas terapêuticas.

### **9.3 “TOMO BANHO, MAS A TRANÇA FICA!” – A RESISTÊNCIA AOS CÂNONES HOSPITALARES**

As mulheres que valorizam os conhecimentos experienciais não concordam com tudo o que é determinado pelas normas institucionais e nem aceitam passivamente as orientações oriundas do “cuidado educativo” ou do sistema biomédico. Embora muitas vezes deixem entrever que entenderam as explicações e que aprenderam o que é assegurado pelos profissionais como sendo ‘o certo’, na realidade percebe-se que não incorporaram as práticas orientadas, ensinadas, sugeridas ou rotineiramente repetidas no interior da instituição, às suas vidas – ou, ao menos, à vida da mulher e do recém nascido após o parto. Para Browner e Press (1997), existe algo diferente entre aquilo que é ‘conhecido’ e aquilo que é rotineiramente incrustado à prática cotidiana, a partir do conhecimento adquirido. Para as autoras – que tomam como base o conceito de “conhecimento autoritativo” de Jordan (1997), diz-se que um

saber torna-se incorporado, quando as mulheres colocam em prática, no dia-a-dia, determinadas medidas que acreditam trazer benefícios efetivos para a sua saúde e, incluso, a de seu filho recém-nascido. As ‘medidas’ indicadas pelo setor profissional, então, precisam fazer sentido para as mulheres e suas famílias a fim de que passem a fazer parte do repertório já conhecido e anteriormente ‘incorporado’ conhecimento experiencial. Dito de outro modo, caso realmente um conhecimento seja entendido como ‘autoritativo’ (com *status* para transformar), passará a ser encarnado na prática diária das pessoas. É importante lembrar que o poder deste tipo de conhecimento “não está em sua precisão, mas naquilo que efetivamente conta” (JORDAN, 1997, p. 58, tradução nossa).

O trabalho de campo no Alojamento revelou que muitas famílias, além de confiarem em seus conhecimentos experienciais, não permitem, por diversos motivos, que o conhecimento biomédico tenha poder suficiente para transformar determinadas práticas, principalmente se avaliam que tais práticas servem mais aos propósitos ‘inconcebíveis’ da medicalização do pós-parto (já discutimos anteriormente sobre a questão das mulheres que acreditam que esta fase do processo do nascimento é vista dentro de parâmetros mais ‘fisiológicos’ do que ‘patológicos’) do que propriamente para trazer benefícios à saúde da puérpera e da criança que acabou de nascer.

A declaração formulada por Foucault (1978, p.95, tradução nossa): “onde há poder, há resistência” é bem apropriada aqui, pois indica que ao mesmo tempo que o conhecimento biomédico contribui para medicalizar o pós-parto – e por conseguinte, causar diversos graus de opressão –, mostra as resistências que são engendradas nesses espaços e relações de poder. É desta maneira que muitas famílias atuam na Unidade – exteriorizando suas resistências frente às ações que desagradam. Não obstante, tais resistências não se expressam da mesma forma. Há circunstâncias em que as ações demonstradoras da existência de algum grau de oposição são expostas às claras, numa posição quase de enfrentamento direto, sob o calor das sensações imediatas de intolerância. Noutras, as resistências são mais ‘suaves’ do ponto de vista do enfrentamento e conflito, acontecendo quase às escondidas, em atitudes que traduzem a ‘visibilidade’ da existência de um claro desacordo, mas que se infiltram ‘invisíveis’ durante o período de hospitalização, provavelmente para que não fiquem demais expostas aos domínios institucionais. E há ainda outras situações em que os comportamentos de resistência são tão bizarros que podem passar quase ‘despercebidos’ durante a permanência na Maternidade.

Normalmente, as mulheres que resistem às práticas hospitalares às claras, ou seja, exteriorizando seus desacordos frente aos profissionais e ao peso simbólico da organização,

agem deste modo, quando se percebem ‘controladas’ pelos ditames do cenário clínico e quando se dão conta que seus conhecimentos não são considerados, tendo muitas vezes ‘sufocadas’ as suas experiências com a fase pós-natal. Um dos exemplos ilustradores desta situação, busco na seqüência da internação de Maria, a mulher de 45 anos, que gracejava com as colegas de quarto dizendo que não entendia se a tinham internado por causa da gravidez ou da gravidez na “monopausa”, cujos trechos relacionados à sua admissão já relatei em outra oportunidade.

*Enquanto leio o prontuário, estando de costas para a porta de entrada, sinto que alguém passa as mãos pela minha cintura, como num abraço. Volto-me rapidamente e me deparo com Maria, a mulher que havia internado na sexta-feira, enquanto eu fazia observações no campo. Na verdade, precisei sentar-me na cadeira porque, devido a sua baixa estatura, era a única forma de ficar face-a-face com ela.*

*Maria: oi, tudo bem co'cê? (seu sorriso era amplo, inteiro, o dente de ouro reluzia em sua boca. Parecia realmente feliz)*

*Pesquisadora: sim, tudo bem...(um pouco confusa, tentando combinar os fatos) como é que você está aqui? Passeando? (o tamanho de seu abdome era exatamente o mesmo de quando internara, na semana anterior. Não parecia lógico para mim que ela já tivesse parido)*

*Maria: não tá vendo? (dando gargalhadas, provavelmente porque percebeu minha expressão confusa) NASCEU A MONOPAUSA!!!! (gargalhadas, abrindo os braços para mim, num convite para um abraço). Agora eu vou fechar a fábrica e curtir a minha monopausa.*

*Pega na minha mão e me conduz até o corredor que separa as duas alas de leitos. Enquanto isso, lá na frente, próximo aos leitos 5/6, avisto uma auxiliar que leva o bebê no colo. Logo atrás dela vai o maqueiro. No entanto, ele vai sem a maca. Leva nas mãos a indefectível mala retangular e mais algumas sacolas. Certamente passaram todos por mim e eu não percebi. A trabalhadora diz: -“ué, cadê a puérpera?” - “estou aqui!”, grita ela segurando na minha mão. O maqueiro sai em seguida. A auxiliar coloca a criança no berço e é rapidamente impedida por Maria que exclama: -“não, não, dá ela aqui que eu quero ver como é linda a minha monopausa”.*

*Auxiliar: mas a senhora não vai deitar?*

*Maria: Cruzes! Então, se vou deitar...*

*Auxiliar: mas a senhora precisa deitar, senão vai cair.*

*Maria: mas de jeito nenhum. Vim à pé da sala de parto, então não vou ficar de pé? Sento quando quero, pode deixar. (dirigindo-se em minha direção) Já tô acostumada desde a chegada. Só mandam a gente fazer. Lá na sala dos parto, vê só, queriam ensinar o padre a rezar a missa. Me diziam pra ficar deitada. Imagina! Deitada! Fiquei apoiada nos cotovelo, mas não deitei. Então eu não sei? (a auxiliar sai, sem demora).*

*Pesquisadora: Dona Maria, como foi na sala de parto?*

*Maria: (...) daí quando ela [a filha] botou a cabeça pra fora, eu perguntei logo: é normal? Sim, disseram. Daí eu me diverti um monte. Eu disse: viu só? Sabia mais que todo mundo aqui... que vocês, que o médico que me mandou pra cá...eu sabia, eu sabia que ainda tinha raspa neste tacho! Tá aí a monopausa que todo mundo dizia. Tá aí os defeito dela, só porque pensam que tô velha e só desavergonhada. Eu tô muito orgulhosa de mim, da minha idade e da certeza que ela ia nascer por agora (referindo-se à data provável do parto estabelecida pelo médico, com a qual ela não concordava)...mas agora também não quero mais menstruação nenhuma. Já decidi fechar a fábrica...mas olha que depois de velha ainda consigo fabricar um produto sem defeito nenhum (dava gargalhadas sonoras).*

*Pesquisadora: você amamentou?*

*Maria: pois então! Pega que é uma bezerra. Desde as duas [horas] já mamou 3 ou 4 vez. É uma faminta. Eles que queriam me mandar logo pra cá, mas disseram que não tinha vaga...por isso que só vim agora. Daí eles queriam me trazer de maca, mas eu disse: o que é isto? Então eu não podia caminhar nas próprias pernas? Sabe que foi que nem na chegada (quando internou). Queriam me botar numa cadeira de roda!!! Mas quase tive um negócio. Então queriam dizer que era isso, que não sei o quê, que nem essa [a auxiliar]: olha que vai cair, olha que não pode, olha que prejudica não sei o quê... (fala vagarosamente, acentuando cada palavra, tentando imitar a voz dos profissionais). Não, não, eu caminhei nas próprias perna. Não se preocupem. Disse pros médico e pras enfermeira: eu vou à pé! ...e tô aqui, bem feliz. Já mandei avisar meu marido. Deve vim logo, tá louco pra ver... Passadas algumas horas, outra funcionária entra e vai informando à Maria que “já é hora da higiene” e pergunta:*

*“gostarias de tomar um banho?” Maria concordou, porém acrescentou: “banho eu tomo, mas não [lavo] a cabeça, tá?” A funcionária pergunta: “por quê não?” E Maria responde, convicta: “da última eu lavei, disseram que isso, que aquilo, que aquele outro, e eu quase morri de recaída. Não minha filha, quem tem experiência sou eu...sofri demais. Tomo banho, mas a trança fica!” (Extratos do Diário de Campo).*

Maria mostrou resistência explícita em pelo menos quatro oportunidades: a) quando se negou a internar sentada numa cadeira de rodas; b) quando insistiu na adoção da posição vertical durante o parto, mesmo contra as recomendações profissionais; c) quando se negou a deitar numa maca para o traslado do Centro Obstétrico até o AC, vindo à pé, logo atrás da auxiliar e do maqueiro; e d) por ocasião da orientação para a higiene corporal, quando recusou-se a lavar a cabeça, com medo da “recaída”. Além disso, há outras redes de significados envolvidas em seu comportamento, que se sobressaem desde o momento da internação, mas que vão ficando ainda mais fortes (porque vão fortalecendo-a) com o passar do tempo e diante do sucesso com o parto e o nascimento. Maria pode mostrar ao mundo que ainda tem possibilidades de gerar um filho sem malformações, embora todos tenham apostado o contrário. O ‘troféu’ (concretizado agora na filha saudável) é mostrado a todos como para romper ‘a lógica natural’ aventada pelos profissionais de saúde. Suas expressões confirmam esta interpretação: *“nasceu a monopausa!”*; *“depois de velha ainda consigo (...)sem defeito nenhum”*; *como é linda a minha monopausa”*; *“eu sabia que ainda tinha raspa neste tacho”*, dentre outras.

Esta questão da menopausa, assim como o nascimento, para muitas mulheres é percebida como uma fase própria do ciclo vital e, portanto, antes de qualquer relação com a área médica, apresenta-se como mais uma das fases a serem ‘vivas’. Algo, por conseguinte, mais próximo da experiência que da medicalização, principalmente se ‘tudo corre sem problemas’, como parecia ser o caso de Maria – pelo menos até que a gravidez foi conduzida para a arena profissional (mesmo sem haver qualquer distúrbio indicativo de alterações fetais ou gestacionais, conforme consta de sua narrativa). A partir daquele momento, Maria foi considerada, indiscutivelmente, como uma doente em potencial. Até mesmo porque os significados simbólicos não são apenas médicos, mas antes de tudo, sociais; uma construção que não aceita que o fim da capacidade reprodutiva da mulher ‘coincida’ com uma gravidez, principalmente porque seus significados são antagônicos.

No caso de Maria isto é exacerbado, pois se percebe que a avaliação dos profissionais não apenas era de que ela poderia estar grávida com 45 anos, mas que estava numa ‘idade crítica’ e que em ‘idade crítica’, qualquer processo que se interponha (mesmo que fisiológico) passa a dobrar a intensidade dos ‘riscos’ (*“não sei se estou aqui por causa da gravidez ou da*

*gravidez na monopausa*”). Em vários momentos de sua fala e também analisando todas as circunstâncias de sua internação e de sua estada na instituição, é possível perceber que se para o setor profissional a tendência é a de ‘patologizar’ o evento do nascimento em todas as suas fases, no caso de Maria, apresentou-se um ‘verdadeiro estado patológico’. Acredito que muito de seu ‘desabafo’, ao final de tudo, devia-se à desvalorização que sentia por ter sido considerada pelo setor profissional (do início da gestação até o pós-parto) como incapaz de qualquer potencial procriativo que pudesse resultar bem sucedido. Maria porém mostrou, utilizando uma expressão de Browner e Sargent (1990, p.220, tradução nossa) que sua “reclusão ao controle da biomedicina não é necessariamente uma marca do ‘definhamento’ da mulher”, mas também expressa o poder de seu conhecimento experiencial.

Percebe-se que sua autoridade para fazer frente aos ditames profissionais e burocráticos – que avalia como ineficientes, impróprios, ou mesmo desnecessários (com a complacência ou não dos profissionais), repousa inteiramente no seu conhecimento experiencial. À exemplo de Davis-Floyd (1994a, p.338, tradução nossa) podemos dizer que algumas mulheres “sentem-se pessoalmente empoderadas pelas suas experiências cotidianas”. Foi assim com a teimosia em adotar a mesma posição que já tivera em partos anteriores, fato que lhe conferiu poder para romper com as inaceitáveis rotinas obstétricas (“*queriam ensinar o padre a rezá a missa*”), também foi com a perseverança mantida em relação ao meio de locomoção, seja na internação ou na transferência de setor. Convenhamos, em nosso meio, fato raro a mulher sair da sala de parto à pé.

Comumente, a ação de fazer ou ajudar a mulher a sentar numa cadeira de rodas ou a deitar numa maca é uma das primeiras providências, tanto ao entrar como ao sair do Centro Obstétrico. São dois dispositivos inerentemente ligados a incapacidades e disfunções. Trata-se esta rotina de ter assegurado que a mulher é paciente, que precisa ser conduzida conforme o papel que lhe é atribuído, e que não deve correr ‘riscos desnecessários’, mas ninguém pergunta de que modo ela gostaria de se locomover. Davis-Floyd (1992) diz que esta rotinização do uso de macas e principalmente de cadeiras de rodas em maternidades dá à mulher uma ‘falsa sensação’ que seu corpo está fraco e dependente. Este seria mais um dos sinais indicativos da medicalização do nascimento.

Quanto à questão relacionada à lavagem da cabeça, esta não é somente uma reação que Maria teve, de modo individual, mas trata-se de uma atitude de resistência que é tomada de modo explícito por uma grande quantidade de puérperas no Alojamento Conjunto da Maternidade da Luz. Como diz respeito a uma ação que envolve cuidados de asseio corporal e necessidade de manutenção da integridade cutâneo-mucosa, normalmente é uma tarefa cujo

‘controle’ é exercido diretamente pelas trabalhadoras de enfermagem e isso não ocorre de modo assim tão pacífico como ocorreu em relação à Maria. É bastante comum a vigência de conflitos e acusações mútuas. De um lado as trabalhadoras argumentam que as mulheres que resistem à prática higiênica terão problemas relacionados à patogenicidade e à imagem corporal, enquanto as puérperas utilizam argumentos culturais ligados a medidas de caráter profilático para impedir a “recaída”, a doença mais temida do período pós-parto. Há uma dissonância cognitiva e operacional entre a vivência cotidiana das mulheres e as ações que tentam ser internalizadas no hospital. Quando isto ocorre, ou seja, quando as expectativas culturais da enfermagem e das puérperas colidem, incidem desentendimentos e conflitos.

A aderência das mulheres às práticas culturais da instituição não acontece porque tais práticas são consideradas ‘estranhas’ às suas visões de mundo e aos seus conhecimentos experienciais e, como vemos, na maioria das vezes, a enfermagem tenta sem sucesso, responder a esta não aderência, tentando convencê-las de que aquilo que é ‘ensinado’ na instituição é que é o ‘correto’ (LEININGER, 1991). Muitas vezes percebe-se que a enfermagem fica cega diante de seu papel de mediadora entre os conhecimentos, principalmente quanto à sua função de “introduzir o paciente nos rituais do hospital e fazer com que sejam cumpridos” (D’AVANZO, 1992, p.204, tradução nossa).

A supressão provisória da prática da higienização do couro cabeludo ou dos “cabelos”, como as puérperas gostam de se referir, está também ligada à teoria humoral, podendo ser um comportamento que leve a mulher a “pegar ar”, conforme abordamos anteriormente – mas independente das etiologias prováveis e possíveis de ocorrência, a ‘periculosidade’ embutida nestas representações parece ser o que mais ameaça. Algumas das famílias com as quais conversei sobre a necessidade imperiosa de suspensão desta prática, admitiam que muitas mulheres em época de resguardo já haviam “enlouquecido” por descumprir a regra cultural. Uma condição também encontrada por Ferreira (1998) em estudo sobre os cuidados com o corpo em uma vila de classe popular no sul do Brasil. A autora observou muitos relatos de mulheres que se “tornaram loucas” após o parto, por lavarem a cabeça, e que isso devia-se à crença de que poderia haver inversão do fluxo sanguíneo, levando-o a ‘subir’ à cabeça, causando então “tamanho desequilíbrio que culmina em loucura” (FERREIRA, 1998, p.51).

O depoimento da auxiliar Débora, é indicativo do grau de reação que as puérperas têm a respeito desta prática, bem como o grau de ‘periculosidade’ que está por trás da possibilidade de quebra da regra:

*“ (...) quer ver a hora do banho... é um sufoco! Elas não querem lavar a cabeça. Ficam até de meia. Você acredita que muitas não tomam banho? Tinha uma no [quarto] D que ficou sete dias. Ela não queria tomar banho de jeito nenhum. Até que a [auxiliar] Elvira conseguiu enfiá-la no chuveiro. E não*

*é que começou uma hemorragia? Foi um sufoco! O médico chegou, corre pra lá, corre pra cá... e quem tira da cabeça dela que não foi por causa do banho? Mas foi só ela melhorar um pouquinho que a mãe veio buscar ela. **Foi com alta à pedido.** Nem me lembro se o nenê já tinha acabado o tratamento com o antibiótico...” (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

*Eliane:(...) com o nenê também cuidar pra não sair com ele nestes quarenta dias, não deixar ele pegar...assim, deixar entrar ar dentro do quarto...*

*Pesquisadora: foi por isso que sua mãe fechou as janelas do quarto agora há pouco?*

*Eliane: ah, sim, a gente sempre se preocupa, né? Dizem que não é recomendável. Ele é muito novinho, o organismo tá fraco. Depois passa, é só por enquanto... eu tô aqui preocupada o tempo inteiro com isso. Eu fecho [a janela], a minha companheira de quarto fecha, e elas vêm e abrem, nem perguntam... ontem eu tava...tinha uma janela aberta ali, né? Eu fechei. A moça veio e abriu, daí eu vi que não adiantava insistir. Daí procurei, eu e a minha colega, colocar um cobertor mais grosso. Daí a moça veio de novo e mandou tirar porque eles iam ficar com temperatura. **Nós não tiramos.** Se a janela tem que ficar aberta então eles têm que ficar tampados, não achas?*

*Pesquisadora: como é que você se sente em relação a isso?*

*Eliane: é ruim né? Parece que a gente é ignorante...que não sabe nada. Engraçado, mas quando é pra mostrar o banho, que a gente quer aprender, daí é tudo rapidinho, né? Aí que a gente, pode-se dizer, é ignorante mesmo, elas não ensinam (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

Os depoimentos mostram que as explicações e as práticas ligadas ao puerpério não podem ser plenamente entendidas tendo como parâmetro somente o saber médico-científico. Sobre isto, PAIM (1998) lembra que, ainda que as famílias, em suas explicações, utilizem expressões das quais, possivelmente, tenham tomado conhecimento a partir do contato com a equipe de saúde em Centros de Saúde ou hospitais, este saber é reinterpretado, e em alguns casos até contestado, com base em uma lógica simbólica própria à cultura popular em que as famílias estão inseridas. A maioria destas práticas são práticas de cuidado com o corpo (da mulher ou da criança), mostrando que os indivíduos vivem a realidade biológica enquanto trabalhada pela cultura familiar/popular. As práticas de cuidado com o corpo, argumenta Ferreira (1998, p.55), “são orientadas por uma lógica que resulta da experiência social e, com base nesta, produzem-se interpretações que adquirem significado a partir de processos compartilhados no cotidiano”.

Dentre outros exemplos de resistências procedidas ‘às claras’ pelas puérperas e suas famílias saliento mais um, que se relaciona à dieta a ser cumprida durante o período puerperal e, de modo mais cuidadoso ainda, nos primeiros dias que se seguem ao parto.

*“Não adianta tanta insistência, eu já disse e repeti que não como essas comidas daqui. Não vou estragar tudo. Elas [pessoal de enfermagem] insistem muito, os médicos também, todo mundo!... então eu não sei? Como o que minha mãe trás, mas eles querem que eu coma o daqui, não sei o que. Não quero, já tive filho antes e não fiquei doente porque me cuidei. A dieta eu acho o mais importante. Será que vão me obrigar agora? Eu já venho desde antes de internar com isto. Não como feijão, repolho, cebola... comentei sobre isto no pré-natal e a médica me disse: “besteira menina, coma de tudo!” Eu fiquei muito chateada. Será que ela não entende? Mas eu não como! (bate com um dos punhos fechados sobre a outra mão espalmada). Podem dizer o que disserem, mas eu continuo acreditando. Nem venham com histórias de que pode comer de tudo, não sei o que, eu acho que sei o que é bom pra mim, não é mesmo? Minha mãe teve dez filhos. Nunca comeu. Todos são fortes e saudáveis. **Eu sigo a minha mãe**” (desabafo da puérpera, após ter ouvido da trabalhadora de enfermagem que a mesma não ia se responsabilizar caso a puérpera não comesse aquilo que “veio na bandeja” – Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

Do ponto de vista *emic*, os cuidados com a dieta pós-parto também integram a plêiade de ‘comportamentos devidos’, com o objetivo de garantir a passagem segura pela fase do resguardo. Por conseguinte, isto faz com que o conhecimento biomédico não seja o autoritativo quando saberes distintos sobre a alimentação são confrontados. As puérperas se apoiam numa rede simbólica de representações alimentares que as levam a classificar os alimentos proibidos e os permitidos nesta fase, de acordo com várias características polarizadas que incluem alimentos concebidos como puros/impuros ou quentes/frios, conforme a representação que têm de si e dos filhos recém-nascidos, além do ‘conhecimento eficaz’ que trazem das experiências com partos anteriores ou das experiências autoritativas das “antigas”, pois como disse a puérpera, no relato anterior, *“minha mãe teve dez filhos. Nunca comeu [determinados alimentos durante o resguardo]. Todos são fortes e saudáveis. Eu sigo a minha mãe”*.

A dieta especial baseada em princípios humorais indica, para as famílias, que alguns alimentos com propriedades “quentes”, no sentido simbólico, tanto previnem problemas puerperais quanto são terapêuticos por serem considerados “fortes” a ponto de restaurarem algumas condições adversas (como uma possível hemorragia durante o trabalho de parto ou mesmo a escassez provisória do peristaltismo intestinal). Para as trabalhadoras, no entanto – ainda que a prevenção de alguns distúrbios pós-parto, bem como os potenciais benefícios terapêuticos possam advir da dieta consumida –, a base de racionalização é divergente; repousa em grande medida nos valores nutritivos e na qualidade que os alimentos possuem para dar conta das perdas inerentes ao ato de dar à luz, ou seja, no potencial instrumental de auxiliarem no restabelecimento da fisiologia do organismo da mulher. Para Rodrigues (1979), que interpreta o corpo como uma fonte de símbolos, é importante compreender que a alimentação, assim como as demais ‘necessidades corporais’, é uma convenção social, isto é, uma prática que é pautada na idéia de pertencimento de grupo e de concordância com os seus princípios. Portanto, diz ele, “é bastante provável que exista correspondência entre os tipos de alimentos prescritos para determinadas ocasiões e a natureza dessas ocasiões” (RODRIGUES, 1979, p.65). Além disso, a alimentação, neste mesmo sentido, nunca é somente uma atividade utilitária e instrumental, mas uma atividade expressiva. Assim pois, ao estabelecerem princípios normativos para este período especial da vida, as famílias também estão comunicando a unidade, a integridade e a identidade do sistema de cuidado à saúde do qual fazem parte.

As resistências familiares mostradas até aqui, como se disse, são exemplos de práticas mostradas ‘às claras’ no Alojamento Conjunto, sem a utilização de outras vias que

demonstrem o descontentamento das mesmas frente aos ditames hospitalares e às normas cognitivas e operacionais advindas do conhecimento profissional. Mas há também outras formas de comportamentos demonstrativos deste descontentamento que ocorre às escondidas e, quase sempre, de modo sutil, como que a mostrar que concordam com as orientações e ensinamentos profissionais, quando na verdade não são concebidos deste modo. Alguns extratos do diário de campo são dotados de exemplos reveladores de tal interpretação:

*(...) percebo que há várias puérperas aguardando o horário da alta. Algumas, inclusive, já estão com tudo pronto para ir embora. O residente da obstetricia já passou e estão só “aguardando o médico do nenê” para saírem. No leito dois do quarto A há uma puérpera sentada na cadeira, com o filho no colo. Sua mãe e o marido aguardam por perto. A mãe está sentada na cama e o marido está de pé ao seu lado. Está impaciente e de vez em quando anda pelo corredor do quarto. A filha conversa com a mãe: “ontem de noite eu tava morrendo de frio e daí eu entrouxei ele (o RN), daí vieram tirá a febre dele e disseram que tava com febre. Era pura roupa...não sei né mãe, eu não sei como cuidar”.*

*Mãe da puérpera: aos pouquinhos tu vai aprendendo. A mãe te ajuda. Mas também não dá pra deixar ele desagasalhado né? É muito pequeno!*

*Puérpera: mas elas disseram...*

*Mãe da puérpera: vai ver é que elas se enganaram. Não dá febre só porque tá com roupa. Imagine! Ele não tá com febre agora tá?*

*Puérpera: não...(olhando alternadamente para o filho e para a mãe) e tá agasalhado que nem ontem. Deixei que nem tu disseste.*

*A puérpera chama a atenção da mãe dizendo: - olha como ele tá olhando pra ti mãe...acho que tá conhecendo. A mãe diz: - imagina...ele só vê vultos, não consegue enxergar nada ainda.*

*Puérpera: o que a gente faz, mãe?*

*Mãe da puérpera: sobre a roupa? Deixa assim mesmo. Tá certo. Se elas chegarem tu tira, senão deixa agasalhadinho.*

*Puérpera: e se xingarem?*

*Mãe da puérpera: tira um pouco...depois tu bota de novo. A gente vai embora logo mesmo (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

*(...) a avó da criança, com quem eu já tivera outros momentos de conversa, percebe minha presença e pergunta se eu não acho que o bebê está um pouco amarelo. Enquanto concordava com ela, a auxiliar aparece e a avó faz a ela a mesma pergunta. Após avaliar o bebê sob a claridade natural proveniente da janela, responde: - “tá bem amarelo mesmo. Acho que tem que ir pra foto! É melhor esperar que o pediatra vai passar aqui daqui há pouco e vai examinar o corpo todo. Agora não posso, estou com uma emergência...”, e se afasta, apressada. A avó então desce da cama onde estivera displicentemente sentada até então, procura a bolsa do bebê e tira de lá um conjunto amarelo. Diz pra filha: - “vamos trocar imediatamente”. A filha, meio em tom interrogativo e meio afirmativo, refere: “é amarelão, mãe?” e ela responde, segura: - “claro que é. Eu já tava desconfiada mas não queria te dizer”. Enquanto conversam, a avó troca a roupa da criança sobre a cama. Neste interim chega o pediatra. O RN está só com a camiseta. O médico diz que vai aproveitar que ele está sem roupa para examinar. A avó se afasta e o médico examina. Quando termina, a mãe do bebê pergunta: - “dá para irmos embora doutor?” Sim, responde ele, “está tudo em ordem. Ele pode ter alta”. Assim que o médico se afasta a filha diz: “mããeee, a senhora não perguntou do amarelão!!” a avó diz que não perguntou (fala em tom sussurrado) “porque se ele não falou nada era porque não era tão sério. Vamos pra casa que a gente vai cuidar. Se deixar aqui eles vão querer colocar naquelas luzes”. A filha diz: “tem que chamar a dona Vilma pra benzê, né?” A auxiliar chega e a mãe avisa que o médico deu alta. A auxiliar diz: “mas não é possível...com esta ictericia toda? Então a senhora não esquece de colocar o nenê no sol, tá?” Avó: “tá, tá, pode deixar que isso eu conheço. Os meus também tiveram e eu curei em casa”. A auxiliar saindo, ainda comenta: “mas não esqueça de colocar no sol, senão este menino volta aqui em dois dias!” A avó responde: “não vai não. Lá em Alegrete eu cansei de atender criança com amarelão. Disso eu entendo” (Extratos do Diário de Campo).*

No primeiro caso, está bem claro a forma ‘discreta’ com que mãe e filha ‘combinam’ qual seria o comportamento frente aos encaminhamentos profissionais, mostrando o modo

‘descompromissado’ com que encaram os conhecimentos do setor profissional e, por outro lado, o modo ‘compromissado’ com os conhecimentos do cotidiano do cuidado no setor familiar.

Quase nunca comportamentos similares a estes são ‘descobertos’ pela equipe, porém, se acontecer de perceberem resistências neste nível e com esta intensidade, normalmente as condutas mais genericamente tomadas, circulam em torno de uma certa displicência profissional: ou se decide por agir do mesmo modo que as famílias (‘escondendo’ que sabem que elas não vão fazer conforme o recomendado ou o prescrito) ou então utilizando-se de ‘expedientes’ não menos dissonantes como o de comentarem entre si que “*tal e tal puérpera (ou outros membros da família) são ‘rebeldes’, ‘resistentes’ ou ‘dissimuladas’*”, conforme abordamos na discussão do tema anterior. Dificilmente os profissionais ‘abrem’ a discussão com as famílias, seja de modo a entrar explicitamente em choque com elas, à exemplo das resistências que são promulgadas ‘às claras’, seja de modo a interagir com elas a fim de negociarem para crescerem juntos.

No segundo caso (“amarelão”), observa-se que, embora tenha solicitado a avaliação da auxiliar, a avó não considerou seu encaminhamento para o tratamento em nível hospitalar, limitando-se, logo após sua ausência, a colocar roupa amarela no bebê. Com o médico, foi mais taxativa, pois nem sequer pronunciou qualquer palavra que pudesse levá-lo a ‘desconfiar’ que o bebê tivesse algum indício do problema. É possível inferir uma interpretação observando que, para a avó, qualquer pergunta que fizesse poderia resultar na confirmação terapêutica anteriormente ventilada pela auxiliar, e assim, o bebê teria que ser tratado de acordo com a terapêutica clínica. Para evitar que isto acontecesse, preferiu permanecer muda, mesmo tendo dúvidas quanto ao diagnóstico.

Este tipo de atitude não é rara no Alojamento, principalmente se ela decorre do modo como as famílias percebem que algumas avaliações profissionais são feitas e alguns diagnósticos são proferidos. Várias vezes percebi que as famílias ‘sentiam’ (às vezes comprovavam de imediato e outras vezes simplesmente ‘desconfiavam’) que os profissionais não tinham nem a mesma racionalidade para analisar as condições da puérpera e do RN, nem a mesma base avaliativa em termos da relação sintoma-diagnóstico e tampouco encaminhamentos similares quanto às terapias a serem indicadas. É provável que um médico diga que um conjunto de sinais e sintomas são característicos de determinada condição patológica, enquanto outro avalie o mesmo conjunto, dizendo que se trata de outra condição (diferente do diagnóstico feito pelo primeiro). Assim, por exemplo, tomando-se a situação de uma criança com coloração cutânea icterica em determinadas regiões e segmentos corporais, é

provável que um residente avalie como icterícia em “grau III”, após laudo emitido pelo laboratório do hospital, a partir de amostra sanguínea do RN; enquanto outro, sob as mesmas características cutâneas, avalie que o bebê tenha icterícia em “grau II”, embora sem solicitar exames bioquímicos, ou seja, somente a partir dos recursos semiológicos. Estas divergentes avaliações (que contemplam algum grau de ‘subjetividade’ – inesperado para as famílias) acabam levando a diferentes encaminhamentos terapêuticos. Enquanto o primeiro pode indicar que o RN tenha alta, ‘orientando’ que seja colocado em banho de sol diário, o segundo pode prescrever tratamento com fototerapia por 24 horas. Minha avaliação é que esta interpretação pode estar na base de algumas decisões familiares em não dar seguimento às orientações recebidas ou não concordar (mesmo que ‘às escondidas’) com o diagnóstico proferido e com o tratamento médico ou de enfermagem indicado. No presente caso, parece existir uma compreensão assim por parte da avó, uma vez que está claro que trabalhadora de enfermagem e médico fizeram análises e encaminhamentos diferentes para o ‘problema’ apresentado pela criança. Diante da indecisão e da falta de coerência interna, a avó resolveu continuar o caminho anteriormente delineado pelo ‘seu’ conhecimento experiencial.

Na visão da família, o fato de existirem ‘sinais biomédicos’ ambíguos e contraditórios, bem como análises incertas, diferentes (internamente) e inseguras, é um mote para argumentarem ainda mais em favor de seus próprios saberes e para tomarem as decisões mais ‘acertadas’ em relação às condutas terapêuticas com as puérperas e os recém-nascidos. Uma única análise similar a esta encontrei no estudo de Janssen (2001) com mulheres que passaram pela experiência do câncer ginecológico. Durante as narrativas obtidas, a autora percebeu que, tal qual em outros sistemas médicos, também no setor biomédico podem inexistir consensos e que as ambigüidades são inerentes ao processo saúde/doença. No seu caso, a compreensão das mulheres de que havia ‘incertezas’ quanto ao processo terapêutico profissional (mais especificamente em relação à profilaxia do câncer) levava-as a ‘negociarem alternativas’ de diagnóstico e tratamento para a doença – fato este que contribuía para a busca de etiologias que extrapolasse os limites fisiológicos, bem como para o enfrentamento da doença.

Além das situações apresentadas anteriormente, há também outras que levam as famílias a resistirem ao conhecimento biomédico, sem que para isso deixem escapar qualquer sinal de ‘contravenção’ durante o período da internação. Exemplos desta natureza podem ser demonstrados nas ocasiões em que as puérperas disseram publicamente no cenário clínico que iriam amamentar, mas contaram-me posteriormente que não iriam amamentar de modo algum. Ou então aquelas que, ao sentirem que não havia maneiras de burlar a participação delas “como mães” na sessão de “cuidado educativo”, não viram outra saída, senão concordar

com o ‘convite’, porém alegando mais tarde (‘em segredo’), que quem faria os cuidados em casa era a sogra, a mãe ou qualquer outra “antiga” que tivesse confiança. Também aquelas que, não concordando com a técnica do banho do recém-nascido na maternidade, alegaram que tinham participado “*porque senão eles [os profissionais] não iam deixar em paz, mas eu vou fazer diferente (...), vou fazer a técnica da minha sogra*”. E ainda as famílias que, estando o bebê em fototerapia, somente colocavam a criança sob o aparelho quando alguém da equipe se aproximava, enquanto nos demais momentos (principalmente à noite), permaneciam com a criança nos braços e embrulhadas em cobertores ou grossas mantas, mesmo após terem recebido todas as informações julgadas pertinentes pelos médicos e pelas trabalhadoras de enfermagem.

Para completar as formas de resistir aos conhecimentos profissionais, apontei anteriormente algumas que considereei como resistências que ocorrem **de forma ‘bizarra’**, e que poderiam passar quase ‘despercebidas’ durante a internação, não fosse pelo grau de ‘clareza’ com que são expressas num cenário rotineiramente concebido como o cenário das intervenções e práticas médicas. Denomino assim aquelas práticas que são desenvolvidas pelas famílias nem de modo velado e nem sob o manto de alguns subterfúgios, mas absolutamente visíveis para quem quer que seja dentro da instituição. Dentre elas destaco a prática de colocar uma felpa de cobertor, envolta em saliva, na testa dos recém-nascidos com a finalidade de “*curar o soluço*” (algumas vezes os residentes e também algumas trabalhadoras, ao prestarem cuidados a alguma criança nesta situação, simplesmente retiravam o ‘dispositivo’ sem ao menos pedir licença à família para fazê-lo. Uma vez presenciei uma residente que, ao ver-se diante do pequeno montículo de lã na testa do bebê, deu um ‘piparote’ com uma das mãos – a fim de jogá-lo longe –, enquanto com a outra fazia a ausculta torácica. A criança caiu em prantos e a mãe, aflita, literalmente ‘arrancou’ a criança dos braços da profissional, dizendo “*escuta aqui, a filha é minha ou sua?*”, sem deixar que continuasse o exame); a utilização de roupas amarelas nos bebês – uma prática cujo caráter profilático é visto ‘a olho nu’ em qualquer quarto do Alojamento; a utilização da pomada à base de óxido de zinco para prevenir assaduras, independente de haver ou não preocupação em manter o perineo dos bebês livre de umidade e sujidade (uma orientação expressa de todos os profissionais que normalmente não é seguida, basta olhar a quantidade de substância impregnada na frágil e fina pele do bebê); e o uso quase indiscriminado da “funchicória” (produto comercializado em farmácias à base de ervas e açúcar), com o propósito de aliviar as cólicas dos recém-nascidos.

Igualmente freqüente é o modo com que as pessoas da família – e principalmente as puérperas – tocam (ou melhor, não tocam) no bebê. Independente do modo ininterrupto como vêem os profissionais tocarem (e muitas vezes solicitar para que a família também o faça), os bebês não são tocados diretamente na cabeça (“*por causa da “moleira”*”), nem no coto umbilical (“*para não pegar ar*”) e nem mesmo são sustentados por baixo dos braços (ainda que sem roupa e necessitando ser transferidos diariamente para as balanças a fim de terem seus pesos aferidos. Seja qual for o motivo que pelo qual tenham que ser movimentados, são sempre cuidadosamente segurados com ambas as mãos, sendo que uma se sustenta sob o tórax, enquanto a outra, sob as nádegas. Somente depois de haver certeza que o bebê não “quebrará” e que não haverá riscos de ter “arca-caída” é que o mesmo é levantado e então, transportado).

#### **9.4 O CÍRCULO DE COMADRES – ESPAÇO DE REAFIRMAÇÃO COLETIVA DO CONHECIMENTO FAMILIAR**

Além das formas de resistência provenientes do interior de cada uma das famílias e por vezes da demonstração individual de tais resistências, conforme vimos no item anterior, há também um lugar para o florescimento de diálogos inter-familiares, que deixam transparecer um *locus* coletivo de resistência ao conhecimento médico institucionalizado e ao mesmo tempo, uma rede de intercâmbio que reafirma os saberes e as práticas do setor familiar de cuidado à saúde, dentro do cenário clínico.

Tal *locus*, denominado por mim como ‘círculo de comadres’, conforme já me referi brevemente no início da presente análise, não tem um contorno muito definido, nem hora certa para acontecer, nem componentes prévios a tomarem parte e nem qualquer ‘pauta’ que sistematize as discussões que ali tomam lugar. Também não há coordenadores e nem se pede licença para chegar ou partir; quem passa por ali pode permanecer por mais tempo, ou apenas o tempo necessário para fumar um cigarro (seu ou da companheira de quarto, ou ainda da acompanhante da companheira de quarto) ou ainda, para “dar uma arejada”. O círculo de comadres é extremamente fluido e democrático e participa dele quem tem qualquer coisa a dizer sobre as vivências com o processo da maternidade e do nascimento ou tão somente quem queira ouvir falar sobre experiências com o parto, com a perda do bebê, ou ouvir comparações com outras internações e outras maternidades. Mas o círculo de comadres também tem um outro papel – este muito bem comentado e valorizado entre as puérperas – que está relacionado com os enfrentamentos a serem feitos diante de qualquer opressão sentida pelo poder institucional. O ‘círculo’ funciona como uma espécie de cenário seguro

para que sejam contrapostas as desavenças e analisadas as conseqüências das tomadas de decisões diante da realidade clínica do Alojamento Conjunto.

Somente para lembrar e adicionar algumas complementações, o círculo de comadres ‘acontece’ numa área externa aos quartos, num minúsculo espaço ao ar livre, que foi anarquicamente ‘eleito’ por alguém (certamente por nenhum funcionário “da casa”) como um pequeno oásis de contravenção às normas hospitalares, principalmente no que diz respeito ao hábito de fumar, por razões já esclarecidas. Mas pouquíssimas trabalhadoras aparecem por ali. Lembro-me de ter encontrado alguém da equipe uma vez apenas, sem que tivesse se envolvido em conversa com algum integrante do círculo. Aliás, ‘alguma’ integrante, pois são sempre mulheres que circulam por ali. Embora sejam puérperas, em sua maioria, também é bastante comum a participação de outras mulheres da família como as mães, as tias, as avós, as “comadres” (estas, genuínas), dentre outras. Os acompanhantes homens não circulam ali. Fumam e se encontram (não com a mesma freqüência e nem com os mesmos objetivos) do lado externo da instituição, ou seja, após atravessarem a porta principal da Maternidade da Luz. Algumas mulheres em particular, parecem necessitar deste contato social e deste sentido ‘de pertencimento’ que o ‘círculo’ propicia.

É importante recordar que não há locais para sentar. Os contatos entre as mulheres ocorrem sempre em pé e este é mais um dos motivos para que cada sessão do “círculo” aconteça de forma rápida, e sendo a área reduzida, o número de mulheres em cada encontro também é pequeno. Caso alguém se demore um pouco mais no local, pode ter a oportunidade de interagir com várias outras mulheres devido ao freqüente rodízio. Uma vez que as exigências cuidativas dentro da Unidade são muitas e constantes, nem sempre há agenda, mesmo que seja para uma rápida saída. Desta forma, em alguns períodos, o local ao ar livre fica vazio. Não por acaso, a circulação diminui e quase cessa, durante o período matutino, quando as intervenções profissionais acontecem de modo mais intenso. Lembro também que este ‘círculo’ não é o mesmo e nem tem as mesmas características daqueles encontros que acontecem entre os leitos (quando as mulheres, esporadicamente, sentam-se nas cadeiras de plástico para conversar), assim que “*pegam amizade*”. Embora guardem uma série de semelhanças, a diferença está em que enquanto estes contam com o apoio da equipe e, especialmente, das trabalhadoras que estão nas cercanias durante as 24 horas, o ‘círculo’ não é assim tão bem visto.

Além de ser um espaço para a troca de conhecimentos experienciais e discussões que versam sobre modelos explanatórios e processos terapêuticos, no ‘círculo’ também se ensaiam estratégias de enfrentamento para abordar as intervenções consideradas ‘indevidas’ ou

‘inapropriadas’ provenientes do setor profissional e das exigências do “cuidado educativo”. Vejamos um trecho da conversa mantida entre três mulheres, durante um breve encontro no círculo de comadres:

*(...) a puérpera Ana, sua mãe, e a companheira de quarto de Ana - a puérpera Dina – conversam reservadamente na pequena área externa ao setor. As duas puérperas parecem estar “grudadas”, tentando apanhar um pouco da luz solar que entra por uma estreita fresta. Os bebês de ambas nasceram prematuros e estão na UTIN. Elas aguardam ali o primeiro horário de visita aos filhos. Eu chego procurando pela mãe de Bela, a fim de lhe entregar um pequeno crucifixo que deixara cair no corredor interno no dia anterior. Acompanho um pouco a conversa que está se desenrolando.*

*Mãe de Ana (dialogando mais especificamente com Dina): (...) no resguardo não pode comer arraia porque pode ser que ela esteja menstruada. Eu comi e não sabia. Foi exclusive no resguardo dela (apontando pra filha). Olha, mas foi comer e dar. Fiquei travada na horinha...não conseguia mais falar.*

*Puérpera Dina: minha mãe também não deixa. É bom se guardar, né? Banana também não...*

*Mãe de Ana: é, banana é perigoso.*

*Puérpera Dina: mas a minha prima comeu e não deu nada.*

*Puérpera Ana: ela tava costumava a comer quando tava menstruada?*

*Puérpera Dina: banana? Acho que sim, não sei direito...*

*Mãe de Ana: a banana é que nem lavar a cabeça logo em seguida [do parto]. Se começa a tomar banho inteiro já, não tem problema. O problema que pode dar recaída é não lavar logo e resolver lavar dali a alguns dias. Dá recaída. É certo.*

*Puérpera Ana: é que nem quando está menstruada....*

*Pesquisadora: não pode lavar a cabeça e nem comer bananas?*

*Mãe de Ana: poder, pode, mas tem que ser logo que se fica [menstruada] pela primeira vez.*

*Puérpera Ana: se acostuma a comer logo que se é mocinha, depois pode comer à vontade. O corpo precisa se acostumar.*

*Puérpera Dina: ah, então foi por isto que não deu nela... e tu (voltando-se para Ana), vais começar lavando a cabeça?*

*Puérpera Ana: não, não. Prefiro esperar. Já viu né?*

*Puérpera Dina: a enfermeira insistiu comigo ontem.*

*Mãe de Ana: e tu?*

*Puérpera Dina: eu tava um pouco na dúvida, mas disse pra ela que ia ver se amanhã eu lavava...que era hoje, né?*

*Puérpera Ana: não deixa...não deixa. Elas vão insistir porque não acreditam nisto, né? Tem outra crença, diferente... mas não deixa. O meu eu não lavo né mãe? Faz assim, quando elas vierem insistindo tu te faz de desentendida ou, sabe o que? Liga o chuveiro e faz de conta, entende?*

*Puérpera Dina: mas e se ela ficar na frente do chuveiro?*

*Puérpera Ana: daí tu fecha, ora. Afinal, quem manda em ti és tu mesma. Ou será que mandam em tudo e vais ficar de bico calado...*

*Mãe de Ana: é, não deixa. Se precisar a gente te encobre, é só dar um sinal. Mas que tu não vai ter o que eu tive, ah, não vai (Extratos do Diário de Campo).*

O diálogo é revelador de que além da existência de uma rede de socialidade e de solidariedade entre as puérperas e as famílias, o “círculo” é usado como um recurso de resistência coletiva, tanto para fazer contraposição ao poder da instituição, quanto para trocarem experiências, reelaborá-las e, como se viu, inclusive reafirmá-las enquanto um conhecimento ‘que conta’. As mulheres utilizam este espaço para interagirem – normalmente brincando, rindo, e algumas vezes até se divertindo – de modo absolutamente informal. Esta interação informal, no entanto, e talvez por isso mesmo, aumenta a força e a coesão em torno de objetivos comuns decorrentes de seus conhecimentos e práticas com o nascimento. O círculo de comadres, deste modo, funciona como uma pequena mas potente “comunidade da

prática”, um termo utilizado por Jordan (1993) para se referir à força que determinadas redes possuem para afirmarem-se como conhecimentos autoritativos. Para ela, “a constituição do conhecimento autoritativo é um processo social em andamento que constrói e reflete relações de poder dentro de uma **comunidade da prática**” (JORDAN, 1993, p.152, tradução e grifo nossos).

Se, como Jordan (1997) sugere, além de valorizarem alguns saberes enquanto conhecimentos ‘que contam’, as pessoas, igualmente, ainda aprendem com eles, sempre que os colocam em prática ou ainda quando desenvolvem narrativas sobre os mesmos, então pode-se dizer que as mulheres aprendem com e no círculo de comadres. Tomando-se ainda como argumento a concepção de Ketler (2000, p.149, tradução nossa), de que a aprendizagem é uma “atividade situada, na qual os aprendizes participam em comunidades de prática”, penso que seja possível inferir que atividades informais como é o caso dos ‘círculos’, constituem-se inevitavelmente em oportunidades ímpares para que as mulheres aprendam, através de suas ‘participações situadas’ (vale dizer, respaldadas por uma “comunidade da prática”), dentre outras coisas, a reafirmarem seus conhecimentos experienciais e familiares, como o próprio extrato registrado anteriormente parece indicar.

O intercâmbio de conceitos, acordos e desacordos promovido entre as mulheres, durante suas passagens pelo ‘círculo’, também engloba a idéia de *communitas* proposta por Turner (1974), ou seja, uma ênfase coletiva compartilhada por pessoas que atravessam a mesma experiência ou o mesmo conjunto de rituais. Como em todo *communitas*, as pessoas que dele participam freqüentemente renovam a força e o poder que possuem frente aos desafios externos ou internos. Davis-floyd (1992) e Sargent e Stark (1989) confirmam a importância de tais interações, enfatizando que são estratégias de manutenção e revigoração do ‘repertório do grupo’ e fóruns comunicacionais que ajudam a fortalecer as experiências e os saberes acumulados em torno do nascimento, além de traduzirem-se em espaços apropriados de empoderamento para fazer frente às pressões verticalizadas do *status* da biomedicina.

Ketler (2000), ao realizar um estudo objetivando reconhecer o quanto o conhecimento das mulheres tinha ‘autoridade’ frente aos conhecimentos biomédicos ensinados em cursos de preparação para o parto, na Itália, chegou a algumas conclusões similares aos que estou apontando. Dentre outras análises efetuadas, observou que o modo como os cursos estavam estruturados e organizados colaborava para que os conhecimentos das mulheres se tornassem proeminentes ou não. Nos casos em que se constatou uma interação mais espontânea das gestantes, em que a organização era flexível, em que elas é que

comandavam os encontros, elegiam os temas e, principalmente, tinham total independência para trocarem experiências e desenvolverem relatos associados ao período que estavam vivenciando (inclusive com a participação espontânea de mulheres mais velhas que tinham experiência anterior com nascimentos), ainda que os conhecimentos médicos associados fossem sendo introduzidos como ‘mais’ uma das formas de discutir o assunto, percebeu-se que os cursos em alguma medida serviam para restituir o conhecimento familiar e experiencial que foram perdidos ou silenciados, diante do recente processo de “individualização e institucionalização da maternidade” (KETLER, 2000, p.150, tradução nossa).

Boehs (2001), em sua recente tese de doutorado envolvendo o sistema familiar e o sistema profissional de cuidados em um hospital infantil, observou que algo semelhante também ocorre com relação aos familiares das crianças internadas. No que diz respeito ao entrosamento das famílias, constatou que “uma ajuda a outra”, seja atendendo às necessidades dos próprios familiares ou das crianças internadas, levando a autora a denominar esta rede de solidariedade como a “família de dentro”. A força que esta rede possui é sutil e não totalmente declarada. Com relação à equipe de enfermagem, às vezes esta rede é bem aceita e noutras, rejeitada, por torna-se “um ‘complô’ que pode estimular e dar força para quem está chegando, para quem ainda não tem muita experiência” (BOEHS, 2001, p.157). A “família de dentro” é vista como exercendo uma pressão velada pelos direitos dos familiares, tornando o período de internação menos duro de ser vivenciado. Ainda que não apresente objetivos relacionados a quais conhecimentos são considerados válidos pelas famílias, como aquele de Ketler, o estudo de Boehs tem uma aproximação com os dados de meu estudo, na medida que considera a rede de familiares existente dentro do cenário clínico, como uma força viva para resistir ao conhecimento médico institucionalizado.

No estudo etnográfico realizado por Gualda (1993) com um grupo de mulheres residentes em uma comunidade de baixa renda da cidade de São Paulo, que vivenciaram parto domiciliar ou hospitalar ou ambos, a autora também encontrou algumas formas de resistência ao conhecimento biomédico com o nascimento, que corrobora com as detectadas aqui. Para as mulheres estudadas, o ponto fundamental do processo do nascimento diz respeito à ‘natureza’, que é compreendida por elas como as características individuais que cada mulher possui, juntamente com aquelas que são consideradas ‘inerentes’ ao processo de parto. Acreditam que só através da vivência é possível conhecer a si própria e o seu processo de parto, que se concretiza através da sua sucessão, conferindo à mulher autonomia de decisões e ações em benefício próprio durante o período. A partir destas concepções, e alavancadas pelas

experiências negativas anteriores (delas ou de outras mulheres significativas) vivenciadas nos hospitais, quanto ao apoio recebido durante o parto, muitas mulheres optaram pelo parto domiciliar, sem nenhuma ajuda ou com ajuda de leigos, apesar de reconhecerem que o hospital dispõe de mais recursos e permite maior segurança (GUALDA, 1998b).

Nos ‘círculos’ também ouvi narrativas de resistência aos ensinamentos feitos pelas trabalhadoras durante as sessões de “cuidado educativo”, à semelhança daquelas já apontadas na discussão das resistências feitas em nível individual. Assim, era comum ouvirem-se queixas referentes à falta de consenso sobre determinadas práticas ou comportamentos orientados. As mulheres que participavam daquele ‘círculo’ onde determinadas críticas eram feitas, normalmente concordavam com as mesmas, havendo raras manifestações de apoio a esta ou àquela trabalhadora.

*“Eu não sei muito bem se elas sabem o que querem, mas cada uma diz uma coisa. Uma diz que é pra dar de mamar de três em três horas, a outra, quando o nenê quiser. E ele [o nenê] lá, tem querer? Vai dando, vai dando pra ver se eles largam. Não largam mesmo e a gente não descansa. A outra diz pra dar de mamar deitada, a outra [diz] que não, que tem que ser sentada pra não entortar o seio... é só pra deixar a gente confusa” (Extratos do Diário de Campo).*

*“Aquela [auxiliar de enfermagem] loirinha é um amor, mas já peguei ela dizendo uma porção de coisa diferente pra cada uma. Pra minha nora, disse pra dar primeiro o seio que o nenê mamou da última vez. Pra a [puérpera] vizinha, disse pra ela oferecer primeiro sempre o mesmo seio. É difícil se nem ela mesmo se entende” (Extratos do Diário de Campo).*

*“(...)tava lá [a técnica], falando que não podia comer assim muita coisa com pimenta, muita coisa com cítrico, com gordura... mas elas não falam a mesma coisa mesmo porque a Bela [filha] disse que na hora da palestra a médica falou que podia comer quase tudo. A gente fica confusa. Eu não sei direito quem que eu sigo”. - “Segue tu” ( acrescenta logo a mãe da outra puérpera) (Extratos do Diário de Campo).*

Em suma, o círculo de comadres coloca em foco os microcontextos da vida diária no Alojamento Conjunto, ajudando a “subscrever processos de contestação e negociação de ações” (DELVECCHIO GOOD et al., 1994, p.172, tradução nossa) no cenário clínico, ajudando a construir e reconstruir o mundo fluído da experiência e da cultura pois como coloca Silveira (2000, p.38), “fundalmente, ao compartilhar uma experiência, efetua-se uma síntese entre um processo vivido como particular e a dimensão coletiva dos significados”.

Quaisquer das formas de resistência empregadas pelas mulheres, de modo isolado ou em grupo, de modo sutil ou às claras, são modos adequados de agir na Unidade, principalmente por constituírem-se em instrumentos de auto-referência em termos de poderes e conhecimentos ‘que contam’ durante a vigência e a vivência do período puerperal institucionalizado. Ao se concentrarem em torno dessas estratégias, adotam uma postura de não passividade frente aos ditames do hospital e dos saberes que regem as regras a que, em grande número de caso, (não) precisam se submeter. Assim procedendo, resistem à

medicalização dos cuidados. Outrossim, também constituem-se em importantes marcos experienciais que, associados a outros já vividos e àqueles por viver, ajudam as famílias a renovarem suas experiências com o nascimento e a importância que têm (ou julgam ter) dentro dele.

## **CAPÍTULO 10 – CONHECIMENTOS QUE SE CONSTRÓEM EM NARRATIVAS TERAPÊUTICAS: POSSIBILIDADES DE VITALIZAÇÃO DO PÓS-PARTO**

---

Embora possa parecer à primeira vista que, para as puérperas, o conhecimento que ‘faz sentido’ seja somente ou exclusivamente aquele proveniente dos modelos explanatórios da família e sua rede social, e que para a enfermagem, o que conta seja o estritamente profissional, os informantes mostraram que há outras ‘lógicas’ associadas; lógicas essas, que revelam matizes menos separatistas de conhecimentos autoritativos e de modelos explanatórios. Os atores sociais do Alojamento revelam que há outras combinações possíveis.

A possibilidade da existência de conhecimentos e práticas mutuamente influenciadores depende, em grande parte, da maneira como as trabalhadoras ‘julgam’ o conhecimento cotidiano e experiencial das famílias que nascem. Qual ‘o peso’ que tais conhecimentos tem para elas? Quando e de que forma são considerados válidos e autorizados a contribuírem na vivência pós-parto do recém-nascido e da mulher que acabou de dar à luz na instituição? De igual importância é o modo como as trabalhadoras atuam frente aos saberes da família e o quanto relevam os conhecimentos experienciais que as mesmas trazem consigo ao dar entrada no cenário clínico. Poderíamos também perguntar até que ponto as trabalhadoras estão ‘impregnadas’ com os conhecimentos biomédicos a ponto de desconsiderar plenamente os saberes e práticas familiares. Estariam estas mulheres trabalhadoras isentas da incorporação de outros saberes que não aqueles gerados em seus processos formais de aprendizagem ou na prática do “fazer-fazendo” institucionalizado e rotinizado? Quais os conhecimentos que aproximam as famílias que nascem, das trabalhadoras que cuidam? Que ‘experiências-

próximas' (GEERTZ, 1999) poderiam ser buscadas pelas mulheres trabalhadoras e pelas mulheres das famílias que nascem, para a construção de um amálgama que pudesse acenar outras possibilidades menos lineares como a de que “as trabalhadoras agem de acordo com a biomedicina e as famílias de acordo com a cultura ‘popular’?”

Os encontros observados entre trabalhadoras e famílias propiciaram a compreensão de que há possibilidades de interfaces dos saberes que, negociados por meio de outras modalidades de “cuidado educativo”, provocam também outras sínteses, mais participativas e poderosas. Outras sínteses que levam a um tipo de abordagem nem intransigentemente voltada para a verticalização do conhecimento biomédico e nem tão somente voltada para o conhecimento familiar cotidiano e experiencial, já que ambos podem empoderar e enfraquecer, acrescentar e desmerecer, limitar e oferecer possibilidades. Esta interface não exclui os saberes já plenamente constituídos, mas advoga saberes plurais que se interpenetram, e ao se interpenetrarem, podem diminuir a forte medicalização pós-parto, suavizando seus efeitos nocivos, e ao mesmo tempo (pois ambos se interferem), possibilitando que as famílias exercitem o poder que possuem e que reconhecem como indispensável nesta etapa inerente, necessária e esperada de seu processo de viver.

O tema **“Conhecimentos que se constroem em narrativas terapêuticas: possibilidades de vitalização do pós-parto”** é composto por três padrões recorrentes que emergiram dos descritores analisados: 1) “O saber que se constrói na prática: entre experiências pessoais e experiências cotidianas no trabalho”, onde se discutem saberes decorrentes da aproximação diária entre trabalhadoras e famílias, mas principalmente um outro tipo de conhecimento denominado como “conhecimento de mãe” e que tanto é utilizado por algumas trabalhadoras como um guia para a assistência, já que ajuda a dar conta do trabalho diário, quanto é valorizado por muitas famílias que reconhecem uma certa ‘sabedoria feminina’ julgada importante para cuidar das puérperas e dos recém-nascidos; 2) “No Alojamento a gente respeita os conhecimentos que a família traz e discute com ela sobre os daqui – o cuidado educativo que ‘empodera’”, em que se apresentam outras possibilidades de negociação de conhecimentos, onde os saberes adotados e colocados em prática pelas famílias são julgados importantes, na dependência da importância considerada pelas próprias famílias com as quais as trabalhadoras interagem na Unidade; e 3) “Vivenciando dramas e construindo narrativas: encontros terapêuticos entre enfermagem, puérperas e famílias”, em que se apresentam e discutem narrativas terapêuticas que tomam a conformação de ‘experiências próximas’ tanto para profissionais quanto para famílias e geram novos conhecimentos e novas práticas para a assistência ao pós-parto no Alojamento Conjunto.

## 10.1 O SABER QUE SE CONSTRÓI NA PRÁTICA: EXPERIÊNCIAS PESSOAIS E EXPERIÊNCIAS COTIDIANAS NO TRABALHO

Além das experiências profissionais, algumas trabalhadoras reconhecem suas experiências pessoais no papel de mães, como conhecimentos que podem sustentar e ajudar no processo de “cuidar de dois”. Anteriormente, quando discutia o tema “Entre o leito e o berço”, analisando o contexto histórico do aparecimento e instalação do Alojamento Conjunto, havia abordado rapidamente que algumas trabalhadoras referiam que, diante do novo cenário de trabalho, utilizaram os seus conhecimentos pessoais como mães como recursos para assistir aos binômios. Eva, por exemplo, admitia que “a gente se safava naquilo que o papel de mãe já tinha dado”. Embora este alicerce, naquela época, fosse buscado em função das circunstâncias face ao despreparo profissional para lidar profissionalmente com tal clientela, percebi que atualmente ainda há trabalhadoras que o consideram até mesmo ‘indispensável’ para assistirem as puerperas e os recém nascidos.

*Pesquisadora (em meio a uma entrevista): você amamentou?*

*Mirtes: sim. Amamentei durante 1 ano e meio.*

*Pesquisadora: como você avalia esta experiência em relação a tua atuação aqui no alojamento?*

*Mirtes: importante. Muito, muito mesmo. A experiência pessoal me ajuda muito. Sabe aquela coisa de aprender com a experiência? Passo muito pra elas a minha experiência. Não que eu diga eu fiz assim, fiz assado. Mas me ajuda a entender como a mulher se sente e também a dar o tempo que cada mulher precisa [...]. Aprendi muito com a amamentação do meu filho. O que eu tenho eu sei que posso passar, mas a decisão de amamentar ou não, não é minha, mas da mulher, do casal (Extratos de entrevista. Grifos adicionados).*

*Tânia: a minha experiência de mãe, assim, como pessoa, né, não de profissional eu digo, me ajuda muito. Nossa, eu digo mesmo que é indispensável pra cuidar delas e dos bebês. Olha, tu viste aquela do FM [feto morto]? Meu Deus, como é importante ter esta atenção da gente. Não sei se é porque eu também tive, mas isso auxilia...às vezes a gente nem tem condições de usar palavras bonitas ou então usar alguma teoria da psicologia, porque a gente não sabe nada, né? Então eu deixo falar o coração. Ele é o grande guia e eu dificilmente erro(Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

Este **“conhecimento de mãe”**, utilizado como um guia para o trabalho, ao lado de outros saberes profissionais, tem valor para as trabalhadoras, tanto porque ajuda a dar conta do trabalho diário (à exemplo dos ‘auxílios’ com relação ao uso da chupeta e às “complementações” – ainda que isso vá de encontro às normas institucionais), quanto contribui para ‘dar crédito’ ao papel que desenvolvem enquanto cuidadoras profissionais de mulheres e crianças, principalmente naquilo que o conhecimento técnico, por si só, não ‘explica’ ou não é suficiente. Reconhecer que existe uma sabedoria feminina e ‘especializada’, inerente à experiência materna, ajuda a criar uma certa identidade entre as mulheres que cuidam e as que estão dando à luz. Poderíamos então falar de um conhecimento proximal que é tanto usado

como recurso para o cuidado em si, como é interpretado por elas como importante de ser distribuído de forma horizontal, ajudando as mulheres a tornarem-se mães.

Carper (1978) e Chinn e Kremer (1995) são autoras enfermeiras que estudam os diferentes saberes que as enfermeiras utilizam para cuidar, e embora façam referência específica ao trabalho ‘das enfermeiras’ e não das trabalhadoras de nível médio e elementar, articulam que o conhecimento de enfermagem não se enquadra totalmente dentro do preconizado ‘conhecimento científico’, principalmente se considerado seu caráter de ‘único conhecimento válido’ dentro do setor profissional. Em diversos graus e formas de utilização prática, as enfermeiras usam conhecimentos empíricos, éticos, estéticos e pessoais para desenvolverem o processo de cuidar, de forma inter-relacionada e “emergem da totalidade da experiência, sendo cada um igualmente necessário, cada um deles contribuindo como um componente essencial para a prática” (WALDOW, 1998, p.56). Os vários conhecimentos, no entanto, não são considerados mutuamente exclusivos. Esta última autora, discutindo e referendando os tipos de conhecimentos sugeridos pelas autoras americanas, diz que é freqüente que as enfermeiras deparem-se com situações práticas que requeiram ações e decisões para as quais não há respostas científicas. “Em várias destas situações, outras formas de conhecimento provêm ‘insight’ e compreensão” (WALDOW, 1998, p.56).

Creio que o conceito de ‘conhecimento pessoal’ proposto por Carper (1978) e Chinn e Kremer (1995) se enquadra na compreensão do “conhecimento de mãe” adotado por várias trabalhadoras no Alojamento Conjunto. O conhecimento pessoal é entendido como decorrente da experiência própria de alguém, não intelectualizado e não necessariamente preso a amarras conceituais e metodológicas. Advém da prática subjetivada, e por isso mesmo é considerado um conhecimento que pode ajudar em algumas situações que tenham um caráter menos normativo. Este conhecimento prioriza as perspectivas pessoais dos sujeitos, ou seja, a experiência vivida. De acordo com Benner e Wrubel (1989), é um conhecimento experiencial obtido como resultado do viver subjetivo, ainda que sempre envolto em interações sociais que influenciam a sua validade. Algo como a avaliação que Geertz (1999, p.114, grifo nosso) faz do senso comum: “os argumentos [do senso comum...] não se baseiam em coisa alguma, a não ser na vida como um todo. **O mundo é sua autoridade**”.

As experiências pessoais com o nascimento dos próprios filhos e por conseguinte, com a vivência do próprio puerpério, sejam elas negativas ou positivas, são importantes para implementar o cuidado, para dar orientações no AC e, algumas vezes, para mudar a perspectiva profissional em relação ao cuidado/atenção para com as mulheres (clientes), quando as mesmas sentem-se fragilizadas:

*“acho que este é um momento muito importante [o período imediatamente após o parto], principalmente pra puérpera. Eu me lembro muito bem quando tive o meu que hoje tá com 11 [anos]. Ninguém cuidou de mim. Me disseram que era falta de funcionário. Imagina... eu tendo meu primeiro filho, toda insegura, e não tinha quem me desse um apoio, nem pra sair da cama! Isto marcou muito a minha vida. Lembro como se fosse hoje. E olha que eu tive ele aqui [na mesma Unidade do hospital]. Que triste que foi, não quero nem lembrar!” (auxiliar Irma. Extratos do Diário de Campo).*

*“por experiência própria eu sei como é importante este momento” (atendente Tânia. Extratos de Entrevista).*

*“eu pra mim, não sei se é porque eu tenho a Manú [filha], eu achei gostoso o filho permanecer com a mãe...é uma preocupação a menos pra gente...eu estou me referindo como mãe. Eu se puder também faço tudo pra que as puérperas amamentem. Eu entendo disso porque amamentei a minha filha! (enfática) [...] aprender a distinguir os choros dos nenê também foi com minha filha. [...] Às vezes a paciente vem para cá dizendo que não quer amamentar, aí eu me comparo comigo, porque eu amamentei e digo pra ela [...] eu fiz isso aí...a Manú chorava e eu já trazia ela pra perto de mim... mamava só dez minutos, mas mamava bem e depois eu fazia questão dela arrotar. A minha filha nunca teve cólicas. [...] então eu entendo essas mulheres. Tem umas que a família é um problema. Sabes que na amamentação da minha já foi um trabalho porque minhas irmãs diziam que o leite era fraco e não ia sustentar. Eu só consegui continuar porque...estava muito segura. [...] Acho importante usar o conhecimento de mãe porque as mães percebem que não estão só com uma profissional, mas que elas também são companheiras...dividem alguma coisa em comum... presta atenção porque sabe que eu já passei aquilo que ela tá passando” (auxiliar Zulmira. Extratos de Entrevista).*

*“o banho da puérpera é um verdadeiro drama para mim. Tô sempre preocupada se vai cair, se não vai. Não saio de perto. Tive experiência de cair, né? Jamais esqueci [...] é um momento difícil, sabe? Uma das coisas que eu mais me preocupo” (atendente Tânia. Extratos do Diário de Campo).*

*“eu sei que é importante pra elas guardarem o umbigo. Eu também guardei do meu. Na minha família todo mundo guarda” (atendente Tânia. Extratos do Diário de Campo).*

Quando eu solicitava que as trabalhadoras tentassem definir o que entendiam como sendo “conhecimento de mãe”, elas invariavelmente passavam a dar algum exemplo prático, como alguns desses anteriores, ou então atribuíam ao conceito noções ligadas a um tipo de ‘sabedoria’, mais ‘vivida’ do que ‘aprendida’, ou seja, algo muito parecido com o que Reeb (1992) encontrou ao entrevistar parteiras “granny” no Mississippi, acerca da origem dos saberes que colocavam em prática ao cuidar das mulheres e recém-nascidos. Dentre os conhecimentos mais prevalentes, a autora encontrou uma noção que era referida por elas, a que atribuiu o nome de *motherwit*, por envolver um sentimento de ‘saber o que fazer’, mesmo que não tenha sido ensinado e que engloba também o significado de intuição. No entanto, as trabalhadoras do Alojamento, em nenhum momento utilizaram a palavra “intuição” como constituinte do “conhecimento de mãe”. Porém, mesmo sem conseguirem atribuir uma definição, até mesmo as trabalhadoras que não reconheciam a sua validade, diziam que “o conhecimento de mãe não conta e nem deve contar aqui” – o que de certo modo, indica a sua existência, concordando ou não com ele e com sua validade no desempenho do trabalho profissional.

O “conhecimento de mãe” reconhecido pelas trabalhadoras também envolve a noção de ‘saber local’, ou seja, contextualizado no ambiente e na cultura familiar. Isto nos leva a

avaliar que, mesmo sabendo que tal conhecimento é diferente do saber biomédico em abrangência e ‘natureza’, aquele pode e deve ser usado em conjunto e em complementação a este. Em contraste, para as trabalhadoras que não admitem incorporar o conhecimento pessoal à prática clínica, os pontos de discordância repousam, imponderavelmente, nestes mesmos argumentos. Além disso, as que valorizam e se utilizam do “conhecimento de mãe” na prática clínica argumentam que *“não tem problema nenhum fazer que nem a gente [como mãe] fazia. Elas [as puérperas clientes] não estão também na condição de vida que nem a gente tava? Então...eu acho que se fosse assim trabalhar num hospital pra cuidar de doentes, daí sim que ia ter problema... afinal, daí a gente não tinha experiência [como “doente”], né?* Para as trabalhadoras que discordam com veemência do uso do conhecimento pessoal em qualquer circunstância profissional, no entanto, as esferas da “casa” precisam ser resguardadas nas suas proporções devidas, afinal, não se pode trazer um conhecimento que é considerado ‘doméstico’ para o setor profissional.

Mas como as trabalhadoras percebem que seus conhecimentos pessoais como mães são encarados pelas famílias?

*Pesquisadora: (...) vocês acham que, por serem mães, há uma confiança maior no trabalho?*

*Aurora: isto conta muito. Estes dias tinha uma no quarto B que queria um cobertor amarelo. Perguntei pra que era, porque tava um calor danado. Ela me perguntou: “você tem filho?” Sim, eu disse...e ela falou: “então, nunca colocou lãzinha amarela na testa pra parar de soluçar? O que é que você fazia?” Bem, eu disse, não sei... esperava passar... Você vê então que elas querem também a nossa experiência de mãe.*

*Márcia: nossa! Isto é demais. Se você disser que é mãe então... a conversa não pára.*

*Cíntia: parece que elas se aproximam mais da gente depois de saber que a gente é mãe.*

*Márcia: ... que a gente é igual a elas...(Conversa mantida num final de tarde, enquanto aguardavam a chegada das trabalhadoras do turno noturno - Extratos do Diário de Campo).*

*Atendente Zulmira: (ensinando a puérpera a colocar o bebê no seio e tentando acalmá-la, pois a mesma se dizia “desesperada” porque o filho não dormira à noite, permanecendo chorando o tempo todo): isso mesmo...agora já está tudo bem. Acho que você ficou nervosa porque esqueceu que quando ele tava dentro da barriga ele se agitava mais de noite, né? Comigo também era assim. Durante o dia a gente quase não sente o movimento deles na barriga, concorda comigo? Porque a gente trabalha, faz barulho...*

*Puérpera: é, é mesmo.*

*Zulmira: quando a gente deita na cama, começa a relaxar, eles começam a se movimentar...*

*Puérpera: é, é...*

*Zulmira: igual quando nasce...agita de noite...olha, olha como tá pegando bem.*

*Puérpera: agora eu já sei. Pode deixar. Que bom que tu me entendes (Extratos do Diário de Campo)*

A experiência pessoal das trabalhadoras não somente é valorizada por muitas famílias, com é também requisitada como um conhecimento ‘que conta’. Para as trabalhadoras, o fato de serem mulheres e mães é um fator importante na inter-relação com as puérperas. Há troca de conhecimentos e informações, muito mais do que o uso de qualquer tecnologia sofisticada. O que parece importar realmente, para muitas trabalhadoras, é a experiência que é compartilhada com as puérperas. Isto dá a idéia de outra ‘comunidade da prática’, semelhante

ao clima gerado pelo círculo de comadres. A sensação de ‘pertencimento’ e portanto de inclusão identitária, fica aparente nos depoimentos das auxiliares Cíntia e Márcia: “*parece que elas se aproximam mais da gente depois de saber que a gente é mãe*” e “*que a gente é igual a elas*”.

Barbosa (1999), ao estudar o vínculo afetivo na UTI neonatal, observou que este tipo de conhecimento é um dos componentes que contribuem para a existência da ‘reciprocidade’ da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. Segundo seu estudo, entre as semelhanças que são descobertas durante a assistência direta entre a equipe de enfermagem e as mães, está a identificação que possuem “por terem passado pela experiência de serem gestantes e passarem pelo trabalho de parto com todos os problemas e satisfações decorrentes disto” (BARBOSA, 1999, p.152).

O contato da atendente Zulmira com a puérpera, também é indicativo da ‘afinação’ que ocorre entre as duas mulheres. Não somente porque Zulmira tem conhecimento técnico para atender às suas necessidades, mas igualmente porque as duas utilizam uma linguagem ‘comum’, própria de quem vivencia ou vivenciou condições pessoais similares. Em várias situações parecidas ocorridas no campo eu ficava tentando imaginar se naqueles encontros o fato da trabalhadora estar apenas usando seu conhecimento ‘científico’ ou ‘técnico’, se haveria uma afinação tão intensa entre as duas mulheres e quase sempre chegava a respostas negativas, pois os comportamentos das puérperas eram reveladores da concordância com os recursos apresentados. Havia momentos inclusive que sequer se poderia imaginar ali, naquele lugar, e sob aquelas circunstâncias, outro membro da equipe que não fosse aquele.

Certamente que as trabalhadoras não são reconhecidas pelas famílias apenas porque possuem “conhecimentos de mãe”, mas por serem profissionais do nascimento e mães; é esta conjunção que resulta em benefícios. Do contrário, seriam consideradas como leigas e não é isso que esperam dos profissionais que atuam na instituição.

*Pesquisadora: Zulmira, observando a tua interação com a puérpera, eu também percebi que ela estava atenta à tua experiência pessoal...*

*Zulmira: de mãe e de profissional. Porque também não adiantava só ser um ou outro. Eu uso a minha experiência pessoal, mas é porque me ajuda no profissional me entendes? É claro que se eu não fosse profissional, é possível que ela se interessasse, mas se eu também não tivesse competência técnica, não valeria muito se elas apresentam problemas de puerpério e com o filho.*

*Pesquisadora: é porque você sabe o que fazer diante da dificuldade que ela está apresentando. Tem o conhecimento técnico...*

*Zulmira: claro, eu também tenho a teoria... tu então passa segurança pra ela dos dois lados, como mãe e como profissional. Assim tu passas segurança porque tu sabes fazer, me entendes? (Extratos de Entrevista).*

As trabalhadoras, além de demonstrarem e compartilharem seus conhecimentos pessoais em torno do nascimento, precisam mostrar que têm habilidade e segurança técnica

para prestar assistência de enfermagem. É isto que as faz competentes perante os olhos das famílias e que as distinguem das outras mulheres do seu meio cultural. Suas competências técnicas, aliadas às suas experiências profissionais é que as colocam em uma posição de ‘autoridade entre iguais’ – as trabalhadoras não são como as puérperas, porque aquelas são profissionais; mas são como elas, porque são mães e passaram pela experiência com o nascimento. As trabalhadoras, perante as famílias, possuem duas características que as colocam em posição privilegiada (como talvez fossem também consideradas as outras mulheres/mães que têm o seu ofício em redor do nascimento): possuem experiência profissional e experiência pessoal com o nascimento. O modo com que colocam estes conhecimentos em curso (ou seja, na intervenção/interação com as famílias) é que contribuirá, definitivamente, para contarem como conhecimentos autoritativos.

O seguinte exemplo de uma interação ocorrida na prática oferece um panorama mais genuíno (porque na ‘voz’ dos participantes do estudo) de como as famílias encaram o “conhecimento de mãe” das trabalhadoras:

*a auxiliar de enfermagem está acabando de mostrar à puérpera (terceiro filho, 40 anos) o banho do RN. No momento em que estou entrando na sala, a auxiliar está alcançando uma peça do vestuário do bebê, para a mãe acabar de vesti-lo. Olhando para mim a auxiliar comenta: “Marisa, você já viu como este recém-nascido é grande e ativo?” Aproximo-me para constatar e elogio o tamanho e a vivacidade do bebê, enquanto a puérpera veste, cuidadosamente a última peça de roupa. Continua a auxiliar, perguntando-me: “- os bebês de hoje são diferentes dos de antigamente, você não acha? Sei lá, são mais espertos”. A puérpera volta-se em nossa direção e comenta: “- pudera...antes eles eram enrolados da cabeça aos pés, com aquelas faixas enormes (fazendo um gesto amplo com as mãos). Eu mesma usei no primeiro... mas a gente muda, né? Agora eles estão mais livres, por isso são mais espertos”.*

*Auxiliar: é...eu me lembro que em casa a mãe fazia assim com meus irmãos. Era todo mundo que enfaixava os bebês. Era toda vizinhança. Era assim que se usava. Mas também tinha o motivo de evitar que a arca caísse, né?*

*Puérpera: nossa, é muito perigoso mesmo. Você conhece a arca?*

*Auxiliar: nossa, e como! Da minha primeira (filha) caiu.*

*Puérpera: eu também morro de medo, sabes? Dos meus nenhum caiu, mas eu sempre cuidei. Bem que eu vi que tu estavas ali cuidando, cuidando...*

*Auxiliar: a senhora fazia o que pra prevenir?*

*Puérpera: ah, eu cuidei muito pra não pegar por baixo dos bracinhos, né... (levanta o bebê, de modo cuidadoso e o coloca nos braços e continua)...não uso faixa, mas tenho que cuidar quando pego.*

*Auxiliar: ah, eu também. Daquela vez que caiu foi o médico que pegou de qualquer jeito. Já chegou em casa com a arca aberta.*

*Puérpera: nossa, que perigo! Mas sabe que eu achava que isto não era importante pra vocês assim da enfermagem, né? Eu sempre achei que vocês pensavam que a arca podia não cair, quer dizer, vocês não, algumas né...*

*Auxiliar: mas a senhora não esquece que a gente é mãe.*

*Puérpera: é, mas as médicas também são e não se preocupam muito com isso...e nem com nada que seja de mãe. Só com a medicina.*

*Auxiliar: mas é diferente, né? A gente sei lá, é mais próxima dos filhos, sabe a importância de cuidar e passa isto na profissão. Talvez porque a gente não fez faculdade, né?*

*Puérpera: ah, não? Vocês são do nível mais baixo, né? Mas não quer dizer que saibam menos, né? Só sabem outras coisas. **Acho muito importante o conhecimento de mãe.** O profissional também, é claro, mas o de mãe ajuda pra gente conversar melhor, eu valorizo muito...*

*Auxiliar: eu também não pegava os meus [filhos] por baixo dos braços... agora tu imagina (voltando-se para mim) se um médico vai se preocupar com isso. **É coisa de mãe.** Eles nem conhecem isso. Esses*

*dias uma foi falar que a arca ia cair enquanto ele examinava e o tolo deu uma baita duma gargalhada (conversa interrompida pela chegada do médico residente) (Extratos do Diário de Campo. Grifos adicionados).*

A cumplicidade do encontro é compartilhada pela identidade propiciada pelos “conhecimentos de mães” evocados durante o cuidado. Pelo que se observa, tais conhecimentos, além de enriquecerem a relação profissional-cliente, sugerem estratégias inusitadas de ação e parecem tornar ‘flexíveis’ os comportamentos da mãe e da profissional, principalmente diante do cenário clínico em que ambas se encontram.

Mas outro ângulo do “conhecimento de mãe” é possível de ser extraído desta situação e diz respeito à posição de outros profissionais frente a tal conhecimento, como é o caso dos médicos ou, mais propriamente, das ‘médicas’, em vista de suas experiências como mulheres-mães, seja do ponto de vista da puerpera, seja da trabalhadora de nível médio. Pelo que comentam despreocupadamente, ambas compreendem que há uma aproximação maior da enfermagem com o “conhecimento de mãe”, do que das médicas. Enquanto as trabalhadoras de enfermagem levam seus conhecimentos pessoais para o trabalho, as médicas parecem apresentar maiores resistências para isto.

O estudo de Gualda (1998a) aponta, mesmo que brevemente, para uma abordagem semelhante à das trabalhadoras de enfermagem, considerando-se principalmente a perspectiva feminina de trabalho das profissionais com o nascimento. Ao interpretar as narrativas de enfermeiras obstétricas sobre a assistência que prestavam, a autora observou que as mesmas referiam que suas experiências pessoais ‘contavam’, no sentido de facilitar, ter empatia, envolvimento, compreensão dos sentimentos de medo e demais sentimentos similares. Para elas, as experiências pessoais eram relatadas como recursos importantes para o cuidado profissional no nascimento. Tal significado parece guardar similaridades com a atuação das parteiras tradicionais citadas em diversos estudos, e mais particularmente nos de Davis-Floyd (1994a; 1994b), para quem as narrativas e as ações das parteiras mostram que as mesmas trazem seus conhecimentos pessoais para o ofício.

Davis-Floyd (1994b), Delvechio Good (1998) e Hahn (1995) analisam que algumas enfermeiras têm menos pruridos em trazer suas experiências femininas para a interação e os cuidados dos clientes. Embora tenham sido treinadas para colocar a ciência obstétrica à serviço dos cuidados ao parto e nascimento, “suas experiências pessoais muitas vezes são trazidas para a prática obstétrica...essas experiências contribuem para informar suas práticas profissionais e seus modos de cuidar” (DELVECHIO GOOD, 1998, p.49-50, tradução nossa). As profissionais da medicina no entanto apresentam maiores dificuldades para considerar seus conhecimentos pessoais como saberes válidos para a assistência à saúde durante o processo do

nascimento. Para os médicos, embora o conhecimento e a experiência estejam intimamente ligados, a experiência tem outra conotação – ela deve ser adquirida por meio da própria prática obstétrica. De acordo com Delvechio Good (1998, p.55, tradução nossa), trata-se daquela experiência que leva o profissional a dizer “em minha experiência...”, ou seja, tem relação com um tipo de vivência pessoal mas que possa gerar conhecimento tácito e que seja ‘autorizado’ pela ciência obstétrica. Este conhecimento é considerado importante no meio acadêmico e clínico, porém, a autora analisa que, quando as médicas obstétricas (principalmente) têm suas experiências pessoais reinterpretadas, isso contribui para a aquisição da ‘competência’ profissional. Segundo ela, as mulheres médicas que levam suas experiências com o nascimento e parto para a clínica, ajudam a transformar inclusive a experiência do nascimento da mulher sob seus cuidados. Se isto contribui para a sensação individual de competência, a puérpera com a qual a auxiliar interagiu ajuda a argumentar que a reinterpretação profissional acerca de suas experiências pessoais com o nascimento, certamente contribuiria para a construção de um sentimento de competência ‘cultural’ e não apenas técnica.

Apesar do “conhecimento de mãe” ser valorizado por algumas trabalhadoras de enfermagem do Alojamento, conforme vimos argumentando até o presente momento, uma questão muito curiosa é observada quanto à constituição deste conhecimento como algo a ser oficialmente (e formalmente) reconhecido. Ainda que o percebam como fundamental para o cuidado, e balizador de interações positivas com as famílias, a maioria das que o colocam em prática, acham que deve permanecer nos limites do contorno da assistência profissional-cliente. Segundo elas, o “conhecimento de mãe” não deve ser tornado público, seja porque é motivo de depreciação por outros profissionais, porque não é um ‘conhecimento científico’, não se coaduna com um saber profissional relacionado com características de competência, ou porque na instituição não é lugar e nem espaço para os profissionais exercerem papéis tradicionalmente ligados ao mundo doméstico (menos valorizado).

*“Uma enfermeira me disse uma vez que eu não devo dizer isso [que eu amamentei e que foi muito importante para mim], porque isto é meu e aqui eu sou profissional, que não devo dizer tais coisas, que não combina com a postura da enfermagem...tudo bem, eu não digo assim que uso minha experiência pra todo mundo, mas pra aquelas que me perguntam se eu amamentei e tudo, falo da minha experiências sim. Como que eu vou separar? É claro que não vou ficar dizendo pra ela fazer assim e assado porque eu fiz. Mas digo se para miiiiim foi bom ou não. Profissionalmente eu mostro a importância e os riscos das coisas, sei o meu papel. Mas também não posso fingir que não passei por isso. Afinal, eu trabalho aqui só por coincidência, você não acha? Poderia trabalhar num lugar que não lembrasse em nada a minha vida de mãe. Mas trabalho aqui... tem tudo a ver. Quando vejo que a família precisa de minha experiência de mãe, eu vou contra o que o que os outros profissionais dizem, mas fica só entre eu e ela [a família]. Ali eu mostro mesmo. Ora, eu tenho ou não tenho experiência? Uso de tudo para mostrar a importância e ajudar a mãe a ter conhecimento; só depois é que ela decide se quer parar ou continuar. É claro que a decisão é dela! Mas eu digo da minha experiência. E eu me arrependi de só ter amamentado por dois anos” (auxiliar Zulmira. Extratos de Entrevista).*

*“A minha experiência com o nascimento do meu filho foi crucial pra mim...aprendi a cuidar delas [das puérperas] e do bebê, cuidando de mim. Hoje eu tenho outra visão da coisa...só que eu nem comento muito porque ninguém vai perder tempo em ouvir, né?” (atendente Tânia. Extratos do Diário de Campo).*

*Pesquisadora: você usou algumas experiências pessoais tuas para se comunicar com a Lenita [puérpera], e na outra vez em que conversamos, disse-me que isso era uma conduta apropriada e ainda que, na sua opinião, deveria ser estimulada. Você ensinaria para outros profissionais como usar esta conduta durante o cuidado?*

*Trabalhadora: não sei... acho que isto é uma coisa individual, né? Não está nos livros. Acho que vem de dentro. Não sei se eu ensinaria pra alguém ou passaria esta experiência. Se lá, é uma coisa íntima né? Acho que isto depende mais da gente mesmo e do contato com a paciente. Não sei se os outros, os enfermeiros, os médicos, achariam que é uma conduta apropriada da situação. É capaz de acharem que é uma besteira e que não tem sentido. Imagina se o hospital ou a direção aprovaria... nunca. Tenho até medo que isto seja divulgado... e nem é muito mesmo, né? É uma coisa que poucos sabem e vêem. Nem sei como é que você percebeu isso. Imagina se alguém me vê concordando com a paciente pra levar a criança a benzer de quebrante, só porque eu levei o meu. Vão dizer que a louca aqui sou eu.*

*Pesquisadora: e você ensinaria aos profissionais que contar as suas experiências pessoais também é uma maneira de obter eficácia no tratamento ou no cuidado?*

*Trabalhadora: ah, sei lá Marisa. Acho que isto não é científico né? A própria enfermeira não gosta muito que a gente fale. Acho que isto é uma coisa que só acontece quando eu estou ali, com a mulher, com a família... (Extratos de Entrevista).*

Percebe-se pelas informações das trabalhadoras que elas têm receio em divulgar que utilizam seus conhecimentos pessoais no contato com as famílias. O último depoimento inclusive, mesmo reportando esta ação a uma ‘conduta apropriada’, analisa que não deve ser tornada pública porque sabe de antemão que não vai ser aceita, principalmente por se tratar de saberes cujos limites estão dados pela porta da instituição. O foro profissional, considerado público, não comporta experiências ‘domésticas’. Então, ao mesmo tempo em que colocam em movimento os saberes adquiridos com as experiências com os próprios filhos, elas o fazem em lugares recônditos e permeados por uma certa ‘intimidade’ que deve ser resguardada, por “medo do que a instituição vai dizer”.

Em vistas da hegemonia da biomedicina, poderíamos dizer que estas trabalhadoras acharam uma via alternativa para a complementação do cuidado profissional, cujo processo (mais talvez do que os resultados) ajuda a ‘des-medicalizar’ – vale dizer, tirar do domínio médico total e intransigente – o nascimento e as ações a ele associadas. Os três últimos relatos das trabalhadoras, no entanto, contém significados que extrapolam esta dimensão, uma vez que são reveladores do receio que têm de passarem por alguma forma de constrangimento ou mesmo de alguma ameaça mais séria, sob a alegação de poderem estar usando atividades impróprias para um meio considerado ‘científico’. Carapinheiro (1998) diz que a autonomia de cada profissional está submetida à autoridade médica, sustentada pela dominação do saber e da competência técnico-científica. Os trabalhadores de modo geral se submetem a um conjunto de regras que são orientadas pela racionalidade da prática médica e tudo o que ‘desvia’ deste curso, ainda que seja avaliado como saberes e práticas que fazem alguma

diferença no torvelinho assistencial, são puramente descartados ou, ao mesmos, desvalorizados enquanto conhecimentos ‘que contam’.

À exemplo do estudo desenvolvido por Lima e Almeida (1999), que buscou apreender a configuração das práticas, dos saberes e das relações sociais que são operadas pelos agentes de enfermagem em um cenário hospitalar, é possível identificar nestas intervenções feitas pelas trabalhadoras do Alojamento que, mesmo reconhecendo a autoridade da biomedicina e da instituição, “oferecem conselhos em muitos aspectos da prática (...). Isso não significa que a relação de dominação seja rompida, mas que as exigências do trabalho a enfraquecem em várias situações informais” (LIMA; ALMEIDA, 1999, p.96).

As trabalhadoras não são ingênuas em considerar o peso que tem o meio institucional no trabalho que desenvolvem, “porque a natureza e as características do trabalho não poderiam ser isoladas dos fatores que condicionam esse trabalho e sobre ele exercem uma influência preponderante” (COLLIÈRE, 1989, p.279). Sabem os ‘riscos’ a que estão sujeitas frente a qualquer ‘mistura’ simbólica entre o “cuidado de mãe” e o profissional, e por isso mesmo sentem necessidade de relativizar os diferentes saberes, ao invés de antagonizá-los ou mesmo tornarem os mesmos mutuamente excludentes. Muito embora este tipo de envolvimento seja tido oficialmente como algo que interfere na tomada de decisões clínicas, afetando o diagnóstico e o tratamento e provocando um certo desconforto científico, as trabalhadoras continuam fazendo uso do “conhecimento de mãe” em consonância com as interações familiares que buscam resolver os problemas que surgem no cotidiano dos primeiros dias pós-parto.

Outro tipo de conhecimento que é considerado importante para algumas trabalhadoras do AC é aquele que é decorrente da prática diária com mulheres e recém-nascidos, designado como o “conhecimento da experiência cotidiana do trabalho” – um saber que se constrói no contato com as famílias durante a hospitalização. Difere do saber adquirido nos bancos escolares e também difere daquele denominado por elas como aprendido na prática do “*fazer-fazendo*”. A principal diferença é porque este último é considerado um saber acrítico e fortemente incrustado no referencial hegemônico, e o conhecimento proveniente da experiência cotidiana no trabalho é elaborado na convivência com as outras mulheres puérperas. Enquanto o primeiro tem como principal referencial ‘a prática’ (rotineira), no segundo o que tem mais importância é a ‘experiência que a prática dá’ (aprender com os outros e consigo mesma enquanto cuida). As trabalhadoras sublinham que este, assim como o “conhecimento de mãe” é um conhecimento proveniente da prática, só que tem como principal característica o fato de ser aprendido durante o exercício da profissão, na inter-

relação com as famílias que nascem. Creio que a técnica Simone resumiu com uma frase a implicação que este conhecimento tem para elas: *“o conhecimento não está só nos livros”*.

*“Eu aprendo muito com elas [as puerperas e as famílias]. Eu fui aprendendo desde cedo olhando, olhando, observando aqui, conversando ali, vendo o que elas faziam e traziam de casa. É claro que eu tinha o meu modo de avaliar aquilo, mas eu tinha que ter responsabilidade com aquilo que eu cuidava e educava. Então ia mesmo, eu digo, aprendendo com as mulheres, com as famílias...primeiro ouvia, escutava, deixava falar o modo como tratavam, como cuidavam, como lidavaavam com aquilo, né? Também aprendi a cuidar desse jeito com a enfermeira anterior que passou muitos anos aqui com a gente. Era gente fina e nos mostrou não só o que tinha que fazer, mas como fazer, como respeitar. Se não fosse assim, eu só sabia aquilo que eu trouxe do técnico e o que eu trouxe de casa. Tudo importante, mas insuficiente. Pra trabalhar aqui? Ah, podem ser suficientes para [trabalhar em] outro lugar, mas com nascimento a gente tem que fazer um cuidado educativo bem mais abrangente...são mães que são envolvidas, né, mulheres...todas sabem alguma coisa, assim como eu sei, e tem coisas que também não sei. Aprendo com elas e elas comigo” (técnica Mirtes. Extratos de Entrevista).*

*“Muito do que faço, aprendi interagindo com as puerperas. A gente troca muitas informações e aprendo olhando o jeito. Aprendo com a prática, mas não assim para ficar cega, sabes? Tem muita gente aqui que aprendeu as coisas com outras ou com os médicos, mas de modo que fizessem pra entrar na rotina. Mas a prática não é só isso. Hoje, por exemplo, enquanto eu procurava saber com a puerpera quais eram os significados pra ela de mexer no coto umbilical: Ela estava muuuuito nervosa. Elas ficam, e é uma coisa que apavora. Não tenho filhos, mas aprendi olhando as mulheres aqui. Elas se apavoram mesmo. Tem que ver porque ela está assim. Ela traz informações da cultura dela que eu não sei e preciso saber. Enquanto eu procurava conversar com a mãe dela, com a avó, procurava saber que significado aquilo tinha pra elas, a colega [a outra trabalhadora do mesmo quarto] mandava brasa no ‘tens que’. ‘Tens que’ isso, ‘tens que’ aquilo... mas ‘tens o que’, meu Deus, não ‘tens que’ nada. Sabes? Mas isso ninguém me ensinou, eu aprendi na prática mesmo. Ninguém me falou no meu curso de técnico que tinha coisas que os livros não explicam...precisa de sensibilidade e não só de conhecimento científico” (técnica Simone. Extratos de Entrevista).*

*“Olha, eu acho que aprendi a cuidar assim com a própria experiência, conversando com as pacientes...eu noto assim Marisa que não adianta a gente fazer tudo o que o calendário manda, a teoria manda...é claro que minha experiência com a amamentação dos meus [filhos] ajuda, mas eu acho que é no contato com elas que eu aprendo mais né? A [enfermeira com quem aprendeu a cuidar e que não se encontra mais na Unidade] ajudou muito e eu aprendi muito com ela, mas com ela eu ensaiei, me entendes? Na lida do dia-a-dia, tive que me virar sozinha. Eu via que eu fazia tudo pela mãe e não conseguia sabe, nenhuma eficácia naquilo...daí fui aprendendo que cada uma tinha um jeito e que não adiantava fazer por elas. O máximo que eu podia era fazer com elas, me entendes?”(atendente Janaina, respondendo à pergunta da pesquisadora sobre como havia aprendido a cuidar daquele jeito – Extratos de Entrevista).*

O processo de aprender a cuidar a partir da experiência vivenciada com as famílias, no dia-a-dia do trabalho, é referido por elas como uma prática social que tem valor enquanto conhecimento ‘que conta’. Os relatos de Mirtes, Janaina e Simone apresentam pelo menos dois pontos ancoradouros do conhecimento que advém das experiências cotidianas do trabalho: um deles relacionado com uma profissional que consideram como promotora deste tipo de aprendizagem – que diz respeito ao papel desempenhado pela enfermeira com quem algumas trabalhadoras afirmam ter ‘aprendido a cuidar’, e o outro, mais ‘interno’ do ponto de vista da própria experiência com as famílias, que se relaciona com o modo como a enfermagem interage e olha para a família para aprender com ela.

Os depoimentos falam de uma enfermeira que permaneceu durante algum tempo na Unidade e com quem algumas trabalhadoras aprenderam a dar importância a este tipo de

conhecimento e a colocá-lo em evidência na prática clínica. Percebe-se que esta apreciação é importante para elas, primeiramente porque tratou-se de uma profissional que atuava diferenciadamente, não apenas colocando em prática aquilo que dizia ser importante durante a assistência de enfermagem com puérperas e recém-nascidos – o que se traduzia em um referencial que contribuía para a ‘eficácia’ assistencial (conforme nos indica Janaína) –, mas também porque é descrita como alguém que simbolizava um modelo de papel profissional, portanto, alguém que merecia ser seguida. Em segundo lugar, a conexão que fazem com a enfermeira é importante porque, sendo profissional de enfermagem e colocando ‘em prática’ o saber que dela provinha, dentro da realidade clínica hospitalar, contribuiu para legitimá-lo. Tal interpretação é correspondente ao conceito de conhecimento autoritativo de Jordan (1993), para quem alguns sistemas de conhecimento podem vir a ter mais peso do que outros, tanto em função de explicarem o estado das coisas melhor do que outros (em termos de eficácia), ou por estarem associados a uma base de poder mais forte (em termos de superioridade estrutural), e usualmente ambos. As trabalhadoras, ancoradas no papel anteriormente aprendido, continuaram a colocá-lo em prática, reforçando continuamente a sua validade. Se no início deste aprendizado elas dizem que ‘ensaiavam’ a construção de um conhecimento a partir das experiências com outras mulheres, durante o desempenho cotidiano (como refere Janaína), hoje parecem atuar com a consciência de que é um conhecimento que contribui para dar maior qualidade à prática de enfermagem no pós-parto.

O outro ponto bastante mencionado pelas trabalhadoras, liga-se à experiência mesma de interagir com as famílias para aprender com elas. Ressalta-se de suas falas um aludido ‘jeito de olhar’, ‘observar’, ‘conversar’ e de ‘ouvir’ as famílias, que envolve compreender quais são os significados que elas atribuem ao evento ou à circunstância que estão vivendo; obter informações sobre seus conhecimentos culturais; ver o que fazem quando se deparam com as situações do pós-parto (que elas denominam como ações referentes a “tratar”, “cuidar”, “lidar”); ter responsabilidade para com os saberes e as práticas familiares; contrastar e associar os conhecimentos trazidos pelas famílias com os seus próprios conhecimentos pessoais e profissionais; colocar em prática o verbo ‘negociar’ (conhecimentos, práticas, poderes, conflitos, atitudes, diagnósticos, terapias, modelos explanatórios), ter sensibilidade para verdadeiramente ‘auscultar’ o que têm a dizer (ou a fazer), evitar a expressão: “tens quê...”; e não tomar decisões “por” elas, caso as mesmas julguem-se aptas a decidirem ou a contribuírem na tomada de decisões.

Boehs (2001), ao analisar como a equipe de enfermagem cuida das crianças internadas em hospitais infantis, encontrou uma abordagem parecida com a observada aqui. A equipe de

enfermagem “olha o jeito” da família – embora reconheçam-na como uma presença difusa e abstrata. Naquele contexto, a autora refere que cuidar da criança na presença ou junto do familiar é algo que se “aprende pela vivência, já que isto não faz parte da formação acadêmica” (BOEHS, 2001, p.166). “Olhar o jeito”, para a equipe, envolve descrever os tipos de familiares presentes, analisar a maneira como cuidam da criança e se relacionam com ela, observar quais as dicas que são dadas para adquirir confiança no trabalho profissional, colocar-se no lugar dela para aprender a enxergar suas necessidades. Enfim, o conhecimento advindo da prática do cuidado com as famílias é construído também nas relações diárias que têm com elas. Até porque “o curso de enfermagem, auxiliar ou técnico não se constitui referência para aprender sobre família” (BOEHS, 2001, p.169). Segundo a interpretação da autora, o conhecimento técnico para as necessidades físicas mostrava-se bem saliente durante as atividades assistenciais com a criança, porém, a complexidade das relações com a família ainda se constitui numa área de saber a ser construída e ensinada na enfermagem.

De acordo com Benner (1984), o conhecimento prático pode vir a gerar uma “teoria derivada da prática” (BENNER, 1984, p.2, tradução nossa), principalmente por concordar, a partir dos estudos de Heidegger, que o mundo humano da prática é mais complicado e dinâmico do que as abstrações que dele se faz. Ao atuarem deste modo, ou seja, através da experiência prática, as trabalhadoras de enfermagem de nível médio e elementar constroem novos e promissores conhecimentos, ficando claro que conhecimentos e experiências estão profundamente fundidos na prática clínica, ainda que os estudos da autora evidenciem apenas os saberes gerados pela ‘profissional enfermeira’ nos Estados Unidos, sendo inclusive, um dos componentes intelectuais que a distinguem do restante das trabalhadoras de enfermagem (WALDOW, 1998).

## **10.2 “NO ALOJAMENTO A GENTE RESPEITA OS CONHECIMENTOS QUE A FAMÍLIA TRAZ E DISCUTE COM ELA SOBRE OS DAQUI” – O CUIDADO EDUCATIVO QUE ‘EMPODERA’**

A partir da pluralidade emergente dos referenciais destas trabalhadoras, o “cuidado educativo” vai ter outra conotação e inserção assistencial no cenário do Alojamento Conjunto e vai fazer com que os modelos explanatórios das famílias sejam ‘olhados’ com outros olhos, proporcionando novos ângulos panorâmicos, mas também mais macro-contextuais, onde a cultura passa a ser importante, conforme a importância que a família lhe atribui. Assim, surgem outras possibilidades de interações clínicas, que diferem do padrão arranjado sob o título “...a família aprende o que é certo”. Desponta um “cuidado educativo” que não descarta

os poderes nele imbricado, uma vez que não é apenas o processo saúde-doença o que conta, e nem somente o estrito processo pós-parto, mas ressalta poderes que se sustentam também na própria relação entre os profissionais e a clientela, já que conhecimentos autoritativos estão inequivocamente imersos em relações de poder, conforme temos visto nos exemplos mostrados até aqui. Entretanto, como abordaremos, percebe-se que redes positivas de poder são igualmente elaboradas quando as trabalhadoras despem as vestes de imposição do saber biomédico e se aproximam genuinamente do saber familiar, procurando compreender suas redes de significados.

Este “cuidado educativo” que tratei de significar como um processo que ‘vitaliza’ o pós-parto, tenta ‘promover’ os seus participantes, levando a que ambos tanto aprendam quanto ensinem. Um processo que utiliza o diálogo e a troca de experiências e modos de cuidar como um meio para a transposição das indecisões que porventura se apresentam durante o pós-parto. Neste presente padrão apresento algumas características mais amplas de tal processo, envolvendo com maior proximidade os modelos explanatórios que são negociados entre trabalhadoras e famílias, mas entro em outras ‘minúcias’ analíticas durante a discussão do próximo padrão.

As trabalhadoras reconhecem que o período pós-parto tem significados diferentes para as mulheres e que as práticas adotadas durante a sua vigência advém de particularidades, seja em nível individual ou social. Portanto, as experiências da maternidade e do puerpério são consideradas como experiências que são ‘construídas’, como se discutiu anteriormente.

Inúmeras vezes durante a minha permanência no campo, as trabalhadoras que interagem de modo terapêutico, utilizaram expressões como: *“elas [as puérperas] aprenderam assim em casa, né?”* ; *“elas conhecem e sabem o que fazer porque já viram outras mulheres nesta mesma situação”*, ou então, *“isto era comum onde ela mora”* (fazendo referência a algumas práticas adotadas pelas mulheres como a de repousar no leito durante as primeiras 12 horas após o parto). Tais expressões revelam que elas não apenas estão conscientes de que existe uma complexa interação social pré e extra-hospitalar, como também que esta ampla rede de apoio ajuda a puérpera a (re)construir categorias sociais (modelos explanatórios, pressupostos, padrões de comportamento) específicas sobre sua condição e situação de vida.

As trabalhadoras sabem que tais categorias são elaboradas de modo intersubjetivo e que através delas as puérperas desenvolvem experiências, estabelecem campos de significação e “adquirem um senso de sua própria identidade” (HITA, 1998, p.180). Apontam assim para a necessidade de desconstruir a hegemonia do saber institucional, retirando-o de seu aparente

peso coercitivo e para a necessidade de reconfiguração das experiências e práticas das mulheres, retirando-as de sua aparente universalidade. É claro que se faz necessário relativizar estas instâncias interacionais, até porque o fato de estarem em um cenário clínico, de imediato, confere autoridade, e portanto, poder, às trabalhadoras e não às famílias que nascem. Não se pode desconsiderar este importante aspecto contextual, pois os encontros terapêuticos acontecem dentro do hospital (a “casa” das trabalhadoras) e isto, por si só, influencia e interfere nas negociações e mediações a serem promovidas, mas também deve-se observar que um número mínimo dessas trabalhadoras, de modo completamente avesso ao esperado hegemonicamente, algumas vezes demonstram sentimentos de insatisfações e frustrações quando não conseguem ultrapassar as regras estabelecidas pela rotina institucional ou quando não conseguem negociar com as famílias, devido às pressões referenciais e burocráticas da biomedicina:

*“tu acreditas que eu não consegui nem sequer conversar direito com ela [residente de pediatria]? Não teve jeito e ela nem quis saber de nada. Não é só ela né, ninguém aqui se importa com a cultura que a família traz. Eu já tinha conversado várias vezes com a puérpera, a mãe dela, a sogra dela, tinha entendido como elas se sentiam em relação ao que elas chamam de arca-caída, como cuidam, e principalmente como previiiinem, me entendes? Quando a gente tava fazendo os cuidados, orientando, aproveitando para elas participarem eu fui conversando, dialogando, buscando compreender o mundo delas. A gente até vê que acredita em algumas coisas iguais assim, eu digo, né, que a gente é mãe, sabe que isso é importante. Não adianta fazer de conta que não tem isso porque tem. Tá na nossa cara...só não vê quem não quer. Daí (volta a falar da residente) ela simplesmente nem quis me ouvir quando eu disse que ela, por favor, respeitasse a visão da família, que entendesse que se pra ela era importante virar aquela criança do avesso pra examinar, pra família era importante esse exame também, mas não era importante cair a arca. Eles já tinham experiência ruim com isso. Bom, ela simplesmente disse que era horrível tudo aquilo que eu estava dizendo, pegou a criança de qualquer jeito e pronto. Fez aquele exame como se tivesse mexendo num bicho morto. Eu fiquei muito frustrada me entende? Eu vi que a família ainda tentou impedir que ela virasse a criança daquele jeito, mas fazer o que né? Choraram e tudo. É claro que também foram embora frustrados e desconsolados com o jeito que a gente trata eles aqui dentro” (Extratos do Diário de Campo).*

Mas o trabalho de campo também mostrou que quando as negociações são efetivas, quando há trocas de experiências com as família respeitando-se as ‘suas’ necessidades e não somente as da instituição, as trabalhadoras podem atuar não apenas como mediadoras entre o setor familiar e o setor profissional de cuidado à saúde, ou como agentes ‘adaptadoras’ das famílias às normas institucionais e ao saber biomédico – conforme indicam e sugerem os estudos de Carapineiro (1998), Kleinman (1980) e Leininger (1985a, 1991) –, mas como fortalecedoras das unidades familiares.

*A técnica Simone está na sala de higienização do RN e está envolvida com a avó, a puérpera e o pai do bebê. Conversam animadamente no pequeno espaço, roçando os corpos uns nos outros. A técnica ajuda a avó do bebê a apoiar a cabeça da criança, enquanto esta se esforça para retirar algumas sujidades ainda presentes no couro cabeludo, decorrentes do parto. A mãe e o pai do bebê estão bem próximos, olham atentamente, fazem perguntas, sorriem a cada espirro que a criança dá (uma reação completamente diferente da que tinham até então, preocupando-se em agasalhar a criança que poderia estar resfriada. Segundo eles mesmos me contam, “foi a Simone que nos ajudou a entender os espirros. A gente sempre entendeu que era problema de resfriado. Assim é que é bom, que a gente pode*

conversar e discutir”). Durante estas atividades, percebo que eles estão perfeitamente entrosados, entre si e em relação à Simone, que espera as perguntas serem feitas e as respostas serem dadas, antes de emitir qualquer “juízo” sobre os assuntos em pauta. Num determinado instante, o pai do bebê diz que “desconfiava” ter ouvido a voz do médico obstetra. Todos ficam em silêncio por alguns segundos até que se confirma a desconfiança. Era mesmo a voz do médico. Percebendo que eu não tinha entendido muito bem o que estava ocorrendo, o pai do bebê me diz que haviam combinado com a técnica que se o médico chegasse no momento do banho do bebê e quisesse “levar a Celita [puérpera] pra abrir as pernas bem agora que ela tá olhando o banho, a gente ia pedir delicadamente, é claro, que ele aguardasse só um instante, porque desde ontem que a gente tá aqui e eles chegam e não querem nem saber, podem esperar um pouco”. A avó acrescenta que “a Celita tá bem, ainda se tivesse com problema vá lá”. A puérpera, lacrimejando, refere que “quero olhar o banho, quero aprender contigo Simone. Ainda nem conseguiram me mostrar o umbigo”. Neste interim entra a colega que está trabalhando no mesmo quarto de Simone e diz: “Celita, o médico quer te examinar”. Todos olham pra Simone que diz: “pede pra ele esperar só um pouquinho que a gente combinou que eles iriam participar do banho. Amanhã vão de alta”. A outra trabalhadora diz: “mas isso não é coisa que se faça, né? Todo mundo sabe que é a hora deles passarem (refere-se aos médicos obstetras). Tão com pressa”. O pai diz: “nós assumimos os riscos”. Enquanto isso ocorria e eu percebia que o conflito se acirrava, o residente coloca a cabeça pra dentro da sala e diz: “quem é a Celita, vamos lá, tu já devias estar esperando na cama”. Celita, com as mãos na boca e os olhos lacrimejando sai da sala e vai para o leito para ser examinada. O marido a acompanha a contragosto. Quando voltam à sala de higienização, a avó está com o neto nos braços, aguardando o retorno da filha. O banho do bebê fôra interrompido por sugestão de Simone para que os pais pudessem voltar a participar. Celita ainda está chorosa e o marido, inconsolável com a decisão tomada. Simone, pacientemente diz: “amadureçam a idéia e tentem conversar novamente com o médico amanhã, caso aconteça o mesmo, quem é dona do teu corpo és tu Celita, e depois, como a gente conversou, ele [o residente] pode examinar outra enquanto você participa desse cuidado diário com o teu filho”. Neste dia Simone terminou as atividades com os banhos dos bebês ao meio dia, dizendo-se indignada porque “a instituição não respeita nem o desejo da família, imagina se aqui não fosse um lugar em que a família fosse o nosso cliente”. No dia seguinte não era dia de trabalho da técnica, mas acompanhei o desenvolvimento matinal das mesmas atividades, no mesmo cenário, ainda que a trabalhadora fosse outra e que só tivesse “permitido” à mãe (Celita) entrar na sala, devido ao “tamanho” da mesma. O pai e a avó ficaram do lado de fora, mas ao residente foi dito: “o senhor desculpe, mas ela vai acompanhar os cuidados com o filho que é a coisa mais importante pra ela agora. Depois ela estará aqui, pronta para o exame, o senhor pode ter certeza”. O residente voltou às nove e trinta para examinar Celita, após ter percorrido os outros quartos e examinado outras puérperas (Extratos do Diário de Campo).

O aspecto mais enfatizado desta modalidade de “cuidado educativo” é que ele reconhece e **respeita** as experiências das famílias com relação ao pós-parto e as avalia de acordo com as necessidades familiares, antes de tudo. A técnica Simone procurou resumi-lo assim: “a gente cuida e orienta, mas é a família quem toma a última decisão. No alojamento a gente ajuda a família a decidir, a partir da cultura dela”, no que foi seguida pela técnica Alda: “no alojamento a gente respeita o conhecimento que a família traz e discute com ela sobre os [conhecimentos] daqui”. Acredito que não apenas o respeitar visto com as lentes da indiferença (“não ajuda, mas também não atrapalha”), ou o respeitar contemplativo e fundado em experiências profundamente distais (“eles têm lá as suas crenças e hábitos que precisam ser respeitados”), mas pró-ativo, quer dizer, envolvendo aspectos criativos que ajudam as famílias a se informarem e se instrumentalizarem também com o saber biomédico, a fim de que possam ter a oportunidade de rejeitarem as intervenções ou a darem autorização para serem cuidados e orientados conforme os princípios e códigos da biomedicina, após suficientemente fortalecidos e esclarecidos. No entanto, somente a transmissão de

informações, orientações ou esclarecimentos, mesmo que suficientes e inteligíveis não são suficientes. As trabalhadoras mostram que é necessário haver compromisso social (o direito à participação como cidadãos) e atenção aos aspectos da afetividade :

*“eu mesma nunca cuidei de criança com arca-caída, mas sei que pode cair. Então, é melhor prevenir, não só do jeito que a gente entende que é pra fazer a prevenção, mas do jeito que a família entende. Nem todo mundo pensa assim, mas eu acho que é fundamental discutir com elas se as coisas vão ser assim ou assado. Que nem se fosse ao contrário, como já aconteceu comigo. Tem aqueles que não aceitam que a criança fique aqui para tratar da icterícia. Eu sei que para muitas famílias há outras formas de curar, elas me contam, a gente troca muito, mas eu também sei que muitas crianças...não todas, porque algumas só são avaliadas pelo ‘olhômetro’ do médico que aaaacha que deve ficar...mas se é constatado no exame de sangue que ele tem que se tratar e que o tratamento pode ser tão ou mais eficiente que aquele que a família vai fazer em casa, sabes o que eu faço? Sento, discuto, trago livros, mostro, ó aqui pode acontecer isso, aquilo, aquilo outro...se não tratar, não cuidar, pode ter ‘kernicterus’. A família esclarecida com o tratamento hospitalar, pra que serve, os benefícios, pode concordar com ele. Ela não é burra de perceber que ninguém quer seu mal, mas também é preciso dar atenção, tranquilizar, apoiar, refletir junto, dar incentivo pra participarem, porque nem sempre se sentem confortáveis em participar do tratamento ou do cuidado, né, assim...não tem espaço...é a gente que precisa abrir. É que nem uma visita que chega. Ela não vai assim tomando conta de tudo, mas se o dono da casa respeita e diz fique à vontade, a casa é sua...tudo muda de figura. Então tem que oferecer espaço e atenção também. Daí quando ela tá informada e recebeu a atenção desejada, ela toma a decisão que achar melhor. Eu acho que é uma forma de respeito” (Extratos de Entrevista).*

*“eu não bato de frente com a cultura da família, procuro discutir com ela o modo como a gente faz aqui. Às vezes eles concordam, às vezes não...quando não concordam, fazem até alta à pedido. A maioria [dos profissionais] daqui pensa que a gente tem que obrigar a ficar e que a gente é responsável, mas eu não confundo responsabilidade com imposição. Penso que a gente tem que se virar do avesso para que a família se sinta com competência pra tomar decisão. Isso é ter respeito pelas pessoas” (Extratos do Diário de Campo).*

Os depoimentos e observações feitos pelas trabalhadoras que entendem o “cuidado educativo” sob a perspectiva do respeito à cultura e às decisões das famílias não se atém acriticamente aos saberes e práticas provenientes do sistema familiar e popular de cuidado e nem mesmo adotam uma posição de passividade e imparcialidade ética frente aos modos de proceder familiares, como enfatiza principalmente o último discurso da trabalhadora, mas ‘trabalha’ os conhecimentos distintos para ‘empoderá-las’ (termo usado por Kleinman na obra *The illness narratives*). Trata-se de uma modalidade de “cuidado-educativo” que se distancia daquela apresentada anteriormente, pois requer respeito aos pontos de vista e não preliminarmente o julgamento de que aquilo que a família traz consigo, pensa e faz “é certo” ou “é errado”. Ao invés de subordinar a família à instituição, oferece-se a possibilidade da decisão mútua. Ao ser oferecida esta possibilidade, a família tem a oportunidade de “interpretar que o profissional é sensível às suas necessidades e competente para oferecer ajuda” (KLEINMAN, 1988, p.250, tradução nossa).

Nota-se que as trabalhadoras que desenvolvem o processo de “cuidar de dois” dentro desta perspectiva possuem outras noções sobre o termo ‘cultura’ que em nada combinam com os significados de que “a cultura é um obstáculo” ou “a cultura não é importante”. Como já se

percebeu a partir dos extratos registrados anteriormente, elas interagem com as famílias, tendo como pano de fundo a representação de que é a própria família que tem um modo de interpretar e de agir no mundo, inclusive para modificá-lo, caso se encontre em situações que favoreçam. Uma dessas situações é a interação com os cuidados e ações desenvolvidos no setor profissional. Deste modo, interpreto que as trabalhadoras agem com a concepção de que a cultura é pública, não homogênea e não estática. Embora não tenham referido em nenhum momento que já tiveram algum contato com estudos ou referências antropológicas para o cuidado, o modo como interagem com as famílias é revelador de um referencial que foi gerado no próprio cotidiano do cuidado, a partir daqueles saberes que foram sendo construídos na prática (o conhecimento pessoal “de mãe” e as experiências vivenciadas no encontro terapêutico com as famílias). Mesmo sendo pressionadas em tempo integral pela cultura institucional, este pequeno ‘nicho’ de trabalhadoras encontrou um modo heterogêneo de atuar no cenário clínico, ainda que de modo quase imperceptível aos olhos da instituição.

Parece que há uma variedade de motivações que podem conduzir a esta maneira de atuar com as famílias no Alojamento Conjunto, mas algumas destas motivações vêm à tona de modo mais forte: o fato de não haver entre as trabalhadoras uma divisão/hierarquia de especialidades (todas “cuidam de dois”); a existência de um encontro de gêneros importante que coloca trabalhadoras e mulheres da família como as protagonistas mais importantes do cuidado ao parto e nascimento (‘um lugar de mulheres’); a existência de uma tênue fronteira entre a ‘cultura feminina’ e a ‘cultura da enfermagem’ que, conforme apontamos na descrição inicial das trabalhadoras, pulveriza um pouco o aspecto formal da autoridade; diversamente do médico e da enfermeira, as trabalhadoras de nível médio e elementar se situam num mesmo patamar histórico, social e econômico que as famílias que nascem e se internam neste local da Maternidade da Luz, ou seja, a imensa maioria é de trabalhadores assalariados, não possuem planos de saúde privados, residem na periferia da grande cidade (inclusive muitas trabalhadoras falam de encontros frequentes com vizinhos e pessoas da comunidade que nasceram ou tiveram filhos ali), não possuem discrepâncias muito grandes em termos de remuneração familiar e poder de consumo, os recursos tecnológicos que têm à disposição não são tão distantes uns dos outros, têm níveis de escolaridade similares, inserem-se em espaços de valores e crenças religiosas múltiplas e plurais, usam expressões lingüísticas coincidentes e a imensa maioria (de trabalhadoras e famílias) tiveram ou têm seus filhos neste mesmo local ou em outras maternidades públicas com as mesmas características; ou seja, possuem condições econômicas, sociais e de acesso aos serviços de saúde que se aproximam.

O fosso que separa os seus mundos está com a abertura mais voltada para a questão da ‘competência e da autorização oficial’ para cuidar e lidar com todos os aspectos que envolvem o processo do nascimento. Enquanto as famílias têm conhecimentos ‘leigos’, as trabalhadoras têm conhecimentos ‘profissionais/oficiais’. Mas se para algumas trabalhadoras isto faz ‘toda a diferença’ (ver “cuidado educativo” que medicaliza o pós-parto), para outras, como as que aqui estou abordando, esta ‘distância’ não é o fator dominante. Pelo contrário, é na identidade pessoal com os “conhecimentos de mãe” e na proximidade da prática cotidiana com os saberes da família, bem como no reconhecimento das “mulheres antigas” como peritas em cuidados puerperais que parece repousar uma motivação bastante importante para o desenvolvimento do cuidado-educativo que vitaliza o pós-parto. É possível perceber algumas vezes que elas adotam algumas práticas e padrões de condutas que tendem a obscurecer as fronteiras entre os domínios familiar/profissional.

A representação de ‘se verem’ como mães, como cuidadoras ‘leigas’ de seus próprios filhos e, muitas vezes, como peregrinas dos mesmos itinerários terapêuticos que as famílias – sem necessariamente excluir as categorias presentes no modelo biomédico – contribui para a promoção de novas sínteses assistenciais, de modo que ambos os conhecimentos sejam acordados como possuidores de *status* e igualmente legítimos durante o desenrolar do cuidado-educativo. Em decorrência desta prática, é comum ouvirem-se, inclusive, novas expressões linguísticas e novos significados associados aos modos de cuidar e de ser cuidado. Enquanto **as famílias** falam da necessidade de colocar a criança “*na máquina do sol*” (equipamento de fototerapia), da importância da utilização do “*aparelho do açúcar*” (glicosímetro), da colocação de álcool no coto umbilical para “*esquentar o umbigo*”, da prática do aleitamento materno para “*a criança ficar forte*”, da importância de não colocar “*faixa*” (umbilical) “*pra criança poder respirar pelo umbigo*”, da necessidade de colocar a criança em posição supina (sem apoiá-la sob as axilas) “*pra não dar cólicas de umbigo*”, da necessidade de realização freqüente da higiene íntima da puérpera “*pro sangue poder descer e não subir pra cabeça*”, **as trabalhadoras** evitam o encaminhamento imediato ao banho bem como procuram contornar situações conflituosas em família para que a mulher “*não tenha depressão pós-parto e entre em recaída*”, manuseiam e transportam delicadamente os bebês para “*não deixar cair a arca*”, disponibilizam cobertores ou preparam pequenos dispositivos de lã para colocarem nas testas dos bebês “*para tratar os soluços*”, procuram manter as janelas encostadas para “*o binômio não pegar ar*”, mantêm os RNs com roupas amarelas antes e após o tratamento fototerápico, mantêm conversas afetuosas com os membros da família e sugerem “*pouco colo*” para “*evitar mau-olhado e quebrante*”, ajudam em

massagens dorsais com essência de arruda “*para esquentar o corpo da mãe*”, dentre outras práticas igualmente significativas que se entrecruzam e ganham novos sentidos. Assim, a declaração de Kleinman (1980) de que interações clínicas são transações entre modelos explanatórios mostra-se claramente pertinente.

Estes exemplos de procedimentos terapêuticos são reveladores da importância que tem as misturas heterogêneas de conhecimentos durante a vivência familiar e profissional do período pós-parto; no entanto o modelo não é homogêneo e nem isento de conflitos, pois cada uma das partes pode aceitar algumas condutas e ignorar outras. Entendo que um dos aspectos mais positivos desta abordagem é a possibilidade real de demonstração que as posições, cuidados e recomendações provenientes de distintos subsistemas não são necessariamente antagonicos ou impermeáveis e podem ser negociados para se complementarem.

Tecem-se assim novas redes de significação através das quais os elementos experienciais, cognitivos e afetivos se articulam sobre o universo das relações sociais (GOOD, 1997). Não são só as famílias que ‘reinterpretam’ seus saberes à luz do conhecimento biomédico, mas as trabalhadoras igualmente se ‘expõem’ aos saberes familiares, ‘reinterpretando-os’ criativamente para incorporá-los em novos modos de cuidar e ser cuidado na Unidade de Alojamento Conjunto. As famílias que resistem terminantemente em submeterem-se a práticas médicas que podem levá-las a qualidades positivas em termos do processo saúde-doença durante o nascimento e o pós-parto, ao experienciarem os encontros com estas trabalhadoras, passam a filtrar um pouco melhor as percepções e experiências anteriormente negativas e poderosamente restritivas, e têm a oportunidade de selecionar novos ângulos em que ‘se percebem’ dentro deles em termos do processo terapêutico como um todo. Por outro lado, ousou dizer – diante da íntima experiência provocada pelo encontro ‘entre pares’ – que, a exemplo de Michaud (1994, apud CAPRARA, 1998, p.133), as famílias se transformam em ‘mestres’ para suas cuidadoras, “levando-lhes a se confrontarem com elas mesmas, com os seus próprios medos, pondo em discussão a própria vivência”.

Isso mostra que o que constitui conhecimento autoritativo em relação ao pós-parto pode ser construído de modo interacional a partir da permuta de experiências entre as trabalhadoras que cuidam e as famílias que nascem. Um campo de possibilidades se ergue como uma nova cultura do AC e que por sua vez rejeita a simples dicotomia entre cultura ‘profissional/científica’ e cultura ‘familiar/leiga’, ressaltando que as experiências familiares e profissionais com o puerpério promove distintas e complementares capilaridades de conhecimentos e práticas que contribua para benefícios bilaterais.

### 10.3 VIVENCIANDO DRAMAS E CONSTRUINDO NARRATIVAS: ENCONTROS TERAPÊUTICOS ENTRE ENFERMAGEM, PUÉRPERAS E FAMÍLIAS

O presente padrão surgiu a partir das inter-relações dos atores sociais (trabalhadoras de enfermagem, puérperas e famílias) durante a ocorrência de dramas vivenciados em conjunto na Unidade de Alojamento Conjunto. Os dramas, de acordo com Mattingly (1994), são situações que têm em sua base uma experiência de sofrimento. Algo que, em seu curso, coloca uma história em movimento e que impulsiona os protagonistas a alcançarem seus objetivos através da superação de uma série de obstáculos.

A ocorrência de dramas que foram enfrentados pelas puérperas e suas famílias durante a vigência do trabalho de campo e que ofereceram *insights* para o surgimento de padrões para a construção do tema estiveram, em sua maioria, relacionados com: problemas com as mamas (ingurgitamentos, traumas mamilares, mamilos pouco proeminentes ou invertidos, mastites, pouca apoioadura); situações em que a mulher não deseja amamentar mas a família insiste na amamentação; inexperiências frente ao desempenho de novos papéis (primeiro filho); situações em que os significados associados à amamentação estão fortemente ligados à dor e ao sofrimento; situações em que o bebê não suga; ocorrência de feto morto; recém-nascidos malformados e também ocasiões em que a puérpera apresenta momentos de catarse pela sensação de “*medo e pavor*” em tocar o coto umbilical do filho.

Todos estes dramas estiveram envoltos por sentimentos de dor, insegurança, medo, desespero, raiva, conflitos de papel, tristeza, angústia e, muitas vezes, “*desejo de morrer*”, quando o esperado seria justamente a alegria do nascimento e a perspectiva do início de uma nova vida. Portanto, são situações que se apresentam muitas vezes contraditórias e que, como diz Mattingly (2000, p.181, tradução nossa), são “pequenos dramas; narrativas emergentes; rituais de todo dia no mundo da biomedicina”, mas que são plenos de significados para quem os vivencia e precisa, necessariamente, aprender com a experiência.

As experiências de sofrimento das puérperas e as correspondentes necessidades de auxílio por parte das trabalhadoras de enfermagem fazem deste momento um encontro terapêutico onde as ‘histórias’ criadas e colocadas em ação funcionam como parte integrante da resolução do conflito ou do problema. Nesta perspectiva, as trabalhadoras assumem o cuidado como uma forma de transação social entre o mundo da biomedicina e o ‘mundo da vida’ das puérperas e suas famílias.

A vivência conjunta de dramas entre pacientes e terapeutas, quando toma lugar no mundo clínico - como interações clínicas - são consideradas narrativas terapêuticas<sup>28</sup>, no entendimento de Mattingly (1998, 2000), ou seja, como histórias que são criadas através de **ações** (durante a “performance”), menos que no **discurso** narrativo propriamente dito. Portanto, a narrativa terapêutica é compreendida não como uma forma discursiva distinta da ação e da prática social, mas como um aspecto integrante da prática. Assim, o que acontece entre as trabalhadoras de enfermagem, as puérperas e suas famílias também são entendidas dentro deste mesmo contexto.

As narrativas terapêuticas observadas na vida ‘real’ do Alojamento Conjunto, quando analisadas do ponto de vista da inter-relação com **estas** trabalhadoras e **estas** mulheres tomam a conformação de experiências-próximas, no sentido geertziano, pois um novo conhecimento e uma nova prática advém deste encontro, a partir da compreensão de significados localizados, próprios do contexto terapêutico em que são produzidos. Este padrão foi elaborado observando-se as relações que aconteciam entre trabalhadoras (principalmente as do Centro de Aleitamento Materno, mas também algumas que desenvolvem ações especificamente no Alojamento Conjunto), puérperas e famílias, no desenrolar da prática clínica.

Para facilitar a apresentação do capítulo, apresento duas situações que exemplificam o processo da narrativa terapêutica vivenciada entre os atores sociais, do mesmo modo como ocorreram no campo. O primeiro envolve o encontro entre a trabalhadora Mirtes (técnica de enfermagem) com duas puérperas que apresentavam problemas distintos com as mamas e o segundo refere-se ao encontro da trabalhadora Janaína (atendente de enfermagem) com os pais do recém-nascido portador de lábio leporino.

## SITUAÇÃO 1

Mirtes (técnica de enfermagem do CAM) já está de luvas, esperando-me na entrada do quarto A. Como da primeira vez que a acompanhei, ainda no início do trabalho de campo, veste roupas brancas folgadas, porta crachá, tem os cabelos presos e mantém uma postura ativa e confiante. Além disso, tem uma característica muito singular: está sempre sorrindo e interage com as puérperas e recém-nascidos, colocando-os no centro do cuidado. Mostra-se aberta aos questionamentos, tem paciência e envolve-se no trabalho como se cada binômio fosse único naquele momento.

Diz que a puérpera que vamos encontrar é primípara, o filho nasceu pré-termo e se encontra na UTI neonatal. Já manteve contato com ela de manhã bem cedo e vai retornar para “dar mais uma força”. Também me diz que o nome da puérpera é Marília e que já demonstrou muita vontade de amamentar o filho.

Quando estamos andando pelo corredor do quarto, a puérpera vem ao nosso encontro, em direção ao banheiro, mas diz que está um pouco tonta. Mirtes então a acompanha e retorna com ela para o leito. Diz para que descanse enquanto a puérpera do lado (Carolina) solicita a sua ajuda para esvaziar as mamas. Os seios estão

---

<sup>28</sup> A autora também utiliza os termos “narrativas emergentes”, “práticas narrativas” e “narrativas interacionais” como sinônimos de “narrativas terapêuticas”.

enormes, avermelhados e lustrosos. Parece que vão "estourar" a qualquer momento. Imagino que ela esteja sentindo dor intensa. Percebo que a trabalhadora já conhece todas as puérperas e interage com todas. Estas, por sua vez, chamam-na pelo nome e sabem que ela "tem muito jeito para lidar com as mães".

A técnica chega bem perto de Carolina e pergunta como ela está se sentindo, e a puérpera responde que mamou "bem pouquinho, só isso" (mostrando com o dedo polegar e indicador uma quantidade mínima).

Técnica: só isso? Mas isso (ênfatisa fazendo o mesmo movimento da puérpera) é importantíssimo!

Puérpera Carolina: as minhas mamas estão cheias de leite. Tá desconfortável. Queria que você me ajudasse a tirar, que nem hoje de manhã...

Puérpera Marília: ela ia me atender, mas eu deixo ela ficar com você um pouco...(as duas puérperas brincam pela "disputa" de Mirtes)

Puérpera Carolina: eu ia lá no Centro de Aleitamento, que nem você disse, mas já que você tá aqui, eu prefiro...

Puérpera Marília (dirigindo-se para mim): ela é muito legal! Gente fina! Ninguém quer outra...

Mirtes sorri, meio sem jeito e convida a Carolina para sentar na cadeira. A puérpera pede que ela feche a cortina porque "tem muito homem aí". Antes de começar, peço licença para me apresentar e Carolina me diz: fica aí que tu vai aprender bastante com a Mirtes.

Puérpera Carolina: (tirando as mamas da camisola e expondo-as para que a trabalhadora as observe): acho que estão muito cheias, né? Tenho medo de empedrar...tenho leite pra criançada toda da maternidade, tu não achas?

Técnica: tem mesmo! Quem sabe você não faz isto?

Puérpera Carolina: pode?

Técnica: claro que pode...depois nós falamos sobre isso, está bem?

Puérpera Carolina: tá. Agora me ajuda?

Técnica: vamos trabalhar? (puxando uma cadeira e sentando-se em frente à puérpera, tocando-a com seus joelhos. Enquanto isso, outra puérpera passa por ali, afasta a cortina e diz: "bem que esta voz era conhecida...tudo bem Mirtes?" Tudo, diz ela, como vão vocês? A puérpera diz: "a mil. Valeram os teus ensinamentos. Tá mamando super-bem. Estamos indo para casa. Só queria te agradecer).

Depois de despedirem-se, Mirtes volta-se inteiramente para Carolina, enquanto as duas puérperas vizinhas comentam entre si ( a respeito das que passaram por ali):

Puérpera Marília: esta é aquela do marido, né?

Puérpera Carolina: é...é tão legal, né? Ajuda ela um monte...

Puérpera Marília: ai, ele é coisa mais querida...precisa tu ver Mirtes, abraça ela, faz carinho...

Puérpera Carolina: ajuda ela a amarrar o roupão...tu não imaginas que amor.

Técnica: garanto que os companheiros de vocês não são diferentes...

Puérpera Marília: ah, o meu me ajuda, mas sei lá, é diferente. Ele é diferente.

Puérpera Carolina: parece que ele também teve o filho, me entendes? Ajuda como se ele fosse (dá um intervalo, procurando a melhor expressão)...não só o pai...

Puérpera Marília: mas o marido atencioso que a gente precisa nestas horas.

Puérpera Carolina: é isso aí. O pai, mas também o marido, o companheiro da mãe. O meu ajuda, mas sei lá, é diferente...não é só o nenê, né? É a gente também. Dá vontade de dizer: puxa, mas você é especial mesmo...

Técnica: digam isto para os companheiros de vocês...que tal?

Puérpera Carolina: tá bom, tá bom... vamos esvaziar?

A técnica então coloca um lençol de bebê abaixo das mamas da puérpera e pergunta se ela está confortável. A puérpera concentra-se.

Técnica: (pedindo licença para tocar a puérpera) estão mesmo ingurgitadas...tem um tesouro aí dentro de você....vamos lá. Toca aqui...veja como tem leite. Agora, procura colocar tua mão, primeiramente nesta mama, sente...

Puérpera Carolina: tá tão duro...é por isso que preciso tirar, né?

Técnica: isso mesmo, principalmente para teu neném sugar melhor. Se as mamas estiverem muito duras, ele vai fazer isto aqui, ó (coloca seus dedos em volta da extremidade distal do mamilo e a puérpera sente dor e diz: ai! Dói mesmo.)

Técnica: é isto mesmo...vais sentir dor porque ele não está pegando como deveria. Agora me diz como você sente esta pressão (coloca os dedos em volta da aréola, um pouco mais acima do que fizera anteriormente)

Puérpera Carolina: assim tá legal, eu não sinto dor nenhuma...então é aí que ele tem que pegar, né? Se pega só na pontinha, vai machucar...

Puérpera Marília: é isto que vai dar as rachaduras? Ah, agora eu entendi...

Técnica: é bem aí que vamos trabalhar...temos que esvaziar a partir daí. Eu não vou fazer por você, mas vou te ajudar a fazer.

Puérpera Carolina: ah, eu pensava que tinha que ser só na pontinha. Mas aí eu vou sentir dor

Puérpera Marília: e não vai conseguir tirar... (ela levanta-se do leito, puxa sua cadeira e aproxima-se das duas)

Técnica: então vamos lá...ai, eu esqueci do vidro...não podemos desperdiçar uma gota sequer...mas vamos lá, enquanto eu vou buscar o vidro, você vai fazendo este movimento...faz um "c" com os dedos, assim como estou

fazendo...isso! Você é jeitosa! Olha, tá mandando brasa... (o leite esguicha em suas mãos). Muito bem, vai fazendo devagarinho que eu já volto com o vidro. Olha, nada de fazer isto aqui ó (mostra com suas mãos, um movimento de massagem na base das mamas). Porque que não...se nós trabalhamos até agora aqui, para facilitar a saída do leite, se fizermos a massagem aqui em cima, nós vamos jogar todo este inchaço para a ponta do seio...vai ser mais difícil de sair...

Puérpera Carolina: então não pode ser nem aqui em cima e nem aqui na ponta, tem que ser mais pra cá...

Puérpera Marília: entre a ponta e o resto da teta.

Técnica: é isto mesmo...que facilidade vocês tem para compreender. Vai fazendo assim...sabias que tu podes tirar de 100 a 200 ml de cada vez?

Puérpera Carolina: nossa, tudo isto?

Puérpera Marília: é uma vaca holandesa... (ambas riem)

Técnica: podes tirar sempre que sentir as mamas cheias...tu te lembras daquela tua colega de ontem à tarde?

Puérpera Marília: claro, ela tava mal mesmo...as mamas chegavam a estar brilhantes...

Técnica: e você viu como ficou depois? Fomos trabalhando, trabalhando...até que ela já estava fazendo sozinha. Tem que pensar que, em casa, a gente não estará junto para ajudar, mas se vocês realmente quiserem, é claro que vão conseguir. Não será a gente a fazer...serão vocês mesmas. Que tal pensar que daqui a pouco você vai ser capaz de esvaziar sozinha?

Puérpera Carolina: ela disse mesmo que já estava se sentindo outra depois que você ajudou.

Enquanto a técnica se afasta, as mulheres comentam comigo:

Puérpera Marília: ai, esta moça é super querida

Puérpera Carolina: é um amor mesmo, não há quem não goste dela aqui. Ela é ótima, super competente. Ontem ela me ensinou a fazer a ordenha. Nossa, ela é calma, tranqüila. Eu tava tão triste.

Puérpera Marília: é diferente das outras, sei lá...

Pesquisadora: porque vocês a consideram diferente?

Puérpera Marília: ela é simpática, senta na frente da gente, presta atenção na gente... (os olhos se enchem de lágrimas)

Puérpera Carolina: eu acho que ela não compara a gente, né? Cada um é um...não que eu não admire as outras, mas, sei lá, ela não se importa em deixar a gente perguntar. Não faz tudo rápido...

Puérpera Marília: sabe assim quando a gente se sente importante, valorizada, sem ser só mais uma...me parece que ela tem um jeito especial de prestar atenção no que cada uma tá sentindo.

Puérpera Carolina: não vê agora? Como é que ela tá lidando comigo? Eu acho que sou a única paciente que ela está atendendo. Sei que depois ela vai cuidar das outras, mas não vai me deixar sem respostas, me entende?

Puérpera Marília: é, é isto mesmo. Ela não vai fazendo tudo rapidinho que nem as outras...dá um tempo pra gente pensar...aprender...afinal, a gente nunca foi mãe antes...ela dá atenção pro outro, sabe se expressar pra tirar aquela coisa assim...sabe? Isso é assim, assim e assim, deu... não, ela presta atenção, dá tempo pra gente...

Neste momento, Mirtes entra no quarto e trás nas mãos dois pequenos vidros esterilizados.

Técnica: e então, mais confiante? Nossa, que beleza! Não deixa cair nem mais uma gota no lençol. Coloca este frasquinho embaixo da mama...isto...agora é só continuar com as manobras. Isto...vê quanto leite tu tens?

Puérpera Marília: nossa! Ela vai encher o vidro, logo, logo.

Puérpera Carolina: vai jogar fora?

Técnica: o que...o vidro com o leite? De jeito nenhum...como é que vamos jogar fora um tesouro desses? Se você concordar podemos dar para outra criança que esteja precisando...antes, porém, precisamos pasteurizar, que é para outro bebê poder tomar...aliás, você não quer ser doadora de leite?

Puérpera Carolina: como é que é isto?

Técnica: o Centro de Aleitamento pode ir até a tua casa. Te explico como guardar. Tás sentindo um pouco mais de alívio? Já tem aí uma bela quantidade. Tua mama já está menos endurecida. Sempre que o teu bebê mamar bem, você esvazia a mama que ele mamou menos e coloca dentro do vidrinho. Assim haverá produção de leite, cada vez mais.

Puérpera Carolina: ah, eu gostaria de ser útil pra outras crianças. Que nem aquelas que tão lá no berçário com a filhinha da Marília. Será que todas as mães tem leite?

Técnica: então vamos providenciar isto. Você continua a esvaziar a mama enquanto o teu filho dorme. Depois ele mama na outra. Quem sabe agora nós vamos ajudar a Marília enquanto você continua? Quando acabarmos com ela, vamos fazer os trâmites para que você seja uma doadora.

Puérpera Marília: Hum...que chique...doadora!...parece vencedora! O problema sou eu que tenho tão pouco que não posso nem doar pra minha filha.

Técnica: (botando as mãos na cintura e falando em tom de brincadeira) mas o que é que você está falando Marília? Como não? Tua filha já está mamando...tá certo que ela ainda é prematurinha, mas você vai ver daqui a pouco...

Puérpera Marília: mas é tão pouquinho o que eu tenho...é só gotinha...eu não tenho leite pra encher este vidro. Olha, o dela já tá pela metade...

Técnica: não tem um ditado que diz que a galinha de grão em grão enche o papo? Aqui nós invertemos a situação. De gota em gota nós enchemos um vidro...o que é que tu achas?

Puérpera Marília: ai, Deus te ouça

Técnica: Deus te ouça não...nós mesmo é que temos que nos ouvir...ele só dá uma forcinha.

Puérpera Marília: mas não vai dar pra encher este vidro.

Técnica: e se enchermos uma tampa? Não dá no mesmo? De qualquer forma você pode dizer: hoje eu enchi uma tampa! Amanhã, quem sabe, dirá: enchi um terço do vidro. Depois vai dizer: enchi a metade de um vidro!!

Puérpera Marília: não sei...hoje, pelo menos, eu só posso pensar em gotinhas e isto é quase nada.

Técnica: disseste bem: quase nada (enfaticamente o "quase"). Se tem o "quase" é porque não está vazio.

Puérpera Marília: ai, meu maior medo era de não ter leite.

Técnica: ok. O medo não se concretizou. Tá aí o leite. Vamos por o pé na estrada?

Puérpera Marília: (dá uma gargalhada sonora e se posiciona tirando o soutien. Fica segurando o vidro nas mãos, olha pra ele desconfiada) vamos lá então. Mas vamos com calma que o santo é de barro. Meu seio é tão pequeno...

Técnica: (sentando-se numa cadeira em frente à puérpera): você já ouviu falar que é nos pequenos frascos que se encontram os grandes perfumes?

Puérpera Marília: nossa, você é que nem eu...pelo jeito gosta de ditados.

Técnica: é? (meio sem jeito)...então vamos ver qual deles vamos usar agora?

Puérpera Marília: escolhe você.

Técnica: (fechando os olhos, concentrando-se) que tal...uma moeda não vale quase nada, mas uma mais uma já dá pra se pensar e uma, mais uma, mais uma,....já temos um pequeno tesouro?

Puérpera Marília: este eu não conheço...

Técnica: mas vamos criá-lo então! Topas?

Puérpera Marília: tá bom. Vamos lá.

Técnica: primeiro passo-abrir o vidro e segurar a tampa.

Puérpera Marília: mas assim não vai dar. Não vou conseguir encher este vidro!

Técnica: mas quem falou em vidro?

Puérpera Marília: ah, só a tampa? Ah, agora ficou melhor. Vamos encher a tampa?

Técnica: uma moeda, mais uma...

Puérpera Marília: (sorrindo) tá bom...

Técnica: uma moeda de cada vez. Qualquer gotinha é uma moeda de ouro que você estará dando pro teu filho...

Puérpera Marília: tá bom, deixa eu tentar sozinha...já vi você fazer nela (na puérpera vizinha). Agora eu acho que já sei. (e começa a realizar as massagens. Leva alguns minutos preparando a mama, mas desconsola-se quando percebe que não há saída alguma de colostro). Difícil, não sai nada...

Técnica: não te compara com ela. Aquele é o tesouro dela. Vamos procurar o teu? Relaxa...isto, solta bem os ombros, fecha os olhos, pensa na tua filha que vais amamentar daqui a pouco...pensa que ela vai começar a sugar...pensa que ela vai crescer com a melhor herança que podes dar...uma moeda de cada vez...

Puérpera Marília: vamos tentar de novo. Faz pra mim aquele "c" com as mãos, acho que eu não faço a pressão certa. Tenho medo de machucar.

Técnica: (tocando a mama esquerda da puérpera e posicionando os dedos) olha, quem disse que o tesouro não está escondido aqui? O que é isto?

Puérpera Marília: (olhando incrédula para a única gota de líquido esmaecido que sai da mama). Nossa, é mesmo. Tá saindo, tá saiiindo.

Técnica: não deixa cair, bota a moeda na tampa...isso! Vai lá, movimentada, isto...

Puérpera Marília: mais uma

Técnica: vê se tu consegues botar os teus dedos mais em cima da pele escura. A pele branca ainda está muito frágil e tu podes machucar. Ótimo. Vai tirando as moedinhas...sem pressa, estas gotinhas são tão preciosas...qualquer quantidade é um tesouro para a tua filha.

Puérpera Marília: é doce o leite né?

Técnica: queres provar?

Puérpera Marília: (com o olhar assustado) será que posso?

Técnica: e porque não? Você está dizendo que é doce porque a mão tá ligando?

Puérpera Marília: é, acho que caiu uma gota nos meus dedos. Mela, né?

Técnica: é pra ver como tem gordura e proteína. Não é um verdadeiro tesouro? Coloca uma gota na tua língua.

Puérpera Marília: ui, será? Deixa eu ver...hum...não tem gosto de nada.

Puérpera Carolina: (que presta atenção a tudo e toma coragem para provar o seu) eu sempre tive curiosidade, mas não tenho coragem.

Técnica: coragem? O leite não vem de ti? Vai lá, mata a curiosidade. Pergunta pro teu filho se ele não gosta...olha tá acordando. Parece que nos ouviu.

A puérpera coloca um pouco de leite na ponta da língua (fecha os olhos e faz cara de nojo). Logo que sente o gosto, desfaz o semblante e diz: não é doce, mas também não é amargo...mas é tomável.

Puérpera Carolina: olha, acordou (o filho que dormia no berço)

Técnica: pois agora chegou a hora de dar de mamar. Olha como teu filho chora...podes fechar o frasco.

Puérpera Marília: nossa, ela tirou mais de meio vidro.

A puérpera Carolina pega o filho do berço e posiciona-o no colo, oferecendo-lhe a mama que ainda não havia sido ordenhada. O bebê logo abre a boca e se põe a sugar. Enquanto isso, Marília faz um enorme esforço para retirar o leite, gota a gota. Concentra-se na atividade. Mirtes volta-se para ela e diz para que não force muito. Solicita que tire as moedas da outra mama, diz mais algumas palavras de incentivo e deixa a puérpera fazendo a ordenha. Fala que voltará dentro de 30 minutos para "avaliar o tesouro".

Enquanto seguimos em direção ao Posto de enfermagem, a mãe de uma puérpera que é portadora de autismo vem agradecer à Mirtes pelos "ensinamentos e pelo grande apoio" que receberam durante o período de internação. Preparam-se para a alta.

## SITUAÇÃO 2

São 10 horas da manhã. Janaína, uma das atendentes de enfermagem do Centro de Aleitamento Materno vai até o quarto C onde há uma puérpera que deu à luz durante a noite; portanto, há 8 horas. Segundo ela, "as funcionárias do Alojamento me pediram para dar uma força porque os pais estão muito preocupados. Parece que é uma adolescente que teve o primeiro filho e nasceu com lábio leporino. Já tiveram orientação médica, sabe que ela pode dar de mamar, mas está muito insegura".

Antes de entrar no quarto Janaína lê o prontuário da puérpera e da criança, verifica a idade da mulher (17 anos), anota seu nome e o do pai num pequeno pedaço de papel. Vai até a sala de banho e pergunta à responsável pelo quarto se o bebê já recebeu a higienização. A funcionária diz que sim, mas que precisa "ajudar na amamentação porque eles (os pais) tão muito nervosos". Janaína pergunta ainda se eles já receberam alguma orientação específica e ela responde, perguntando: "da amamentação? Não. Eu só disse que tinha te chamado e eles estão te esperando. Só orientei do banho".

Janaína vai até o leito. A mãe (Júlia) segura a criança no colo e mantém os joelhos dobrados, recostada na cama. Quase que não vimos o bebê. Parecia escondido no colo materno. Júlia é ruiva, esguia e alta e não sorri em momento algum. O pai do bebê está sentado na cadeira e parece entreter-se com a puérpera do leito ao lado, que penteia o cabelo da filha com uma pequena escova, adaptando um enorme laço de fita cor-de-rosa.

Janaína apresenta-se dizendo seu nome e que é funcionária do Centro de Aleitamento. O pai levanta-se e diz: "a gente tava mesmo te esperando".

Atendente: o teu nome é Júlio, né?

Júlio: é. Você já sabe?

Atendente: claro, e o teu (para a puérpera) é Júlia. Fazem um belo par: Júlio e Júlia!

Júlio: (sorrindo) é quase uma dupla sertaneja.

Atendente: como é que vocês estão passando?

Júlio: assim, assim, meio perdidos com os acontecimentos. Ele (o filho) nasceu assim com um...como dizer...

Puérpera do leito ao lado: um defeito no lábio.

Júlio: é, lábio de lobo.

Atendente: uma pequena fenda labial.

Júlio: é. Mostra Júlia.

Só então é que a mãe estica as pernas, segurando o bebê nos braços, firmemente colado ao peito.

Atendente: posso segurar um pouco? Que forte ele é.

Júlio: ainda bem, porque não vai ser fácil.

Atendente: o pediatra já conversou com vocês?

Júlio: ela saiu daqui faz pouco.

Atendente: o que falou pra vocês?

Júlio: ah, que era um pequeno defeito que ele tinha. A gente já tava esperando, mas é difícil, né? Tinha ainda uma esperança que não fosse defeituoso.

Atendente: (passando as mãos nos cabelos e no rosto do RN e acolhendo-o ao peito) ele é tão rosado, e nasceu com um bom peso. Certamente foi muito esperado não é Júlia?

Júlia: é...(permanece c/ o semblante preocupado) mas tá difícil de dar de mamar. Eu tenho medo que ele se afogue.

Júlio: a médica já disse que não tem problema, que ele vai mamar bem, mas ela não se conforma...nem deixa o nenê chupar direito, logo tira...

Júlia: tenho medo! (chora)

Algumas puérperas estão no corredor e procuram aproximar-se demonstrando curiosidade. Janaína pergunta se ela está bem para andar e os convida a acompanhá-la até o CAM. O marido então ajuda a esposa a

levantar, enquanto a trabalhadora leva o bebê no colo e informa à responsável pelo quarto que está indo com a família no Centro. Caminham lentamente pelo corredor. O bebê é grande (quase 4 quilos) e apresenta uma pequena fenda labial à esquerda do lábio superior. O comprometimento anatômico parece ser em nível de mucosa, não havendo deformidade aparente que comprometa o nariz ou o palato. De qualquer modo, a imperfeição é visível e, seguramente, necessitará de reparo cirúrgico posterior.

Ao chegarem ao destino, Janaína diz para que se sentem onde quiserem e onde se sentirem mais confortáveis. Júlia acomoda-se com todo o cuidado em uma pequena poltrona e Júlio puxa uma cadeira, sentando ao seu lado. Permanece com os braços nos ombros da companheira.

Janaína, ainda com o bebê no colo, senta-se em frente ao casal. Continua a acariciar o bebê, cujos olhos estão absolutamente abertos e atentos. Roça a mão na região perioral da criança e a mesma responde ao estímulo, voltando a face para o local tocado. O pai sorri, Janaína também. A trabalhadora solicita então que o pai pegue a mão do bebê e coloque próximo aos lábios do mesmo. O pai segue as instruções e ri com gosto quando percebe a reação do filho.

Júlio: ele tem fome...(olhando para Júlia que não parece ter o mesmo ânimo).

Atendente: Júlia, me fala como você está se sentindo...confia em mim. Vou ouvir o que está te preocupando. Vamos precisar de tua colaboração...você é mais importante do que nós dois juntos (referindo-se a ela e ao Júlio). Não vamos conseguir amamentá-lo.

Júlio: ela sempre se preparou pra dar de mamar...

Atendente: é mesmo? Conta um pouco pra mim, Júlia. Você tem vontade de dar de mamar?

Júlia: sim, eu queria muito.

Atendente: queria?

Júlia: mas agora...(silêncio prolongado)

Atendente: agora continua como antes: há uma mãe que quer dar de mamar, um pai atencioso e um filho louco pra sentir o teu leite e o teu carinho...e vai precisar do leite e do carinho daqui pra frente. Este é o começo de uma história que vai ter um final feliz.

Júlia: é, eu espero. Mas eu queria que ele fosse normal.

Atendente: e não é? Possui apenas uma pequena fenda que vai ser fechada por uma cirurgia daqui a pouco tempo...

Júlio: a médica explicou...

Atendente: como é o nome dele?

Júlia: vai ser Cláudio.

Atendente: (voltando-se para o bebê)- e então Cláudio? Bonito nome. Vamos mostrar o quanto você é forte e saudável? (coloca as mãos do bebê em contato com os lábios e o mesmo suga. Pela primeira vez a mãe esboça um sorriso).

Júlia: e se ele ficar desfigurado?

Atendente: daqui pra frente ele só vai melhorar...não tem como ficar desfigurado. Ele é um bebê bonito que precisa de um recurso cirúrgico para fechar o lábio, mas isto não torna o bebê problemático, não concorda comigo? Ele vai crescer saudável com a ajuda de vocês. Eu já percebi que ele é bem-vindo e olha aqui como ele se sente importante fazendo parte desta família! (levanta o bebê, colocando-o com o rosto voltado em direção à mãe)

Júlia: ele é bonitinho, né? (esboça um sorriso)

Júlio: é lindo e vai ficar ainda mais (cheirando os pés do filho). Dá ele aqui pra mim.

Atendente: Júlio, o que é que te preocupa no cuidado com o nenê?

Júlio: muitas coisas, mas eu sinto que vou superar. Sei que ele tem um defeito, não posso negar, está aí, no rosto dele e a gente vê toda a hora. Mas eu acho que vai ficar melhor e que ele vai ser normalzinho. Eles vão fazer a cirurgia no Hospital Infantil, mas a médica disse que ele precisa estar bem saudável pra ir pra cirurgia.

Atendente: e isto inclui a amamentação...o carinho...olhem como ele é ativo!

Júlio: é, sem dúvida...mas nós vamos aprender a dar de mamar né Júlia?

Júlia: depois da cirurgia ele vai conseguir parecer normal?

Atendente: é claro. A cirurgia plástica está muito avançada. Hoje as crianças ficam com uma aparência perfeita, podem aprender normalmente, ir à escola, comer, beber e fazer tudo sem problemas. Quando vocês receberem alta, vocês já irão com o encaminhamento para o cirurgião...vai dar tudo certo. Você quer me perguntar mais alguma coisa Júlia?

Júlia: não, você quer examinar os meus peitos? Já tem leite.

Atendente: já? Mas isto é uma maravilha...já é uma pequena parte do tratamento pro Cláudio se recuperar bem. Queres tirar a parte de cima da camisola? Tire o soutien também, assim a gente fica mais livre, né?

Júlia despe a roupa enquanto o pai acaricia a cabeça do filho. A atendente diz: mas que seios bonitos! Os mamilos são perfeitos!

Júlia: você acha? Será que ele vai conseguir?

Atendente: claaarooo! Você vai ver como.

Janaína coloca as luvas dizendo que este é um procedimento corriqueiro e que ela não precisaria ficar assustada e então pede permissão para tocar as mamas. Logo no primeiro toque há ejeção láctea e a puerpera ri, visivelmente satisfeita. O pai diz ao filho: vais mamar pequeno, vais mamar! Vai começar o tratamento!

Júlia: será que ele não vai se afogar?

Atendente: por que você pensa assim?

Júlia: sei lá. Pode não conseguir engolir...

Atendente: não te preocupa que o lábio não vai interferir na deglutição. Vou te ensinar uma posição bem legal pra você poder 'ficar' com ele...

Júlia: ficar?

Atendente: é, não é assim que vocês dizem? Quando se namora não é 'ficar'?

Júlia: (sorrindo) é...tá bom, vamos ficar...

Júlio: agora nós vamos 'ficar' em três.

Júlia: (para a atendente) quer botar ele agora?

O pai entrega o filho à Janaína, que retira o excesso de roupas do bebê e o coloca sobre um pequeno travesseiro, no colo da mãe. A mãe acolhe o filho, passa o dedo indicador na fenda labial. Pára repentinamente.

Atendente: o que é Júlia, alguma dor? (a mãe faz que não com a cabeça) Então vamos em frente. Lembre que a partir de agora vamos iniciar o tratamento. Estás pronta? Júlio, faça carinho nos pés do bebê. Imaginem como ele ficará bem depois de todo o tratamento completado...não faz muito tempo eu tive aqui com um casal que tinha um filho com uma fenda bem maior e sabes que encontrei com eles, um dia, na rua, e o bebê nem parecia que tinha nascido com aquele problema?

Júlio: ah é...era normal?

Atendente: perfeito! Tagarelava que só Deus sabe! (o casal ri, entreolhando-se).

Júlia: que bom né?

Atendente: você também deseja que o Cláudio cresça saudável né Júlia?

Júlia: claro! É o que eu mais quero.

Atendente: então, vamos amamentar? Leva ele novamente ao seio e imagina um futuro feliz. Vamos fazer isto por partes?

A mãe aproxima a criança do seio. Realmente parece disposta a enfrentar a situação. Janaína ajuda fazendo uma prega na parte posterior do mamilo e leva a mama à boca da criança. Custa algum tempo para que o recém-nascido apreenda o mamilo e a aréola. Enquanto isso o pai permanece fazendo carinho nos pés e pernas da criança e Janaína fala ora com Júlia, ora com o bebê, incentivando e reforçando a ação com palavras positivas: "isto mesmo"; "assim vai bem"; "sinta o cheiro"; "pense positivo". Quando a criança começa a realizar movimentos mais firmes e compassados, a mãe sorri, acariciando os cabelos do bebê. Depois de uns 10 minutos, uma pequena quantidade de leite sai pela fissura. A mãe, repentinamente, tira o seio da boca da criança, que começa a chorar. A trabalhadora sugere que o pai segure o bebê em posição supina. A mãe diz: "eu não disse? Ele vai se afogar!"

Atendente: calma, calma, o leite que saiu era esperado. Isto acontece com todos os bebês. Não significa que ele vai se afogar, mas vamos tentar uma técnica diferente que vai melhorar. Agora que já pegou vamos investir na posição.

Júlio: ele arrotou.

Atendente: bom, bom, sabes o que isto significa?

Júlia: o que?

Atendente: que ele é absolutamente normal. É bom que faça isso. Todos os bebês colocam o ar que engoliram para fora. Olha só, Júlio. Esta maneira de segurar o nenê facilita muito. Já está pronto pra mamar de novo.

Júlia: será que já não é suficiente?

Atendente: a gente só vai saber se colocar de novo. Vamos lá, não precisa ter pressa. Relaxa um pouco (toca nos ombros da puerpera). Nossa, como este músculo está tenso! Fecha um pouquinho os olhos e solta os ombros. Isso! Agora sim. Vamos recomeçar?

Janaína solicita que a puerpera abra um pouco as pernas e então encaixa o recém-nascido ali, de modo que ele fique o mais em pé possível. Incentiva a mãe a abraçar o bebê e a oferecer o seio. A criança parece gostar da nova posição e, de imediato, abre a boca e põem-se a sugar. A mãe também diz que "de pé é melhor". O recém-nascido mama por mais 10 minutos e depois dorme profundamente. O pai coloca-o para "arrotar" e diz que de pé não sai leite pela fenda. Ambos estão mais tranquilos e perguntam se podem chamar por Janaína quando precisarem, principalmente na próxima mamada. A atendente coloca-se inteiramente à disposição e diz que se ela não estiver, que qualquer uma das funcionárias do CAM poderá auxiliá-los. Finaliza dizendo: vocês ainda ficarão por algum tempo aqui no alojamento. Agora foi só o começo. Vamos ensaiar mais algumas vezes até a alta. Vocês vão ver que sairão daqui mais seguros".

### 10.3.1 O CUIDADO EM MÚLTIPLAS DIMENSÕES

Embora a vivência do período puerperal seja um tempo de renovação, de esperança e de alívio pela chegada quase sempre gloriosa de um novo ser humano na família, as trabalhadoras sabem e inclusive esperam que algum grau de sofrimento será experienciado pelas mulheres. Em suas interpretações, a mulher, embora esteja numa fase passageira, tem à sua frente várias dificuldades atuais ou potenciais que precisarão ser enfrentadas. Tais dificuldades podem tanto estar relacionadas com o processo de amamentação (talvez o mais comum deles) quanto com as inexperiências próprias de quem está vivenciando um novo papel e uma nova situação de vida (ter um filho para cuidar, por exemplo). Seus depoimentos confirmam estas expectativas:

*“...seja amamentar porque acha que tem pouco[leite], seja porque o nenê dorme o tempo todo, ou porque ela tá com qualquer dificuldade. A mãe sofre pra amamentar. É um verdadeiro drama!” (Lia).*

*“As mães, principalmente quando se preparam para a amamentação e nem tudo corre como elas desejam, elas muitas vezes desabam, caem, se frustram...é um período duríssimo para ser enfrentado”(Mirtes).*

*“Ela está tendo o primeiro filho. Não tem experiência, sabes? Às vezes até uma múltipara com fissuras enfrenta melhor do que uma primípara que não tem. É a primeira vez e a primeira vez sempre é difícil”(Zulmira).*

*“Tu sabes que a mulher, quando chega lá no CAM, ela já tá muito sofrida, sabes?[...] aí tu tens que reverter a situação e não é fácil reverter porque elas tão muito sofridas”(Lia).*

A experiência de sofrimento colocada em cena pelas puérperas ou seus familiares revela, por sua vez, que o período pode ser turbulento e com sérias conseqüências para a vida atual e futura:

*Puérpera Rúbia: eu estou um pouco tonta.*

*Técnica Alda: eu sei...por tudo, né?*

*Puérpera Rúbia: você sabe porque ela morreu? Era uma menina tão grande! Eu vi ela roxinha, roxinha... toda mole. Me disseram que ela tava sem vida. Eu já tava esperando pelo pior mesmo porque fui na médica consultar e ela me disse que o neném tava em sofrimento. Foi tudo muito rápido. Até ontem eu tinha uma menina saudável e agora... (lágrimas). Mas ela parou de se mexer (Extratos do Diário de Campo).*

*A puérpera diz o tempo todo [...] ai meu Deus! Afasta-se do bebê, dizendo: “eu não vou conseguir, não consigo botar a mão aí (no coto umbilical do recém-nascido para a realização do curativo). Não consigo!...tenho medo. Não quero, não posso! (leva as mãos à cabeça e procura um lugar para sentar. Não acha e senta-se no chão). A criança chora. Simone, técnica de enfermagem, solicita que eu segure a criança por alguns instantes. Vai até a entrada do quarto, traz uma cadeira e, ao retornar, fecha a porta da sala. Auxilia a puérpera a levantar-se e sentar na cadeira.*

*Puérpera: pelo amor de Deus enfermeira, não me faça fazer isto! (enxuga, com a gaze, o suor que escorre da testa) (Extratos do Diário de Campo).*

*Júlio (Pai do bebê): a gente não sabia mais o que fazer, tava muito perdido. A Júlia então...ela não aceita que o menino nasceu com aquele problema. Ela não queria dar de mamar e eu já estava muito preocupado porque ela dizia que ia sair leite por aquela flechinha (referindo-se ao lábio leporino do filho).*

A questão principal que se apresenta para as trabalhadoras, frente a tais problemas, é como oferecer suficiente esperança para a família e principalmente para as puérperas, de modo que os esforços para superar os obstáculos tornem-se significativos e suportáveis (MATTINGLY, 1994). São vivências pungentes que podem ter grande ressonância cultural, social e importante profundidade fenomenológica, como argumenta Mattingly (2000).

Ao se envolverem com os sujeitos que referem a necessidade explícita de serem cuidados, as trabalhadoras preocupam-se não apenas com o conforto e a solução de problemas físicos, mas com as pessoas em suas múltiplas dimensões. Um cuidado, por conseguinte, que poderíamos chamar de multidimensional. Reconhecem que o puerpério é um período duro de ser enfrentado e que nem sempre são somente as técnicas intervencionistas de ordem instrumental que aliviam o sofrimento, mas principalmente a utilização parcimoniosa de ações que envolvem *“ter algo a mais para dar”* (Lia), como o afeto e a renovação das esperanças de vida. Como diz Mirtes, técnica de enfermagem, muitas vezes *“é o ombro amigo, a mão que afaga, o ouvido que percebe além da técnica”*, ou como diz Lia, atendente, *“precisa cuidar da alma, dos aspectos psicológicos”*. Tais condutas estão profundamente relacionadas à interação entre trabalhadoras e clientes.

Muitos exemplos do cuidado multidimensional observado no campo referem-se a situações em que a puérpera apresenta problemas relacionados à amamentação. As interpretações feitas pelas trabalhadoras sobre o cuidado que deve ser colocado em prática revelam que a dor da mama (no caso de fissuras, ingurgitamentos, inflamações) pode ser a “dor da alma”. Entendem que a mulher precisa se sentir segura para ultrapassar o período ou a situação adversa e que o cuidado não está confinado ao corpo físico. Concebendo desta maneira, podemos dizer que não vinculam a amamentação à visão biologicista, que reduz a mulher quase que exclusivamente ao seu potencial de lactação e mascara a multidimensionalidade da ‘mulher’ (ser humano e ser social) que amamenta:

*“A ajuda tem que ser integral, não pode ser só a mama. Tem que ser a mulher em seu todo, inclusive na parte emocional”* (Mirtes.)

*“Nem sempre é só tirar a teta e ir distribuindo leite como se fosse um saco. É uma mulher que está atrás da mama”* (Zulmira).

Os reflexos positivos desta abordagem transparecem nos depoimentos das próprias puérperas: *“ela tava inteira comigo, me amparando, me tratando do corpo e do espírito”* (puérpera Eliane).

As trabalhadoras igualmente preocupam-se em contextualizar a assistência, buscando os significados que as mulheres atribuem às experiências com a amamentação e procuram

reforçar o cuidado expressivo, muitas vezes, ultrapassando as rotinas estabelecidas pelo trabalho imanente da clínica. Tais rotinas são flexibilizadas tomando-se como base as variações sociais, culturais e pessoais apresentadas pelas mulheres nutrizas.

A atendente Lia revela esta preocupação num encontro ocorrido entre ela e a puérpera, em um dos quartos do Alojamento Conjunto:

*"...cheguei no quarto e ela (a puérpera) tava sentada, mas chorando, chorando, chorando...14 anos ela tinha. Ele (o pai do bebê) também, bem novinho. Cheguei e ela se lavava de lágrima. Perguntei: o que foi querida...o que é que você está sentindo, conta pra mim... mas aí mesmo é que ela desabou. Dizia: 'meu seio tá todo machucado'. Eu então, preocupada, examinei e não notei nada assim preocupante ou que pudesse dar tanta dor física. Não tinha uma fissura. Me disse que não tava colocando o nenê porque sentia muita dor. Aí eu falei pra ela: deixa eu tocar. E quando fui tocar ela já deu um grito como se desse uma agulhada. Deu um grito que até eu me assustei. Aí eu fiquei assim, mas não perdi o controle. Falei com calma: doeu muito minha querida? Ah, diz ela, 'porque vai doer'...mas não doeu ainda, né? Falei pra ela. Ela repetia: 'mas vai doer, eu sei que vai doer. Eu to com medo'. Ela se retraía toda e não deixava tocar. Aí eu disse: sabe de uma coisa? Fecha a camisola e vamos conversar. Fiquei meia hora ali com ela só conversando. Descobri que pra ela a amamentação era sinal de dor e de sofrimento. Achava que só ia ter sofrimento a coitadinha. Eu entendi que aquela não era a hora de fazer nada. Eu disse: olha, você só vai dar de mamar quando estiver convencida de que é uma coisa boa pra vocês dois. Vamos dar o complemento agora. Tu vais dormir, descansar...dorme bastante hoje de noite que amanhã de manhã cedinho eu vou estar no Centro de Aleitamento. Nós vamos começar um tratamento contigo bem devagarinho, pra que você não sinta nada"(Extratos de Entrevista).*

A contextualização cultural é uma referência importante para estas trabalhadoras também em outras situações, como por exemplo, na seguinte observação realizada no Alojamento Conjunto, durante a realização dos cuidados de higiene corporal do recém-nascido:

*Simone (técnica de enfermagem): diz pra mim quem é que vai te ajudar em casa.*

*Puérpera Alice (sentada em uma cadeira): ninguém. Eu sei que tenho que enfrentar sozinha. Faço tudo, só não mexo aí.*

*Simone: do que é que você tem medo?*

*Puérpera Alice: nem sei [...] de tocar, tenho muito pavor.*

*Simone: mas...*

*Puérpera Alice: é que dizem que o nenê pode pegar ar.*

*Simone: vamos lá, temos que conversar um pouco sobre isso. Aonde você aprendeu?*

*Puérpera Alice: lá onde eu morava...*

*Simone: e porque é que o umbigo pode pegar ar?*

*Puérpera Alice: se a gente não sabe mexer ele pode morrer né? [levanta-se da cadeira, rói as unhas].*

*Simone, que estava acocorada, levanta-se junto com a puérpera e diz: "venha cá, me dá um abraço". A puérpera se agarra em seu pescoço e cai num choro profundo. A técnica incentiva a chorar, enquanto permanece abraçada à ela. Após algum tempo, a puérpera volta a senta-se na cadeira.*

*Simone: você fez as consultas no pré-natal?*

*Puérpera Alice: fiz no posto.*

*Simone: alguém falou sobre os cuidados com o umbigo?*

*Puérpera Alice: acho que não...*

*Simone: vou realizar o curativo de modo que ele não pegue ar. Queres ver? Eu faço bem devagar. Você não precisa fazer nada. Só observar. Que tal?*

*Puérpera Alice: não preciso mexer?*

*Simone: não, não precisa. Eu faço. Faz carinho no teu filho enquanto eu cuido do umbigo.*

*A trabalhadora repousa suavemente o RN sobre o pequeno colchão, enquanto abre o pacote de gazes. Explica à puérpera que o álcool que vai colocar ali serve pra secar o umbigo. "Assim", diz ela, "quanto mais você colocar o álcool, mais rápido o cordão vai cair e menos possibilidade tem do umbigo pegar ar"*

*Puérpera Alice: [puxando a cadeira mais para perto do balcão] É?*

*Simone: claro! A gente faz isto com todos os bebês e eles não pegam ar. Ficam logo sequinhos.  
 Puérpera Alice: daí o ar não entra, né? Será que amanhã já tá seco? (Extratos do Diário de Campo)*

A preocupação é com a ‘pessoa que sofre’ e não somente com as suas necessidades físico-biológicas. Isto pôde ser observado, por exemplo, numa situação em que a trabalhadora ajuda a puérpera a atribuir algum sentido para a dura realidade vivida, enquanto instala a fluidoterapia em uma mulher que acabara de perder o filho, após nove meses de espera. As questões emocionais envolvidas na narrativa terapêutica com a mulher que se percebe atônita em tal situação são enfrentadas pela trabalhadora de modo pungente, pois observa-se que ela está a buscar forças para auxiliar na transposição do limiar de desespero da puérpera, mesmo considerando a si mesma como “*constrangida e despreparada*”(Alda) para atuar.

Luz et al (1989) sustentam que se os profissionais de saúde, na maioria das vezes, não se sentem preparados ou fortalecidos para enfrentar as mortes inelutáveis que acontecem nos hospitais, com muito mais razão se posicionam quando estão frente à morte fetal: uma expectativa de nova vida que se vê consumida. A oportunidade oferecida à puérpera para falar sobre sua dor e suas aflições diante do luto inevitável é considerada pela trabalhadora como uma ferramenta importante da narrativa terapêutica, onde a terapeuta atua como uma “espécie de tradutora cultural, no sentido de ajudar os clientes e às suas famílias a elucidar seus idiomas de sofrimento” (DI NICOLA, 1998, p.XV).

Em suma, ao desenvolverem o cuidado, as trabalhadoras incluem como ‘dados’ significativos para a ação, tanto as histórias sociais das puérperas e famílias, quanto os estados emocionais e a vida vivida fora das paredes do hospital. Certamente que as lentes objetivas do cuidado profissional são usadas de modo ininterrupto – e para isto basta observar o modo hábil com que intervêm nos problemas de ordem física e biológica das mulheres aliviando, por exemplo, as sensações físicas desconfortáveis e contribuindo para o alívio dos sinais e sintomas das patologias que acometem as mulheres e os recém-nascidos, avaliados inclusive de forma objetiva através das respostas orgânicas que apresentam após a intervenção destas trabalhadoras (o recém-nascido que passa a mamar, os traumas mamilares que deixam de existir, o alívio dos ingurgitamentos e a prevenção de mastites, por exemplo) – mas as lentes subjetivas permanecem, de igual modo, ininterruptamente atentas para observar a experiência que estas mulheres e suas famílias possuem e como se sentem em relação ao processo. Lentes que não são consideradas por elas menos ‘científicas’ que a abordagem da biomedicina, e que promovem uma construção diferenciada que localiza os processos biológicos dentro dos contextos mais amplos de vida.

A avaliação feita pelo marido da puérpera, após o encontro com a trabalhadora que auxiliou o casal a enfrentar o nascimento do filho com mal-formação, mostra as influências multidimensionais do cuidado prestado:

*“É como a Janaína [atendente] disse: este é o início do tratamento, né? Eu sei que ainda vai levar um tempo, mas a gente não pode ficar esperando, esperando e angustiado, angustiado...o Cláudio [filho] chegou e quer ser amado...ele não sabe que tem um problema no lábio. É como ela falou, ele quer afeto, né? É a gente que tem que dar e eu entendi muito bem que isto é importante pro tratamento. Ela é muito legal” (Júlio).*

Assim, tranquilizar, transmitir segurança, “dar o tempo”, dar carinho, ajudar a “desbloquear” e ajudar a “reverter o quadro” são considerados pelas trabalhadoras como instrumentos e ações que auxiliam na superação do sofrimento e no alívio dos sintomas do corpo físico, social e cultural da mulher, do recém-nascido e da família.

### 10.3.2 O TEMPO NARRATIVO ULTRAPASSA OS TEMPOS DA CLÍNICA

O cenário hospitalar tem sido considerado como um ambiente poderosamente restritivo em termos de troca de experiências, negociação de saberes, práticas educativas dialógicas, relações de poder, e para a permanente troca que deveria acontecer entre as esferas do viver social e do viver institucional. Estas restrições estão pontuadas de modo mais ou menos intenso na grande maioria dos hospitais, considerados “instituições totais” (GOFFMAN, 1999), que funcionam como verdadeiras barreiras utilitárias ou simbólicas ameaçando possíveis crescimentos mútuos, tanto dos profissionais, como dos clientes.

A racionalização dos valores médicos e da estrutura autoritária é internalizada pelos trabalhadores institucionais e pode ser percebida, nas relações entre profissionais e clientes, através do que Kleinman (1988) denomina de “burocracia do cuidado”. Tal burocracia está presa às normas, às regras institucionais e à cultura da competência biomédica que leva a que o tempo clínico seja expressado em termos pragmáticos, em detrimento das experiências humanas envolvidas no processo terapêutico.

Para Mattingly (1998), o mundo do hospital opera em dois tempos, sendo que quase sempre e na maioria das vezes, o primeiro sobrepuja o segundo. O “tempo clínico” é considerado pragmático, baseado em evidências, em protocolos, na objetividade, na competência em descobrir fatos que auxiliem no diagnóstico e tratamento, bem como na inflexibilidade das rotinas. É o tempo da rapidez e da eficácia, paradigmaticamente expresso no tempo do médico e de alguns outros trabalhadores do hospital que precisam dar conta das tarefas a serem desenvolvidas, no ‘menor tempo possível’, uma vez que o tempo custa caro.

O “tempo narrativo”, por sua vez, é o tempo que toma lugar num espaço altamente transacional no qual as condutas de ambas as partes são determinadas por expectativas de

socialização e de reconhecimento pelas individualidades e subjetividades. Esse tempo é o tempo humano das pessoas internadas, dos clientes, mas também, em algumas situações e contextos, de alguns profissionais de enfermagem que enfatizam o lado metafórico e fenomenológico do cuidado em saúde, “examinando as interações clínicas como transações entre o mundo da biomedicina e o mundo da vida dos pacientes” (MATTINGLY, 1998, p.20, tradução nossa).

As observações e análises feitas em momento anterior deste trabalho, revelaram que o tempo das trabalhadoras, no contato com as puérperas e suas famílias, estava impregnado pelo tempo objetivado no relógio, o tempo cotidiano, o tempo das rotinas de trabalho propriamente ditas e que pouco acrescentam para o fortalecimento das relações terapêuticas. No entanto, a convivência com outras trabalhadoras e a observação criteriosa ‘por cima dos ombros’ das condutas cotidianas não criativas, revelou diferentes perspectivas de temporalidade, a exemplo das manifestações verbais da atendente Lia e da técnica Mirtes:

*“Muitas [trabalhadoras] não estão preocupadas se a mãe ou a família não sabem...querem logo acabar aquilo que estão fazendo. Se é assim, então eu acho que não se preocupam, não agem querendo mesmo ensinar. Fazem porque precisa ser feito...como rotina, né? Eu acho que se eu agisse só por rotina eu não ia nem perceber que eu também podia aprender com aquilo, e sabe de uma coisa? Além de tudo, viraria um saco só. Tudo do mesmo jeito” (Lia).*

*“[as ações que desenvolvo] me ajudam a entender como a mulher se sente e também a dar o tempo que cada mulher precisa. O tempo deve ser aquele que é o de cada um e não o da instituição, tu me entendes?” (Mirtes)*

Sim, é possível entender que para estas trabalhadoras o tempo narrativo ganha contornos de excepcionalidade, de vivência extraordinária. Um tempo que, ao invés de afastar, de objetivar, de ‘fazer tudo rápido’, entra em suspensão com o tempo cotidiano do ‘todo dia a mesma coisa’ e inaugura um modo diferente de olhar para o ‘outro’, pois trata-se de um ‘outro’ (puérpera, família, recém-nascido) que, subjetivamente, vive o *seu* tempo, o *seu* nascimento, a *sua* experiência. Ambos (trabalhadores e ‘clientes’) inauguram um novo tempo de relações e aproximações terapêuticas. Uma situação observada no campo, mostra como o tempo clínico é transformado em tempo narrativo:

*A puérpera [que expressa sérias dificuldades para amamentar o recém-nascido] aperta um pouco o mamilo e o leite esguicha no rosto da criança...ela acorda e a mãe ri. Zulmira ajuda a posicionar o bebê, colocando-o barriga com barriga. O bebê abre um pouco a boca e a mãe abre também a sua. Zulmira diz para que ela tenha calma e espere o bebê sentir o gosto do leite. Repentinamente a criança faz um barulho com os lábios, revelando que a sucção já estava começando. A mãe ri novamente, parecendo interagir muito positivamente com o filho. O quadro que se apresenta já é bastante diferente de quando entramos, quando mãe e filho pareciam estar distantes. A atendente diz para que a puérpera conserve o bebê bem próximo do seu corpo e ofereça o seio.*

*Atendente: deixa ele pertinho de onde estava...ele precisa se acostumar com o ambiente...isso... deixa ele sugar. Vocês estão começando a se conhecer. Olha só como pega bem. Deixa ele mamar o quanto quiser...tás te sentindo bem?*

*Puérpera: hum, hum (absolutamente concentrada na sucção do filho) (Extratos do Diário de Campo - situação vivenciada após 40 minutos de contato entre a trabalhadora, a puérpera e o recém-nascido).*

O tempo narrativo é menos linear que o ‘tempo do relógio’ e, independente da duração ou da frequência com que estas trabalhadoras interagem com as puérperas e suas famílias, observa-se que as ‘tarefas’ não se encontram ali, somente para serem cumpridas. As trabalhadoras criam alternativas e se envolvem com as clientes de modo que o tempo passado em conjunto seja realmente significativo para ambas. O depoimento de Eliane, relatado a mim, algumas horas após o terceiro encontro com a atendente Lia (para tratar de uma retração mamilar que dificultava imensamente a amamentação), proporciona um exemplo desta intenção:

*Pesquisadora: como você percebe o cuidado que a Lia teve com você e com o bebê?*

*Puérpera Eliane: ah, eu acho assim que é a atenção que ela dá, né, que não são todas as que fazem isso. Eu tinha ido ali num outro setor e não deram aquela mesma atenção pra mim né? Ela já teve ali no quarto ontem comigo e eu vi também a maneira como ela acata as mães. Ela diz: “vem cá que eu vou te ajudar; tens que ter paciência”. Ela não faz a gente se sentir assim desprotegida, desamparada. Ela ampara, ela protege, gostei, gostei mesmo. É diferente. Tem gente aqui que não dá a mesma atenção, né? A gente é mãe de primeira viagem, é meio despreparada...não sabe o que que vai enfrentá...mas ela te prende...aquilo vai te envolvendo, tu vais entrando naquela conversa porque faz bem pra ti, né? Te deixa confortável, segura, confiante que vai dar certo, apesar da dor, das dificuldades que a gente tá passando ali, né?*

*Pesquisadora: o que você estava sentindo em relação à amamentação do teu neném?*

*Puérpera Eliane: antes dela chegar? [assinalo que sim] ah, insegura, com medo né? Mas eu tava com medo mesmo. Tinha o mamilo meio plano, encheram ele [o bebê] de copinho, ele só dormia, eu tava horrível, quase desistindo...medo que ele não fosse pegar. A vontade da gente é de abandonar tudo. Ah, mas quando ela chegou e começou a falar, ontem, eu já vi que tinha uma coisa boa pela frente...me tratou assim com aquela paciência que ela tem. Insistindo comigo: “vai pegar, tenha fé, vai pegar”...eu achei bom. É uma pessoa paciente, uma pessoa que tá assim pronta pra ajudar. Tem muito cuidado com o nenê, pega de mansinho, não levanta aos trambolhões. É uma pessoa que não mede esforços. Pode tar cheia de trabalho pra fazer, mas quando chega uma mãe lá ela dá atenção. Vai, te ajuda, te ouve.*

A avaliação feita pela puérpera mostra que o tempo humano ultrapassa o tempo clínico. Ainda que a ação da trabalhadora tivesse que responder ao problema físico apresentado naquele momento por Eliane, e por extensão, ao seu filho recém-nascido, o cuidado terapêutico não se limitou às manobras de exteriorização do mamilo. Vários outros sinais apontados pela puérpera, como a “atenção recebida”, seja por ela ou a atenção que ela presenciou quando do encontro com as outras colegas de quarto, os sentimentos de “amparo”, “proteção”, “confiança”, “conforto” e “segurança” fazem emergir outros significados para a situação vivenciada.

Lia, na interação terapêutica apresentada, utiliza-se de movimentos persuasivos para incluir a puérpera na produção de significados e não apenas como uma paciente que tem um ‘mero’ corpo a ser manipulado para que possa satisfazer aos desejos do filho. A percepção de Eliane que a trabalhadora a envolve e faz com que vá “entrando na conversa” e também o fato de mostrar que “tem uma coisa boa pela frente” leva a crer que, de alguma forma, a puérpera se entregue aos seus cuidados. Mas isto não é feito de modo ‘natural’, somente porque trata-se

de uma profissional de saúde e que, por isto, deve saber o que está fazendo. A puérpera faz escolhas, avalia, “acata” o cuidado (“apesar da dor”) porque este cuidado é diferenciado, “centrado no ator, menos do que centrado na doença” (SACKS, 1987 apud MATTINGLY, 1998, p.92, tradução nossa). Assim, o jogo interativo entre as duas é marcado. Eliane não apenas faz ou executa os procedimentos indicados, mas estrutura suas ações e segue os ensinamentos, em resposta ao tempo narrativo engendrado pela trabalhadora: “*pode estar cheia de trabalho pra fazer, mas quando chega uma mãe, ela dá atenção. Vai, te ajuda, te ouve*”. O depoimento da puérpera Bia também segue os mesmos princípios interativos:

*“ah, auxílio, atenção. Uma coisa assim não de chegar e ó, tá aqui, é assim que é pra fazer. Como eu fui tratada ontem. Mas graças a Deus tem umas que são diferentes. Meu Deus do céu, com a Lia, por exemplo, me senti a única (ênfatisa). Então esta atenção deve ser merecida. Pode não ser um momento importante pra quem trabalha aqui, mas pra nós é muito! Acho que precisa ser mais como uma família mesmo. Afinal não é uma família que está se formando? Então não precisa tratar tudo como ignorante. Precisa de atenção, de auxílio. O medo que eu tinha de vir pra maternidade era isso. De ser deixada ali num canto sabes? Acho que é uma pena ter que vir pra maternidade pra ganhar um filho, principalmente se tá tudo normal, né? Mas fazer o que. Já que tem que vir, que seja como numa família então!” (Extratos de Entrevista).*

De modo geral, as trabalhadoras transformam o tempo clínico em tempo narrativo, através de ações como: a introdução de atos lúdicos que contribuem para induzir os atores sociais ao relaxamento, a utilização da linguagem não verbal, o exercício da paciência, o envolvimento das puérperas e suas famílias em “performances” transformativas que as ajudam a adquirir sentido na experiência vivenciada, além da observância atenta de ações, comportamentos, práticas e induções que têm a intenção explícita de ajudar puérperas e famílias a se prepararem para o futuro. Vamos aprofundar um pouco mais a análise, dando especial atenção a cada uma dessas importantes ações.

Sempre que a situação permite, as trabalhadoras relacionam-se com as puérperas e suas famílias de modo lúdico, incentivando-as a adotarem perspectivas menos dolorosas para a experiência e conduzindo-as à exploração de atitudes até mesmo prazerosas frente às dificuldades. Percebe-se que os participantes ‘entram no clima’ provocado pelas trabalhadoras e respondem de modo conotativo à experiência conjunta. Neste exercício, novas experiências vêm à tona, o que reforça o cuidado expressivo traduzido nas narrativas terapêuticas. Um exemplo disso encontra-se na primeira situação apresentada, quando ambas as puérperas ‘experimentam’ o leite de seus próprios corpos e, igualmente, os trejeitos, as mímicas e os movimentos imitativos jocosos presentes no jogo terapêutico provocado por Mirtes.

A ludicidade gerada nas narrativas, em clima de companheirismo e confiança, contribuem para induzir os participantes ao relaxamento e diminuição da ansiedade. Algumas vezes as trabalhadoras utilizam-se de ações lúdicas ou de pequenas brincadeiras logo no início

do encontro, com a visível intenção de ‘quebrar o gelo’, como a referência espirituosa que a atendente de enfermagem fez, utilizando-se dos nomes similares de Júlio e Júlia, ao que o pai da criança adicionou: “*é quase uma dupla sertaneja*”, ou ainda quando a trabalhadora propõe que pai, mãe e filho “fiquem” à três (tentando desfocar um pouco a atenção e dando chances para que ambos pudessem relaxar um pouco, diante da difícil situação). Num momento em que as tensões estão à flor da pele e que a família sente dificuldades para caminhar com as próprias pernas, os sorrisos abrandam a situação e desarmam as defesas que poderiam estar presentes no início da interação com as profissionais.

Noutras vezes, as ações lúdicas provocadas intencionalmente pelas trabalhadoras são utilizadas quando a narrativa terapêutica está em pleno curso, numa tentativa de levar os participantes a suplantarem as sensações de mal-estar ou manifestações dolorosas. Isto pode ser observado quando a puérpera queixa-se das mamas “cheias”, “desconfortáveis” e prestes à “empedrar”, dizendo que tem leite para a “*criançada toda da maternidade*” e Mirtes aproveita o breve intervalo de relaxamento para introduzir a possibilidade de ‘levar à sério’ o desejo da puérpera, convidando-a para ser doadora de leite. Ato voluntário, aliás, que continuou durante quatro meses, após a alta da puérpera e do recém-nascido.

Portanto, ajudar a transitar com mais leveza pelo caminho da dor e do desconforto (ingurgitamento mamário, neste caso), não elimina o sofrimento, mas pode trazer à prática da enfermagem um caráter mais lúdico que leve os co-participantes a perceberem, inclusive, a possibilidade de alguns benefícios antes não vislumbrados (como a doação do leite em excesso).

Tais ações não são observadas na vida ordinária da clínica e somente tomam dimensões ‘adicionais’ – como as puérperas que tomaram coragem para provar o próprio leite – quando incentivadas pelo ‘oxigênio extraordinário’ das palavras da trabalhadora. Como diz Rezende (1997, p.14), “o lúdico é a marca do ato criador, que numa modernidade embrutecedora e repetitiva, atrofiou-se pelo desuso”.

A ludicidade utilizada pela atendente Janaína – quando da vivência angustiada e plena de incerteza dos pais do recém-nascido com lábio leporino – parece contraditória, mas se desarmarmos o olhar e percebermos as sutilezas das manobras provocadas pela trabalhadora, bem como a astúcia em contextualizar o momento, veremos que foi somente a partir da brincadeira realizada que a puérpera deixou de demonstrar resistência e culpa e abriu-se à alternativa de transformação da realidade. O casal de adolescentes ‘cresceu’ também a partir da ‘linguagem em contexto’ utilizada por Janaína (“ficar” com o novo membro recém-chegado na família).

Tais condutas, como referem Fonseca et al. (2000), provocam ausência de pressão do ambiente, criando um clima propício para investigações necessárias à solução de problemas. Assim, sorrir, provocar o riso e ‘desarmar’ os medos levam as pessoas a se tornarem mais flexíveis e a buscarem alternativas de ação, contribuindo para que as narrativas sejam terapêuticas.

Do mesmo modo que usam atos lúdicos, as trabalhadoras também utilizam-se da linguagem não verbal para transformar o tempo clínico em tempo narrativo. A descrição inicial que realizei por ocasião do primeiro encontro terapêutico (que presenciei no campo), entre a trabalhadora Mirtes e a puérpera Rita, é uma pequena amostra dos tempos corporais simultâneos de ação, movimento e interpretação que Mirtes utiliza para colocar em prática a ação terapêutica:

*A técnica do CAM [Mirtes] está iniciando o posicionamento da puérpera, a fim de ajudá-la na amamentação. Seus gestos são gentis. Mantém a postura ereta, mas de proximidade afetiva com a puérpera. Usa uniforme branco e cabelos compridos, presos em um enorme “coque”. Percebo que a saia é longa e ampla e o comprimento vai além dos joelhos. É de malha, de modo que ela possa movimentar-se sem dificuldades, quando se agacha para auxiliar na amamentação. Me chama atenção sua atitude e sua vestimenta, pois destaca-se da maioria das outras trabalhadoras. Está sempre disponível, sorridente e seu olhar transmite confiança e segurança.*

*Sua atividade requer que se agache o tempo todo uma vez que as puérperas, quase sempre, amamentam seus filhos sentadas nas cadeiras brancas de plástico disponíveis nos quartos [uma para cada leito]. Para ficar no mesmo nível da puérpera e da criança, a trabalhadora precisa ficar quase de joelhos, movimentando-se para todos os lados, como que “cercando” o binômio. Percebo também que tem outras puérperas que se aproximam da atividade, querendo olhar...parecem gostar do que vêem (Extratos do Diário de Campo).*

Os gestos utilizados pela trabalhadora são suaves, de respeito ao outro e de consideração às peculiaridades da mulher e do recém-nascido. As expressões corporais como a proximidade física, o sorriso e o ar de disponibilidade que faz questão de demonstrar transmitem confiança e segurança à puérpera e à pequena platéia que assiste à cena. Tais expressões mostram, igualmente, que a narrativa não funciona apenas como uma forma de falar, ou como um discurso textual em que ambas as partes têm dificuldades em se reconhecerem; “ela também é percebida como um modo estático que se encontra subjacente na performance (ação) clínica” (MATTINGLY, 1998, p.29, tradução nossa).

Suas atitudes/gestos/expressões distinguem-se daqueles usados em situações semelhantes, por outras trabalhadoras. Não são gestos mecânicos, mas assemelham-se a uma dança; um movimento performático onde a estética é um valor percebido. Uma dança em que todos os participantes se envolvem e são envolvidos. Uma dança cujo ritmo é marcado por condutas instrumentais mas também por condutas expressivas que, como diz Turner (1984), evocam os sentidos experienciais de ouvir, provar, cheirar, ver e tocar.

“Manter os olhos no mesmo nível” ou ficar face-a-face com a puérpera ou com os demais membros da família que participam do cuidado é considerado por estas trabalhadoras como uma ferramenta indispensável que estimula a comunicação interacional. Outros exemplos podem ser adicionados:

*Enquanto a puérpera se ajeita, Zulmira conversa com a criança, procurando estimular o seu rosto com as mãos. Ela é tão pequena em estatura que quase não precisa abaixar-se para ficar na altura do rosto da puérpera. Percebo que ao dialogar com ela, procura manter-se face-a-face (Extratos do Diário de Campo).*

*Pesquisadora: eu percebi que você falava com ela [puérpera], procurando ficar face-a-face [...]  
Zulmira: ah, eu faço isto sempre...nunca fico de pé. Procuro ficar na mesma altura. Acho que é uma questão de respeito à paciente. Não sou superior. Estou ali como ajudante, assessorando na amamentação. Mas se eu não ficar no mesmo nível que ela, eu já mostro que estou com pressa ou então que vou apenas dar uma olhadinha (Extratos de Entrevista).*

A linguagem não verbal, como a permanência dos ‘olhos nos olhos’ durante a narrativa terapêutica parece inaugurar outro tempo que colabora para a interpretação de que a narrativa possibilita ir além do ‘tempo do relógio’. A interação face-a-face é algo utilizado com frequência e de modo consciente por Zulmira que vê nesta ação uma atitude de respeito que promove a dialogicidade, num momento em que ‘ninguém é superior a ninguém’; o papel da trabalhadora não é o de professor-aluno, mas o de parceiro. O estar face-a-face também provoca um instante de parada, de ponto morto entre o agito e a quietude necessária. Zulmira admite inequivocamente que, na narrativa terapêutica, o instituído precisa ser subvertido e dar lugar ao vivido.

Do mesmo modo, o silêncio é utilizado como uma linguagem não verbal que faz efeito na narrativa (algo virtualmente não valorizado na narrativa falada ou escrita). Inúmeras vezes observei que o silêncio ‘provocado’ pela trabalhadora era utilizado como ação terapêutica, principalmente quando esta, literalmente, dava “*um tempo para a puérpera ou a família aprender ou para se recobrar do sofrimento*” (Janaína). Algo que, no tempo clínico, é quase desvalorizado.

O uso do silêncio, muitas vezes é traduzido, na prática, pelos verbos “ouvir”, “dar atenção” ou “deixar chorar”.

*“Ela chora um monte contigo ali e a gente vai ouvindo, vai aconselhando, vai dando segurança...isto aí tu sabes que é o segredo da enfermagem, né? Tens que ouvir, dar atenção...não adianta ir tocando logo e ver como tá a mama. Tens que ouvir a mulher. Deixar ela expressar as inseguranças [...]. O mundo não é só mama, né? Daí, depois que ela chora um monte, ela passa a descer o leite que não descia. Isto tu podes fazer até experiência mesmo. Depois que ela desabafa com a gente parece que abre tudo” (técnica Alda - Extratos do Diário de Campo).*

A trabalhadora interpreta que o silêncio, ativamente incorporado na ação de ouvir, é uma ferramenta indispensável que a enfermagem utiliza para cuidar, sendo este um de seus ‘segredos’. Talvez por consistir num ‘segredo’, a habilidade em utilizá-lo deve ser a mais fina

possível. Como diz a técnica Alda, “*tem que afinar o ouvido*”. O uso do silêncio é reconhecido como uma arte, mais do que uma técnica propriamente dita, onde ‘não ter palavras’ tem maior repercussão terapêutica do que falar em alto e bom som; do pedestal de quem **sabe** mais do tempo clínico do que aquele que **compreende** mais do tempo humano.

As trabalhadoras sabem que a exploração destes instrumentos, na aproximação performática com as puérperas e suas famílias, pode levá-las a uma outra qualidade de cuidado, sem reduzir os significados necessários à atenção aos problemas orgânicos das mulheres e dos recém-nascidos. Portanto, aquilo que não é dito ou aquilo que é menos dito, também ajuda na construção da narrativa.

Outra ação não verbal que permeia os encontros refere-se ao uso do toque; talvez a conduta silenciosa que maior reflexo apresente durante as transações efetuadas. Há uma concordância explícita de ambas as partes de que o toque gentil e afetuoso faz a diferença no cuidado do Alojamento Conjunto:

*“Ela me chamou pelo nome, não foi logo botando as mãos nas mamas da Júlia. Ela se preocupou com a gente, né? Até comigo. É gente fina mesmo!” (Pai Júlio - Extratos de Entrevista).*

*Janaína: vamos lá, não precisa ter pressa. Relaxe um pouco (toca nos ombros da puérpera). Nossa, como este músculo está tenso! Fecha um pouquinho os olhos e solta os ombros. Isso! Agora sim. Vamos recomençar? (Extratos do Diário de Campo).*

*A técnica ajeita a criança sobre o travesseiro, posiciona as mãos da puérpera, uma sobre as nádegas do bebê e outra sustentando a cabeça. Ela faz com que o seio da mãe toque de leve os lábios da criança. Quando esta abre a boca, introduz gentilmente o mamilo e a aréola mamária. O bebê, sem abrir os olhos, abocanha a mama e inicia movimentos vigorosos de sucção. A puérpera sorri, olhando para a criança (Extratos do Diário de Campo).*

O toque físico utilizado não deixa dúvidas de que são as mulheres as detentoras do poder sobre seus corpos. Os exemplos anteriores mostram que as trabalhadoras solicitam que as próprias puérperas façam a expressão de suas mamas ou então solicitam permissão para tocá-las. As trabalhadoras que constroem narrativas terapêuticas não se apossam do seio materno, apenas acenam uma ação para indicar o caminho; não invadem privacidade da mulher e da família, ao contrário dos gestos comuns de outros profissionais do Alojamento que ‘manipulam’ as mamas das puérperas como se fossem suas.

O toque físico ao recém-nascido também é usado de modo terapêutico pelas trabalhadoras. Em todas as narrativas observadas, a criança é tocada gentilmente e com a merecida recepção para quem está chegando no mundo. Frequentemente os bebês são acariciados e individualizados pelo toque. Um recorte peculiar desta situação foi demonstrado, por exemplo, na interação que a atendente Janaína promoveu com a criança portadora de lábio leporino. As condutas utilizadas como: segurar o bebê junto ao peito;

abraçá-lo; passar as mãos em seu rosto e cabelos; transportá-lo no colo e não no berço; falar com ele sorrindo, olhando fixamente em sua face; colocá-lo estrategicamente na frente dos pais, de modo que o rosto do recém-nascido ficasse na mesma altura deles, bem como estimular a linguagem não verbal do pai do bebê (segurá-lo ao colo e ‘fazer carinho nos pés’ durante a amamentação), demonstram que a criança é acolhida e bem recebida.

Há que se perceber que estes gestos não são apenas terapêuticos porque auxiliam na transposição de uma situação em que a mulher não amamenta, para aquela em que ela se põem a amamentar, mas tomam contornos ainda mais apropriados, se considerarmos que é um bebê que tem poucas horas de vida e cujos pais ainda apresentam dificuldades para superar o trauma de dar à luz um a filho com mal-formação. As ações da atendente carregam uma mensagem de afeição e, de modo mais importante, de aceitação, numa situação socialmente estigmatizante. Como refere Khon (2000), em uma situação semelhante, a trabalhadora literalmente e figurativamente ‘abraça’ a família. Ao sorrir enquanto encara o bebê, ela convence a família de que não tem repulsa ou sentimentos discriminatórios em razão de sua aparência distinta. Novamente o tempo clínico é superado pelo tempo humano.

Além da ludicidade e da utilização da linguagem não verbal, as trabalhadoras revelam que “ter paciência” é, de igual modo, um dos ingredientes do caldo terapêutico das “performances” narrativas:

*“quando a puérpera está com o seio ingurgitado ou o colostro ainda não desceu ou não tem bico [...] normalmente na primeira vez ela [a criança] não pega. Aí tem que ir a primeira, segunda, terceira vez, pra ela aprender. Tem que ter paciência e ela também. Tu viste aquela de ontem, né? Já era a segunda vez e depois eu ainda fiquei com ela outras vezes. Não é assim de uma hora para outra...”(atendente Lia - Extratos de Entrevista).*

*“o casal de fora [da maternidade] veio e passou alguns dias vindo aqui. Ali começou um trabalho. Ela [a puérpera externa] estava fissurada, mama cheia, estava no terceiro dia e é o momento mais difícil da amamentação...o terceiro ou quarto dia...inchaço... edema...esta é a pior parte da amamentação, nem é a fissura. O inchaço do terceiro ou quarto dia, porque tu tiras e daqui a pouco já está inchado outra vez...a paciente as vezes faz, faz e não vê evolução. Precisamos ter muita paciência e ela também. O alívio imediato é um pouco falso como eu costume dizer porque tira um pouquinho e quando tu vês a outra já está cheia” (técnica Mirtes - Extratos de Entrevista).*

*“tudo bem, tudo bem, vamos manter a calma. Não vamos fazer nada que você não queira. Eu estou aqui para te ajudar e não para te fazer sofrer...pode contar comigo. Quem sabe nós deixamos para mais tarde? Também podemos deixar para trabalhar amanhã de manhã” (técnica Simone - Extratos do Diário de Campo - situação em que a trabalhadora interage com a puérpera que refere pavor em tocar o coto umbilical durante a aprendizagem do curativo).*

“Ali começou um trabalho” ou “vamos continuar trabalhando amanhã” dá a dimensão do tempo humano que precisa ser efetivamente considerado. Novamente aqui o tempo do relógio contrasta com o tempo narrativo, uma vez que a trabalhadora não é apenas uma executora das atividades previamente estabelecidas, mas é autora de seu próprio tempo com

os clientes. Isto não significa que as trabalhadoras andem na contramão, ou que não cumpram com as ‘tarefas’ do dia ou do turno de trabalho. Também não significa que não tenham pressa ou tenham outros entendimentos acerca da responsabilidade profissional; “ter paciência” alude muito mais ao tempo que permanecem por inteiro com as mulheres, os recém-nascidos e as famílias, atentas ao ritmo de cada um. O resultado concreto do tempo de cada um é percebido no depoimento das próprias beneficiárias do cuidado, à exemplo dos depoimentos positivos das puérperas Marília e Carolina, dados em referência à técnica Mirtes, como tivemos oportunidade de ler na situação 1.

O envolvimento das puérperas e suas famílias em “performances” transformativas, ajudando-as a adquirir sentido na experiência vivenciada, também é uma ação fortemente utilizada pelas trabalhadoras para mudar o fluxo da assistência do tempo clínico em direção ao tempo narrativo. A análise do modo como elas provocam esse envolvimento nos leva a considerar o tempo narrativo como um tempo de transformação.

Em todos os encontros terapêuticos observados no Alojamento Conjunto, as narrativas parecem gerar um tempo transformativo onde o que se busca é a mudança ou a tentativa de mudança da situação corrente. As agentes de enfermagem “trabalham” (um termo freqüentemente utilizado para referirem-se ao envolvimento dos participantes com a finalidade da transformação, como por exemplo: “*vamos trabalhar?*”; “*há mães que precisam ser trabalhadas*”; “*é preciso trabalhar a família*”) para que os participantes passem a sentirem-se ou a pensarem de modo diferente, após a ocorrência do(s) encontro(s). Mesmo se outros fatores são mais determinantes – as condições físicas da puérpera e da criança recém-nascida – estes permanecem apenas como pano de fundo, pois os seres humanos puérpera e recém-nascido são considerados mais importantes do que a dificuldade por que passam ou o sofrimento que vivenciam. O seguinte trecho de uma situação observada no campo, registra o tempo transformativo:

*Puérpera Rita: por favor, me ajude. Ele [o filho] deve estar com fome. Faz quase vinte horas que não come. Não sei mais o que fazer.*

*A técnica Mirtes oferece um traveseiro para que a puérpera o coloque em seu colo, enquanto segura a criança que aparenta hipotonia. Depois de acalmar a mulher, procurando transmitir-lhe segurança, avalia a condição de suas mamas e a incentiva a extrair uma gota do “líquido precioso”.*

*Puérpera Rita: acho que não vai sair nada...*

*Técnica: tente sem pressa. Isto, espreme um pouquinho.*

*Puérpera Rita: assim?*

*Técnica: muito bem! Olha como você tem leite e como é habilidosa!*

*O leite jorra do mamilo.*

*Técnica: isso! Isso! Muito bom!*

*A puérpera sorri, orgulhosa. Começa a ajeitar-se melhor na cadeira.*

*Técnica: vamos ver se ele vai gostar?*

*Puérpera Rita: mas ele não mama!*

*Técnica: Rita, vamos com calma. Olha pra mim...[a puérpera olha diretamente para Mirtes enquanto segura a mama vertendo leite]. Eu vou te ajudar. Vamos colocar um pouco na boca para ver se ele gosta? [a puérpera concorda, movimentando a cabeça]. Então me dê aqui o seu dedo mindinho. Que dedo gordinho! Veja como ele tem o diâmetro parecido com o do seu mamilo...agora colha um pouquinho deste líquido precioso que sai da mama, Rita. Isso! Coloque na polpa do dedo mindinho. Agora, com carinho, coloque-o sobre os lábios do bebê (enquanto aproxima gentilmente o filho, da mãe). Viu como ele movimentou os lábios?*

*A puérpera apenas passa os dedos nos lábios do filho, com muito cuidado, um pouco trêmula. Seus ombros estão tensos.*

*Técnica: vamos tentar mais um pouquinho?*

*A puérpera repete o gesto com extremo cuidado. Parece lidar com cristais que estão prestes a se quebrarem. Sua expressão é de expectativa. A boca está aberta enquanto repete o procedimento. Está séria.*

*Técnica: isto! Assim mesmo! Ele sente o teu carinho.*

*Puérpera Rita: eu acho que ele está dormindo.*

*Técnica: vamos ver. Passa novamente. Isto, vai muito bem. [o momento parece mágico. Uma pequena platéia de puérperas aparece por ali, curiosas com o acontecimento].*

*Técnica: vamos lá garotão...e então? [fala carinhosamente com a criança. Aguarda sua resposta]. A criança abre os lábios. A mãe se assusta e retira rapidamente o dedo dos lábios da criança.*

*Técnica: vá em frente, introduza o seu dedo na boca do bebê. Isto...*

*Puérpera Rita: assim?*

*Técnica: isto mesmo. Faça com que a polpa do seu dedo toque na gengiva superior do bebê...isso, isso mesmo!*

*Puérpera Rita: ele quer sugar o meu dedo. Olha só! Suga meu bem, suga.*

*A puérpera abre um enorme sorriso ao perceber que a criança responde ao estímulo.*

Exemplos como este mostram que momentos ordinários podem ser transformados em extraordinários. Em outras circunstâncias similares, como tantas observadas no Alojamento Conjunto, o fortalecimento da puérpera poderia ser negligenciado e a mama materna ser introduzida na boca da criança, buscando apenas ‘resolver’ a necessidade biológica desta.

Observa-se que, com o envolvimento provocado, a puérpera modifica a expressão facial e os movimentos corporais, sente-se confiante e deixa-se conduzir pela técnica de enfermagem. Embarcam na mesma viagem. Até o recém-nascido ‘colabora’. Parece aguardar o momento certo para se alimentar. Percebe-se também que a trabalhadora usa expressões (“vamos ver se ele vai gostar?”) que foram verbalizadas pela puérpera, sobre o filho, em momento anterior ao apresentado neste extrato da observação (“acho que ele não gosta do meu leite”), o que colabora para induzir um sentimento de apropriação do conhecimento por parte da puérpera, já que a comunicação se dá de modo horizontal. À menor expressão de desistência da mulher, a técnica reage prontamente, mantendo-a calma e confiante em seu potencial para cuidar.

A atuação da trabalhadora é persuasiva. A comparação que faz entre o dedo da puérpera e o tamanho e forma do mamilo ajudam a concretizar a experiência. Ela não apenas faz com que a ação tenha sentido para a puérpera, mas faz a mediação para que ela crie sentido com a experiência. Todas estas ações, vistas de modo entrelaçado, proporcionam

caminhos mais seguros para a narrativa terapêutica, haja vista a reação positiva da mulher e da criança envolvidas no cuidado.

A esta possibilidade de transformação, colocada em curso pela narrativa terapêutica, Mattingly (2000, p. 199, tradução nossa) associa uma perspectiva ritualística, ou seja, “uma experiência, um momento extraordinário, uma ocasião que torna-se presente na memória como um evento singular”. Esta associação é igualmente compartilhada por Khon (2000, p.219, tradução nossa) para quem, no encontro terapêutico genuíno, “os profissionais encorajam os clientes (e suas famílias) a se juntarem a eles para criar uma narrativa significativa dentro do encontro clínico”.

Poderíamos associar a isto, inclusive – para reforçar a idéia do encontro terapêutico como um momento ritual que promove a transformação –, a própria participação da ‘platéia’ ou da ‘audiência’, apresentada no exemplo anterior, em que as três colegas puérperas que presenciavam a cena, passaram a aplaudir efusivamente o resultado do cuidado promovido. Tal reação mostra, de algum modo, que a construção da experiência é também significativa para o coletivo; para quem vivencia os mesmos problemas e as mesmas angústias. Se de um modo geral o tempo clínico é o tempo **rotineiro**, as observações similares efetuadas em campo levam a crer que o encontro terapêutico, ao auxiliar as mulheres e suas famílias a adquirirem sentido na experiência vivenciada, colabora na criação do tempo narrativo como um tempo **ritual**. Dito de outro modo, a narrativa terapêutica revela que momentos ordinários podem ser transformados em extraordinários onde a própria narrativa é preta de significados. Sem dúvida, tomando o exemplo anterior, como já se disse, o fortalecimento da puérpera poderia ser negligenciado.

O tempo extraordinário, como o próprio termo remete, cria uma nova ordem assistencial onde os sentimentos, percepções e desejos das mulheres e das famílias são valorizados. As dores e os sofrimentos são considerados e negociados e há uma evidente percepção de que eles podem ser ultrapassados. Como já se apontou anteriormente, no Alojamento Conjunto os sofrimentos têm uma forma diferenciada de serem expressados. Ali, na nova complexidade que ressurge por detrás de papéis a serem incorporados e de obstáculos a serem superados, os cuidados com os bebês, as representações e práticas referentes à amamentação, as experiências anteriores negativas seja para a mulher puérpera ou sua família, ou mesmo o fato de ‘ter que’ aceitar o filho como ele é (com mal formações, por exemplo) –se espera que haja habilidade profissional para lidar tanto com as subjetividades e diversidades culturais, quanto com as manifestações universais de processos orgânicos. O tempo extraordinário, portanto, não apenas requer, mas exige transformação. Creio que esta

transformação também esteja ligada à perspectiva ontológica porque ao mudar as formas temporais de ação e representação, muda-se igualmente (ou auxilia-se na mudança) de projetos humanos de vir-a-ser, de tornar-se ou de estar bem. Talvez seja esta a interpretação de Bruner (apud MATTINGLY, 1998), quando pressupõem que a narrativa seja baseada numa ‘brecha do lugar comum’. No tempo ritual, os participantes são persuadidos a redirecionarem suas atenções a novos aspectos de suas experiências ou a perceberem estas experiências segundo nova ótica (RABELO, 1994).

O tempo ritual da narrativa ajuda a transformar a dor, a inabilidade, a incerteza, o desconhecido e às vezes as longas e quase intermináveis atividades terapêuticas em eventos importantes para a nova família que nasce e se expande:

*Pesquisadora: conte-me um pouco sobre o encontro de vocês com a Janaína [atendente].*

*Júlio (pai): ah, [o que mais gostei foi] o jeito dela, a maneira como ela tratava a gente. Com respeito, com atenção...ela sabe as técnicas que vai usar, né? Está acostumada...foi muito carinhosa e pra quem tá vivendo este drama, acho que é a melhor coisa. Ela não ensinou só a dar de mamar...*

*Pesquisadora: o que mais ela fez?*

*Júlio: ajudou a gente a aceitar a criança, a ver que o nenê pode ficar normal. Isto é muito importante, porque é difícil a gente aceitar e se a gente imaginar na frente, é bom porque dá esperança. Saber que ele vai fazer uma cirurgia e vai poder comer bem, brincar, aprender. Sei lá, a gente se sente mais seguro pensando assim. Eu gostei que ela não ajudou a gente a entrar no drama, ela mostrou que o nenê precisa ser amado pra poder ficar bem. Ela brinca bastante, mas é séria nos ensinamentos. A gente se sente seguro. Eu gostei também que ela não tinha medo de mexer com o nenê...sabe?...*

*Pesquisadora: fale mais sobre isto...*

*Júlio: assim, ela mostrava que o que ele tinha não era um defeito, quer dizer, que ele não era defeituoso [...] tá, ele tem um problema no lábio, mas ele não é deficiente.*

Este exemplo mostra que o tempo narrativo particulariza a assistência. A trabalhadora Janaína, ao interagir por longo tempo com o casal e a criança recém-nascida, de modo consciente ou não, fez do processo interacional um ritual, um tempo “especial”, segredado do tempo ordinário, não só porque é um tempo diferente, mas porque algo importante acontece nele, o que torna a narrativa terapêutica um “tempo de experiência significativa” (MATTINGLY, 1998, p.163, tradução nossa). Esse tempo, segundo Alves e Rabelo (1996, p.12), “não revela apenas uma determinada experiência de ‘sentir-se mal’, uma percepção sensorial da nossa corporalidade, mas se constitui também em significação”, a exemplo da verbalização de Júlio: “ele tem um problema no lábio, mas ele não é deficiente”. O tempo especial da narrativa ajuda a que as situações ganhem significados e que estes sejam incorporados à vida da família para que desenvolvam modos próprios de interpretar e de lidar com a nova situação (HITA, 1998). A narrativa terapêutica promove experiência e potencial para os indivíduos refletirem sobre esta experiência.

As trabalhadoras que impulsionam as narrativas reconhecem explicitamente que a experiência com as questões puerperais precisa ser aprendida, ou seja, não é algo instintivo, natural, que decorre tão somente de processos fisiológicos. Entendem, de igual modo, que a

melhor forma de aprender a criar sentido na experiência é vivendo-a em sua plenitude, de modo concreto e simbólico. Um exemplo advém, novamente, do processo de amamentação:

*Zulmira (atendente): todos estes anos de trabalho me mostraram que nem sempre a mulher se sente capacitada pra amamentar. Não é só porque teve um filho e tem duas mamas que ela já se sente segura, que é só botar o filho ali [...]. Ela precisa aprender a dar de mamar, a conhecer o filho e ele à mãe.*

*Pesquisadora: não é uma coisa instintiva?*

*Zulmira: sim, se a gente pensar que é natural, que ali tem leite, que a natureza é sábia...mas também é uma coisa que eles tem que aprender. Tu viste com a Vera? O fato do bebê não procurar a mama instintivamente fez com que ela se desacomodasse. Então não é bem assim. Acho que a gente ajuda a se sentir segura, por isso é ela que é o centro do aleitamento e não a gente...(Extratos de Entrevista).*

Aprofundando-se um pouco mais a discussão, percebe-se que a interpretação das trabalhadoras não é ‘tábula rasa’ ou ‘coincidência’, mas provém de compressões adquiridas no contato diário com as mulheres, suas famílias e o entorno social. Outra situação observada no campo mostra como a aprendizagem da experiência passa pela vivência, concretude, ‘realidade’, como a puérpera e a trabalhadora entendem em consonância:

*No quarto estavam a puérpera [sentada na cadeira, visivelmente cansada], uma tia que segurava a criança [a criança dormia], e a auxiliar de enfermagem Elvira. Mirtes pede licença, entra, e me apresenta como pesquisadora. A puérpera também se apresenta e pergunta se ela é do Centro de Aleitamento. Mirtes diz que sim e pergunta em que pode ajudá-la. Elvira toma a frente e diz: complementei com 25 ml de Nan com glicose, faz umas duas horas.*

*Puérpera Telma: não estou gostando muito desta história de complementação. Eu quero amamentar, mas não tenho leite e meu mamilo não é muito saliente...olha! [tirando as mamas para fora do soutien e da camisola]. A gente fica confusa.*

*Mirtes avalia as mamas, ajuda a puérpera a posicionar-se melhor na cadeira e pacientemente lhe explica que o leite ainda não desceu completamente, mas que se o bebê sugar, ajudará na descida. A puérpera lhe diz que não dá tempo nem pro filho chorar, "que elas já dão complementação. É muito diferente....eu fiz aquele curso de amamentação promovido pela [...] [loja comercial da cidade especializada em enxovais de bebês] mas como a realidade é diferente! Lá eles usavam bonecos para explicar a amamentação. Agora estou vendo que a realidade é bem diferente. Só falavam do lado bom da amamentação, mas ninguém falou das dificuldades. Foi super didático assim, mas a hora que tu sentas pra fazer é outra coisa".*

*Mirtes: agora é a realidade, não é mesmo? Mas nada que não possamos ultrapassar. Vamos lá, eu te ajudo... (Extratos do Diário de Campo).*

Esta idéia de que só se aprende com a própria experiência, vivenciando-a ‘na pele’ não é nova nos estudos que abordam o processo reprodutivo. Gualda (1993), ao desenvolver um estudo etnográfico sobre a vivência do parto com mulheres da periferia de uma grande cidade brasileira, constatou que as mesmas afirmavam conhecer a sua própria ‘natureza’, porque passavam pela ‘experiência’ do parto. Acreditavam que só experienciando é que conheciam a si e ao seu processo de parto. Na visão destas mulheres, uma experiência não se ensina, ela é vivida. Os ensinamentos só são possíveis quando acontecem no decorrer da experiência, vale dizer, na própria experiência corporificada. O que é novo nesta perspectiva, é que os profissionais apontem a corporificação da experiência como algo importante (isto transfere o poder para a mulher ou a família, sendo que a profissional apenas ajuda a mediar a experiência) e, mais ainda, que atuem em narrativas onde a experiência do outro (mulher,

família) promove a aprendizagem, tornando estas experiências radicalmente transformadoras pois como diz Mattingly e Garro (2000) e Khon (2000), as narrativas terapêuticas são sempre transformadoras.

Contribuindo para que as experiências sejam corporificadas, as trabalhadoras atuam no puerpério, não considerando-o somente como um evento clínico factual, mas como um evento que é vivido de modo emocional, cognitivo, social e cultural. As experiências incluem ações e sentimentos mas também, como refere Steffen (1997, p.104), reflexões sobre estas ações e sentimentos. Tal constatação nos leva novamente à percepção da narrativa terapêutica como um processo que encontra consonância com as idéias rituais de Douglas (1966) para quem o tempo vivido no ritual não exterioriza simplesmente a experiência, mas modifica a experiência, ajudando a expressá-la.

A possibilidade de levar as puérperas e suas famílias a refletirem sobre as ações e sentimentos experienciados também faz da narrativa um sistema de representações que, a exemplo de Geertz (1989, 2001), ajuda a construir ‘modelos de’ e ‘modelos para’ a realidade. A ação terapêutica da narrativa é uma mistura de técnica e simbolização.

É interessante ressaltar que muitos dos cuidados desenvolvidos para que as puérperas e famílias pudessem adquirir sentido nas diversas experiências de sofrimento, angústia e inseguranças estavam profundamente relacionados com a percepção da situação liminar pela qual passavam as pessoas internadas no Alojamento Conjunto. Em inúmeras ocasiões, ao perceber que uma determinada prática interativa estava em curso, destacando-se frontalmente das práticas corriqueiras da Unidade, eu me dava conta que o tempo narrativo era permeado pelo interstício; um pano de fundo que as trabalhadoras utilizavam (às vezes falando mesmo de modo explícito e em outras ocasiões, não totalmente) e que parecia dar sustentação às narrativas terapêuticas. Esta ‘sensação’, inicialmente nebulosa, foi ganhando força, quando da releitura atenta dos dados brutos. Seja nas entrevistas ou nas observações efetuadas, as trabalhadoras inseriam o período puerperal como um tempo de transição fisiológica e social:

*“[...] eu tenho consciência que este período que ela passa aqui vai influenciar na capacidade e na segurança que ela vai ter depois, quando tiver alta. Ela precisa pensar sempre que depois vai estar melhor, que a mama vai desinchar, que ela vai conseguir fazer a ordenha, pra ela ter confiança nela. A gente não consegue que ela melhore do problema que tem de uma só vez. Muitas vezes até elas voltam quando já estão em casa. Vem pai, mãe, avó, tudo chorando porque tá com problema na amamentação. Eu me preocupo com isso. Se ela não sentir firmeza aqui, vai apanhar quando chegar em casa” (atendente Lia - Extratos de Entrevista).*

*ao perceber a angústia da puérpera Mara, a técnica Simone solicita que a companheira de quarto observe o recém-nascido por alguns instantes, enquanto dirige-se com Mara para a sala de palestras; o único lugar que parecia adequado, por alguns instantes, para uma conversa sem interrupções. Ajuda a puérpera a se sentar [Mara movimenta-se com dificuldades, referindo muita dor “nos pontos”. Senta-se de lado, com a intenção de diminuir a pressão no local da episio] e, calmamente, diz: “quer falar um*

*pouco, Mara?” Foi o suficiente para que a puérpera caísse em prantos. O silêncio daquela sala - uma coisa absolutamente extraordinária para o período matutino - era entrecortado, seguidamente, pelos soluços de Mara. Após alguns minutos, quando Simone percebeu a mulher já enxugava as lágrimas com a manga da camisola, disse suavemente, apoiando suas mãos nos joelhos de Mara: “às vezes o choro é melhor do que todas as palavras. Eu sei que você está estressada, nervosa, um pouco angustiada com tanta novidade, não é mesmo? É mãe pela primeira vez, está num local desconhecido, acabou de ter o bebê...”. Mara adiciona no mesmo tom: “não conheço ele direito, não entendo o que ele quer, tenho medo de mexer, nunca fiz nada...o pai dele também é inexperiente, como é que vamos voltar pra casa?” Simone diz: “eu entendo vocês. É claro que não é só uma mudança de lugar. Você agora é mãe e o teu marido é pai. Mudam os papéis...precisamos dar tempo ao tempo. Não é de uma hora para a outra que a gente incorpora tudo isto. Vamos com calma, este período é pra isto...pra aprender a ser mãe, a ser pai, a agir de acordo com o novo papel. O Alojamento é pra isso (Extratos do Diário de Campo).*

Este significado é colocado em prática nas narrativas terapêuticas, tendo-se o cuidado de permanecer alerta às prováveis barreiras que podem ocorrer ao intercâmbio social com a vida externa destas famílias. Neste estudo, a Maternidade como “instituição total” (GOFFMAN, 1999) perde um pouco de sua força. Não totalmente, é certo, pois seria ingenuidade pensar que narrativas isoladas farão do lugar uma organização menos institucionalizada da prática clínica e com maiores poderes para os ‘clientes’, mas acena para o surgimento de um sistema, digamos, mais peculiar da vida das famílias, onde as esferas do viver social e do estar no hospital (em passagem) têm maior porosidade, fluidez e interdependência. Em suma, um tempo clínico que é transformado em tempo narrativo, impulsionado pela percepção de que no puerpério começa a se concretizar um verdadeiro ponto de mutação na vida das famílias e pela compreensão de que muitas das mulheres e homens que ali estão são neófitos, aprendizes voluptuosos de novos *status* e posições sociais.

As trabalhadoras que constróem narrativas terapêuticas têm consciência que os sujeitos com os quais se relacionam não precisam apenas de um modelo tecnológico de assistência pós-natal; não estão ali simplesmente para cumprir burocracias de cuidado e cura, mas operam no interstício, num tempo fecundo para germinar novas mães e novos pais. Ajudam-nos a fazer a transição do hospital para casa, do papel de mulher e homem para o de membros sociais ativos e, em muitas situações, dão suporte a várias outras transições que aparecem superpostas (o feto morto, o bebê com mal-formações, a puérpera doente, entre outras). Consideram o período por que passam como um marco importante na vida das famílias, que envolve mudanças significativas, reorganizações, reajustamentos e aprendizagens.

O reconhecimento de que as puérperas, os recém-nascidos, os pais e as famílias vivenciam um período transicional – um ponto morto entre o antigo status e posição social e a que virá; entre estados fisiológicos anteriores (gestação, parto) e os que estão por vir (período puerperal ou “resguardo”); entre uma situação esperada (filho vivo, “nascido no tempo” e

“perfeito”) e uma inusitada (filho morto, nascido prematuro e portador de deficiências) – leva a que as trabalhadoras, ao transformarem o tempo clínico em tempo humano, atuem no sentido de antecipar o futuro, principalmente, um futuro de sucesso:

*“eu sinto que isto é importante e vou fazer como ela [a auxiliar] me sugeriu. Sei que é necessário ter paciência e acreditar no futuro. Eu me senti mais segura, mesmo sabendo que ainda não tá totalmente bom, né? Porque a mãe fica naquela insegurança, né? Meu Deus, o leite materno é a melhor coisa pro bebê, então tu fica...só falta eu não poder dar de mamar...credo! Faço qualquer coisa pelo meu filho, né?” (puérpera Dulce - Extratos de Entrevista).*

Isto pode ser relacionado aos estudos realizados por Good (1997) e Mattingly (1994) nos quais enfatizam que as narrativas não somente recontam experiências ou eventos, descrevendo-os sob uma perspectiva limitada e posicionada do presente, mas elas também projetam nossas atividades e experiências em direção ao futuro, organizando nossos desejos e estratégias. Estes desejos e estratégias consubstanciados em determinados fins ou formas *imaginadas*, são projetados para a frente, como motivação para viver de modo diferente. Tais pressupostos, percebidos pelas trabalhadoras de enfermagem, fornecem a base para a organização das atividades.

Ao ajudar as puérperas e famílias a tomarem consciência de onde estão e apontar caminhos para onde querem ou desejam chegar, as trabalhadoras fazem das narrativas terapêuticas, ações construtivas, que são usadas para expressar a situação daqueles que vivenciam uma desordem (no presente), podendo também antecipar o futuro. No Alojamento Conjunto este futuro pode estar relacionado à terapia propriamente dita ou mesmo ao retorno para a casa e para a comunidade de origem.

A observação no campo mostrou que tanto os ‘pequenos sofrimentos’ (aprender a cuidar do pequeno bebê, apresentar problemas relacionados com a amamentação, dentre outros) como os ‘grandes sofrimentos’ (morte neonatal, criança prematura, mal-formações congênitas, complicações obstétricas e neonatais, dentre outros) que tomam lugar no Alojamento, não são fáceis de serem enfrentados pelas famílias. Percebe-se que estas dores abalam o sentido da competência, quer seja de modo coletivo ou de cada um de seus membros. As trabalhadoras que utilizam a antecipação do futuro como um dos componentes da narrativa terapêutica, de algum modo, auxiliam na recomposição destes sentimentos de competência, mesmos que estes ‘futuros’ sejam incertos, marcados pelo suspense, pela surpresa ou pelo reconhecimento de que as coisas podem vir a ser diferentes do que aquelas que se quer ou se antecipa, como referem Ezzy (2000; 1998) e Mattingly (1998), ao focalizarem outras práticas narrativas. Como diz Velho (1999), cria-se um *projeto*, dentre um enorme campo de possibilidades que tendo o “sentido de um fim” (MATTINGLY, 2000, p.183, tradução nossa), redirecionam as esperanças e os desejos.

Talvez, um dos exemplos que melhor ajudem a argumentar minha interpretação, diz respeito à narrativa ocorrida entre a trabalhadora Janaína, o bebê portador de mal-formação congênita e seus pais (situação 2). A narrativa gerada começa a apresentar um sentido teleológico (em direção a uma meta), quando Janaína, tentando propor o envolvimento dos pais no cuidado (já que ambos estão titubeantes e inseguros frente à nova situação), verbaliza: *“este é o começo de uma história que vai ter um final feliz”*. A trabalhadora, com isto, provoca significados que aparecem envoltos em objetivos e intenções que são desejados pelos pais. Na seqüência, ao perceber que a puérpera acrescenta: *“mas eu queria que ele fosse normal”* (o que dá a pista para construir a narrativa), Janaína insiste: *“e não é? Possui apenas uma pequena fenda que vai ser fechada por uma cirurgia **daqui a pouco tempo...**”*. A antecipação de um futuro promissor envolve os pais na trama levando a que eles visualizem aonde querem chegar. Isto mostra o papel da narrativa em prefigurar expectativas para o futuro. Se observarmos mais atentamente é possível perceber, inclusive, que as perguntas feitas pelos pais do bebê estão todas direcionadas para o futuro: *“e se ele ficar desfigurado?”* *“Depois da cirurgia ele vai conseguir ficar normal?”* *“Vai ficar saudável?”* Ao que Janaína responde, argumentando:

*“daqui pra frente ele só vai melhorar...não tem mais como ficar desfigurado. Ele é um bebê bonito que precisa de um recurso cirúrgico para fechar o lábio, mas isto não torna o bebê problemático, não concorda comigo?”*

Ou então:

*“a cirurgia plástica está muito avançada. Hoje as crianças ficam com uma aparência perfeita, podem aprender normalmente, ir à escola, comer, beber e fazer tudo sem problemas”*.

A cirurgia plástica é usada como motivação, ou seja, o futuro ‘normal’ do bebê (aprender, andar, comer, beber) aparece como uma prerrogativa cirúrgica e é sobre isso que Janaína se debruça para fazer com que a família participe dos cuidados ao bebê, enviando uma mensagem que ajuda a preparar o caminho para a mudança física (reparar anatomicamente o lábio), psicológica (fortalecer a auto estima) e sócio-cultural (evitar a estigmatização). Ela incentiva os pais a anteciparem a visão de uma criança saudável e recuperada. Encoraja-os a vislumbrar além do momento presente e, em alguns momentos, inclusive, é direta em suas argumentações: *“Vamos amamentar? Leva ele novamente ao seio e **imagina um futuro de sucesso. Vamos fazer isto por partes?**”* Ainda que envolvida diretamente com as questões da amamentação, isto é apenas um ‘instrumento’ para que a vida futura da criança e dos pais seja percebida com esperanças em toda a sua plenitude. Portanto, encoraja-os também a reconceitualizarem-se durante o tempo narrativo, fazendo com que as “imagens futuras saturem cada momento presente com novos significados” (MATTINGLY,

1994, p.818, tradução nossa). Projetar o futuro, a partir deste ângulo, produz efeito ou, conforme, Austin (1992 apud MATTINGLY, 1998, p.5, tradução nossa), atua como “força perlocucionária” para persuadir os outros a ver o mundo de determinada maneira.

É possível perceber que para estas trabalhadoras de enfermagem, “trabalhar” somente o presente, reduz e limita a perspectiva terapêutica; inclusive do ponto de vista da própria ação profissional, uma vez que a orientação em direção a fins ‘imaginados’ é necessária também para dirigir a seqüência dos cuidados. Para elas se reconhecerem naquilo que estão fazendo, elas precisam imaginar para onde estão indo:

*“se eu penso que esta família pode ter força suficiente pra enfrentar os obstáculos e chegar bem lá na frente, eu tenho mais segurança pra ajudar a enfrentar o sofrimento. Isto também me ajuda a organizar melhor o que eu tenho que fazer com ela” (Extratos de Entrevista com a técnica Lara, acerca dos cuidados dispensados à família cujo recém-nascido estava na UTI neonatal).*

Ao antecipar o futuro, as trabalhadoras instilam algum grau de esperança para as famílias, como sustentam também autores como Good (1997), Kleinman (1995) e Mattingly (1994, 1998), pois a esperança é um “ingrediente indispensável da narrativa” (MATTINGLY, 1998, p.70, tradução nossa).

Para dar maior concretude à ‘antecipação do futuro’ as trabalhadoras empregam algumas táticas que possibilitam às puérperas e às famílias, aprenderem com experiências similares alheias. Tais estratégias são bastante criativas e promissoras para os efeitos terapêuticos desejados. São três as táticas mais empregadas. A primeira delas consiste em colocar a puérpera em contato direto com outras mulheres que tiveram problemas semelhantes:

*após três horas auxiliando Eliane a realizar massagens no mamilo semi-protruso e a retirar o leite em excesso que ameaçava um intenso ingurgitamento, Lia volta-se em minha direção e, sussurrando, comenta que está aguardando a chegada de uma “puérpera externa” que tinha enfrentado o mesmo problema há algum tempo atrás. Parecendo adivinhar os pensamentos de Lia, a mulher de quem ela acabara de falar entra na sala com um bebê de alguns meses no colo. Lia a convida a entrar e diz de sua intenção em ajudar Eliane a “ter mais esperança”. Como a mulher concorda de imediato, Lia faz as apresentações:*

*- “Eliane, esta é Lúcia. Olha o tamanho do bebê dela. Tinha o mamilo semi-plano mas conseguiu superar. Agora está querendo desmamar”.*

*As duas mulheres conversam durante uns dez minutos. Num determinado momento, Lúcia, aparentemente sem constrangimento, levanta a blusa e mostra os mamilos para Eliane que, segurando a mama direita na mão em concha, verbaliza: “até me emociono. Será que consigo também?” Lúcia, ainda com as mamas descobertas, pega o filho que brincava nos braços de Lia e acrescenta: “mas é claaarooo!...olha só o meu...tem dez meses. O que eu quero agora é desmamar!” (Extratos de Diário de Campo).*

Em momento posterior, quando eu entrevistava a trabalhadora envolvida neste episódio, a mesma confirmou que “isto é intencional mesmo. Eu acho que faz efeito. Ela [a puérpera Eliane] tava fragilizada...precisava ser fortalecida. Eu usei o exemplo e sei que faz efeito. Elas precisam acreditar que podem atingir os mesmos objetivos. Elas ficam estimuladas com estes exemplos”. A atendente Zulmira confirma a estratégia utilizada, pois

também acrescentou: “isto é muito importante. Colocar a puérpera que tem dificuldades para conversar com outra mãe que enfrentou algo parecido dá um novo alento, uma esperança....”.

A segunda tática mais empregada pelas trabalhadoras consiste em fazer a puérpera lembrar de fatos anteriores que ela presenciou durante a internação no Alojamento. Tal ocorrência pode ser confirmada a partir da situação 1, quando a técnica Mirtes aviva a memória das puérperas Marília e Carolina para que se lembrem do resultado terapêutico obtido com uma terceira puérpera no dia anterior. Ao lembrar do ocorrido, Carolina refere: “ela disse mesmo que já estava se sentindo outra depois que você ajudou”.

A terceira tática adotada está consubstanciada no ato de contar histórias similares nas quais a família obteve sucesso, como é o caso da atendente Janaína, na situação 2, quando ela, em determinado momento da narrativa, passa a dizer que encontrou-se há pouco tempo atrás com um casal que tivera um filho com lábio leporino e que estava muito bem, “nem parecendo que havia nascido com o problema”. Mais tarde, ao entrevistar Júlio, confirmei que a tática surtira efeito:

*Pai Júlio: [o meu filho] vai ficar igual aquela criança que ela [Janaína] disse (custei um pouco a lembrar e o pai do bebê ajudou). Aquela que ela encontrou na rua depois da cirurgia e que só tagarelava! (Extratos de Entrevista).*

Noutra situação, Lia também mostra que faz uso da estratégia comparativa:

*Lia (atendente): tu sabes que algumas mães vêm aqui com os bebês já bem grandes? No começo tinham a mesma dificuldade que você, mas depois que se sentiam seguras não conseguiam mais parar de amamentar. Tu sabes que teve aqui um casal me pedindo o que é que podiam fazer para desmamar a criança? Já tinha dois anos...*

*Puérpera: dooiiss? Que legal!! (Extratos do Diário de Campo)*

Estas estratégias adotadas pelas trabalhadoras configuram-se como mecanismos de enfrentamentos, como motivações para as famílias que vivenciam dores particulares, mas que no encontro com os outros reconhecem-se e encontram o ‘sentido de um fim’ (MATTINGLY, 1994) ou a rota mais desejável para os resultados a serem conquistados com os procedimentos terapêuticos atuais. Velho (1999, p.28) ao refletir sobre as experiências no caminho trilhado para projetar algo que um indivíduo ou uma comunidade quer para si, reconhece que “mesmo que o ator viva a sua experiência como única, ele de alguma forma, reconhece-se nos outros através de semelhanças e coincidências”. A visão de futuro apresentada pelas trabalhadoras aos sujeitos participantes das narrativas terapêuticas ajuda na construção de novos significados à dura realidade a ser enfrentada. As imagens desejáveis, ao serem antecipadas, contribuem de modo genuíno para transformar o tempo clínico em tempo narrativo.

### 10.3.3 O CUIDADO NÃO DEVE SER UMA “SALVE-RAINHA” – A MESMA ORAÇÃO PARA TODOS

Os estudiosos das narrativas argumentam em uníssono que o mundo de quem narra não é um mundo qualquer. Esta afirmação apresenta coerência teórico-prática com as narrativas terapêuticas presentes na cultura do Alojamento Conjunto. A observação feita pela técnica Mirtes pode ser considerada como uma síntese representativa da necessidade de particularização da assistência:

*“acho que a gente deve apoiar, cuidar das mulheres e dos recém-nascidos que são nossos clientes aqui, mas isto deve ser feito de modo particular, com cada um, com cada família...dar atenção especial. Não acredito, mas não acredito mesmo na mesma coisa pra todo mundo...a mesma Salve-Rainha!” (Extratos de Entrevista).*

Zulmira, ratificando o pensamento da colega, acrescenta que *“não adianta rezar a mesma oração; cada um é um”*. E respondendo à minha pergunta sobre como é possível descobrir as peculiaridades de cada um – num local em que outras trabalhadoras queixam-se intermitentemente sobre a sobrecarga de trabalho – responde de modo desconcertante: *“tem que afinar o ouvido!”* A atendente Lia faz coro, adicionando: *“é só prestar atenção. Se a gente faz isto de modo consciente, vai ver que cada um é diferente e enfrenta de modo diferente a situação”*.

Efetivamente, a prática diária destas trabalhadoras mostra que não há incoerência entre o que dizem e o que fazem, haja vista os registros que eu realizei em distintos momentos de interação terapêutica, onde havia a demonstração explícita de que quando a trabalhadora estava interagindo com os participantes, ela estava “inteira” com eles.

As trabalhadoras que geram narrativas terapêuticas nos encontros clínicos possuem reconhecimento que não deve haver apenas um modelo a ser seguido. A “Salve-Rainha” deve dar lugar a ‘orações’ singulares, espontâneas, que surgem do encontro autêntico entre trabalhadoras e mulheres. As necessidades podem dar a falsa impressão que são repetidas, mas a ação clínica é diferenciada, específica para cada cenário e para cada participante:

*“ [...] pra cada mãe tem um caso e uma palavra...os sentimentos delas são diferentes e eu cuido muito disso. A gente tem cinco dedos nas mãos. Todos são dedos, mas não são iguais. Assim são as pessoas” (atendente Lia - Extratos de Entrevista).*

*“estes dias tinha uma [puérpera] que não tinha jeito de se acalmar. Estava muito nervosa e o leite não descia. Descobri que ela gostava de música e que, durante a gestação, quando o nenê tava muito agitado, botava uma música bem suave para ouvir. Pedi pro pai trazer o CD da música e um aparelho. Depois de algum tempo, a mãe já tava bem mais calma e o leite descendo, descendo. A criança teve alta mamando... Entendes? Devem estar ouvindo a música até hoje... [risadas]. Então é assim: tem mãe que não gosta de música, mas gosta de contar histórias pro filho. Tem outras que cantam. Tem outras que ficam em silêncio, tem outras que só dão de mamar em pé. Precisa entender a necessidade de cada uma” (auxiliar Zulmira - Extratos de Entrevista).*

*"[...] é preciso habilidade para lidar com situações diferentes, porque as pessoas são diferentes. As mulheres são sempre diferentes, o bebê é sempre diferente. Não dá pra dar o mesmo método pra todos...ah, este eu vou usar pra esse e serve pra aquele...não, de jeito nenhum, são pessoas diferentes e às vezes se demora algum tempo até descobrir" (técnica Mirtes - Extratos de Entrevista).*

Como as teóricas da Enfermagem têm debatido, por décadas, um dos principais elementos da sistematização da assistência é, justamente, a individualização do cuidado. Apesar desta sustentação, a prática demonstra que ainda há um imenso hiato entre o que se propõe e o que se realiza. As narrativas observadas no Alojamento apontam para a inseparabilidade entre individualização e cuidado terapêutico. Este caráter relacional leva as trabalhadoras a reconhecerem que um novo 'paciente' em uma nova situação, não é uma réplica de outros 'pacientes' em situações semelhantes. Elas talvez consigam aquilo que tanto evocamos quando falamos profissionalmente em 'cuidar da pessoa' e não somente da 'doença que a pessoa tem'.

Nas narrativas terapêuticas, a individualização da assistência está subsumida na percepção de alteridade, de heterogeneidade, de diversidade. O cuidado requer que se olhe para os clientes 'vendo' neles diferentes representações e múltiplas nuances, seja idiossincráticas ou de derivações sócio-culturais diversas. Isto envolve, por exemplo, não fazer pré-julgamentos ou ter pré-conceitos sobre determinados clientes ou situações clínicas. Em todas as narrativas das quais fui testemunha, não observei comportamentos estereotipados ou discriminatórios do tipo: "*não é uma boa mãe*"; "*não é uma boa paciente*"; "*é egoísta, nunca pensa na criança*", tão comuns em outras situações assistenciais como apontadas nos capítulos precedentes e mesmo em outros cenários cuidativos como os que nos apresenta, por exemplo, Mulhall (1996), em *Maternidades americanas*.

A individualização da assistência também envolve considerar os sujeitos participantes dos cuidados pós-natais – principalmente as puérperas – como seres culturais. Embora raramente verbalizem o termo deste modo, as trabalhadoras atuam com a representação de que o puerpério e a própria maternidade, ainda que sendo eventos que se localizam no corpo, não são apenas indícios do desempenho de uma atividade biológica, ou seja, natural. Constituem-se, também, em eventos culturais ou, como acentua Paim (1998, p.33), "são submetidos a uma construção simbólica que se impõem aos indivíduos". Isto contribui para assegurar às narrativas terapêuticas a propriedade de "construirmos objetos de atenção terapêutica que sejam históricos, temporais e repletos de dimensões sociais" (GOOD; DELVECCHIO GOOD, 2000, p.51, tradução nossa).

O processo de individualização da assistência envolve ainda considerar as variações e interpretações idiossincráticas das mulheres puérperas. Tal consideração passa pela

compreensão de que as sensações corporais não são unívocas e que a interpretação das puérperas sobre tais sensações (a dor, por exemplo) está atrelada tanto ao sistema de crenças, como a sensações subjetivas e culturais sobre a imagem corporal, o que corresponde aos estudos realizados por Kitzinger (1977) sobre a experiência do nascimento, em que a vivência da dor pode estar relacionada à expectativas e graus de ansiedade pessoais, ao código social e uma miríade de experiências que as mulheres vivenciaram em momentos anteriores. Para as trabalhadoras, a mulher puérpera traz para a experiência do Alojamento, inúmeras **peculiaridades** fisiológicas, sociais e psicológicas que precisam ser consideradas.

É muito importante ressaltar que a necessidade de individualização da assistência não é percebida somente pelas agentes de enfermagem que desenvolvem as narrativas, mas ela é considerada essencial, de igual modo, pelas próprias puérperas que são envolvidas nas narrativas. A assistência particularizada é uma condição ‘sine qua non’ da interação terapêutica, como assinalou a puérpera Carolina, dizendo que se sentia como “única” quando estava sendo cuidada, ou como refere a puérpera Eliane, no seguinte depoimento:

*Pesquisadora: [...] você falou que ela [a trabalhadora com quem interagiu] é diferente. Podes me dizer por que?*

*Puérpera: ah, é que eu comparo com as outras, né? Eu acho que elas podiam ser mais assim... não digo atenciosas, mas assim mais, como é que eu vou explicar... eu acho que não dá atenção pro bebê, merecida naquela hora. Só tá ali porque tem que estar. Dá o banho, troca, deu... mãe vem ver isso, mãe vem ver aquilo... então não tem aquela troca de carinho, parece que todo mundo é igual. Fazem tudo da mesma maneira. Tem umas até que são mais atenciosas mas eu não sei, pode ser que tenha sido só comigo, né? Deu um banho muito ligeirinho. Eu não consegui nem ver direito. Meu Deus, é meu primeiro filho... eu quero aprender! (Extratos de Entrevista).*

Este último depoimento traz à tona, também, outro elemento importante da individualização da assistência que está fortemente associado à narrativa terapêutica e que se refere ao “cuidado educativo”, como as trabalhadoras costumam se referir. Tal atividade, se devidamente negociada, pode conduzir a processos similares à construção de narrativas terapêuticas.

Em resumo, ao interpretarem que o cuidado não deve ser a mesma “Salve-Rainha” para todas as mulheres, as trabalhadoras revigoram a noção de **significado** e, enfatizo, como Geertz, a compreensão que não existem significados no vazio. Um significado é sempre significado ‘para’ alguém. Assim, estas trabalhadoras nos ensinam que o nascimento, o sofrimento a ele associado, as representações sobre o corpo puerperal, as exigências e necessidades de aprendizagem, dentre outros, são processos intersubjetivos e interpretativos que só adquirem sentido e possibilidade de transformação (sim, porque a aprendizagem sempre envolve transformação), na individualização da assistência.

### 10.3.4 A PUÉRPERA COMO PROTAGONISTA

No desenvolvimento das narrativas terapêuticas, ao contrário de outros encontros clínicos, é possível observar que o ponto de partida e de chegada, seja do levantamento de dados, do planejamento, ou das ações cuidativas propriamente ditas, é a mulher puérpera (e não a “mãe”, conforme vimos anteriormente), embora o recém-nato e a família também ocupem posições privilegiadas. Vale dizer, há um descentramento do foco do cuidado que, ao invés de lançar luzes para a ação do profissional, busca iluminar o cliente como ator, colocando-o no centro do processo do nascimento.

Em diversas ocasiões durante as observações de campo pude testemunhar que as narrativas, além de particularizarem a assistência, consideravam a puérpera como sendo a figura principal em torno da qual deveria ser dirigida a atenção à saúde. Sempre que tinha oportunidade para confirmar esta interpretação, o fazia em momentos posteriores ao encontro clínico entre a profissional e a cliente ou família, ou seja, em entrevistas com as trabalhadoras. Exemplos ilustrativos desta abordagem podem ser identificados nos seguintes trechos:

*Pesquisadora: [...] qual o lugar que a puérpera ocupa no cuidado de enfermagem que você desenvolve? [levando-a a lembrar da puérpera com a qual houvera um encontro há algumas horas atrás]*

*Zulmira (auxiliar): o lugar dela? [concentra-se, demorando algum tempo para responder] Eu acho que o lugar dela tem que ser o melhor... no centro...*

*Pesquisadora: para você é importante que ela seja a principal personagem...*

*Zulmira: [interrompendo] ela ééé a mais importante. É a figura principal. Seja porque é a primeira vez e ela (puérpera Vera) não tinha experiência [com a amamentação] ou com aquela que já amamentou antes mas está com problemas atuais (Extratos de Entrevista).*

*Pesquisadora: do que eu pude perceber, você tinha preocupação não apenas em demonstrar como devia ser feito [o cuidado], mas você fazia com que ela agisse...*

*Lia (atendente): é isso aí mesmo. Eu acho essencial que ela participe. Ela que é o centro e não eu como profissional [...]*

*Pesquisadora: por que isto é importante?*

*Lia: porque é aí que elas aprendem. Porque se tu fazer pra ela ali, sempre que ela for dar de mamar ela vai ter dúvida de novo porque foi você que fez, não ela. Então tu ajuda ela, mas ela precisa sentir que fez tudo sozinha. Tu dá confiança pra ela que ela sabe fazer.*

*Pesquisadora: percebi que você a estimula o tempo todo...*

*Lia: é. É isso mesmo. Isto é importantíssimo. É ela e a família que precisa de estímulo. Isto é bem verdade...isto colabora para que ela aprenda e se ela aprender, ela se fortalece e se ela se fortalece, ela consegue (Extratos de Entrevista).*

O protagonismo da mulher mostra-se evidenciado nestas falas, o que nos leva, mais uma vez, a aproximar o modelo de cuidado adotado pelas trabalhadoras, com o modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, proposto pelos organismos, entidades e estudiosos que lutam em defesa do ‘parto respeitoso’, da ‘humanização da assistência’ ou da ‘maternidade segura’. A questão do protagonismo da mulher, por exemplo, encontra-se explicitamente presente nas discussões sobre o tema, quando se aborda que a capacidade e a confiança da mulher para dar à luz e cuidar de seu filho se potencializam ou são tolhidas pelas

pessoas que a atendem e pelo ambiente em que ela pare (CIMS, 1997). É importante observar que, na medida em que se sustenta o protagonismo das mulheres como um elemento básico para a narrativa terapêutica, também se está lutando pela autonomia, uma vez que deste modo, cada mulher puérpera tem a oportunidade de receber apoio para tomar decisões informadas sobre o que é melhor para si e seu filho, baseando-se em seus valores e crenças pessoais – outro princípio fundamental do modelo de atenção ao parto humanizado.

Os descritores obtidos a partir dos depoimentos das trabalhadoras revelam ainda que dois importantes elementos das narrativas contribuem para consolidar o protagonismo das mulheres puérperas. O primeiro destes elementos diz respeito à **participação ativa** das mesmas no processo de cuidado durante o período de internação no Alojamento Conjunto. A exemplo do depoimento dado por Lia, como acabamos de ver, a narrativa terapêutica tem em sua base o importante princípio que toda mulher tem o direito à assistência adequada e desempenha um papel central em todos os aspectos destes cuidados, incluindo a participação no planejamento, implementação e avaliação da assistência. Como subsídio adicional para a percepção da participação ativa da mulher na narrativa terapêutica, chamo a atenção ainda para algumas passagens vivenciadas durante a vigência dos encontros clínicos entre trabalhadoras e puérperas:

*Mirtes (técnica): [...] fica tranqüila que nós vamos avaliar juntas a você e ao bebê. Você teve ele faz menos de um dia; às vezes os bebês são um pouquinho preguiçosos e nós precisamos estimulá-los...*

*Puérpera Rita: mas como? Já fiz de tudo...*

*Mirtes: vamos tentar juntas... (Extratos do Diário de Campo).*

*Mirtes (técnica): [...] é bem aí que vamos trabalhar...temos que esvaziar a partir daí. Eu não vou fazer por você, mas vou te ajudar a fazer (Extratos do Diário de Campo - situação em que a trabalhadora interage com a puérpera Carolina, ensinando-a a realizar a ordenha mamária).*

A evocação para a participação ativa da puérpera parece ter sua base no pressuposto que a narrativa terapêutica é um processo inerentemente social em que “os clínicos encorajam os clientes a se juntarem a eles na criação de narrativas que sejam significativas dentro do encontro clínico” (KHON, 2000, p.203, tradução nossa). Através da “performance” narrativa as puérperas tornam-se participantes ativas de seus próprios cuidados e, juntamente com os profissionais, esforçam-se, inclusive, para uma noção compartilhada do ‘futuro’ a ser perseguido em conjunto, ou seja, a conquista de melhores condições de bem-estar em nível multidimensional.

Isto envolve não apenas FAZER POR, mas FAZER COM. Veja-se por exemplo as expressões utilizadas pelas trabalhadoras: “*vamos trabalhar juntas*”; “*nós vamos avaliar juntas*”, dentre outras que, além de dar voz às mulheres, quer dizer, introduzi-las no processo terapêutico como participantes ativas, também as introduzem com o poderoso sentimento de

tornarem-se parceiras nas ações e nas conquistas dos cuidados. Neste sentido a trabalhadora é considerada uma aliada e não apenas como alguém que detém o conhecimento biomédico, ‘jogando-o’ sobre as mulheres. A trabalhadora, além de desenvolver as ações cuidativas de auxílio na promoção e recuperação do corpo físico da puérpera, atua tentando comunicar uma mensagem por meio do encontro clínico. Como refere Khon (2000), este processo envolve dar à narrativa um contexto particularmente significativo no qual as clientes podem tornar-se autoras de seus próprios cuidados. Utilizando estas experiências de cuidado como “pequenos blocos de construção de um grande todo” (KHON, 2000, p.204, tradução nossa), cada interação clínica sucessiva torna-se parte de uma poderosa e significativa história que envolve o nascimento e todas as suas conseqüências, no mundo da vida das mulheres e suas famílias. Aproximando esta interpretação do foco teórico de Mattingly (1994, p.817, tradução nossa), podemos argumentar, como ela, que “os pacientes são encorajados a participarem de suas próprias ‘re-criações’”.

Considerando as puérperas como parceiras ativas, como em alguns outros encontros clínicos com características narrativas, as trabalhadoras de enfermagem envolvidas lidam com um sentido de eficácia, no seu trabalho, que depende não apenas do que elas independentemente FAZEM PARA as puérperas, mas daquilo que puérperas e trabalhadoras são capazes de FAZER JUNTAS na narrativa terapêutica. Se a puérpera não vislumbra o cuidado como valioso, ele não o será (MATTINGLY, 1994).

A narrativa terapêutica necessita da colaboração da cliente. “Muito mais do que uma questão biomecânica que pode ser separada da experiência da clientela” (MATTINGLY, 1998, p.79, tradução nossa), as trabalhadoras se engajam com as puérperas para enfrentarem os sofrimentos e as inseguranças que envolvem o período pós-parto.

A narrativa terapêutica é dialógica por natureza e, justamente por isso, tem como característica intrínseca, o potencial de transformação de graus variados de passividade – algo considerado corriqueiro no nascimento medicalizado e institucionalizado (SIMKIM, 1996; TAUSSING, 1980) – em elevados graus de participação.

O segundo elemento da narrativa que contribui para consolidar o protagonismo das mulheres relaciona-se com a questão da **competência**. Vamos atentar para duas falas (a primeira de uma trabalhadora e a segunda de uma puérpera) que envolvem esta perspectiva:

*“...[a puérpera Denise] foi embora faz pouco. Saiu daqui [Alojamento] super-feliz. O nenê mamava bem e ela estava bem mais descansada. Nem parecia a mesma. Era outra pessoa. Lembra [conversando com a pesquisadora] como ela estava desolada? Ela queria muito amamentar, mas estava com dificuldades porque o bebê dormia muito. Tavam dando complemento pra ele de noite. Mas foi só a gente dar apoio, encorajar e incentivar que eles [mãe e filho] se acertaram. Quer dizer, foram dois dias de contato, né? Também não é assim de uma hora pra outra. Ela ligou depois da alta pra agradecer.*

*Disse que estava tudo bem e que o bebê tava mamando bastante, como ela queria. Então a gente fica feliz também. É este o resultado que a gente quer...que a mãe domine a situação, né?” (Zulmira - Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

*“[...] eu tava me sentindo angustiada, me achando um traste, uma ignorante. Ela (a trabalhadora) me apoiou. Me senti como única. Ela me fez sentir que eu podia, sabes? Que eu tinha competência” (puérpera Eliane) (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

Os depoimentos mostram que a trabalhadora atua de modo consciente com a finalidade que a mulher “domine a situação”. Quando e se ela tiver conhecimento e informação sobre sua condição de nutriz, de mãe e de aprendiz no cuidado de si e da criança, terá controle sobre si e seu corpo, e então será competente para agir. Em outras palavras, terá condições plenas de tomar as decisões que julgar apropriadas para a sua saúde e a de seu filho recém-nascido. Por outro lado, o depoimento da puérpera revela que a trabalhadora agiu modificando a situação anterior de angústia (“*me sentia um traste, uma ignorante*”), ajudando a fortalecê-la e adicionando poder onde não havia o menor sinal de esperança. Ambas valorizam o sentimento de ‘competência’ a ser adquirido e conquistado pelas mulheres puérperas e a ser promovido e incentivado pelas mulheres trabalhadoras.

Como já se disse anteriormente, as experiências de sofrimento que tomam lugar no Alojamento Conjunto acabam por abalar o sentido de competência das famílias e principalmente das mulheres que estão em trânsito para o papel de mães. Portanto, mais uma vez, há uma congruência entre o que estas trabalhadoras dizem e o que elas fazem durante os encontros terapêuticos.

Uma das ações consideradas indispensáveis para que a puérpera seja a protagonista do processo de cuidado no Alojamento Conjunto, a partir das narrativas terapêuticas com experiências de sofrimento, é a de incentivá-la a atuar procurando ressaltar os aspectos mais saudáveis da situação vigente, qualquer que seja ela. As trabalhadoras incentivam os esforços que estas fazem para superar a situação de sofrimento:

*a puérpera Alice toca o coto com as mãos ligeiramente trêmulas. A técnica Simone diz: “isto mesmo! Bom mesmo! Segura firme. Isto, você está conseguindo! Agora embrulha a gaze no restante [do coto umbilical]. Isto, muito bem”. Simone segura as mãos da puérpera, ajudando-a a enrolar a gaze. Comenta, sorrindo: “nossa, que mãos frias!”*

*Puérpera Alice: é o medo...*

*Simone: já está melhor, não está? Você está indo bem. Pronto, quase acabado. Teu filho está gostando, olha só. Que tal? [...] (Extratos do Diário de Campo. Situação em que a técnica de enfermagem auxilia a mãe nos cuidados com o coto umbilical do recém-nascido).*

Do mesmo modo que a técnica Simone incentiva a puérpera valorizando seus acertos, em outras situações as outras trabalhadoras utilizam palavras de estímulo como: “*que seios bonitos!*”, “*os mamilos são perfeitos!*”, “*você é habilidosa!*” a fim de fortalecer o sentimento de competência das mulheres para cuidarem de si e dos seus filhos. Todas estas expressões de incentivo são para dizer à puérpera: VOCÊ PODE! Nas narrativas observadas isto era um

instrumento poderoso que ativava a personalidade da puérpera para atuar de modo seguro. O VOCÊ PODE! É pronunciado de forma única, contribuindo para concretizar o papel de agente da mulher.

São inúmeras as situações em que a puérpera é o foco das narrativas terapêuticas, mas uma vez que são as trabalhadoras do Centro de Aleitamento Materno as que as utilizam com maior frequência, normalmente os encontros clínicos recaem em torno da amamentação. Vale ressaltar que em momento algum dos quais participei, observei qualquer atitude autoritária destas trabalhadoras em relação ao aleitamento materno (aliás, fato bastante comum em situações similares em outras instituições de saúde, conforme interpretação de vários estudiosos). A mulher que puder e que assim o desejar é incentivada e apoiada a realizar o aleitamento materno exclusivo. As trabalhadoras aliam conhecimentos adquiridos em cursos específicos com conhecimentos empíricos conquistados no dia-a-dia das interações clínicas e então desenham prognósticos quase infalíveis que direcionam tanto as ações de enfermagem quanto o potencial de participação da nutriz nas ações projetadas. Os depoimentos das trabalhadoras, sintetizados, levam ao seguinte pressuposto: *“se a mulher quer amamentar, ela geralmente consegue”* (atendente Olga).

“Ter o desejo” de amamentar, além de ser a bússola reguladora da participação ativa da mulher nos cuidados, enfatiza que o poder não se concentra no profissional. Todas as ações educativas são favorecedoras do aleitamento, porém, a tomada de decisão concentra-se na escolha da própria puérpera.

Aprofundar a discussão sobre o aleitamento materno, neste momento, seria fugir em demasia dos objetivos projetados para este estudo, mas creio ser fundamental argumentar apenas que estas trabalhadoras possuem meios diagnósticos apurados e bastante sofisticados para descobrir o ‘desejo’ ou não da mulher para amamentar, que passa pela ‘leitura’ das ações e movimentos da puérpera, e não apenas daquilo que ela efetivamente verbaliza:

*“por exemplo, se eu estou num quarto ajudando uma delas já tem um tempo e então saio dali porque outra me chamou, e quando volto, logo em seguida, e ela já está com o seio guardado e embalando o nenê, ela não me diz logo, mas é bem possível que ela não queira amamentar”* (atendente Lia -*Extratos de Entrevista*).

*“minha experiência mostra que geralmente elas não dizem que não querem amamentar. Os gestos delas é que ajudam a indicar...”* (técnica Mirtes - *Extratos de Entrevista*).

É necessário concordar que estas trabalhadoras criaram uma rede de símbolos e significados extremamente elaborada para conduzir a narrativa terapêutica que envolve o aleitamento e que ultrapassa a simplificadora assertiva: ‘essa quer; essa não quer’. Trata-se de um processo que implica primeiramente em *“a melhor coisa é interagir... ganhar confiança e*

não julgar” (Mirtes), depois, em interpretar que nem sempre a mulher diz explicitamente que não deseja (percebo isto como um *insight* muito importante das trabalhadoras, pois minha experiência clínica mostra que, na maioria das vezes, o pessoal de enfermagem das Maternidades sequer considera a linguagem não verbal das usuárias – aliás, sequer pergunta se efetivamente elas desejam amamentar) e só então abordam a puérpera, conversando amigavelmente sobre o que ‘observaram’, procurando checar se suas interpretações são procedentes. Há então um clima de respeito, confiança e permuta envolvendo a relação com as mulheres nutrizes

Como já apontei anteriormente, as trabalhadoras compreendem que a realidade contextual é um fator limitante ou facilitador das decisões das mulheres a respeito dos cuidados consigo e com os filhos. Assim também ocorre em relação ao amamentar e à participação da família. Para elas, as puérperas e suas famílias constituem um universo social de mútuas influências, havendo também o reconhecimento que há, neste universo, uma rede mais ou menos sistemática de significados relacionados com a amamentação, embora não necessariamente ajustada e harmoniosa. Assim, há **famílias que ajudam** (algumas vezes referidas como “famílias que colaboram”) e **famílias que atrapalham** (algumas vezes referidas como “famílias que prejudicam” ou que “dão pra trás”):

*“[...] a família? Depende. Tem umas que ajudam e outras que atrapalham...às vezes a gente percebe isto já aqui na Maternidade, mas outras vezes só depois, quando elas vêm de fora nos procurar porque estão com problemas... tem umas mulheres mesmo que vêm de fora bloqueadas, né? Que bloqueou tudo... parece assim que trancou ela, né? Alguma coisa que houve em casa. Ai tens que sentir, conversar. Ai é bom que o marido ou a mãe, ou quem quer que venha acompanhar fique esperando lá fora. Fica só tu com ela...ai chora, desabafa e aí o que ela diz: que o marido tá fazendo muita cobrança dela, que a família tá pressionando [...] Daí se a mãe ou o marido vem junto, eles às vezes ficam ali: ‘olha, vê se aprende!’; ‘viu como tu tavas fazendo errado?’; ‘assim e não assado’ ou então belisca o braço da esposa. Daí a gente vê que a família às vezes atrapalha”(atendente Olga - Extratos de Entrevista).*

*“muitas vezes a família atrapalha. Engraçado, eu percebo que muita gente acha que a família só ajuda, mas ela também prejudica, sabes? Às vezes cobra da mulher e ela tá tão fragilizada, né? Eu acho que se a mãe não quer, precisamos respeitá-la. A decisão final é dela. Então é esta a dificuldade...a gente sente que ela não vai amamentar, mesmo que ela não diga explicitamente, por causa da família”(Zulmira, em resposta ao questionamento de uma aluna de graduação em enfermagem, sobre a participação da família no aleitamento materno).*

*Pesquisadora: e quando é que a família ajuda?*

*Lia (atendente): ah, às vezes é bem legal e a gente percebe que a paciente quer que a mãe ou o marido estejam junto. Mas eu só concordo se a puérpera me disser que quer. Sempre procuro perguntar antes, sem que ninguém saiba. Quando ela quer, aí sim, porque às vezes tem famílias que apoiam, que ficam estimulando e colaborando, enquanto outras fazem como aquela que eu te falei. Culpam a mulher ou exigem muito dela.*

*Pesquisadora: você inclui a família no cuidado?*

*Lia: depende. Sim, se a mulher quiser, mas se ela acha que tão cobrando muito...então depende muito mais dela do que de mim (Extratos de Entrevista. Grifos adicionados).*

É de especial relevância observar a posição da família nas narrativas, ou seja, como a família é considerada e convidada a participar dos encontros clínicos onde a amamentação está em pauta.

Nas interpretações destas trabalhadoras a família é considerada parte integral da vida da mulher e, como tal, parte integrante de seu planejamento de cuidados. Entretanto, pode-se perceber que isto não se dá de forma assim tão simplificadora. Dependendo da situação, o papel da família passa a ser central, e em outras, pode ser apenas marginal. Elas são unânimes na consideração de que se a família ajuda, ela é colocada junto com a mulher puérpera, no centro do processo cuidativo. Mas, se a família atrapalha, ela é afastada (ou pelo menos não é chamada) do planejamento e das ações cuidativas. É interessante perceber que, neste último caso, é a mulher puérpera que permanece como protagonista do aleitamento, tomando a decisão pela continuação ou não do seu papel de nutriz.

Daí depreende-se outra importante ação terapêutica durante a “performance” narrativa: a família somente é incluída se a mulher assim o desejar (novamente aqui, há estratégias especiais para o monitoramento do ‘desejo’; basta ver o último depoimento registrado de Lia). Mas, como poderia ser esperado – uma vez que ela não está incluída desde o início –, a família também não está excluída completamente, ou seja, não é alienada do processo (embora muitas vezes permaneça providencialmente sentada em um banco mais distante ou mesmo do lado de fora de alguma sala onde os cuidados e orientações acontecem). Quando as trabalhadoras sentem que a mulher já está mais fortalecida para continuar com a amamentação (isto às vezes demora semanas, pois as puérperas voltam com frequência à instituição para receberem ajuda), passam a conversar com as famílias, na tentativa de negociarem outros significados. Dependendo da reação da família, ou é convidada novamente a tomar parte no centro do processo, ou então se continua aguardando novas sinalizações. Embora esta estratégia seja empregada com relativa frequência, ainda assim, é a mulher que deu à luz quem dá a última palavra.

Caso a trabalhadora consiga ‘convencer’ a família da importância da continuidade do aleitamento, observa-se a geração de outros significados e de novas ‘experiências’ que são considerados muito positivos e valorizados pelos membros participantes. Em uma ocasião, inclusive, tive a oportunidade de presenciar o retorno da mãe e do companheiro da puérpera, chamados pela trabalhadora Zulmira para “servirem de exemplo para uma outra puérpera cuja família era “totalmente contra a amamentação”, por considerar que a mesma “estragaria a plástica mamária feita há aproximadamente um ano”.

Os membros da família, devidamente informados, e tendo incorporado novos significados ao processo de aleitamento, revelaram à puérpera sobre como se sentiam antes da aproximação com a trabalhadora e também como todos saíram fortalecidos daquela experiência. A puérpera, sendo a audiência interessada, teve a possibilidade de, ao ouvir (uma atitude ativa, pois exige construir o significado daquilo que as pessoas daquela família desejam transmitir), torna-se, por sua vez, instrumento de persuasão na negociação de outros significados com a sua própria família.

Quando a família está presente e se mostra interessada, as trabalhadoras, além de promovê-la como agente ‘técnico’ da amamentação (*“sempre que a mulher quer, eu incluo o pai junto e digo: ó pai, isto aqui que estamos fazendo o senhor pode fazer em casa. Ajude sua mulher...eles até aprendem a ordenhar porque é uma coisa que toda a família precisa estar envolvida. Às vezes chega aqui que a mama tá um farol de carro – faz um sinal amplo em frente às suas próprias mamas –, aquilo vermelho e lustroso...eu chamo o pai e ensino ele a fazer e digo: se não for desta vez, venham a segunda, se não der, a terceira, e assim por diante. Eu quero que vocês se sintam seguros. Não importa quanto tempo vai demorar... até por telefone eu explico”*), freqüentemente mostram à família como esta poderia relacionar-se com a puérpera, haja vista seu estado e posição liminar em termos físicos, culturais e sociais. Com isto a família também se beneficia da narrativa terapêutica, pois como diz Kleinman (1988, p.185, tradução nossa), “a família adiciona novos significados à experiência e passa a replicá-los em outras situações de cuidado”. A narrativa então pode ser vista como um espaço que as trabalhadoras abrem para explorar as possibilidades da família.

O uso interpretar que a promoção de narrativas terapêuticas como essas ajudam a inverter o ‘status quo’ vigente nas instituições de saúde, à respeito da amamentação, como muito bem nos aponta Silva (2000, p.247): “para a mulher o profissional simboliza a censura quando esta não amamenta ou o dever cumprido, quando consegue manter a amamentação”. Quando há negociação, participação ativa e relações dialógicas, a interação clínica pode contribuir para a geração de sentidos conotativos que auxiliam na produção de novas redes de significados, inclusive na reversão das relações de poder que tomam lugar dentro das instituições.

Mesmo que a participação da família (como protagonista ou em posição marginal) se dê de maneira mais intensa nas questões do aleitamento, também foi possível detectar que a família é considerada importante em narrativas que envolvem outras situações dentro do Alojamento Conjunto. Vejamos, por exemplo, o que a auxiliar Zulmira diz sobre isto:

*Auxiliar: a participação da família é fundamental. Para mim até a família no pré-natal deveria acompanhar a gestante, seja no consultório particular ou no posto de saúde. Desde o começo, nem que não vá todos... mas um já ajudaria [...]. Aqui no Alojamento, quando eu vou orientar a mãe e a família está junto, eu faço ela participar. Vou trazendo ela junto, vou envolvendo, vou conquistando, mostrando que dá certo... eles se fortalecem também...marido...mãe...*

*Pesquisadora: tu usas algum procedimento especial para isto?*

*Auxiliar: não. Eles vão entrando na cena, vão participando, ajudando a segurar, apoiando, dizendo palavras de incentivo, fazendo perguntas, vão participando aos poucos, até que percebem que podem contribuir(Extratos de Entrevista).*

E, inclusive, uma destas trabalhadoras reconhece que precisa haver “*muita percepção, preparar-se e ter conhecimento específico para saber lidar e cuidar das famílias aqui dentro*” (Mirtes), sugerindo que os profissionais tentem compreender como os familiares vivenciam e interpretam o momento pelo qual estão passando para atuarem de modo mais sincrônico com suas necessidades, quer seja na dimensão física, emocional, cultural, social ou comportamental. Algumas reconhecem que, assim como a puérpera pode vir a vivenciar dramas, os mais diversos, durante o período de internação, a família experimenta estresse e deve ser apoiada igualmente como uma unidade de cuidado.

Por sua vez, as famílias, algumas vezes, resistem aos processos esmerados de exclusão que, como vimos na discussão do tema anterior, acontecem freqüentemente no Alojamento Conjunto, revelando que querem tornar-se membros ativos nos cuidados:

*“a moça do quarto, hoje de manhã, nem me convidou para entrar naquele quartinho de banho. Era o primeiro [banho da filha recém-nascida] e eu nem vi. Ela era gentil, não me falou nada que me desagradasse, mas não fazia nada pra gente participar” (Pai Lauro - Extratos de Entrevista).*

Vimos até aqui que a puérpera é considerada a protagonista do cuidado nas narrativas terapêuticas e também que a família ocupa diferentes posições, de acordo com o ‘desejo’ da puérpera. Mas ainda falta abordar outro personagem que é envolvido nas interações clínicas e que, igualmente, é convidado a tomar parte no enredo: o recém-nascido. Embora apareça de modo menos explícito, valorizá-lo é considerado como uma conduta fundamental para colocá-lo como participante ativo e no centro do processo. Para estas trabalhadoras, as crianças que acabam de vir ao mundo são seres humanos conscientes e sensíveis, e devem ser reconhecidos e tratados como tal.

O recém-nascido é valorizado e incentivado de duas maneiras; falando-se diretamente com ele (em presença ou não da família): “*como você é forte!*”, “*que nome bonito!*”, “*vá em frente!*” (quando a criança inicia um processo de sucção favorável, por exemplo) ou falando com ele através da família: “*ele tem uma boca linda, vocês não acham?*”, “*nossa, como ele é grande!*”. Ambos os procedimentos mostram-se eficazes para serem usados como instrumentos nas narrativas terapêuticas. O depoimento da auxiliar Zulmira deixa mais clara esta interpretação:

*“às vezes é preciso até fortalecer mais...dizer que a criança é rosada, que é ativa, que parece um anjo...isto também ajuda para eles se valorizarem...não é só a mãe, é o bebê também. Aqui se trabalha com os dois...” (Extratos de Entrevista).*

Talvez o exemplo mais forte desta conduta esteja na situação vivenciada por Janaína, pelo casal Júlia e Júlio e pelo filho portador de lábio leporino. Desta narrativa é possível extrair algumas expressões utilizadas por Janaína, como: *“que forte ele é”, “ele é tão rosado e nasceu com um bom peso. Certamente foi muito esperado não é Júlia?”, “e então Cláudio, bonito nome. Vamos mostrar o quanto você é forte e saudável?”, “eu já percebi que ele é bem-vindo e olha aqui como ele se sente importante fazendo parte desta família!”*, que visam imprimir uma dimensão diferente daquela percebida pelos pais (que só conseguem perceber a ‘falha’ congênita apresentada pelo bebê). Ao comunicar-se deste modo a trabalhadora enfatizou o lado menos ‘visível’ da criança (do ponto de vista dos pais), chamando atenção que a criança era rosada, ativa, forte e saudável, características positivas ou mesmo ‘atrativas’ do bebê que serviram tanto para valorizar a criança como para personalizar a interação, sem necessariamente endereçar para a área estigmatizada. A exemplo dos estudos conduzidos por Khon (2000), acerca da interação promovida por alguns profissionais de saúde com pais de crianças portadoras de anomalias congênicas, este tipo de conduta é considerada indispensável e eficaz durante os encontros clínicos.

Por todos estes níveis de participação e de envolvimento das mulheres, crianças e famílias nas narrativas terapêuticas desenvolvidas pelas trabalhadoras e por ser um local em que ‘naturalmente’ a família está presente (inclusive tendo sua conformação modificada), o Alojamento deve constituir um centro natural de educação e não um lugar de acomodação de pessoas (CAMPESTRINI, 1982).

### 10.3.5 O CUIDADO É SUSTENTADO POR UM ENREDO OU: “O TESOURO TECE A TRAMA”

Mattingly (1998) argumenta que todas as narrativas, sendo terapêuticas, possuem um “plot”, traduzido mais ou menos como se fosse um enredo, ou então uma trama que é usada pelos profissionais para envolver os participantes na ação terapêutica. Tais enredos, provocativos e estimuladores, são modelados aos poucos durante os encontros clínicos a fim de que sejam significativos para os clientes.

Os enredos são espontâneos, uma vez que surgem da emergência das narrativas, ou seja, os profissionais não vão para o encontro ‘planejando’ envolver os clientes em uma (pré)determinada história. O enredo é criado justamente durante o jogo interativo; durante a ‘dança’ terapêutica. Para que isto aconteça é necessário que o profissional esteja atento ao que

acontece no encontro, e não apenas nos resultados práticos que se deseja alcançar. A trama acontece a partir de um diálogo intersubjetivo entre terapeuta e cliente e se concretiza nas ações que se desenvolvem em conjunto.

As trabalhadoras de enfermagem, certamente, não usam esta terminologia, mas suas “performances” aproximam-se com muita intensidade desta abordagem. Percebe-se que ao interagirem com os recém-nascidos, as mulheres e as famílias, elas procuram, de modo intencional, criar um enredo em que se apoia a ação terapêutica propriamente dita. Este enredo ajuda, inclusive, a modelar a experiência dos sujeitos participantes da narrativa:

*Pesquisadora: [...] eu percebi que você criou uma história para ajudar Vera a superar as dificuldades. Você fez isto de modo consciente? Isto contribui para envolvê-la no cuidado?*

*Zulmira: ôôô...e como! Às vezes eu uso outras histórias, depende da situação. É meio intuitivo...depende da situação. Isto não tem escrito, mas eu uso porque aprendi no contato, né? É a imagem que eles tem que formar. Se o neném não fala, então a gente tem que mostrar que tem outros meios para sentir que ele se comunica. Então eu acho que estas histórias podem contribuir.*

*Pesquisadora: quais são as histórias que você usa para a mãe ou a família formarem imagens positivas?*

*Zulmira: tudo que tenha a ver com amor, calor, prazer, conquista...pequenos tesouros, né? Mas aí depende de cada um. Depende da fantasia de cada um (Extratos de Entrevista).*

A fonte de inspiração para provocar o enredo provém de metáforas ligadas ao cotidiano das mulheres e famílias, o que vem mostrar que as trabalhadoras estão preocupadas com aspectos da ‘experiência-próxima’ do fenômeno: “com a perspectiva de construção social, mais que apenas com a representação da realidade” (MATTINGLY, 2000, p.187, tradução nossa).

Nas questões ligadas ao aleitamento materno, o enredo mais usualmente utilizado está ligado à **metáfora do tesouro**. É em torno do leite materno como um “líquido precioso” que se elabora o roteiro a ser seguido durante a narrativa terapêutica. É muito comum ouvirem-se expressões do tipo: “*tem um tesouro aí dentro de você*”, “*como é que vamos jogar fora um tesouro como esse?*” Ou ainda: “*é nos pequenos frascos que se escondem os grandes perfumes*”.

A **metáfora do tesouro** é, digamos, a linha-mestra dos enredos utilizados nas narrativas, porém, esta metáfora toma contornos levemente diferenciados, a depender do tipo de interação que está em curso. Assim, o tesouro pode ser ‘buscado’ através de três modos predominantes: “**procurar as moedas**”, “**descobrir a América**” e “**achar a fonte**”, que são as três tramas (“plots”) elaboradas pelas trabalhadoras a fim de que se alcance as metas terapêuticas. As tramas funcionam como pontes a serem erigidas em conjunto e de forma inventiva com os participantes das narrativas. Note-se que o “tesouro” a ser alcançado (o leite materno – líquido precioso) encontra-se contextualizado em situações de dificuldades (os sofrimentos porque a criança não suga, o leite não “desce”, há traumas mamários...) e isto faz

com que o percurso a ser enfrentado para se chegar lá (às “moedas”, “à fonte”, “à América”) seja um percurso sofrido e muitas vezes perverso, diferente de outras situações em que a amamentação ocorre sem qualquer ônus para a mulher, o bebê e a família. As metáforas provocadoras das narrativas terapêuticas (“therapeutic emplotment”) ajudam então na ultrapassagem das dificuldades.

Di Nicola (1998) refere que a metáfora tem sido definida em termos de uma coisa que representa outra desde os tempos de Aristóteles. A essência da metáfora é entender e experienciar um tipo de coisa em termos de outra. Isto é possível, segundo Nations e Monte (1997, p.130, tradução nossa), porque “a metáfora constrói-se embebida em valores, percepções e sistemas de significados culturais”. Quando fazer associação direta entre dois domínios é muito abstrato, pouco claro, difícil ou mesmo arriscado, por qualquer razão, as metáforas são usadas para definir e imprimir significados e então promover um novo entendimento sobre a experiência (NATIONS; MONTE, 1997). Portanto, a metáfora é uma linguagem figurada que impulsiona a promoção de novas representações à experiência.

Percebe-se que as trabalhadoras utilizam as metáforas, nas narrativas, para tornar mais próximas as experiências alienígenas e promover novas representações, buscando o estranho parecer familiar.

Di Nicola (1998) nos aponta que a metáfora é um lembrete de que a nossa descrição do mundo é sempre incompleta, e uma grande parte do que torna únicas as nossas experiências individuais é como preenchemos as lacunas. Isto, por sua vez, transforma todas as comunicações numa forma de tradução para as nossas maneiras conhecidas de pensar. Neste sentido, as trabalhadoras podem ser consideradas como tradutoras de novas representações e significados à difícil experiência da amamentação (ou, pelo menos, do seu início, seja para as mães de primeira viagem ou para as que já são iniciadas).

Mas passemos à interpretação de algumas tramas que são tecidas pelas trabalhadoras. Convido o (a) leitor (a) a retornar à situação 1 apresentada no início da discussão deste padrão e a realizar a leitura de um pequeno trecho da narrativa que ocorre entre a técnica Mirtes e as duas puérperas que estão com dificuldades na amamentação. Sugiro que a leitura inicie no momento onde a trabalhadora principia a interação com a puérpera Marília, cuja queixa reiterada refere-se à pouca quantidade de leite (“só gotinhas”) que sai dos mamilos para alimentar o filho que se encontra na UTI neonatal. A leitura pode findar imediatamente antes que a puérpera Carolina refira o desejo de provar o próprio leite.

Nesta narrativa a “trama” inicia justamente quando a puérpera Marília passa a lamentar-se da insuficiência láctea, concluindo sem resignação que jamais terá leite suficiente

para amamentar o filho. Mirtes aproveita o lamento de que “só sai gotinha” e introduz um pequeno ditado popular: “de grão em grão a galinha enche o papo”, que logo dá lugar à frase: “de gota em gota nós enchemos um vidro” e que, por sua vez, alcança o ápice metafórico na asserção: “de moeda em moeda nós construímos um tesouro!” – Um enredo potencial para envolver a puérpera e sua colega de quarto na narrativa.

É importante salientar que a estratégia utilizada por Mirtes para iniciar o “plot” esteve baseada em pelo menos três manifestações positivas da puérpera: seu explícito desejo de amamentar; a vontade de envolver-se na terapia a fim de realizar tal desejo (aceitar ser envolvida no enredo) e ainda a apreciação pelos “ditados populares”, ou seja, por expressões metaforicamente densas.

Este tipo de situação é relativamente comum no trabalho de Mirtes, mas o que não é comum é o modo como ela lida com a percepção e os sentimentos daquela puérpera. Ambas estão absolutamente afinadas na dança terapêutica e Mirtes procura ‘levá-la consigo’ ao encontrar a trama mais apropriada para desenvolver a terapia. Como diz Mattingly (2000), o que poderia ser uma atividade de rotina, é transformado num drama.

A leitura atenta dessa interação mostra que as ações de ambas – e inclusive as da outra puérpera envolvida na trama, que aqui ocupa dois papéis: de ‘cliente’, como a puérpera Marília, e de ‘audiência’ – contribuem para o desenvolvimento de um “plot”: aquele no qual a puérpera já não é mais uma cliente igual a tantas outras, uma mãe angustiada cujos sentimentos de impotência são percebidos como de incapacidade para cuidar da sobrevivência do filho ou mesmo uma paciente com problemas, precisando de cuidados específicos de enfermagem; mas uma mulher/mãe guerreira, desbravadora de si mesma e de suas possibilidades para encontrar o grande tesouro que enriquecerá a vida – sua e do pequeno filho recém-nascido.

Aquilo que poderia vir a ser uma ação dolorosa, demorada, e sem grandes atrativos, passa a configurar-se num momento desafiador na medida em que cada esforço passa a ter outro significado: aquelas indefectíveis “gotas” pouco valorizadas transformam-se em minúsculas peças valiosas que fazem parte de um grande tesouro. Acredito que para concluir na mesma direção, basta avaliar a reação que a puérpera teve após aceitar envolver-se no enredo.

Outra situação presenciada no campo acrescenta um novo enredo na narrativa, a partir da metáfora do tesouro. Trata-se de “achar a fonte”, da qual apresento um pequeno fragmento:

*Lia (atendente): é, tá um pouco dorminhoco, mas é assim mesmo. Ainda não achou a fonte (tentando acalmar a puérpera que demonstrava preocupação diante do período de inatividade do recém-nascido)*  
*Puérpera Eliane: será que vai demorar muito?*

*Lia: vamos tentando, leve o tempo que levar. Ele ainda não sabe que aqui tem leite.*

*Puérpera Eliane: [para a atendente] você não quer sentar? Já tá de pé faz tanto tempo...*

*Lia: não te preocupa Eliane, eu já estou acostumada. Olha, esta prega que eu estou fazendo ajuda ele a fazer melhor a pega...*

*Puérpera Eliane: ah, é, ajuda a fazer o bico, né? Meu mamilo não é pra fora...*

*Lia: não é muito, mas isto não impede que o bebê mame e mame bem. Fique relaxada, daqui a pouco ele pega pra valer. Tente você fazer a conchinha agora.*

*Puérpera Eliane: assim?*

*Lia: isto mesmo. Pegaste de primeira...*

*Puérpera Eliane: eu tenho que aprender, né? Não posso contar contigo o tempo inteiro. Lá no quarto elas não são assim...*

*Lia: é importante que você aprenda...depois vai para casa...precisa ter todas as dúvidas esclarecidas.*

*Olha, tá descobrindo o que é bom [o bebê suga durante um período um pouco maior de tempo]*

*Puérpera Eliane: [dirigindo-se para mim] ela [Lia] diz que é a fonte...*

*Lia: é claro, e não é?*

*Puérpera Eliane: uma fonte cheia. Acho bacana. Parece uma nascente que não acaba nunca.*

*Lia: e não acaba mesmo, é só ele aprender que ali tem um tesouro [...] (Extratos do Diário de Campo).*

Aqui a atendente Lia interage com a puérpera tentando envolvê-la de forma a acalmá-la, pois embora a puérpera Eliane já esteja com apojadura completa, sua atitude é reveladora de impaciência, pois nesta situação é o recém-nascido que não participa ativamente da amamentação.

“*Ele não sabe que aqui tem leite*”, verbalizado por Lia, dá a senha para que a puérpera inicie a mudança de atitude. É aí que a trama começa a ser construída. Ao dizer que a criança precisa “achar a fonte”, a trabalhadora imprime um significado diferente à interpretação da puérpera que, antes, pensava que o filho não mamava porque “era dorminhoco”, “não queria” ou “tinha um problema”. Ao aceitar que o bebê ainda não sabe mamar, que está em processo de descoberta do mundo, a puérpera relaxa, pois tira de si o peso da ‘incompetência’ (tão comum entre as nutrizes) e incorpora um novo significado onde “achar a fonte” passa a ser compreendido como a descoberta do tesouro...e nem sempre se encontram tesouros de modo fácil. Normalmente o percurso é árido e complexo e exige paciência, alguma determinação e, principalmente, desprender-se das culpas e sentimentos de incompetência e insegurança.

A interpretação de que a puérpera havia adicionado um novo significado àquela experiência veio quando, ao entrevistá-la, obtive o seguinte depoimento:

*“ah, eu achei muito legal aquele negócio da fonte. Me fez sentir bem, sabe? É claro que o neném tem que descobrir, mas quando descobrir, não vai largar mais. Sei lá, dá ânimo na gente. Ele já tá forçando pra que aconteça. Já começou a descoberta (rindo). Não sabe ainda, né? Imagine...acabou de nascer...” (puérpera Eliane - Extratos de Entrevista).*

E, de igual modo, a interpretação de que a metáfora fôra introduzida pela trabalhadora para negociar novos significados foi confirmado em uma conversa esclarecedora com a criativa Lia:

*Pesquisadora: [...] você disse várias vezes uma expressão: “achar a fonte” ou “tem que descobrir a fonte”...*

*Lia: eu uso porque a mãe e a criança não se conhecem direito...*

*Pesquisadora: eu percebi que a mãe continua a usar isto, mesmo depois, quando conversei com ela...*

*Lia: é, acho que ela gostou. Faz sentido, né? Nunca mamaram...precisam descobrir que ali tem leite. Elas se sentem importantes também porque sabem que os bebês dependem delas. É elas que são a fonte! Eu não falo só da mama, mas da mãe. A Eliane é uma pessoa que precisa ouvir que é importante e competente (Extratos de Entrevista).*

Parece claro que o enredo que Lia provocou “fez sentido”, como ela mesma diz, porque foi tomado um episódio da ação, dentro do encontro clínico e estruturado em uma trama coerente para a puérpera e seu filho (MATTINGLY, 1998). Tal observação reforça a eficácia do enredo terapêutico. Mostra que o sucesso terapêutico depende em parte da habilidade da trabalhadora de colocar uma história em movimento que seja significativa para os clientes (“fez sentido”) e para a própria trabalhadora (“a Eliane é uma pessoa que precisa ouvir que é importante e competente”).

Outro exemplo da criação de um enredo terapêutico pode ser encontrado na metáfora do tesouro sob a forma de “descobrir a América”. Aqui os protagonistas da história são a auxiliar Zulmira e a puérpera Vera. Tomemos o trecho final da narrativa:

*Zulmira: viu como ele está mamando? Descobriu a América!*

*Puérpera Vera: [rindo, achando graça do termo utilizado pela trabalhadora] e a América é líquida!*

*Zulmira: e tava bem escondida, não é mesmo? Você ajudou a descobrir.*

*Puérpera Vera: é, tem um grande tesouro aqui. Obrigada por me mostrar o caminho, acho que a gente estava meio perdido. Eu tava me sentindo uma máquina defeituosa, um sei lá o que...pifada! Por que será hein, que a gente se sente assim?*

*Zulmira: é que às vezes a gente precisa de alguém pra dar apoio, incentivo, ajudar a encontrar o caminho. Eu também tive a minha e amamenteei. Sei o quanto é importante a gente se sentir assim.*

*Puérpera Vera: é, mas não são todas que fazem. Eu já tava quase achando que elas [as outras trabalhadoras do AC] iam dar leite de novo. Achei que essa era a única saída. Não é que eu não sabia...li muito sobre isso, sei da importância, achava que sabia muito bem como fazer...mas e daí? Daí que achava que não tinha competência porque ou ele chorava, ou ele dormia. Deram leite, dormiu...achei que era assim, me decepcionei.*

*Zulmira: mas agora o caminho é outro.*

*Puérpera Vera: descobrimos a América! [ri]*

*Zulmira: e se quiserem dar outro leite?*

*Puérpera Vera: ah, não...agora não...agora eu sei como fazer. Vou tentar de tudo! Se Deus quiser vou embora amanhã com ele mamando...*

O trecho final da narrativa foi registrado propositalmente, justamente para que se perceba como há uma harmonia de significados. Quando a puérpera diz: “é, tem um grande tesouro aqui. Obrigada por me mostrar o caminho, acho que a gente tava meio perdido”, mostra que o enredo utilizado surtiu efeito. Ir em busca da “América” (o tesouro a ser alcançado) dá novo vigor ao caminho terapêutico porque lhe imprime novos significados. Percebe-se que, uma vez envolvidos na trama, as puérperas ajudam ativamente a criar as narrativas. Por isso mesmo Delvecchio Good (1998, p.192, tradução nossa) diz que “tanto os pacientes quanto os terapeutas são parceiros na criação de narrativas terapêuticas” ajudando a modelar suas próprias experiências. Isto fica bastante claro nas respostas de Zulmira:

*Zulmira: A gente acaba criando histórias pra incentivar eles. Quando eu digo que ele [o recém-nascido] precisa descobrir a América, parece que não preciso dizer muita coisa. Eles sabem que é uma*

*maneira de dizer que o leite que vai sair da mama vai servir de alimento e afeto e que, pra isso, vai levar um tempo. Descobrir o tesouro leva tempo. Não é de uma hora pra outra...*

*Pesquisadora: a Vera disse que a América é líquida...*

*Zulmira: viu?? Se eu digo que ele precisa descobrir que ali tem leite, vai ficar muito técnico...então, descobrindo a América eles pensam que vai levar um tempo, que não vai ser de imediato, mas que vai chegar lá. É uma questão de ajudar a criança a descobrir. Quem ajuda é a mãe, é a família. Às vezes é melhor inventar uma história que eles conheçam do que usar termos técnicos que não faz o menor sentido... lembra que a Vera agradeceu por eu ajudar a encontrar o caminho que tava escondido? Eu acho legal porque elas entram na história. Ela não disse que não tinha caminho. Ela disse que o caminho tava escondido. Então é isso. Acho que ajuda (Extratos de Entrevista).*

Observa-se que a trabalhadora, ao construir o enredo, também busca reafirmar a sua própria competência terapêutica. Portanto, pode-se dizer que a narrativa tem uma dupla função: modela ativamente as experiências dos clientes mas também reconfigura ou confirma as experiências pessoais e profissionais das trabalhadoras.

A ação tomada dentro desses contornos mostra como as narrativas são carregadas com imagens conotativas; isto é, colaboram na construção de imagens que podem vir a adicionar novos significados à experiência vivida (MATTINGLY; GARRO, 1994). Esta promoção de novos significados que se constróem em inter-relações ultrapassam ações de ‘acomodação’ e de ‘negociação’ propriamente ditas, levando à ‘construção’ de saberes que conjugam *disease* e *illness* em perspectivas que beneficiam a ambos: trabalhadoras e famílias.

O uso intencional das metáforas torna-se um veio particularmente importante e criativo a ser explorado no trabalho terapêutico da enfermagem pois parece investido com poder para transformar a experiência, uma vez que permite entrar ‘na teia de significados’ das mulheres e suas famílias. Fernandez (1986 apud RABELO, 1994) refere que as metáforas são predicções estratégicas que conduzem à *performances*, estendendo assim a “experiência informe do sujeito a domínios mais concretos e reconhecíveis” (RABELO, 1994, p.48).

Ao adicionar novos significados à experiência, dá-se às narrativas um caráter polissêmico que, como vimos, produz impacto na assistência e não esconde o comprometimento das trabalhadoras em tornar as experiências de sofrimento significativas e positivas para todas as pessoas envolvidas nos cuidados com quem acabou de nascer e com quem acabou de dar à luz. O conceito de narrativas terapêuticas não faz parte de um substrato cognitivo previamente ‘sistematizado’ para apoiar e dar rumo à assistência de enfermagem – um processo teoricamente esperado em se tratando de atuação profissional –, mas sua ‘linguagem’ é familiar e inequivocamente capacitante, por ser um saber **construído em conjunto**, enquanto ‘**experiência-próxima**’ onde trabalhadoras, puérperas, recém-nascidos e famílias se reconhecem e se beneficiam dos conhecimentos produzidos. Oxalá, enquanto profissionais de saúde preocupados com a competência cultural, com a qualidade assistencial e com a ‘humanização’ das práticas relacionadas ao nascimento, consigamos valorizar tais

saberes, reconhecendo-os como narrativas terapêuticas que ‘empoderam’, promovem força e voz aos participantes e dão visibilidade aos saberes gerados, elaborados, ‘testados’ e compartilhados na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade da Luz.

## **CAPÍTULO 11 – APROXIMAÇÕES CULTURAIS ENTRE TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM E FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O PÓS-PARTO: CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*“O texto etnográfico, como representação do campo e das relações que nele se dão, pode ser [...] menos o resultado ‘final’ de uma pesquisa, e mais um meio para a melhor compreensão dos valores do outro, considerando o fato de que estes valores são interpretados por alguém que também não se despe de seus próprios valores e subjetividades, e fala para terceiros, desconhecidos, de modo generalizante, ainda que ‘cuidadosamente’”.*

(Vagner Gonçalves da Silva, 2000)

---

Histórias sobre parto e nascimento sempre estiveram presentes em minha vida, seja em nível pessoal, através das narrativas apaixonadas de meus familiares sobre o meu próprio nascimento, ou em nível profissional, durante quase ‘um quarto de século’ interagindo com as famílias que nascem e se expandem. Inúmeras vezes também me vi em situações estranhas, num emaranhado inesgotável de sensações pouco nítidas, quando meus recursos profissionais como enfermeira se mesclavam com minhas emoções, meus afetos e minhas experiências pessoais, à exemplo dos ‘acompanhamentos’ no nascimento de meus sobrinhos, primos, filhos e filhas de amigas e vizinhas. Afinal, o fluxo da vida não pára.

Há, no entanto, algumas diferenças entre aquele meu nascimento, os incontáveis nascimentos de bebês a quem assisti profissionalmente (utilizando muitas vezes o referencial biomédico na condução da assistência), e os nascimentos das crianças de minha família e dos filhos de meus amigos. Talvez mesmo haja uma plêiade imensa de distinções que poderiam ser enumeradas aqui, se fosse o caso. Mas acredito que uma delas se sobressai e, para efeitos de ilustração de minhas últimas considerações neste estudo, penso que ela seja suficiente. O elemento diferenciador a que me refiro trata do lugar onde as mulheres dão à luz e as crianças

vêm ao mundo. Não que avalie esta como sendo a questão problemática ou a ‘pedra de toque’ para o entendimento e solução de todos os debates teóricos e operacionais relacionados à reprodução humana e ao processo do nascimento – mesmo porque a transferência do nascimento de um local para o outro teve tanto benefícios quanto perdas, e eu aqui estou, neste pequeno ‘recorte’, enfatizando as perdas –, mas seguramente o ‘local do nascimento’ é um dos elementos teóricos que podem ser postos em consideração para focalizar o horizonte da discussão.

Atravessando aquele turbulento rio sem ponte estavam minha mãe e o barqueiro que, por força da necessidade imperiosa de remar para alcançar a outra margem inundada pela enchente, não poderia fazer outra coisa. Restava então minha mãe, que me carregava guerreira na barriga, ‘grudada’ em mim, e eu certamente, nela. As narrativas da família revelam que, mesmo sem nunca ter parido antes, ela ‘sabia’ que a hora do parto se aproximava, provavelmente porque as experiências das mulheres da família com o nascimento já haviam sido repetidas tantas vezes, que havia assimilado os conhecimentos por analogia e contraste...mas também devido às interações anteriores com a parteira, uma tia-avó que a esperava impaciente na outra margem do rio (que inegavelmente ela atravessaria, caso a ponte não tivesse caído e o único barco da região estivesse justamente do lado oposto) – minha mãe só não ‘sabia quando’, e então a natureza tratou de fazer seguir seu curso. Embora o parto tenha ocorrido na margem esquerda, na fronteira entre a terra e a água, a competência da parteira, o calor reconfortante das pessoas e a relação entre elas, se encarregaram de transformar aquele evento num acontecimento familiar, social, ‘próximo’, embebido em símbolos e significados ‘locais’. Por ser um acontecimento social, o nascimento não se encerrou em seu momento culminante, quando a ‘expulsão’ do feto e da placenta ocorreram. Ao contrário, o ‘depois’ ainda era ‘processo’, e então mãe e filha passaram a vivenciar mais um período significativo, tão necessário e esperado quanto os que o precederam, de incorporação àquela família e àquela comunidade, cercadas de atenção, apoio desmedido e preocupações pluridimensionais.

Os partos e nascimentos das pessoas de minhas relações afetivas e profissionais, posteriormente, já não tinham o ambiente domiciliar, familiar, confortavelmente conhecido, a servir de referência e contexto para as famílias que estavam nascendo. A institucionalização deste evento inerente ao processo de viver de todos nós modificou substancialmente a representação e as **interações** que circundam o nascimento. O setor familiar de cuidados acabou sendo fragilizado diante do cada vez mais medicalizado ‘serviço’ de atenção ao parto, sendo todo aquele conhecimento genuíno e fundado em experiências compartilhadas, afastado

para as beiradas do processo, como um apêndice, um resquício, um conhecimento ultrapassado que só interessa mesmo à cultura familiar, podendo inclusive ‘atrapalhar’ o setor profissional de cuidados que precisa de espaço para se locomover com suas imensas garras, mostrando não somente a relevância, a necessidade e a propriedade do lugar onde se fala, mas deixando claro, na maioria das vezes, quem é a autoridade inquestionável naquele espaço.

O que quero enfatizar é que com a mudança do local do parto também mudaram as **referências** e os **participantes**. O lado perverso do nascimento em nível hospitalar é que ao invés de apoiá-lo e promovê-lo com maior segurança, prevenir as complicações, reduzir os riscos, prevenir a morbimortalidade materna e neonatal (justificativas, aliás, para levá-lo para dentro do hospital), e colocar a obstetrícia (derivada do verbo latino *obstare* que significaria “ficar-ao-lado”) e a neonatologia ‘à serviço’ das mulheres, dos recém-nascidos e de suas famílias –, o parto e o pós-parto hospitalar alijaram as pessoas da família, seus saberes, práticas e redes de apoio, passando a encarar todas essas características e elementos considerados relevantes por elas, como sendo de pouco valor, impróprias ou até mesmo prejudiciais para um lugar onde “conhecimentos científicos, técnicas testadas e tecnologias avançadas” deveriam prevalecer. Não foram evitados os excessos dos recursos tecnológicos disponíveis na atenção ao processo do nascimento, as práticas intervencionistas, e ao invés de encorajar a mulher a tomar as suas decisões, passou-se a desrespeitar seus conhecimentos, deslegitimando as potenciais fontes de saber ‘não-médicos’ a fim de que fossem resguardados os ‘limites’ entre as fronteiras dos cuidados profissionais e aqueles provenientes dos ‘descuidos’ familiares. São numerosas as referências bibliográficas e os resultados de pesquisas de campo que vêm apontando como a biomedicina, ao lado de tantos benefícios para a saúde da mãe e da criança, colateralmente contribuiu para moldar e transformar um evento fisiológico normal num procedimento médico.

O estudo que realizei, procurando focalizar os aspectos pós-natais dentro da instituição, reforçaram este argumento, porém, à exemplo de outros, também revela perspectivas distintas deste, na medida em que acena para uma multiplicidade de relações e para variadas referências no modo de cuidar e ser cuidado na Unidade de Alojamento Conjunto, ao menos no que diz respeito às aproximações culturais entre a enfermagem e as famílias que ali se encontram. A abordagem antropológica do nascimento no pós-parto possibilitou a interpretação de uma realidade que é intersubjetivamente construída e reconstruída e a metodologia colocada em curso constituiu-se num caminho possível para compreender o universo cultural que permeia as relações entre trabalhadoras e famílias em Alojamentos Conjuntos.

As perguntas de pesquisa, agora revisitadas com vistas às considerações finais, ou seja, “quais as relações que se estabelecem entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias que vivenciam o período pós-parto em Unidade de Alojamento Conjunto” e “quais as perspectivas ou referências que estas trabalhadoras adotam, ao interagirem com as famílias que vivenciam o pós-parto, durante a hospitalização”, estiveram sempre presentes durante toda a coleta de dados e a discussão teórica e agora têm suas respostas sintetizadas para mostrar o que as trabalhadoras de enfermagem dizem e fazem no AC, como manejam seus símbolos e significados para dar respostas à prática profissional, o que as famílias fazem e dizem neste contexto e como respondem/reagem às ações de cuidado implementadas pelas trabalhadoras; e em que medida isto é incluyente ou excluyente para a perspectiva de um cuidado que seja culturalmente competente e sensível e que implique não somente em consciência, mas também em habilidade para intervir de modo apropriado e efetivo nas situações de enfermagem.

Acredito, como afirma Gualda (2002), que os temas apresentados no decorrer do estudo, representam uma tentativa de síntese dessas “relações” e dessas “referências” investigadas no estudo, até porque relações e referências se interpenetram ininterruptamente para a compreensão de como trabalhadoras e famílias constroem e como expressam culturalmente as experiências com o pós-parto no mundo do hospital. Não foi fácil gerar conhecimento social do Alojamento, uma vez que se percebeu uma intensa complexidade interacional que demandou intensivo esforço intelectual. Mas, ainda que provisório, algum conhecimento se obteve e algo foi compreendido ao focalizar a atenção na enfermagem, nas famílias, e principalmente, ao olhar como distintas experiências e conhecimentos autoritativos se entrecruzam na realidade clínica.

Ao investigar o nascimento institucional privilegiando o pós-parto (um lugar ainda sombrio do ponto de vista da produção de saberes sobre a assistência à saúde, a ‘obstetrícia’ e o próprio processo de nascimento ocorrido em ambiente hospitalar), ao pressupor a cultura profissional e familiar como o resultado de interações (influenciando e sendo influenciadas continuamente pelos fatores mais macro-estruturais e conjunturais) e ao focalizar principalmente trabalhadoras de enfermagem de nível médio e elementar (mulheres que compõem a grande força de trabalho em Alojamentos Conjuntos e sujeitos trabalhadores indispensáveis na assistência hospitalar no nascimento) em interações com famílias, vários significados e compressões vieram à tona e dentre aqueles resultados já descritos no desenvolvimento e discussão do estudo, faço aqui alguns destaques.

A realidade clínica do Alojamento Conjunto revela-se como um espaço social e simbólico onde as relações intra-familiares, inter-profissionais, e entre famílias e profissionais, formam redes de interesse muitas vezes diversificados, sobressaindo-se poderes e saberes diferenciados.

Do ponto de vista dos profissionais que ali atuam, a Maternidade da Luz é considerada uma “casa”, deixando escapar capilaridades entre o mundo doméstico e o institucional e promovendo uma fronteira simbólica que engloba dois amplos significados. O primeiro, ligado à compreensão da grande mãe para os que vêm de fora (os ‘clientes’ ou ‘usuários’), ao qual denominei **a casa é deles**, e o segundo, compreendido como o lugar hierárquico e de posição social dos próprios profissionais, ou seja, ‘os de dentro’, cuja representação se apoia na expressão **a casa é nossa**. Nem sempre há relações harmônicas entre tais representações, sendo que a permanente tensão entre elas é o que faz a “casa” funcionar como “casa”, vale dizer, em constante contradição.

O Alojamento Conjunto é considerado um dos compartimentos mais importantes da “casa”, possuindo sons e odores característicos que se de um lado se assemelham a outros cenários hospitalares assistenciais, de outro, assinalam um território distinto onde se espera que a vida humana renasça a cada dia. Apesar dessas representações, quase sempre os processos de admissão e internação das puérperas e dos recém-nascidos remetem à tese apontada por Goffman (1999) como sendo de “instituição total”, cujos procedimentos demarcados por regras, circunstâncias regimentais e padronizações de rotinas ligam os usuários aos domínios da instituição, marcando, ao menos temporariamente, suas exclusões do mundo exterior. O momento da alta também é circunscrito em normas e condições de saída que, analisadas à luz da instituição total, deixam claro que somente após serem cumpridas, tornam as famílias ‘aptas’ a deixarem o hospital.

A equipe de enfermagem, composta integralmente por mulheres, e praticamente por trabalhadoras de nível médio e elementar, possui características que são similares a outras tantas trabalhadoras assalariadas que compõem a força de trabalho em enfermagem nos hospitais brasileiros: possuem duplos vínculos empregatícios e jornadas extensas de trabalho, exercem atividades em ambientes estressantes, ganham pouco, têm sobre os ombros responsabilidades profissionais indubitavelmente complexas e que geram impacto na assistência à saúde, embora nem sempre valorizadas por essas responsabilidades e papéis profissionais. Via de regra são também provedoras ou sustentáculos financeiros e emocionais de suas próprias famílias.

Além disso, estão sujeitas a forças estressoras específicas da atividade que realizam, como o choro incessante e freqüente dos recém-nascidos; as diferenças de temperaturas que precisam ser enfrentadas no dia-a-dia do cuidado aos bebês, relacionadas principalmente ao necessário uso de aquecedores, berços irradiadores de calor e aparelhos de fototerapia; as múltiplas solicitações provenientes das especialidades médicas (neonatologia e obstetrícia) e que se dão muitas vezes de forma concomitante e envolvem diferentes ‘clientes’ (puérperas e recém-nascidos); e ainda todas as distintas necessidades relacionadas ao tipo de população que recebem (adultos e crianças) e às exigências assistenciais propriamente ditas que vão desde as dificuldades em abordar situações especiais de cuidado, até o fato de precisar de instrumentalização tanto para cuidar de mulheres quanto de crianças que acabaram de vir ao mundo. Na lida assistencial diária, dão preferência a acompanhantes mulheres, seja porque aliam os cuidados à puérpera e ao bebê, ao papel feminino, ou porque entendem que assim podem contar com auxiliares mais “competentes” nas tarefas concernentes à higienização dos bebês e nos cuidados com a amamentação.

Por outro lado, essas trabalhadoras revelam gostar do que fazem, valorizam a assistência que prestam e enfatizam que ‘se reconhecem’ no trabalho que desenvolvem. Além do mais, possuem características de atuação muito particulares, se considerarmos que suas experiências antropológicas pessoais – como mulheres, mães, nutrizes e outros papéis sociais similares aos desempenhados pelas ‘mulheres-clientes’ do AC – muitas vezes se mesclam com suas experiências profissionais. Isto contribui para que utilizem distintos conhecimentos e referências culturais ao interagirem com as famílias durante a vigência do pós-parto imediato.

As “famílias que nascem...” e que passam os primeiros dias após o parto no Alojamento, pertencem às camadas populares, em sua maioria dependem exclusivamente do SUS para a assistência à saúde, e contemplam um amplo mosaico de composições, organizações e estruturas familiares. Mesmo que estejam experimentando o mesmo período vital e estejam igualmente sujeitas às regras institucionais e aos ajustes comportamentais relacionados à ocupação do espaço, permanência de acompanhantes, horários pré-estabelecidos para entradas e saídas e dinâmicas específicas para circulação interna e externa ao Alojamento, dentre outros, atuam muitas vezes de modos diferenciados umas das outras, buscando formas particulares de vivenciar o nascimento, de receber um novo membro familiar, de se organizarem para acompanhar o período de hospitalização e de se posicionarem frente às prescrições estabelecidas.

As puérperas que compartilham o mesmo espaço na Unidade e coincidentemente dão à luz no mesmo período, freqüentemente formam uma rede de solidariedade que é própria de pessoas que vivenciam ritos de passagem similares. Trocando endereços de benzedeiças, secando as costas umas das outras, dividindo receitas para “aumentar o leite” ou “evitar o amarelão”, mostrando entre si os problemas concretos estampados nas mamas túrgidas ou rindo de si mesmas em virtude das situações genuínas referentes à flacidez das barrigas, comentando diversamente sobre os apoios ou abandonos dos pais dos filhos recém-nascidos, ou ainda se revezando na vigília noturna de apoio à que perdeu o filho, as mulheres mostram que “pegam amizade”, numa explícita alusão ao conforto e compreensão mútuos decorrentes do processo de referência que ocorre entre pares, mesmo que nunca tenha havido antes qualquer tipo de aproximação. A experiência diante do nascimento faz com que pessoas desconhecidas se ‘re-conheçam’ no papel de mulheres, mães e nutrizes.

Quando as trabalhadoras olham para o trabalho que desenvolvem e analisam as condutas terapêuticas que mantêm com as puérperas e os bebês (os dois sujeitos institucionalizados), mostram-se unânimes em apontar o **processo de cuidar de dois** como o epicentro da ação da enfermagem no Alojamento Conjunto, sendo igualmente este processo o que diferencia a assistência, comparativamente a outras realidades clínicas.

A vivência do processo de “cuidar de dois” é permeada por conflitos, resistências, dificuldades e enfrentamentos, bastante marcada pela história particular da implantação do sistema de alojamento conjunto na Maternidade da Luz, mas reconhecida como uma realidade similar a outras instituições hospitalares que possuem setores de atenção ao pós-parto e de assistência conjunta à puérpera e ao recém-nascido.

Dentre os aspectos mais importantes do “cuidar de dois” sobressaem-se dois: o primeiro, ligado ao exercício do cuidado propriamente dito, e o segundo, aos saberes considerados necessários e imprescindíveis para o efetivo exercício do cuidado às mulheres e às crianças. Ambos os aspectos, segundo as trabalhadoras, são praticamente desvalorizados, seja por quem “elabora as leis” (referindo-se à legislação específica sobre Alojamento Conjunto em nível nacional), pela direção da instituição, e até mesmo pelas equipes de enfermagem que atuam em outros setores assistenciais dentro da Maternidade (que argumentam com freqüência que “quem cuida de um, cuida de dois”) e também pelos outros profissionais de saúde que atuam no Alojamento. A desvalorização só não acontece, segundo elas, por parte da maioria das famílias com quem interagem no dia-a-dia.

Quanto ao exercício cotidiano do cuidado de enfermagem, as trabalhadoras avaliam que o trabalho torna-se pesado e cansativo por serem dois os ‘clientes’ da enfermagem; uma

situação que requer duplos movimentos, duplas exigências e duplas responsabilidades profissionais. Dentre esses, destacam-se registros e anotações em prontuários duplicados, avaliações diárias e ininterruptas das condições de saúde das mulheres e dos recém-nascidos, o que envolve a execução de duplas técnicas de enfermagem, assim como a observação das necessidades básicas de ambos, ou seja, atividades que redobram a carga de trabalho e que requerem contínua atenção tanto a “leitos” quanto a “berços”.

Com relação ao segundo aspecto, enfatiza-se a qualificação das trabalhadoras de enfermagem para responder adequadamente às necessidades de saúde dos sujeitos internados na Unidade. A instrumentalização para essa assistência requer conhecimentos aprofundados sobre recém-nascidos, puérperas e famílias que vivenciam o processo do nascimento. No Alojamento Conjunto, enquanto os obstétricas assistem às puérperas e os neonatologistas, aos recém-nascidos, as trabalhadoras têm **ambos** sob seus cuidados, acrescido ainda da família como unidade de cuidado. Embora os conteúdos específicos e parcelares das áreas médicas de ‘obstetrícia’ e ‘neonatologia’ sejam considerados imprescindíveis para a assistência de enfermagem, o saber necessário para a atuação profissional desta não se submete e não se circunscreve a eles. Sob tal ângulo, as especialidades próprias da biomedicina não são e não podem ser ‘distintas’ e encurraladas em fronteiras que delimitem campos profissionais e saberes específicos (ainda que necessários).

A prática profissional de enfermagem em Unidades de Alojamento Conjunto requer conhecimentos que instrumentalizem para o “cuidado de dois”. Esta exigência não significa apenas sobrecarga laboral e também não está relacionada apenas à assistência à criança que acabou de nascer e à mulher que deu à luz, mas reivindica a superação desta dicotomia em direção a uma assistência mais complexa e globalizante que envolva o cuidado centrado em ambos, como uma unidade que demanda necessidades singulares, bem como em direção ao cuidado centrado na família.

A característica central do “cuidado de dois”, segundo as trabalhadoras, é o **cuidado educativo**, assim denominado por ser um trabalho que requer o desempenho quase permanente do papel de educadoras em saúde. Ainda que o desempenho técnico seja considerado inerente ao exercício da profissão, são as ações educativas que ocupam o núcleo da assistência no Alojamento e balizam o trabalho cotidiano e ininterrupto do “cuidar de dois”.

O exercício do “cuidado educativo”, inteiramente efetivado por meio de relações entre trabalhadoras e famílias, toma diferentes contornos, uma vez que diferentes posições e *status* de autoridade são postos em consideração. No complexo jogo do “cuidado educativo” vários

conhecimentos autoritativos tomam lugar, embora o conhecimento biomédico seja o dominante. Ainda que as trabalhadoras de enfermagem, assim como os outros profissionais que atuam na instituição, tenham sido aculturados no nascimento hospitalar – seja no processo de formação profissional ou na prática assistencial cotidiana, percebe-se que há diferenças individuais também e que tais diferenças devem ser reconhecidas como provocadoras de outros poderes e outras resistências na realidade clínica.

O *status* do conhecimento biomédico impresso no descritor **“aqui a autoridade sou eu”** resume o lugar hierárquico que o saber profissional ocupa no cenário institucional e ao mesmo tempo traduz a representação hegemônica do “cuidado educativo” no AC, onde as trabalhadoras têm o dever de ensinar e as famílias, de aprender.

O “cuidado educativo”, assim compreendido, envolve estratégias que visam inserir o pós-parto no domínio do conhecimento médico, vale dizer, ‘medicalizá-lo’. Dentre as estratégias, incluem-se: a representação da sala de banho do recém-nascido como sala de aula para que a família aprenda aquilo que “é certo”, de acordo com princípios fundados inteiramente no setor profissional de cuidado à saúde; a preferência pela participação da mãe do recém-nascido como ‘população-alvo’ do processo de aprendizagem, em detrimento da participação de outros integrantes da unidade familiar, mesmo que indicados por ela; a rotinização e repetição acrítica dos conteúdos didáticos; a sensível banalização de muitas das preocupações declaradas pelas famílias e mesmo de suas singulares necessidades; a priorização de orientações e a obtenção de ‘dados’ que possibilitam determinadas manipulações do conhecimento familiar; uma noção de ‘cultura’ ligada formalmente a um conjunto esparso e ilógico de crenças infundadas ou ainda como algo que funciona como obstáculo para o “cuidado educativo”.

Embora muitas famílias se contraponham ao lugar ocupado pelo saber profissional fundado na verticalização dos conhecimentos e práticas, outras reconhecem-no como conhecimento autoritativo, sendo prioritariamente reconhecido e valorizado como ‘o que realmente conta’ em termos da assistência pós-parto. Tal situação é significativa quanto à força simbólica da hegemonia da biomedicina e conseqüentemente, dos papéis passivos e muitas vezes subservientes que as famílias adotam nas interações com os profissionais.

O *status* do conhecimento familiar, representado pela frase **“tem coisas que são do conhecimento da gente”** mostra outro ângulo dos conhecimentos que estão envolvidos no cotidiano da assistência à puerpera e à criança e revela poderes relacionados às experiências familiares com o pós-parto. Neste sentido, a família não apenas consome os saberes disponibilizados pela biomedicina, mas ‘produz’ conhecimentos que nem sempre são

ingenuamente substituídos pela informação obtida no contato com a cultura profissional ou veiculados pela tecnologia obstétrica e neonatal.

O saber familiar é reconhecido como um conhecimento que é experiencial, carregando consigo sentimentos que envolvem afetos e competências, onde os participantes do processo do nascimento compartilham vivências, conceitos, práticas e efeitos terapêuticos, embora seja constantemente recriado nas interações com a realidade clínica do hospital e com os profissionais de saúde.

O conhecimento experiencial está associado principalmente ao 'saber feminino' representado pela experiência "das antigas" no que diz respeito aos cuidados pós-natais com a mulher e o recém-nascido. Seguir "as antigas" significa referendar determinados modelos explanatórios que têm valor durante o resguardo da puérpera e do bebê, mesmo que tais conhecimentos sejam corporificados em mulheres jovens, cuja autoridade é legitimada pela experiência anterior consigo ou com o nascimento dos próprios filhos.

Os modelos explanatórios das famílias relacionados ao pós-parto, mais especificamente relacionados com as intercorrências com as puérperas e os bebês, além de criarem e recriarem noções sobre sintomas, etiologias, patofisiologias, gravidade da condição física ou simbólica, percurso para o tratamento e cuidados a serem realizados, buscam organizar as experiências (função ordenadora), permitindo a reelaboração dos significados para lidar com as situações adversas. Nem sempre tais modelos referem-se restritamente 'à parcela' que diz respeito à patologia que acomete puérperas e recém-nascidos; ao contrário, os modelos envolvem múltiplos aspectos da vida da família, combinados ou não com os modelos da cultura profissional.

As famílias compreendem o pós-parto como um período vulnerável, da mesma forma como é concebido pelas trabalhadoras de enfermagem. No entanto, os significados são diversos. Enquanto para o setor profissional a vulnerabilidade se associa a noções 'patologizantes', para as famílias, liga-se com os papéis sociais e com os estados físicos e simbólicos da mulher e da criança. Diante disso, a gravidade das condições apresentadas pela puérpera e pelo recém-nascido também possui interpretações diversificadas, que ora se aproximam e ora se afastam dos significados profissionais.

Essas interpretações, muitas vezes discordantes, influenciam no "cuidado educativo" desenvolvido no Alojamento, produzindo efeitos intensamente dissonantes entre trabalhadoras e famílias. Quando modelos explanatórios não são relativizados ou negociados pelos profissionais, as famílias algumas vezes são acusadas de descuidadas e intransigentes, havendo ocasiões em que são formalmente responsabilizadas pela adoção de

‘comportamentos de risco’. Do mesmo modo que as trabalhadoras avaliam o conhecimento e as práticas das famílias como sendo uma colcha de retalhos de crenças e descrenças, as famílias também interpretam o setor profissional identificando ‘saberes inexperientes’ e ‘saberes incompetentes’ – algo como um etnocentrismo às avessas.

O reconhecimento de um conhecimento experiencial familiar, bem como os sentimentos de fragilização experimentados em interações verticalizadas com as trabalhadoras, levam as puérperas e as outras mulheres significativas de sua rede social a apresentarem algumas resistências aos imperativos hospitalares. Estas resistências se expressam individualmente e coletivamente e ocorrem de modo explícito – em atitudes de quase enfrentamento; às escondidas – esgueirando-se de forma discreta por entre as frestas do Alojamento; e de modo bizarro – em comportamentos hilariantes, inusitados, tão “fora-do-contexto-hospitalar”, que representam a síntese mais clara de resistência ao conhecimento biomédico.

Uma das expressões mais sensíveis (e menos visíveis) de resistência aos cânones institucionais refere-se ao ‘círculo de comadres’, que se forma nas cercanias do Alojamento, integra tanto puérperas, quanto suas mães, sogras, vizinhas, colegas de quarto, dentre outras interessadas, e se consubstancia num *locus* valorizado de reafirmação dos saberes e práticas do setor de cuidado à saúde dentro do cenário clínico.

Além dos conhecimentos da biomedicina, que são constantemente promulgados ao primeiro plano de importância no Alojamento, e dos conhecimentos experienciais das famílias, que são freqüentemente evocados pelas mulheres como conhecimentos que devem ser valorizados pelo setor profissional e usados como estratégias de resistência aos poderes institucionalizados, há outros saberes que, embora menos visíveis e quase furtivos, revelam-se como promissoras abordagens para a vitalização do pós-parto.

Os **conhecimentos que se constroem em narrativas terapêuticas** se constituem em práticas dialógicas que, em seu conjunto, representam um modelo mais integrador e fortalecedor de cuidado à puérpera, ao recém-nascido e à família no Alojamento Conjunto. Esta produção conjunta toma lugar a partir da valorização das experiências antropológicas pessoais das trabalhadoras de enfermagem em seus papéis como mães e igualmente, a partir das experiências cotidianas que derivam das interações entre trabalhadoras e puérperas.

Denominado genericamente como “conhecimento de mãe” e tendo como propriedades a não intelectualização, a não vinculação a referenciais teórico-metodológicos previamente elaborados, a prática subjetivada, e a encarnação de um saber que advém mais fortemente da experiência concreta do que da abstração conceitual, este conhecimento é valorizado por algumas trabalhadoras e por algumas famílias, reconhecendo sua legitimidade e a inclusão

identitária que o mesmo proporciona, trazem-no à tona como um recurso importante para dar sustentação aos cuidados à puérpera e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto.

As relações cotidianas das trabalhadoras com as mulheres e os recém-nascidos também são consideradas fontes genuínas de aprendizagem para o “cuidar de dois”, onde se valorizam as experiências conjuntas.

Sem desconsiderar o saber especializado da biomedicina, mas alinhando-o com o conhecimento pessoal e com aquele proveniente das interações cotidianas com as puérperas e os recém-nascidos, as trabalhadoras de nível médio e elementar ultrapassam a abordagem da *disease* e encontram caminhos que ajudam a fundir perspectivas para ‘empoderar’ as famílias que nascem e se expandem, além de colocar em prática um cuidado educativo que promove os seus participantes, levando a que ambos se fortaleçam durante a experiência conjunta com o nascimento.

O pressuposto adotado por algumas trabalhadoras de que “no Alojamento a gente respeita os conhecimentos que a família traz e discute com ela sobre os daqui”, renova as relações com as famílias, promovendo o “cuidado educativo” em que os participantes trazem consigo diferentes culturas, valores, modelos, *backgrounds* e às vezes, perspectivas diversificadas quanto à assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. Cada um dos participantes, da família ou da equipe, é considerado ‘experiente’, mas sem forças monopolizantes. A enfermagem, representante da cultura profissional, utiliza os recursos e os saberes que a família traz para o hospital e, compartilhando informações, não apenas valoriza e reconhece a cultura das famílias, mas trabalha um processo de NEGOCIAÇÃO de seus recursos, saberes e necessidades, abrindo possibilidades de ESCOLHAS para os participantes do “cuidado educativo”.

O conhecimento experiencial com o nascimento é trazido à tona pelas trabalhadoras de enfermagem para ampliar e reforçar as ações cuidativas. Ao mesclar os conhecimentos pessoais com os profissionais, conseguem muitas vezes se sobrepor às regras institucionais e ao peso coercitivo do monopólio “científico” e então engendram ações que, conforme refere Boehs (2001, p.246), ao invés de adequarem, acomodarem, arrumarem ou adaptarem, “propõe e contrapõe”, sendo que cada um dos participantes traz recursos e necessidades a serem satisfeitas durante e a partir do encontro. Há uma permanente permuta de experiências entre as trabalhadoras que cuidam e as famílias que nascem...

Mas as relações que vitalizam o pós-parto não se resumem à negociação de modelos e práticas. Embora reconhecidamente vivenciadas de forma heterodoxa e pouco visíveis no plano assistencial geral da instituição, as **narrativas terapêuticas**, quando colocadas em

prática por trabalhadoras e famílias, representam a forma mais genuína e consistente de ‘empoderamento’ dos participantes e de vitalização do pós-parto.

Ao se defrontarem com situações consideradas dramáticas durante os encontros terapêuticos no Alojamento, trabalhadoras e famílias **CONSTRÓEM EXPERIÊNCIAS** e em decorrência, conhecimentos autoritativos.

Tais conhecimentos, portanto, não somente são negociados em formas interacionais dialógicas – o que por si só seria um processo importante para superar as relações hegemônicas e potencialmente enfraquecedoras do cuidado que medicaliza o pós-parto –, mas o ultrapassam ao promoverem a criação de um conhecimento que já não é nem o das trabalhadoras (como profissionais de enfermagem e como mães) e nem o das famílias (a partir de saberes gerados e reconstruídos no setor familiar e popular de cuidado à saúde, ainda que decorrentes das interações com o setor profissional), mas um conhecimento **CRIADO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA** entre quem cuida e quem é cuidado.

O conhecimento gerado por ocasião desses encontros, vai além das ações de proposições e contraposições em que se considera tudo ‘o que cada parte traz’ para que seja negociado. As narrativas terapêuticas ou interacionais – por focalizarem o cuidado em múltiplas dimensões, por se fortalecerem em tempos humanos que ultrapassam os tempos rotineiros da clínica; por conquistarem espaços relacionais singulares, espontâneos e autênticos; por abordarem a mulher puérpera como protagonista e envolverem o recém-nascido e a família em posições privilegiadas no cenário do cuidado; e por tecerem “‘tramas’ conjuntas em direção a um futuro de sucesso – abrem possibilidades tanto para transformar a experiência das famílias, quanto para transformar a assistência de enfermagem. Portanto, as narrativas, como construções coletivas, levam a crescimentos mútuos e são reconhecidos como ‘experiências-próximas’ cujos fluxos interacionais reduzem o peso por vezes paralisante da *disease*, renovam a força revigorante da *illness* e promovem novas sínteses para a construção sócio-cultural (*sickness*) do processo do nascimento, sem necessariamente envolvê-lo nas armadilhas pré-concebidas e pré-determinantes da medicalização da assistência ao parto.

Algumas das trabalhadoras de enfermagem, ao situarem-se na prática profissional que envolve o nascimento, têm tentado fugir do modelo hegemônico e procurado encontrar caminhos que viabilizem a congruência cultural, a fim de diminuir os hiatos de comunicação e os conflitos de ações que se encontram engendrados na lida cotidiana. Isto não significa, necessariamente, que a proposta esteja sendo desenvolvida em sua magnitude, nem em todos os locais de atuação da prática profissional, mas, quando colocada em prática, desempenham

o papel de mediadoras entre a cultura familiar (mais concentrada na vivência subjetiva da *illness*) e a cultura profissional (que carrega consigo os princípios, conhecimentos e práticas de intervenção profundamente *disease*).

Dada a conjuntura existente e as relações históricas de assimetria, é impossível afirmar ingenuamente que os saberes gerados **entre** trabalhadoras de enfermagem e famílias coloque um ponto final na medicalização do pós-parto e na hegemonia do modelo da *disease* em Unidades de Alojamento Conjunto, mas também não se pode fechar os olhos para os pequenos nichos interacionais que **promovem** os participantes do processo do nascimento, colaborando para o ‘empoderamento’ das famílias que buscam as instituições hospitalares para terem os seus filhos. É possível compreender que os poderes que emanam das relações entre a enfermagem e as famílias geram outros modelos – frequentemente ambíguos e inconsistentes, como o próprio modelo profissional –, mas que podem ser úteis para se pensar em negociar diferentes saberes, experiências e modos de cuidar no Alojamento Conjunto. Quer dizer igualmente, que possibilita construir experiências conjuntas entre profissionais e famílias, promovendo conhecimentos menos hierarquizados e narrativas mais terapêuticas.

Como qualquer outro estudo de natureza qualitativa, este também não pode ter suas conclusões generalizadas, mesmo que a realidade do Alojamento Conjunto se assemelhe a outros cenários assistenciais e nem mesmo a outras Unidades de Alojamento Conjunto “mãe-filho” em Maternidades públicas ou privadas. No entanto, os resultados até aqui alcançados mostram-se fecundos para apresentar algumas **contribuições** que poderão provocar reflexões ou mesmo algumas mudanças na área da assistência, na formação de políticas públicas, no ensino da enfermagem e na área de produção acadêmica relacionada ao processo do nascimento e à saúde reprodutiva.

Quanto às contribuições para a assistência de enfermagem e para a prática profissional, os resultados deste trabalho são potentes focos de luz que, se forem dirigidos para ‘si mesmo’ com sensibilidade, compromisso crítico-reflexivo e com algum grau de “espírito desarmado”, apontarão um olhar revigorado que certamente possibilitará encontrar, neste fermento real, algumas pistas esclarecedoras, seja para repensar as concepções desfavoráveis que estão impregnadas na cultura profissional, para tirar as vendas que o dia-a-dia da rotina assistencial ‘deixa ficar’, ou ainda para referendar e tornar mais visíveis aquelas práticas terapêuticas que merecem ser valorizadas e posicionadas em lugar de destaque, seja por fortalecerem as relações entre a enfermagem e as famílias, por possibilitarem promoções humanas e éticas bilaterais ou por garantirem práticas de cuidado e educativas menos intervencionistas no cenário clínico.

Aliás, antes de mais nada, os resultados obtidos com este estudo reforçam a absoluta necessidade que se tem de olhar para a prática profissional estranhando-a, com o olhar de ‘estrangeiro’, a fim de perceber que a biomedicina, o setor profissional de cuidado e a própria prática assistencial de enfermagem formam um *ethos*, uma visão de mundo, uma cultura profissional constantemente renovada em pressupostos, valores, rituais, condutas e conhecimentos que permitem a permanente edificação de ‘modelos de’ e ‘modelos para’ a realidade. Se a enfermagem olhar para si, vendo-se emaranhada numa rede de símbolos e significados que ela mesma ajuda a tecer – e não formal ou informalmente ‘doada’ ou ‘naturalmente herdada’ –, já terá obtido o instrumental teórico considerado indispensável para pensar sua prática e aprender a crescer (e ajudar a crescer) com ela.

Lançar luzes sobre esta rede permite observar que, como profissionais de enfermagem, também ajudamos a tecer o nascimento como *disease*, seja nos aspectos que contribuem para torná-lo mais seguro, mas igualmente naqueles aspectos que colaboram para torná-lo cada vez mais medicalizado e envolto em ‘cuidados’ e ‘estratégias’ que, se não forem relativizados ou alargados para além do cuidado ao bebê e à mãe, enquanto organismos, contribuirão tão somente para reforçar ainda mais o pensamento cartesiano e hegemônico, difundindo normas, prescrições e proibições e reduzindo a possibilidade de o nascimento ser vivenciado nos vários ângulos das dimensões intersubjetivas e sociais.

Por outro lado, refletir a enfermagem do Alojamento como uma cultura, auxilia na compreensão de que há também outras construções dentro da construção biomédica que podem levar a uma aproximação mais estreita com o setor de cuidados familiares e que colabora para a concepção e a ação no processo do nascimento, sob o ângulo da *illness*. Nesse sentido, tanto as narrativas terapêuticas quanto os processos de negociação culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias devem ser trazidos à cena do nascimento, como estratégias e procedimentos não apenas adequados para a crescente necessidade de transformação da atenção ao parto e nascimento, mas como referências indispensáveis para empoderar trabalhadoras e famílias.

As narrativas terapêuticas e os processos de negociação, embora heterodoxos e pouco formalizados dentro do Alojamento Conjunto, mostram que o nascimento como *illness*, além de revelar um caminho fecundo para a interface positiva dos sistemas de cuidado à saúde profissionais e familiares, testemunha partilhas concretas, onde ambos se fortalecem na experiência conjunta.

Os resultados mostram que é possível vivenciar o período pós-parto como um evento de crescimento mútuo, ‘embora’ no hospital, ou seja, num cenário clínico. As fronteiras

institucionais que histórica e hegemonicamente se fecham para as experiências subjetivas da família e se abrem para o prescrito e o normatizado, podem ter suas margens afrouxadas e apresentar maior capilaridade entre o setor profissional e o setor familiar, mesmo que isto ainda se constitua em pequenas mas significativas brechas assistenciais, somente visíveis quando garimpamos as minúcias do cuidado localizadas na periferia da assistência e quando limpamos o espelho daquilo que parece inequivocamente ‘natural’, com o adstringente da ‘cultura’. As interpretações feitas pelos atores sociais que negociam perspectivas assistenciais e dos participantes das narrativas terapêuticas são suficientemente significativas para mostrar que quando profissionais e famílias ‘tramam’ em conjunto, sentem-se fortalecidos para criar outros conhecimentos autoritativos e, por conseguinte, para criar novas culturas dentro da cultura da instituição.

Tais interpretações também enfatizam que a compreensão do nascimento como um evento sócio-cultural vai sendo construída nas relações sociais. É importante que todas as trabalhadoras de enfermagem conheçam, incentivem e se instrumentalizem para a promoção das narrativas terapêuticas; não apenas naquelas situações consideradas mais complexas do ponto de vista assistencial e dos dramas vivenciados a partir de problemas que acometem puérperas e recém-nascidos, mas que reconheçam que tais relações devem ser valorizadas e aprendidas, já que são recursos potentes para mudar a assistência e a competência cultural.

Ao colocar em discussão a prática da enfermagem do AC, faz-se necessário revisar as noções, os argumentos, os procedimentos e o ideário que sustentam as práticas do “cuidado educativo” desenvolvido pelas trabalhadoras de nível médio e elementar com as famílias, uma vez que tão somente uma mudança de rotina nas atividades parece não afetar, por si só, o ambiente altamente restritivo, repetitivo e automatizante que permeia o processo de cuidar dominante na prática clínica, enquanto discurso balizador do “cuidado de dois”.

Neste sentido, acrescento a necessidade de relativizar os conceitos e representações quase determinísticos de que o saber biomédico – aprendido nos processos de formação profissional, na formação prática e reiteradamente reforçado no cotidiano do trabalho assistencial institucionalizado –, seja a ‘base incontestável’ na qual devem estar assentadas e cristalizadas as concepções profissionais que diuturnamente informam o processo educativo na Unidade de Alojamento Conjunto.

Os atores sociais deste cenário apontaram ‘saídas’ que se constituem em vertentes menos paralisantes para os que nele “trabalham” e “nascem”. Tais saídas envolvem o reconhecimento de que são várias as ‘experientes’ com as questões do nascimento; de que são diversos os modelos explanatórios impregnados no complexo processo de cuidados à saúde da

mulher e da criança recém-nascida, e de que ali aonde parece não haver quaisquer dúvidas sobre a prevalência do poder autoritário da biomedicina, surpreendentemente também se misturam e sobressaem poderes múltiplos e diferentes forças de resistência que, mesmo à revelia dos cuidados profissionais, se fortalecem na “experiência” e na “resistência”.

Os resultados conquistados com o estudo, a partir dessas experiências e resistências, ajudam a entender a importância de uma atuação de enfermagem menos intervencionista, a valorizar de modo genuíno o saber familiar com o nascimento e o pós-parto e a apontar caminhos concretos para a superação do modelo assistencial que entende o nascimento e intervém nele como sendo um evento irredutivelmente preso às amarras do setor profissional.

Ao fortalecer o encontro entre a cultura profissional e a cultura familiar, aprende-se a construir outras dimensões que envolvem a expansão da noção de “Maternidade” e a imprescindível redução do peso conceitual do “Hospital” como o local onde as famílias (querendo ou não) precisam ir para nascerem e se expandirem. Este pressuposto contribui para a compreensão de que é possível construir uma **cultura da vida**, no lugar de uma cultura hospitalocêntrica e medicalizadora para o processo de parir e nascer.

Ainda no que diz respeito à prática profissional, os resultados trazem contribuições para a renovação da concepção e da organização do trabalho de enfermagem no Alojamento, a partir daquilo que as trabalhadoras referem como sendo o processo de “**cuidar de dois**”. Acredito que uma das maiores contribuições do presente estudo trata desse novo rumo impresso na ação profissional do “cuidar de dois” que, tomada em sua abrangência e ao mesmo tempo em sua particularidade, traduz uma concepção inovadora em termos assistenciais, já que se mostra como uma construção que é específica do cuidado de enfermagem em Alojamento Conjunto; uma construção que traz identidade e força ao trabalho da enfermagem, (não estando restrita às especialidades e aos domínios médicos da ‘obstetrícia’ e da ‘neonatologia’), constituindo-se numa **cultura própria** que pode contribuir para promover seu trabalho e valorizar seu papel profissional, mas que também pode levar ao seu reverso: desvalorização, cansaço crônico, estresse emocional e cognitivo, além da busca incessante por representações ainda inexistentes, que possam ajudar na instrumentalização qualitativa e digna para o “cuidar de dois”.

De modo genérico, esse exercício cotidiano tem também reflexos e pode trazer contribuições para a formulação das políticas públicas na área da saúde e particularmente na área que contempla o nascimento e a reprodução humana, bem como nos aspectos gerenciais e institucionais da assistência à saúde em Maternidades.

Para os legisladores, técnicos da área da saúde da mulher e da criança e profissionais responsáveis pela elaboração de normas ministeriais para a adoção e implementação desses serviços em instituições hospitalares, os resultados apontam a importância de se revisarem os 'recursos' necessários à sua instalação e manutenção, principalmente no que se refere aos recursos humanos de enfermagem. A norma vigente que dimensiona a presença de um enfermeiro para cada "30 binômios" e um auxiliar para cada "8 binômios", além de restringir, reduzir e desvalorizar o significado e a representação social do termo "binômio" (BRASIL, 1993), dentre outras incongruências e contradições intrínsecas, não considera o alto grau de complexidade quanto a assistência profissional requerida.

Há que se considerar também que as trabalhadoras de enfermagem que atuam nesse serviço precisam ter sua inserção reavaliada em termos das condições de trabalho. Os 'dados' do estudo são significativos para enfatizar a imperiosa necessidade de superar o 'desvalor' colocado (e na prática assumido) na expressão: "quem cuida de um, cuida de dois".

O estudo também traz contribuições para que a enfermagem, em todos os níveis de formação, adquira competência cultural na sua prática cuidativa com as famílias. Para isso, precisa avançar no que se refere à compreensão do conceito de cultura, refletindo sobre suas conseqüências para o processo de "cuidar de dois" que, inerentemente, leva consigo a necessidade de compreender mulher-puérpera e criança recém-nascida dentro do contexto familiar, cultural e social. Portanto, além de aprender a "cuidar de dois" (sujeitos institucionalizados e 'diferentes' em sua natureza e essência), precisa abordar a família como uma unidade de cuidado cujas exigências, recursos, valores, práticas de saúde e itinerários terapêuticos podem ser bastante diversos daqueles da cultura profissional.

As interações observadas durante a pesquisa de campo, bem como as reações e interpretações demarcadas pelos limites simbólicos do AC, revelam o quanto temos necessidade de ultrapassar concepções etnocêntricas fundadas tanto em pressupostos que consideram que "a cultura atrapalha", "a cultura ameaça", "a cultura é um resíduo", "é superstição", dentre outros, até aquelas interpretações que acabam por desestabilizar a relação terapêutica, levando a diferentes graus de manipulação do conhecimento que as famílias trazem sobre o nascimento, bem como a relações que se pautam em francas atitudes de autoritarismo e assimetrias de poder.

Está claro que precisamos trabalhar com muito afinco, até mesmo para que as trabalhadoras conheçam as abordagens antropológicas na área da saúde e particularmente naquelas que associam saúde, doença e nascimento. Há que se provocar discussões, promover conversas, agendar encontros, trocar idéias e experiências, disponibilizar conhecimentos,

metodologias e teorias antropológicas para que se tenha conhecimentos sistematizados e críticos, quer seja sobre a abordagem mais geral dos seres humanos e seus contextos culturais, até teorias antropológicas relacionadas com o nascimento.

Acredito que ao colocarmos em pauta tais conhecimentos, valorizando-os enquanto expressões vitais, estaremos colaborando para que algumas práticas ‘escondidas’, recônditas, ou mesmo julgadas irrelevantes e desvalorizadas, sejam trazidas para o debate e fortalecidas enquanto práticas de promoção da saúde, de educação em saúde e de vitalização do pós-parto. A cultura deve ser buscada como potência para a assistência ao nascimento, e não como obstáculo para a sua realização. Como vimos, para muitas trabalhadoras, competência, ciência e tecnologia estão de um lado, enquanto sensibilidade cultural, conhecimentos familiares e experiências antropológicas pessoais com o nascimento estão de outro; são dois mundos que nunca se encontram.

Nenhum programa, projeto, proposta ou ideário de ‘humanização do nascimento’ pode ser imune ao saber antropológico necessário ao cuidado e à assistência ao parto e nascimento. Os resultados do estudo mostram que ‘práticas humanizadoras’ ou o que quer que possamos compreender sob esta denominação (seja qual for a filosofia e o paradigma a lhe sustentar), anda *pari passu* com a **competência cultural**. Qualquer cuidado que seja culturalmente sensível colabora inequivocamente para uma contínua corrente de revalorização entre quem presta e quem recebe os cuidados. As trabalhadoras de enfermagem que colocam os conhecimentos antropológicos sobre o nascimento como ingredientes do processo de cuidar, descobrem que os mesmos ajudam a evitar a imposição cultural, auxiliam no compartilhamento de símbolos e significados dos clientes, contribuem para personalizar e individualizar a assistência aos recém-nascidos, puérperas e suas famílias, sem isolá-los de seus contextos ‘naturalísticos’, além de possibilitar vislumbrá-los como parceiros no processo de cuidar.

A enfermagem, vista como uma disciplina e um serviço profissional, além de compreender e entender a situação, o fenômeno ou a realidade, precisa operacionalizar o conhecimento compreendido, isto é, necessita de instrumentos para intervir na realidade, uma vez que lida com a aplicação do conhecimento, no seu sentido prático. As trabalhadoras de enfermagem, portanto, precisam não apenas de modelos que as auxiliem no entendimento dos contextos culturais dos clientes, mas também, muitas vezes, necessitam de conhecimentos para promover mudanças naqueles contextos.

No que se refere à produção acadêmica, os resultados obtidos permitem que se avance na compreensão do processo do nascimento e, particularmente, na compreensão das relações

entre o setor profissional e o setor familiar de cuidados à saúde. O estudo traz à tona a pluralidade de interpretações que vigoram dentro do hospital, quando a enfermagem e as famílias se encontram, além de apresentar contribuições para o aprofundamento das perspectivas ou referências que as trabalhadoras de enfermagem de nível médio e elementar adotam, quando interagem com as famílias que vivenciam o período pós-parto em Unidades de Alojamento Conjunto.

O estudo contribui na produção de conhecimentos sobre o nascimento institucionalizado, acrescentando novos ângulos, aprofundamentos e perspectivas, de modo especial: à prática do cuidado desenvolvido pelas trabalhadoras de enfermagem em Alojamentos Conjuntos; à unidade de internação pós-parto como um cenário cultural; à realidade quase sempre contraditória da ‘polarização’ e da ‘interpenetração’ entre o mundo doméstico e o institucional, seja do ponto de vista da enfermagem ou das famílias; aos movimentos de abertura e de fechamento com relação à Maternidade considerada sob a perspectiva da “instituição total”; aos significados que a enfermagem imprime à mulher-puérpera-mãe, ao recém-nascido e à família como sujeitos do cuidado profissional; e ao mosaico de conhecimentos que ora se afirmam, ora se desencontram e ora se constroem na vivência do pós-parto institucionalizado.

Considerando-se ainda os resultados obtidos com esta etnografia, restam muitas questões a serem compreendidas, aprofundadas e validadas em pesquisas vindouras. Dentre essas, destaco: a necessidade de aprofundar estudos sobre a constituição e a importância do ‘círculo de comadres’ na renovação do conhecimento do sistema familiar de cuidado relacionado ao período pós-parto; outras interpretações e entendimentos que visem o aprofundamento das indicações que as trabalhadoras dão quando “quebram” ou flexibilizam as regras institucionais com o intuito de “beneficiar” puérperas e bebês. Que outros significados estão implicados em ações como essas?; realizar estudos comparativos com outros serviços que já ‘nasceram’ como Alojamentos Conjuntos; aprofundar pesquisas que possam contribuir para a compreensão do recém-nascido como sujeito do cuidado de enfermagem, principalmente naquelas situações ainda não exploradas sob o ângulo da antropologia, como a criança que morre ao nascer e a assistência promovida à família que perde o bebê; explorar temas que aproximem relações sobre “cuidar de dois” e “cuidar de famílias” em Alojamentos Conjuntos; explorar em investigações atentas, quais são os significados, as complicações éticas, as relações financeiras, os benefícios assistenciais e as concepções envolvidas com os procedimentos estéticos de “colocação de brincos” em crianças, durante o período pós-parto na instituição. Quais as implicações para a saúde, para a

instituição e para a assistência de enfermagem?; realizar estudos que busquem aprofundar relações entre enfermagem e famílias no que se refere a ‘negociar conhecimentos’ e ‘construir conhecimentos em parceria’, dentre outros.

Finalmente, no que se relaciona ao ensino da enfermagem, os resultados deste estudo ajudam a indicar a necessidade de mudança curricular que visem introdução, aprofundamento de discussões e instrumentalização, tanto em conteúdos sócio-antropológicos que possibilitem a competência cultural, quanto naqueles relacionados às teorias de família, saúde da família e assistência de enfermagem àquelas que vivenciam o processo do nascimento.

O estudo é revelador de uma prática assistencial de enfermagem que, como vimos, se não subjugava a dimensão cultural associada ao nascimento, quando a reconhece, muitas vezes a tendência mais comum é a de desviá-la do foco assistencial, até mesmo pelo desconhecimento sobre os modos de lidar com a questão na prática profissional. Isso também acontece com relação à assistência à família enquanto unidade de cuidado e com relação à necessidade de ampliar a prática clínica, tomando a família como objeto do cuidado de enfermagem. Muitas vezes, se a família é reconhecida como objeto do cuidado e co-participante da assistência, surgem dificuldades práticas variadas que mostram que as trabalhadoras não sabem ou não foram capacitadas para cuidar das famílias que nascem, se expandem e são *experts* em seus modelos explanatórios com mulheres puérperas e recém-nascidos.

Na maioria das situações, quando se deparam com necessidades de cuidado que envolvem **cultura e família** durante o manejo clínico e a intervenção terapêutica, as mesmas dizem que se sentem “atrapalhadas”, “sem segurança” e “despreparadas” para lidar com questões conceituais e práticas. A situação é ainda mais problemática se considerarmos que são elas que se encontram na ‘linha de frente’ do processo de assistência em saúde, interagindo com as famílias nas 24 horas do dia.

Isto demanda urgência nas mudanças curriculares do ensino da enfermagem em todos os níveis, mas principalmente no ensino médio profissionalizante. É importante que sejam revistas e repensadas as diretrizes curriculares, os projetos pedagógicos e todos os elementos político-educacionais das escolas formadoras, particularmente nos conteúdos programáticos e abordagens teórico-práticas relacionadas com a assistência de enfermagem ao nascimento. Se os alunos não aprenderem a lidar com esses conceitos e seus reflexos na vida real da assistência ainda durante ‘os estágios curriculares’, dificilmente terão condições cognitivas, afetivas e mesmo ‘experenciais’ para lidarem com isso quando enfrentarem a prática profissional. Tão maléfica quanto a ‘cegueira cultural’, é a ignorância instrumental que inviabiliza por completo qualquer tentativa de imprimir qualidade assistencial a uma realidade

tão complexa e ao mesmo tempo tão enriquecedora para a vida de quem cuida e de quem é cuidado.

No que diz respeito ao ensino da atuação profissional em Unidades de Alojamento Conjunto e na assistência à mulher e ao neonato, é fundamental ultrapassar os conteúdos médico-especializados de 'obstetrícia' e 'neonatologia' e construir projetos teórico-prático-políticos que incluam tanto as especificidades do projeto assistencial da enfermagem, como as exigências colocadas pela demanda das necessidades das famílias que procuram a instituição para o nascimento dos seus filhos.

Além disso, é necessária uma formação específica, não apenas que discuta e instrumentalize para a assistência à família como cultura, mas também que remeta a contínuas reflexões sobre as inevitáveis associações entre os papéis das mulheres e dos homens em formação, sobre seus papéis sociais como mães/pais, profissionais, co-participantes e co-responsáveis na construção do "saber" da enfermagem como disciplina e profissão, além de agentes sociais importantes para a vitalização de todos os aspectos que têm relação com o nascimento humano. Isto também vale para os programas de educação continuada e de educação no trabalho, a fim de que se possa preparar profissionais competentes tecnicamente e culturalmente para a contextualização dos conhecimentos frente à realidade dos Alojamentos Conjuntos onde, como vimos, o nascimento não deixa de exigir conhecimentos profissionais compatíveis com as necessidades técnicas, científicas e tecnológicas, sejam elas evidentes ou antecipadas, mas que antes e além de tudo, trata-se de um cenário onde o fluxo da vida se renova a cada dia.

## REFERÊNCIAS

AAMODT, A. M. Examining ethnography for nurse researchers. **Western Journal of Nursing Research**, v. 4, n. 2, p. 209-221, 1982.

ALMEIDA, J. A. G. de; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Rev. Latino-Americana Enf.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-76, jun. 1998.

ALMEIDA, J. S. de. **Saúde neonatal-enfermagem neonatal-alojamento conjunto**. 2000. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/aloj2.html>>. Acesso em: 16 abr. 2000. 10 p.

ALMEIDA, M. C. P. de et al. A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989. p. 43-75.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 263-271, 1993.

\_\_\_\_\_. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 91-100.

ALVES, P. C. et al. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2. p.150-166, 1998.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. **O status das ciências sociais em saúde no Brasil: alguns dilemas e perspectivas**. Núcleo de Estudos em Ciências Sociais (ECSAS). Salvador, 1996. 17p. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: \_\_\_\_\_. **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 107-122.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.

ANDRÉ, M. E. A. A pesquisa no cotidiano escolar. In: FAZENDA, I. (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989. p.37-45.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AYVAZIAN, A. El centro de alumbramento y la curacion familiar. In: HALL, J. E.; WEAVER, B. R. **Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas**. 2. ed. Washington: OMS, 1990. cap.26, p. 466-471.

BACKES, V. M. S. O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 251-264, abr./jun. 1999.

BARBOSA, V. L. **O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade na tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BATTLE, L. S.; DIEKEMPER, M. N. C.; DRAKE, M. A. articulating the culture and tradition of community health nursing. **Public Health Nursing**, v. 13, n. 3, p. 215-222, june, 1999.

BENERI, R. L.; SANTOS, L. R.; LUNARDI, V. L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan./mar. 2001.

BENNER, P. E. **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. Menlo-Park: Addison-Wesley, 1984.

BENNER, P. E.; WRUBEL, J. **The primacy of caring: stress and coping in health and illness**. Menlo Park: Addison-Wesley, 1989.

BERRY, A. B. Mexican american women's expressions of the meaning of culturally congruente prenatal care. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 10, n. 3, p. 203-212, July 1999.

BEZERRA, M. M. et al. Atendente de enfermagem: por quê? Até quando? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 1998.

BIESELE, M. An ideal of unassisted birth: hunting, healing, and transformation among the Kalahari Ju/'hoansi. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.18, p. 474-492.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. 1 CD-ROM.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; ELSSEN, I. Mulheres falando sobre suas crenças e práticas no cuidado ao coto umbilical do recém-nascido. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 36-42, 1991.

\_\_\_\_\_. Percepção das mães sobre os cuidados com a criança no primeiro mês de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 718, n. 112, p. 151-161, 1988/1989.

- BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. 23.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction to theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon, 1982.
- BORENSTEIN, M. S. Poder da enfermagem no espaço hospitalar. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 42-53, ago/dez. 2000.
- BORSOI, I. C. F.; CODO, W. **Enfermagem, trabalho e cuidado** [artigo científico]. 2000. Disponível em: <<http://trabalho.rocksolid-internet.com/enfermeiras/enfermag.htm>>. Acesso em 06 jun. 2.000. 6p.
- BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília, 1993.
- BROWNER, C. H.; PRESS, N. The production of authoritative knowledge in american prenatal care. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.4, p. 113-131.
- BROWNER, C. H.; SARGENT, C. F. Anthropology and studies of human reproduction. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Org.). **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 215-229.
- BRUNER, E. M. Ethnography as narrative. In: TURNER, V. W.; BRUNER, E. M. (Org.). **The anthropology of experience**. Chicago: University of Illinois Press, 1987. p. 139-156.
- CAMPESTRINI, S. **Alojamento Conjunto mãe-filho e o enfermeiro**. Curitiba: Imprensa Universitária, 1982.
- CANELLA, P.; MALDONADO, M. T. **A relação médico-paciente em ginecologia e obstetrícia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1988.
- CAPRA, F. O modelo biomédico. In: \_\_\_\_\_. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1995. cap. 5, p. 116-155.
- CAPRARA, A. Médico ferido: *Omolu* nos labirintos da doença. In: ALVES, P.C.; RABELO, M.C. **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 123-138.
- CAPRARA, A.; SILVA FRANCO, A. L. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.
- CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.
- CARPER, B. A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 1, n. 1, p.13-23, oct., 1978.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. Nursing's patterns of knowing. In: \_\_\_\_\_. **Theory and nursing: a systematic approach**. Missouri: Mosby, 1995. p. 1-18.

CHRISMAN, N. J.; JOHNSON, T. M. Clinically applied anthropology. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Org.). **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 93-113.

CHRISTOFFEL, M. M.; SANTOS, R. da S. A dor no recém-nascido e na criança. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 54, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2001.

CIMS. Coalition for Improving Maternity Services. In: **Arquivos Brasileiros de Pediatria**, v. 4, n.4, p. 31-33, julho/agosto 1997. Tradução: Marcus Renato de Carvalho.

CLARK, L. La familia: methodological issues in the assessment of perinatal social support for mexicanas living in the United States. **Soc. Sci. Med.**, v. 53, p. 1303-1320, 2001.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. **Transformações no ensino das técnicas de enfermagem pediátrica**. Goiânia: A.B., 1996.

COLLIÈRE, M. F.. Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. **Rev. Rol de Enfermería**, Lisboa, n. 179/180, p. 71-80, jul./ago. 1993.

\_\_\_\_\_. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado em UTI neonatal: um experimento para a redução do estresse na aspiração oro-traqueal do recém-nascido**. 2000. Tese (Doutorado em enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na infância**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999.

CSORDAS, T. J.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Org.). **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 11-25.

DaMATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

D'AVANZO, C. E. Bridging the cultural gap with southeast asians. **MCN**, v.17, n.3, p.204-209, July/August, 1992.

DAVIS, B. A. Heeding warnings from the Canary, the Whall, and the Inuit: a framework for analyzing competing types of knowledge about childbirth. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. cap.17, p. 441-473.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an american rite of passage**. Los Angeles: University of California Press, 1992.

\_\_\_\_\_. The rituals of american hospital birth. In: Mc CURDY, D. (Edt.). **Conformity and conflict: readings in cultural anthropology**. 8th ed. New York: Harper Collins, 1994a. p. 323-340.

\_\_\_\_\_. The technocratic body: american childbirth as cultural expression. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 8, p. 1125-1140, 1994 b.

\_\_\_\_\_. Dying as medical performance: the oncologist as charon. In: LADERMAN, C.; ROSEMAN, M. (Edt.). **The performance of healing**. New York: Routledge, 1996. p.291-322.

\_\_\_\_\_. From technobirth to cyborg babies reflections on the emergent discourse of a holistic anthropologist. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Edt.). **Cyborg babies: from techno-sex to techno-tots**. New York: Routledge, 1998. p. 255-284.

DAVIS-FLOYD, R.; DAVIS, G. Intuition as authoritative knowledge in midwifery and home birth. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. cap.12, p. 315-349.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997.

DELVECCHIO GOOD, M. J. **American medicine: the quest for competence**. Berkerley: University of California Press, 1998.

DELVECCHIO GOOD, M. J. et al. **Pain as human experience: an anthropological perspective**. Berkerley: University of California Press, 1994.

DI NICOLA, V. **Um estranho na família: cultura, famílias e terapia**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

DINIZ, S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina)—Curso de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na assistência ao parto. In: SEMINÁRIO SOBRE NASCIMENTO E PARTO NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2., 1999, São Paulo. **Textos de apoio...** São Paulo: Rehuna, 1999. p. 4-16.

\_\_\_\_\_. Que valores escolhemos nesse ritual? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 523-527, jul./dez. 2002.

DORNELLES, S. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. parte III, p.87-162.

DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam**. São Paulo: EDUSP, 1998.

\_\_\_\_\_. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1966. (Coleção Debates, 120).

ELIADE, M. **O sagrado e o profano**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002. p. 11-24.

\_\_\_\_\_. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: BUB, L. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: EDUFSC, 1994. p. 19-60.

\_\_\_\_\_. **Concepts of health and illness and related behavior among families living in a brazilian fishing village**. 1984. Dissertation (Doctor of Nursig Science)—School of Nursing. University of California, San Francisco, 1984.

EMERSON, R. M.; FRETZ, R. I.; SHAW, L. L. **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.

EZZY, D. Illness narratives: time, hope and HIV. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 605-617, 2000.

\_\_\_\_\_. Theorizing narrative identity: symbolic interactionism and hermeneutics. **The Sociological Quarterly**, v. 39, n. 14, p. 239-253, 1998.

FARIA, E. M. **Comunicação em saúde: fim da assimetria?** Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996. (Série Teses em Enfermagem, 10).

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.L. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 49-56.

FIEDLER, D. Authoritative knowledge and birth territories in contemporary japan. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. cap.6, p. 159-179.

FIGUEIREDO, N. de S. **Interação agente de saúde-família no domicílio de mães primíparas**. 2001. Monografia (Especialização)—Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

FLORES E SILVA, Y. Uma breve introdução. In: FLORES E SILVA, Y.; FRANCO, M. C. (Org.) **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p. 9-17.

FLORES-HUERTA, S.; CISNEROS-SILVA, M. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. **Salud Pública de México**, v.39, n. 2, p. 13-19, marzo 1997.

FONSECA, C. **Anatomia de uma maternidade: pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes num quadro hospitalar**. Porto Alegre, 1997. 31p. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Caminhos da adoção**. Porto Alegre: Cortez, 1995.

FONSECA, L. M. M. et al. Utilizando a criatividade na educação em saúde em alojamento conjunto neonatal: opinião das puérperas sobre o uso de um jogo educativo. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 53, n. 2, p. 301-310, abr./jun. 2000.

FOUCAULT, M. **The history of sexuality**. New York: Random House, 1978. v.1: an introduction.

FREITAS, M. A.; ALVES, M.; PEIXOTO, M. B. A divisão do trabalho na enfermagem e a visão global da assistência. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 26-32, jan. 1996.

GADOW, S. Relacional narrative: the postmodern turn in nursing ethics. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, v. 13, n. 1, p. 57-69, 1999.

GARRO, L. C. Cultural knowledge as resource in illness narratives: remembering through accounts of illness. In: MATTINGLY, C.; GARRO, L.C. (Edts.). **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkeley: University of California Press, 2000. p. 70-87.

\_\_\_\_\_. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 6, p. 775-788, 1994.

GAUDERER, E.C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. 5.ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

GEERTZ, C. **Nova Luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

\_\_\_\_\_. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GENNEP, A.V. **Os ritos de passagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 1978. (Coleção Antropologia, 11).

GEORGES, E. Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.3, p. 91-112.

GERMAIN, C. P. Ethnography: the method. In: MUNHALL, P. L.; BOYD, C. O. **Nursing research: a qualitative perspective**. New York: National League for Nursing Press, 1993. p. 237-268.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine, 1967.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

- \_\_\_\_\_. The interaction order. **American Sociological Review**. v.48, p.1-17, february 1983.
- GOLDENBERG, M. Pesquisa qualitativa em ciências sociais. In: \_\_\_\_\_. **A arte de pesquisar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. p. 17-24.
- GOMES, M. L. **Um encontro de mulheres: dar à luz**. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- GONÇALVES, H. D. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.105-120.
- GONÇALVES, R. B. M. **O processo de trabalho em saúde**. São Paulo. Faculdade de Medicina da USP, 1988. 31 p. Mimeografado.
- GOOD, B.J. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. 3th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- \_\_\_\_\_. The heart of what's the matter: the semantic of illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 25-58, 1977.
- GOOD, B. J.; DELVECCHIO GOOD, M.J. "Fiction" and "historicity" in doctor's stories: social and narrative dimensions of learning medicine. In: MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. (Orgs). **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkeley: University of California Press, 2000. p.50-69.
- \_\_\_\_\_. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Org.). **The relevance of social science for medicine**. Dordrecht: Reidel Publishing, 1980. p. 165-196.
- \_\_\_\_\_. "learning medicine": the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (Edit.). **Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life**. Berkeley: University of California Press, 1993. p.81-107.
- GRAEDON, T. F. Un enfoque transcultural para la practica de la enfermería. In: HALL, J. E.; WEAVER, B. R. **Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas**. 2. ed. Washington: OMS, 1990. cap.19, p. 357-376.
- GRUPO DE DEFESA DA CRIANÇA. **Alojamento conjunto**. 2000. Disponível em: <<http://www.gdc.com.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2000. 8p.
- GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto**. São Paulo: Maio, 2000.
- \_\_\_\_\_. **A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstetra: um estudo de caso**. 1998. Tese (Livre-Docência)– Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998a.

\_\_\_\_\_. O significado do processo do parto no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **C&Q Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, 1998b. p.33-53.

\_\_\_\_\_. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 332-336, 1994.

\_\_\_\_\_. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. 1993. Tese (Doutorado em enfermagem)– Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

GUALDA, D. M. R.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 297-309, dez. 1995.

GUBRIUM, J. F.; HOLSTEIN, J. A. **The new language of qualitative method**. New York: Oxford University Press, 1997.

GUINSBURG, R. A dor no recém-nascido prematuro submetido à ventilação mecânica de cânula traqueal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 82-89, 1994.

HAHN, R. A. **Sickness and healing: an anthropological perspective**. Yale: Yale University Press, 1995.

HECK, R. M. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HÉRITIER, F. **Masculino/feminino: o pensamento da diferença**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

HITA, M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.179-213.

HOGA, L. A. K. A compreensão do contexto sócio-cultural: a sua relevância na assistência em planejamento familiar. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 7-16, mai./ago. 1997.

JAMBAI, A.; MACCORMACK, C. Maternal health, war, and religious tradition: authoritative knowledge in Pujehun District, Sierra Leone. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.16, p. 421-440.

JANSEN, A. **Uma leitura antropológica das narrativas de mulheres que passaram pela experiência do câncer ginecológico**. 2001. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)–

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

JIRAPAET, V. Factors affecting maternal role attainment among low-income, Thai, HIV-positive mothers. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 12, n. 1, p. 25-53, january 2001.

JORDAN, B. Authoritative knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.1, p. 55-79.

\_\_\_\_\_. **Birth in four cultures: a cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States**. 4th ed. Prospect Heights, IL: Waveland Press, 1993.

\_\_\_\_\_. Cosmopolitical obstetrics: some insights from the training of traditional midwives. **Soc. Sci. Med.**, v. 28, n. 9, p. 925-944, 1989.

\_\_\_\_\_. **Birth in four cultures: a cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States**. Montreal: Eden Press, 1988.

KAKEHASHI, T. Y. A situação atual da enfermagem neonatológica e suas tendências para o futuro. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 9, p. 7-16, mai./ago. 1996. (número especial).

KEANE, C. R. Managerial hegemony, cultural change, and the transformation of infant care advice in the United States in the twentieth century. **International Journal of Health Services**, v. 31, n. 1, p. 167-186, 2001.

KETLER, S. K. Preparing for motherhood: authoritative knowledge and the undercurrents of shared experience in two childbirth education courses in Cagliari, Italy. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 14, n. 2, p. 138-158, june 2000.

KHON, A. A. "Imperfect angels": narrative "emplotment" in the medical management of children with craniofacial anomalies. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 14, n. 2, p. 202-223, june 2000.

KITZINGER, S. Authoritative touch in childbirth: a cross-cultural approach. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.8, p. 209-232.

\_\_\_\_\_. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. 2. ed. Lisboa: Presença, 1996.

\_\_\_\_\_. **Education and counseling for childbirth**. New York: Schocken, 1977.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLEINMAN, A. **Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine**. Berkeley: University of California Press, 1995.

\_\_\_\_\_. **The illness narrative: suffering, healing & the human condition**. [S.L.]: Basic Books, 1988.

\_\_\_\_\_. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care. **Annals of Internal Medicine**, v. 88, n. 2, p. 251-259, february 1978.

KURCGANT, P. (Org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LABATE, R. C.; PEREIRA, M. A. Dor, sofrimento, morte e cuidado à saúde. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.3, n.2. p.19-22, jul./dez. 1998.

LALANDA, P. A interação enfermeiro-doente: uma abordagem bioantropológica. **Rev. Nursing.**, ano 8, n. 88, p. 56-66, maio 1995.

LANGDON, E. J. M. A fixação da narrativa: do mito para a poética de literatura oral. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n.12, p. 13-36, dezembro 1999.

\_\_\_\_\_. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico**. Florianópolis. 1994. (Concurso Professor Titular)–Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LANGER, S. **Filosofia em nova chave**. São Paulo: Perspectiva, 1960.

LAZARUS, E. What do women want? Issues of choice, control, and class in american pregnancy and childbirth. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.5, p. 132-158.

LEININGER, M. M. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 1, n. 2, p. 40-51, winter 1999.

\_\_\_\_\_. Future directions in transcultural nursing in the 21st century. **Int. Nurs. Rev.**, v. 44, n. 1, p. 19-23, 1997a.

\_\_\_\_\_. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 28, n. 2, p. 32-51, january/june 1997b.

\_\_\_\_\_. Culture care theory, research, and practice. **Nursing Science Quarterly**, v. 9, n. 2, p. 71-78, 1996.

\_\_\_\_\_. Gadsup of Papua Nova Guinra revisited: a three decada view. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 5, n. 1, p. 21-29, summer 1995.

\_\_\_\_\_. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

\_\_\_\_\_. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. **Journal of transcultural nursing**, v. 1, n. 2, p. 40-51, 1990.

\_\_\_\_\_. The transcultural nurse specialist: imperative in today's world. **Nursing & Health Care**, v. 10, n. 5, p. 251-256, 1989.

\_\_\_\_\_. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985a. p. 232-254.

\_\_\_\_\_. Nature, rationale, and importance of qualitative research methods in nursing. In: \_\_\_\_\_.(Edt.). **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Staton, 1985b. p.1-27.

LEITE, I. B. Produzir o texto, polir o olhar. In: \_\_\_\_\_.(Org.). **Ética e estética na antropologia**. Florianópolis: PPGAS/UFSC/CNPQ, 1998. p. 41-46.

LIMA, M. A. D. da S.; ALMEIDA, M. C. P. de. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n. especial, p.86-101, 1999.

LOCK, M.; SCHEPER-HUGHES, N. A critical-interpretative approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Org.). **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 47-72.

LOPES, M. J. P. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 153-187.

LOYOLA, C.M.D. **Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. Métodos de coletas de dados: observação, entrevista e análise documental. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p. 25-44.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRÍCIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v.9, n.2, p.91-96, março 2001.

LUZ, A. M. H. et al. Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 42, n. 1, 2, 3/4, p. 93-100, jan./dez. 1989.

MAANEN, J. V. Processando as pessoas: estratégias de socialização organizacional. In: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 45-62.

MAESTRI, E. **Cuidado cultural no puerpério: visão das mulheres internadas em alojamento conjunto**. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica)—Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Santa Catarina/Ministério da Saúde, Florianópolis, 2000.

MAGALHÃES, A. M.; DUARTE, É. M.; MOURA, G. S. de. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p. 5-16, jan./dez. 1995.

MALDONADO, M. T. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In: \_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 15.ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 114-130.

\_\_\_\_\_. Temas teóricos: sobre dialética vida/morte/criação-destruição. In: \_\_\_\_\_. **Maternidade e paternidade**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982. p.79-100.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MALUF, S. W. Antropologia, narrativas e a busca do sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dezembro 1999.

MARTINS, E. L.; ALVES, R. das N.; GODOY, S. A. F. de. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 105-117, jan./mar. 1999.

MATTINGLY, C. Emergent narratives. In: MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkelly: University of California Press, 2000. p.181-211.

\_\_\_\_\_. **Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

\_\_\_\_\_. The concept of therapeutic 'emplotment'. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 6, p. 811-822, 1994.

MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. (Org.). **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkerly: University of California Press, 2000.

MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. Introduction. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 6, p. 771-774, 1994.

MEYER, D. E. E. **A dúvida como postura intelectual: uma abordagem pós-estruturalista de análise dos estudos de gênero na enfermagem**. 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/facen/geerge.htm>>. Acesso em: 11 abr. 2000. 13p.

MINAYO, M. C. de S. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (Org). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 57-72.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-248, jul./set. 1993.

MONTERO, P. **Magia e pensamento mágico**. 2.ed. São Paulo: Ática, 1990.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997.

\_\_\_\_\_. Abordagem cultural do nascimento como um rito de passagem. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 9, p. 41-44, mai./ago. 1996. (número especial).

\_\_\_\_\_. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MORAES, M. H. C. de. **Os fenômenos emocionais envolvidos na prática médica: um estudo da interação médico-residente-parturiente**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

MULHALL, A. Anthropology, nursing and midwifery: a natural alliance? **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 33, n. 6, p.629-637, 1996.

NATIONS, M. K.; MONTE, C. M. G. “I’m not dog, no!”: cries of resistance against cholera control campaigns. In: LEIBING, A. (Org.). **The medical anthropologies in Brazil**. Berlin: VWB, 1997. p. 115-142. (Special Volume).

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p.51-66.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é, e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NOCHI, M. Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. **Soc. Sci. Med.**, v.51, n.12, p.1795-1804, 2000.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 217-229.

OBERMEYER, C. M. Pluralism and pragmatism: knowledge and practice of birth in Morocco. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 14, n. 2, p.180-201, june 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**, 1989.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Tecnologia apropriada para nascimento e parto. **The Lancet**, p.436-437, 24 Aug. 1985.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Departamento de Saúde Materno-infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PACHTER, L. M. Culture and clinical care: folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *Jama*, Chicago, v. 271, n. 9, p.690-694, march 1994.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. L. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.31-48.

PAPPAS, G. Some implications for the study of the doctor-patient interaction: power, structure, and agency in the works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman. *Soc. Sci. Med.*, v. 30, n. 1, p.199-204, 1990.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PELTO, P. J.; PELTO, G. H. Field methods in medical anthropology. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Org.). **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 269-297.

PEREIRA, M. L. D.; CHAVES, E. C. Ser mãe e estar com AIDS: o revivescimento do pecado original. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 33, n.4 , p. 404-410, dez. 1999.

PINHEIRO, M. C. D. O "ser-mãe" de criança com malformação: um estudo fenomenológico. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 50, n. 2, p. 197-214, abr./jun. 1997.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

\_\_\_\_\_. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Etnografia. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.271-272.

PRAÇA, N. de S.; GRANDI, J. L. A enfermeira obstétrica e a prevenção no risco ocupacional de contaminação do vírus HIV em centro obstétrico. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.,42, n.,1,2,3/4, p.,101-105, jan./dez. 1989.

RABELO, M. C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; Minayo, M. C. de S. (Org.). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-56.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Signos, significados e práticas relativos à saúde mental. In: \_\_\_\_\_. (Orgs). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 43-76.

RAPP, R. Foreword. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. p. xi-xii.

RATTNER, D. Nascimento ou parto? Em São Paulo, nascimento e parto! **Notas sobre Nascimento e Parto**, São Paulo, ano 1, n.2, jun.1996. Editorial, p.1.

REEB, R. M. Granny Midwives in Mississipi: career and birthing practices. *Journal of transcultural nursing*, v.,4, n.,2, p. 18-27, winter 1992.

RENNE, E. P. Book reviews. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 14, n. 2, p. 277-281, June 2000.

REZENDE, A. L. M. de. **O cotidiano da enfermagem no trabalho em saúde**. Belo Horizonte, 1997. 15p. Mimeografado.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

RHODES, L. A. Studying biomedicine as a cultural system. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Org.). **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 159-173.

RIESSMAN, C. K. "Even if we don't have children [we] can live": stigma and infertility in South India. In: MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. (Edts.). **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkeley: University of California Press, 2000. p. 128-152.

ROCHA, A. L. C. da; ECKERT, C. A interioridade da experiência temporal do antropólogo como condição da produção etnográfica. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 8-18, 1998.

ROCHA, S. M. M. et al. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 5-15, dez. 1998.

RODRIGUES, J.C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Dois pontos, 1979.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de 'sofrimento' e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137-144.

ROMANELLI, G. A entrevista etnográfica: troca e alteridade. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p.119-133.

ROPA, D.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 178-201.

ROSA, M. T. L. et al. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem – uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989. p. 97-126.

RUBEL, A. J.; HASS, M. R. Ethnomedicine. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Org.). **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 115-131.

SADALA, M. L. A.; MATIAS, L. O. Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com AIDS. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 1-8, mar. 2000.

SALÉM, T. **A trajetória do “casal grávido”: de sua constituição à revisão do seu projeto**. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.). São Paulo: Brasiliense, 1985. p.35-61.

SANTOS, E. K. A. dos. Alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002a. p. 99-106.

\_\_\_\_\_. Promoção do aleitamento materno. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002b. p. 134-171.

SANTOS, O. M. B. dos. **A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SARGENT, C. F.; BASCOPE, G. Ways of knowing about birth in three cultures. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.7, p. 183-208.

SARGENT, C.; STARK, N. Childbirth education and childbith models: parenteral perspectives on control, anesthesia, and technological intervention in the birth process. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 3, n. 1, p. 36-51, 1989.

SCHNEIDER, J. U. Postpartum nursing for korean mothers. **Health Care Women Int.**, v. 21, n. 3, p.155-158, May/June 1996.

SCOCHI, C. G. S.; COSTA, I. A. R.; YAMANAKA, N. M. de A. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 9, p. 91-101, mai./ago. 1996. (número especial).

SCOCHI, C. G. S. et al. O alojamento conjunto em hospitais-maternidade do município de Ribeirão Preto: análise da assistência. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 15-23, set./dez. 1996.

SCOCHI, C. G. S.; ROCHA, S. M. M.; LIMA, A. G. de. A organização do trabalho em unidades neonatais. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 5, p. 151-174.

SESIA, P. M. “Women come here on their own when they need to”: prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1997. cap.15, p. 397-420.

SILVA, D. M. G da. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

- SILVA, G. B. da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA, I. A. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. 2, p. 241-249, abr./jun. 2000.
- \_\_\_\_\_. Atuação da enfermeira no projeto de incentivo ao aleitamento materno. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 9, p.57-61, 1996. (número especial).
- \_\_\_\_\_. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- SILVA, R. C. da. A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisas. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p.159-174.
- SILVA, V.G. da. **O antropólogo e sua magia**. São Paulo: EDUSP, 2000.
- SILVEIRA, M. F. A.; SOBRAL, V. R. S.; JUNQUEIRA, C. S. de A. Para além da cruz e da espada: revelando o poder do simbolismo na enfermagem. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p.74-85, ago/dez. 2000.
- SILVEIRA, N. H. **Narrativas sobre câncer: a perspectiva do doente**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)—Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- SIMKIM, P. The experience of maternity in a woman's life. **JOGNN**, v. 25, n. 3, p. 247-252, March/April, 1996.
- SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich, 1980.
- \_\_\_\_\_. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Wiston, 1979.
- STEFFEN, V. Life stories and shared experience. **Soc. Sci. Med.**, v. 45, n. 1, p. 99-111, 1997.
- STEINBERG, S. Childbearing research: a transcultural review. **Soc. Sci. Med.**, v. 43, n. 12, p. 1765-1784, 1996.
- STETSON, B. Avaliação e cuidado no quarto semestre. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 17, p.424-456.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Ethnographic research approach. In: \_\_\_\_\_. **Qualitative reseach in nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995. p.89-112.
- SZUREK, J. Resistance to technology-enhanced childbirth in Tuscany: the political economy of italian birth. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and**

**authoritative knowledge.** Berkeley: University of California Press, 1997. cap.11, p. 287-314.

TAUSSING, M. Reification and the consciousness of the patient. **Social, Science & Medicine**, v. 14B, p.3-13, 1980.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introduction to qualitative research methods: to search for meanings.** 2.ed. New York: John Wiley, 1984.

TEIXEIRA, E. Resenha da obra: cultura, saúde e doença. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p.88-91, set./dez. 1997.

TISHELMAN, C.. **Making sense of sickness experience:** cancer patient's perspectives on their sickness and care in urban Sweden. Aspects of relevance for nursing. 1993. Thesis (Doctoral) - Department of international Health Care Research, Karolinska Instituted, Stockholm, 1993.

TISHELMAN, C.; TAUBE, A.; SACHS, L. Self-reported distress in cancer patients: reflections of disease, illness or sickness? **Soc. Sci. Med.**, v. 33, n. 11, p. 1229-1240, 1991.

TORREZ, M. N. F. B. A influência da ABEn nos diferentes âmbitos da enfermagem: a qualificação da força de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FAPESP, 1997. p. 240-246.

TRENTINI, M. Promoção: caminho apropriado à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 4, n. 1, p.75-83, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1986.

TURNER, V. Social dramas and stories about them. In: MITCHELL, W.J.T. **On narrative.** Chicago: The University of Chicago Press, 1984. p. 137-164.

\_\_\_\_\_. **O processo ritual:** estrutura e anti-estrutura. São Paulo: Vozes, 1974.

TURNER, B. S. **Medical power and social knowledge.** 2th ed. London: Sage, 2001.

UCHÔA, E. et al. Signs, meanings and actions associated with Schistosomiasis Mansoni in a small village in Brazil. In: LEIBING, A. (Org.). **The medical anthropologies in Brazil.** Berlin: VWB, 1997. p. 143-156.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out./dez. 1994.

UNGERER, R. L. S.; MIRANDA, A. T. C. de. História de alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, p. 5-10, jan./fev. 1999.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

VIDICH, A. J.; LYMAN, S. Qualitative methods. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Edt.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. p. 23-59.

WAGNER, M. Confessions of a dissident. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. (Org.). **Childbirth and authoritative knowlwdge**. Berkelly: University of California Press, 1997. p.366-391.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Org.). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 53-85.

WILLIAMS, B.; HEALY, D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental team: "explanatory model" or "exploratory map"? **Soc. Sci. Med.**, v. 53, p. 465-476, 2001.

WILLIAMS, R. P. A família e a cultura. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 2, p.26-38.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. **Nurses and families**. 2.th. Philadelphia: FA Davis, 1994.

YOUNG, A. A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (posttraumatic stress disorder). In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (Edit.). **Knowledge, power, and practice**: the anthropology of medicine and everyday life. Berkeley: University of California Press, 1993. p.108-128.

\_\_\_\_\_. The anthropologies of illness and sickness. **Ann. Rev. Anthropol.**, v.11, p.257-285, 1982.

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos**: um estudo etnográfico. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - CONSENTIMENTO INFORMADO DA INSTITUIÇÃO

Assinando este documento, estamos autorizando a Enfermeira Marisa Monticelli, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC - a coletar dados para a condução de sua pesquisa, na Unidade de Alojamento Conjunto desta Instituição, orientada pela Dra. Ingrid Elsen.

Informamos que o projeto de pesquisa encontra-se em nossos arquivos e que o mesmo nos dá ciência acerca dos propósitos do estudo, dos tipos de dados a serem coletados, das contribuições da pesquisa, bem como dos princípios éticos a serem colocados em prática durante o desenvolvimento do estudo, o qual estamos de pleno acordo.

Entendemos que a Instituição não terá qualquer despesa financeira neste empreendimento e que os resultados da pesquisa serão fornecidos pela pesquisadora, se assim for solicitado.

Estamos cientes também que o presente estudo trará contribuições para a área assistencial, no sentido da melhoria da qualidade do cuidado em saúde, principalmente no que diz respeito à assistência à família, durante o processo do nascimento. Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones (3319399 – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC e 2334682 ou 99604827 – telefones da pesquisadora).

---

Data

---

Assinatura do responsável pela Comissão  
de Ética da Instituição



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL**  
 Tel. (48) 331.9480 - 331.9399 Fax (48) 331.9787  
 E-mail: [pen@nfr.ufsc.br](mailto:pen@nfr.ufsc.br)  
 Homepage: [www.nfr.ufsc.br](http://www.nfr.ufsc.br)

## APÊNDICE B - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (TRABALHADORA)

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Marisa Monticelli, aluna do Curso de Doutorado da UFSC, e orientada pela Prof. Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que irá focalizar as experiências das trabalhadoras de enfermagem e das famílias que se encontram internadas na Unidade de Alojamento Conjunto desta Instituição. Esse estudo pretende colaborar na compreensão do processo de cuidado cultural durante o processo do nascimento.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de observação participante e de entrevistas e que a mesma somente utilizará as informações obtidas, para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que serei entrevistada uma ou mais vezes, no local e nos horários que me forem mais favoráveis, sem que isto implique em interferências no processo de trabalho que desenvolvo no Alojamento Conjunto. Entendo, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Posso encontrar a pesquisadora, por meio de uma ligação à cobrar, através do nº 99604827.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura da Trabalhadora de Enfermagem



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL**  
 Tel. (48) 331.9480 - 331.9399 Fax (48) 331.9787  
 E-mail: pen@nfr.ufsc.br  
 Homepage: [www.nfr.ufsc.br](http://www.nfr.ufsc.br)

## APÊNDICE C - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (FAMÍLIA)

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Marisa Monticelli, aluna do Curso de Doutorado da UFSC, e orientada pela Prof. Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que irá focalizar as experiências das trabalhadoras de enfermagem e das famílias que se encontram internadas na Unidade de Alojamento Conjunto desta Instituição. Esse estudo pretende colaborar na compreensão do processo de cuidado cultural durante o processo do nascimento.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de observação participante e de entrevistas e que a mesma somente utilizará as informações obtidas, para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que minha participação ou a participação de outra pessoa da minha família na pesquisa ocorrerá durante o tempo que estivermos internados no Alojamento Conjunto desta Maternidade, sem qualquer prejuízo ao meu cuidado ou de meu filho recém-nascido. Estou também plenamente informada que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome, o de meu filho ou de qualquer pessoa da minha família não aparecerá em qualquer registro. Serão usados nomes fictícios.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Posso encontrar a pesquisadora, por meio de uma ligação à cobrar, através do nº 99604827.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Puérpera

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Familiar da Puérpera

## APÊNDICE D – EXEMPLO DE ANÁLISE “INDUTIVA” DOS DADOS

Notas de Campo/Descritores

Categorização dos Descritores Padrões Recorrentes Tema (s)  
(Memos)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>A técnica de enfermagem do “CAM” está iniciando o posicionamento da puérpera, a fim de ajudá-la na amamentação. Seus gestos são gentis. Mantém a postura ereta, mas de proximidade afetiva com a puérpera. Usa uniforme branco e cabelos compridos, presos em um enorme “coque”. Percebo que a saia é longa e ampla e o comprimento vai além dos joelhos. É de malha, de modo que ela possa movimentar-se sem dificuldades, quando se agacha para auxiliar na amamentação. Chama-me atenção sua atitude e sua vestimenta, pois destaca-se da maioria das outras trabalhadoras. Está sempre disponível, sorridente e seu olhar parece transmitir confiança e segurança.</p> <p>Sua atividade requer que se agache o tempo todo uma vez que as puérperas, quase sempre, amamentam seus filhos sentadas nas cadeiras brancas de plástico disponíveis nos quartos (uma para cada leito). Para ficar no mesmo nível da puérpera e da criança, a trabalhadora precisa ficar quase de joelhos, movimentando-se para todos os lados, como que “cercando” o binômio. Percebo também que tem outras puérperas que se aproximam da atividade, querendo olhar...parecem gostar do que vêem.</p> <p>A técnica tem voz suave e fala com um timbre claro e seguro. Aparenta gostar do que faz. Transmite carinho nas palavras e gestos e parece não se preocupar com o fato que tem outras mulheres a cuidar. Quando está com aquele binômio, a atenção é voltada inteiramente para mãe e filho.</p> <p>Também observo que ela leu os prontuários da puérpera e do recém-nascido, pois se aproxima perguntando como ela se sente tendo o terceiro filho.</p> <p>Técnica (T): você é bastante jovem e este é o terceiro menino, não é mesmo?<br/>Puérpera (P): sim. Tive o 1º com 15, o 2º com 17 e agora este, com 18.<br/>T: e como você se sente?<br/>P: bem. Eu adoro crianças. Eu adoro os</p> | <p>1) a técnica de enfermagem relaciona-se afetivamente com a puérpera, sem desconsiderar seu conhecimento profissional.</p> <p>2) seus gestos são suaves, de respeito ao outro e de consideração às peculiaridades da mulher e do recém-nascido.</p> <p>3) expressões corporais de aproximação transmitem confiança e segurança.</p> <p>4) aproxima-se fisicamente da mãe e da criança.</p> <p>5) a “platéia” é a audiência. A construção da experiência, de alguma forma, torna-se participante (coletiva).</p> <p>6) suas atitudes/gestos/expressões distinguem-se daqueles usados anteriormente pela atendente de enfermagem. Não são gestos mecânicos, mas assemelham-se a uma dança; um momento performático; a estética é um valor percebido.</p> <p>7) antes de contactar com o binômio, fez leituras no prontuário. A puérpera sente-se valorizada e confia na abordagem da profissional.</p> <p>8) a puérpera é adolescente de 18 anos e tem agora seu terceiro filho.</p> <p>9) “como você se sente?” Pela primeira vez percebo que uma profissional se interessa pelos</p> | <p>“A profissional ajuda a puérpera a construir a experiência”.</p> <p>“A narrativa não funciona apenas como uma forma de falar; ela também é percebida como uma forma estética que se encontra subjacente na performance (ação) clínica”.</p> <p>“Os profissionais encorajam os clientes (e suas famílias) a se juntarem a eles para criar uma narrativa significativa dentro do encontro clínico”.</p> <p>“O tempo humano ultrapassa o tempo clínico”.</p> | <p>Conhecimentos construídos e negociados no decorrer de narrativas terapêuticas</p> |
|--|--|--|--|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>meus filhos. Mas estou preocupada com este. Ele não suga de jeito nenhum.</p> <p>T: fica tranqüila que nós vamos avaliar juntas a você e ao bebê. Você teve ele faz menos de um dia; às vezes os bebês são um pouquinho preguiçosos e nós precisamos estimulá-los...</p> <p>P: mas como? Já fiz de tudo...</p> <p>T: vamos tentar juntas agora.</p> <p>P: acho que ele não gosta do meu leite. É diferente dos primeiros...</p> <p>T: ele já provou o teu leite?</p> <p>P: acho que não, pois ele não suga...(visivelmente inquieta, passando os dedos nos lábios do recém-nascido que segura em seu colo).</p> <p>A técnica solicita que ela possa segurar o bebê e diz: quer tentar?</p> <p>P: demais! Você vai me ajudar? Por favor, me ajude. Ele deve estar com fome. Faz quase 20 horas que não come. Não sei mais o que fazer.</p> <p>A técnica oferece um travesseiro para que a puérpera o coloque em seu colo.</p> <p>T: Rita, coloque este travesseiro, isto vai ajudar a deixar o teu filho mais junto do teu seio. Como é o nome do menino?</p> <p>P: não botei ainda...</p> <p>O bebê dorme no colo da trabalhadora. Parece um pouco hipotônico.</p> <p>T: agora eu gostaria que você espremesse um pouquinho a sua mama para tirar uma gota deste líquido precioso aqui.</p> <p>P: acho que não vai sair nada...</p> <p>T: isto, espreme um pouquinho.</p> <p>P: assim?</p> <p>T: muito bem! Olha como você tem leite e como você é habilidosa!</p> <p>O leite jorra do mamilo.</p> <p>T: isso! Isso! Muito bom!</p> <p>A puérpera sorri, orgulhosa. Começa a ajeitar-se melhor na cadeira.</p> <p>T: vamos ver se ele vai gostar?</p> <p>P: mas ele não mama!</p> <p>T: Rita, vamos com calma. Olha pra mim...(a puérpera olha diretamente para a trabalhadora de enfermagem enquanto segura a mama vertendo leite). Eu vou te ajudar. Vamos colocar um pouco na boca para ver se ele gosta? (a puérpera concorda, movimentando a cabeça). Então me dê aqui o seu dedo mindinho. Que dedo gordinho! Veja como ele tem o diâmetro parecido com o do seu mamilo...agora colha um pouquinho deste líquido precioso que sai da mama, Rita. Isso! Coloque na</p> | <p>sentimentos da puérpera.</p> <p>10) “nós vamos avaliar juntas”- integra a puérpera nas decisões terapêuticas.</p> <p>11) “provoca” a percepção da puérpera a respeito do filho.</p> <p>12) puérpera: “ele não gosta do meu leite”<br/>técnica: “ele já provou?” - a trabalhadora “entra” na questão clínica envolvendo o enredo da própria puérpera. Navegam no mesmo fluxo de comunicação. Há uma cadência rítmica no relacionamento dos três: profissional, puérpera e recém-nascido.</p> <p>13) estimula a participação da puérpera; tranqüiliza-a; dá tempo para que ela assimile as propostas de encaminhamento.</p> <p>14) não trata a puérpera por “amiga”, ou por “querida”, mas personaliza a mulher, chamando-a pelo nome. Não se refere ao recém-nascido como “machinho” (uma terminologia corriqueira dentro do Alojamento), mas busca conhecer o nome que a família vai dar. Refere-se à criança ligando-a à mãe: “teu filho”.</p> <p>15) solicita que a própria puérpera faça a expressão da mama. Não invade a sua privacidade (um gesto que percebe como sendo comum na Unidade é aquele em que as trabalhadoras “manipulam” as mamas das puérperas, como se fossem suas).</p> <p>16) a técnica leva em consideração a imagem que a puérpera quer para si.</p> <p>17) usa expressões positivas; reorganiza a experiência anterior da mulher puérpera; encoraja sua participação; reforça suas habilidades.</p> <p>18) a puérpera modifica a expressão facial e os movimentos corporais. Sente-se confiante; deixa-se levar</p> | <p>“A profissional parece ‘provocar’ uma trama que envolve a puérpera de forma terapêutica”.</p> <p>“O recém-nascido entra na trama”.</p> <p>“Imprime um significado simbólico ao leite materno: ‘líquido precioso’”.</p> <p>“A trama terapêutica sempre pressupõem movimento, ação e desempenho (interpretação), tanto da profissional quanto da cliente”.</p> <p>“Trata-se de um momento ritual, diferente da rotina - ‘uma experiência’; um momento</p> |  |
|--|---|--|--|

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>polpa do dedo mindinho. Agora, com carinho, coloque-o sobre os lábios do bebê (enquanto aproxima gentilmente o filho, da mãe). Viu como ele movimentou os lábios?</p> <p>P: (...) apenas passa os dedos nos lábios do filho, com muito cuidado, um pouco trêmula. Seus ombros estão tensos.</p> <p>T: vamos tentar mais um pouquinho?</p> <p>A puérpera repete o gesto com extremo cuidado. Parece lidar com cristais que estão prestes a se quebrarem. Sua expressão é de expectativa. A boca está aberta enquanto repete o procedimento. Está séria.</p> <p>T: isto! Assim mesmo! Ele sente o teu carinho.</p> <p>P: eu acho que ele está dormindo.</p> <p>T: vamos ver. Passa novamente. Isto, vai muito bem. (o momento parece mágico. Uma pequena platéia de puérperas aparece por ali, curiosa com o acontecimento).</p> <p>T: vamos lá garotão...e então? (fala carinhosamente com a criança. Aguarda sua resposta).</p> <p>A criança abre os lábios. A mãe se assusta e retira rapidamente o dedo dos lábios da criança.</p> <p>T: vá em frente, introduza o seu dedo na boca do bebê. Isto...</p> <p>P: assim?</p> <p>T: isto mesmo. Faça com que a polpa do seu dedo toque na gengiva superior do bebê...isso, isso mesmo!</p> <p>P: ele quer sugar o meu dedo. Olha só! Suga meu bem, suga.</p> <p>A puérpera abre um enorme sorriso ao perceber que a criança responde ao estímulo.</p> <p>T: ele tem uma boca linda!</p> <p>A criança começa a sugar o dedo da mãe.</p> <p>P: nossa, como suga forte. Vamos aproveitar...coloca ele no meu peito!</p> <p>A técnica ajeita a criança sobre o travesseiro, posiciona as mãos da puérpera, uma sob as nádegas do bebê e a outra sustentando a cabeça. Ela faz com que o seio da mãe toque de leve os lábios da criança. Quando esta abre a boca, introduz gentilmente o mamilo e a aréola mamária. O bebê, sem abrir os olhos, abocanha a mama e inicia movimentos vigorosos de sucção. A puérpera sorri, olhando para a criança.</p> <p>T: muito bem (falando para o bebê), muito bem. Você gosta, e como gosta, não é</p> | <p>pela técnica. Embarcam na mesma viagem. Até o recém-nascido “colabora”. Parece que aguarda o momento mais propício para se alimentar.</p> <p>19) “vamos ver se ele vai gostar?” Usa expressões que foram verbalizadas anteriormente pela puérpera.</p> <p>20) à menor manifestação de desistência da puérpera, a técnica reage prontamente, mantendo-a calma e confiante em seu potencial. A performance da trabalhadora é persuasiva.</p> <p>21) faz comparações entre o dedo da puérpera e o tamanho do mamilo. Tenta concretizar a experiência.</p> <p>22) a trabalhadora não apenas faz com que a ação tenha sentido para a puérpera, mas faz a mediação para que ela ‘crie’ sentido com a experiência.</p> <p>23) a trabalhadora mostra entusiasmo durante a ação: “isto mesmo”; “vamos lá”; “muito bem”; “vá em frente”; “isto!”</p> <p>24) “ele sente o teu carinho” - vai tornando o ato de amamentar mais amplo...introduz a promoção e a troca de afetos.</p> <p>25) o recém-nascido “participa” da construção da experiência.</p> <p>26) a eficácia é vislumbrada pela mãe.</p> <p>27) a trabalhadora não se “apossa” do seio materno, apenas cria a ação para indicar o caminho.</p> <p>28) a trabalhadora interage com a criança. Faz com que ela</p> | <p>extraordinário; uma ocasião que torna-se presente na memória como um evento singular”.</p> <p>“São narrativas emergentes, próprias da situação inesperada que se apresenta. São pequenos dramas, rituais da vida diária que ganham novos sentidos. São dramas pouco planejados ou que chegam ‘quase por acidente’ - pequenas histórias, mas que podem ter grande ressonância cultural e importante profundidade fenomenológica”.</p> <p>“As coisas não são simplesmente feitas para o paciente, mas os pacientes são encorajados a participar de suas próprias ‘re-criações”.</p> |
|--|---|--|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>mesmo? Isto! Vai em frente! Olha que coisa boa. Que delícia!</p> <p>As três puérperas que presenciam a cena, aplaudem efusivamente. A puérpera dá gargalhadas.</p> <p>T: (para o bebê) abre os olhinhos, abre.</p> <p>P: ele está sorvendo o meu leite. Tá tão gostoso que nem quer abrir os olhos. Será que o nariz dele não vai fechar?</p> <p>T: olha só, veja como você pode levantar o braço. Isso! Assim o nariz vai estar sempre livre. Olha só o barulhinho que ele está fazendo...descobriu, Rita, descobriu! Você está bem?</p> <p>P: muito. Obrigada. Você é gente fina. Eu nem acredito.</p> <p>T: qual a idade mesmo do teu último filho?</p> <p>P: o anterior? Vai fazer 1 ano na próxima semana.</p> <p>T: você o amamentou?</p> <p>P: até os 6 meses. Já tava grávida. Aprendi com a minha mãe. Ela amamentou a mim e aos meus irmãos. Somos todos saudáveis. Porisso eu tava preocupada. Não é possível que este não queira mamar.</p> <p>T: isto é muito bom, tanto para as crianças como para você. Ter o desejo de amamentar é o primeiro passo.</p> <p>P: mas eu não sei se teria tanta vontade de dar de mamar se a minha mãe também não tivesse amamentado. Ela sempre me falou das vantagens de dar de mamar. Eu confio nela. Eu aprendi com ela.</p> <p>Ao se afastar, a técnica me diz que conseguiu este procedimento com a experiência, na vivência com as próprias puérperas. Antes, colocava o próprio dedo para a criança sugar, mas percebia que a mãe não participava da experiência, e por não participar, não se animava. Então sugeri que uma fizesse e desde então tem conseguido ótimos resultados. "É uma conduta apropriada, que dá certo. Elas aadooram! É o dedo delas, é a vida delas...acho que a gente só precisa dar uma força, transmitir segurança à mãe. As funcionárias nem sempre tem tempo ou mesmo jeito para fazer isto. Eu amo o que faço, por isso faço com gosto. Eu realmente confio que a amamentação é um benefício para a mãe e para a criança...e enfatizo que é bom também para o resto da família...ninguém precisa acordar à noite para preparar a mamadeira. Acho que a gente precisa apoiar o aleitamento, mas de modo particular, com cada família, dar</p> | <p>participe da ação. Identifica-o como um novo ser humano que está começando a vivenciar o mundo externo.</p> <p>29) a participação da audiência</p> <p>30) a técnica não diz palavras soltas ou informações que não tenham sentido; ao contrário, está profundamente envolvida na criação do enredo terapêutico e atenta às necessidades da mãe e do recém-nascido.</p> <p>31) interessa-se pelos sentimentos da mulher</p> <p>32) os eventos passados que foram frutíferos, são buscados pela trabalhadora, para antecipar um futuro promissor para o filho que acabou de nascer e também para a mãe que tem desejo de amamentar.</p> <p>33) a trabalhadora constrói sua própria experiência profissional ao interagir com outras puérperas (experiência próxima). A narrativa trata de um processo social de construção da experiência.</p> | <p>"A 'Salve-Rainha' dá lugar a 'orações' singulares, que surgem do encontro genuíno</p> |  |
|--|---|--|--|

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <p>atenção especial...não acredito em palestras...a mesma coisa pra todo mundo... a Salve- Rainha. Gosto de colocar no seio, fazer com que mãe e bebê se descubram...eles ainda não se conhecem. Eu aprendi muita coisa com a teoria, mas é meu contato com elas que fala mais alto...e para isto eu preciso estar face-a-face com a mãe e com o bebê”.</p> | <p>34) a narrativa construída é particularizada. As necessidades das mulheres que vivenciam este período podem ser as mesmas (repetidas), mas as “pessoas” que as sentem são diferentes e as enfrentam de modo específico.</p> | <p>entre trabalhadoras e mulheres. A ação clínica é diferenciada, específica para cada cenário e para cada participante</p> |  |
|---|--|---|--|