

A CULTURA COMO OBSTÁCULO: PERCEPÇÕES DA ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO¹
CULTURE AS AN OBSTACLE: PERCEPTIONS IN NURSING TOWARDS CARE FOR THE FAMILY IN MULTIPLE-PATIENT ROOMS
LA CULTURA COMO UN OBSTÁCULO: LAS PERCEPCIONES DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO A LAS FAMILIAS EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO

Marisa Monticelli², Ingrid Elsen³

¹ Este estudo faz parte de uma pesquisa maior que se constituiu na Tese de Doutorado da primeira autora, denominada: “Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto”, defendida em 2003, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Orientadora do estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura. Enfermagem obstétrica. Alojamento conjunto. Hospital.

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa com o objetivo de identificar as representações que as trabalhadoras de enfermagem possuem sobre cultura, ao desenvolverem o processo de cuidar de famílias em uma unidade de alojamento conjunto. Para fundamentar o estudo adotou-se definições e significados extraídos da Antropologia da Saúde e da Antropologia Simbólica. Foram utilizadas para a coleta de dados a observação participante e a entrevista temática, sendo os mesmos analisados em seus conteúdos, de onde emanaram três categorias: “as crenças das famílias são bem interessantes”; “a irrelevância e a desvalorização da cultura das famílias”; e “lugar de crença é lá fora”. Os resultados assinalam que, para as trabalhadoras, a cultura das famílias é interpretada como algo residual, irrelevante e como obstáculo a ser superado. Apresenta-se como um conhecimento que tem pouco ou nenhum *status*, principalmente se equiparado com o conhecimento biomédico necessário para cuidar de mulheres e recém-nascidos durante o nascimento.

KEYWORDS: Culture. Obstetric nursing. Multiple-patient rooms. Hospital.

ABSTRACT: This qualitative study looks to identify the representations that nursing employees maintain about culture, upon developing the care process for families within a unit of multiple-patient rooms. In order to make the study more in-depth, definitions and meanings were extracted from the Anthropology of Health and Symbolic Anthropology. Participative observation and thematic interviews were used in the collection of data. As a result, the data was analyzed and three categories emanated: “the beliefs of families are very interesting”; “the irrelevance and the undervaluing of the family’s culture”; and “the place for beliefs is ‘outside’”. The results demonstrate that for workers, the family’s culture is interpreted as something residual, irrelevant, and as an obstacle to be overcome. It is presented as something which deserves little *status*, principally if equipped with sufficient biomedical knowledge to care for women and newborns during their births.

PALABRAS CLAVE: Cultura. Enfermería obstétrica. Alojamiento conjunto. Hospital.

RESUMEN: El presente trabajo se trata de una investigación cualitativa que tuvo como objetivo identificar las representaciones que las trabajadoras de enfermería poseen acerca de la cultura, al desarrollar el proceso de cuidar de las familias en una unidad de alojamiento conjunto. Para la fundamentación del estudio se adoptó las definiciones y los significados extraídos de la Antropología de la Salud y de la Antropología Simbólica. Para la recolección de los datos fueron utilizados las técnicas de la observación participante y la entrevista temática, siendo estas mismas analizadas para el análisis de sus contenidos, de donde emergieron tres categorías: “las creencias de las familias son bien interesantes”; “la irrelevancia y la desvalorización de la cultura de las familias”; y el “lugar de la creencia está allá afuera”. Los resultados apuntaron que, para las trabajadoras, la cultura de las familias es interpretada como algo residual, irrelevante y como un obstáculo a ser superado. Se presenta, así mismo, como un conocimiento que tiene poco o tal vez ningún *status*, principalmente, si éste se compara con el conocimiento biomédico necesario para cuidar de las mujeres y de los recién nacidos durante el nacimiento.

Endereço: Marisa Monticelli
R. Duarte Schutel, 181, Ap. 1326. Centro
88.015-640 - Centro, Florianópolis, SC.
E-mail: marisa@nfr.ufsc.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 10 de agosto de 2005
Aprovação final: 23 de fevereiro de 2006

INTRODUÇÃO E ABORDAGEM TEÓRICA

Os estudiosos da área de Antropologia da Saúde e da Antropologia Simbólica têm referido que as práticas e os saberes exercidos com finalidades terapêuticas são “práticas clínicas”;^{1:148} 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. Tal contexto, denominado também como “realidade clínica”;^{2:41} é mediado 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, em nossa realidade, 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 de saúde têm dificuldades para entender que o seu saber é um saber próprio desta racionalidade e que ele também é um saber cultural, e não somente o “saber popular”.

A racionalidade de saberes e práticas reflete-se igualmente, e 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”.^{1:148}

A literatura revela que são poucos os estudos que auxiliam na compreensão das Maternidades (o *locus* hospitalar que, por excelência, vislumbra a realidade clínica em relação ao nascimento dos seres humanos, um dos processos do ciclo da vida inequivocamente fisiológico, e que a biomedicina levou para dentro do instituição hospitalar) como realidades clínicas, ou seja, como espaços simbólicos de interações, poderes e saberes envolvidos nos processos terapêuticos do cuidar em enfermagem. Especialmente, quando se coloca em relevo a compreensão da cultura, como um conceito antropológico que é inseparável da atenção ao processo do nascimento e, notadamente, quando se analisa a influência que este conceito tem para a prática da enfermagem.

Diante do exposto e recortando a realidade a partir de uma tese de doutorado que resultou na elaboração de uma etnografia em Alojamento Conjunto

(AC) de uma instituição pública, procurou-se investigar as percepções que as trabalhadoras de enfermagem dessa unidade possuem sobre a cultura, durante o processo de cuidar das famílias que vivenciam o nascimento no hospital. O Alojamento, considerado como uma realidade clínica, é interpretado, neste contexto, como um espaço simbólico, onde vários atores sociais se relacionam e onde as práticas e os saberes da enfermagem e das famílias relacionados ao nascimento são um campo fértil de aproximações e distanciamentos.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo configurou-se como pesquisa de natureza qualitativa e foi desenvolvido em uma unidade de Alojamento Conjunto de uma Maternidade pública brasileira. Teve como informantes 19 trabalhadoras de enfermagem de nível médio (englobando Técnicas, Auxiliares e Atendentes de enfermagem), selecionados de modo proposital, por terem maior aproximação com o conteúdo investigado e por contribuírem de modo mais eficaz para a consecução do rigor do estudo.³⁻⁵ O período de coleta de dados teve a duração de doze meses.

As técnicas de coleta de dados foram a observação participante e a entrevista, sendo que a segunda foi utilizada como complementação à primeira. Os dados etnográficos que emergiram, bem como os símbolos e significados expressos nas manifestações verbais e não verbais, foram minuciosamente explorados em descrições densas,⁴ e registrados em um diário de campo. Optamos 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 de cada nova incursão ao campo, até o término da investigação. As entrevistas complementares foram realizadas sempre no sentido de aprofundar, polir, aperfeiçoar ou descartar as interpretações feitas pela pesquisadora durante o trabalho de observação. Todas as entrevistas foram previamente agendadas com as informantes, respeitando seus direitos, inclusive com relação aos horários de início e término, e no que diz respeito ao indiscutível direito de não participação.

O plano de organização e análise dos dados foi feita a partir do método da Etnoenfermagem,³⁻⁶ procurando-se categorias relevantes de interpretação e reflexão. Foram tomados cuidados visando o rigor científico do estudo em todas as etapas do mesmo.

As atividades de pesquisa estiveram balizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro.⁷ O projeto de pesquisa obteve consentimento formal da instituição hospitalar onde a mesma foi desenvolvida, além de ter sido submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Também foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelos informantes, individualmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“As crenças das famílias são bem interessantes”

As trabalhadoras interpretam a rede de símbolos e significados das famílias (e, por conseguinte, seus modelos explanatórios em relação ao nascimento), como sendo “crenças”, um termo amplamente utilizado na cultura organizacional como referência a um conjunto de conhecimentos e práticas que faz parte do sistema familiar ou popular de cuidado à saúde e que não mantém qualquer tipo de aproximação com o modelo profissional. 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.⁸

Tal representação aparenta ligação com comunidades [...] *ignorantes* (independente do nível de escolaridade), no sentido que não possuem acesso à [...] *modernidade* e comumente distantes dos grandes centros urbanos, como as rurais e indígenas, por exemplo, haja vista o depoimento de uma das Auxiliares: [...] *a índia, a mestiça e a lavradora têm crenças que são bem interessantes!* Várias trabalhadoras, ao interagirem com as famílias, além de restringirem cultura à excentricidade e, em consequência, à arbitrariedade, ligam seus símbolos e significados a 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 a 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 mesmo*, 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 nós, como pesquisadoras, quando co-

meçamos a receber telefonemas do pessoal do setor, avisando que algumas mulheres julgadas por elas como importantes para nosso estudo, tinham internado na Unidade. Numa destas ocasiões, por exemplo, recebemos o recado que acabara de internar [...] *uma índiazinha* no quarto reservado às gestantes de alto risco. Diante talvez de nosso silêncio um pouco prolongado (certamente tentando achar uma razão ainda não totalmente clara naquele momento), a trabalhadora insistiu: vocês não estão trabalhando com cultura? Pois então venham 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 ultrassom.

Noutra oportunidade, comunicaram 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-nos com muita gentileza e empenho, várias outras internações que interpretavam como famílias que tinham “cultura”, 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 as pesquisadoras, 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 tem força para gerar algumas atitudes profissionais que poderão levar desde um “autoritarismo sem máscaras, até outras formas de paternalismo e manipulação”.^{9:30}

A irrelevância e a desvalorização da cultura das famílias

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 terem seus filhos, outras trabalhadoras percebem que a “cultura” apresenta-se como sendo uma das dimensões da vida; porém, a partir de seus olhares centrados quase que exclusivamente 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 preo-

cupa 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 às práticas de educação em saúde desenvolvidas na unidade. Dentre essas, sobressaem-se duas; uma delas que considera 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.

Vejamos 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 recém-nascido não sente dor quando tem seu coto umbilical tocado). 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 baíta 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 e daí põe a fralda por cima [...] bem apertada. Você vai ver como não vai ter umbigo saltado nenhum (interação ocorrida durante uma sessão de cuidados com o corpo do bebê, em que a puérpera informava à trabalhadora que iria usar uma moeda na cicatriz umbilical logo que o “umbigo” caísse).*

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”, em sua visão de mundo), ou seja, algo concernente às interações com o bebê; para a trabalhadora, o fenômeno (que ela interpreta como sendo a presença de uma *hérnia*) constituiu-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 antisepsia com álcool e posicionar a fralda de modo firme, entendendo assim que o que estava ensinando, geraria uma “mudança automática” no comportamento daquela mulher. A abordagem aqui expressa negligencia os diferentes fatores sociais e culturais que intervêm na adoção de tais comportamentos.¹⁰

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 seria 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,¹¹ 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 percebe-se que as trabalhadoras indicam as práticas culturais das famílias como sendo irrelevantes, ainda que possam [...] *ter algum valor* (sempre no condicional), se forem julgadas como válidas para o uso na prática clínica. Um dos exemplos mais marcantes associa-se à sabedoria que as múltiplas trazem consigo, incorporada na experiência real que possuem para cuidar de si e das crianças recém-nascidas. Mesmo que as mulheres tornem 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; ou mesmo revelando, através de gestos, que não têm interesse em participar das palestras e demais sessões de orientações, as trabalhadoras fazem questão de ensinar o certo, de acordo com o conhecimento clínico. Isto não significa que desenvolvam a prática educativa de forma descontextualizada, sem qualquer critério, ou sem um mínimo de “bom senso” exigido pelo processo educativo em curso, pois muitas vezes preocupam-se em perguntar às famílias como é que estas fazem aqueles mesmos procedimentos que estão sendo ensinados, no domicílio, mas a questão é que, de imediato, no calor da hora da relação pedagógica, se interpõe um imenso “filtro cultural” que faz com que o diálogo tome a via do monólogo, sustentado pelo padrão didático do modelo biomédico.

Outros depoimentos quanto à irrelevância dos conhecimentos familiares mostram-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: (recebendo 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, avó? Não pode...

Avó: é (sorrindo), agora só faço acompanhar, mas já fiz muito.

Puérpera: ela ainda é chamada pela mulherada que vai ter [o parto] no hospital e volta pra casa. Cuida delas e das crias. É bem sabida a minha vó. Vai cuidar de mim e do neném também.

Técnica: (dirigindo-se à puérpera) estás pronta pro banho? Se formos logo tu podes sair logo também [ter alta hospitalar].

Puérpera: a avó vai junto?

Técnica: acho melhor ela te esperar aqui. (Voltando-se para a avó): se a senhora quiser, pode ir arrumando as sacolas. Adianta o serviço, né? [...].

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 pelas 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 das 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.^{4,5}

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.

Como afirmamos anteriormente, além de considerar as práticas culturais como sendo irrelevantes, muitas vezes os conhecimentos familiares são também **desvalorizados** na realidade clínica. Apresentamos a seguir duas situações exemplares em que os 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*.

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, vai cuidar, você acha que vai mesmo? Olha, é simplesmente um horror, não assume nada e morre de medo de olhar pro coto umbilical. Quando eu estava ensinando a fazer o curativo, ela disse: “ai eu não coloco a mão nem mortal!” Veja só o que a gente tem que agüentar. Isso lá é jeito de falar?

Auxiliar: elas têm 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 minhocas a cabeça dela. 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 neonatologista já tinha passado. Elas [as colegas do plantão anterior] não se conformaram e chamaram a residente. Sei lá eu o que é que queriam ouvir. Imagina se ele ia dizer que a criança estava embruxada! (risos). Eu já tinha visto outros casos de embruxamento. Teve uma [puérpera] até que fez alta à pedido porque disse que a criança tinha que ir 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!

A apreciação valorativa do conhecimento familiar leva a que as trabalhadoras, achando-o inadequado e hierarquicamente inferior, procedam à prática educativa, de modo a moralizá-la. 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 atenção à saúde dominante.

As ações educativas, nesse caso, são essencialmente pensadas como estratégia 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 pró-ativa nos cuidados.

Alguns programas educativos da área de saúde comunitária, analisados pela literatura brasileira,¹¹ colocam em relevo a base preventivista e corretiva que os direcionam e que, ao nosso ver, aproxima-se da base pedagógica usada no cenário clínico do Alojamento. 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. Analisa-se 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”.^{12:163}

Essa base preventivista e corretiva apontada, ocorre quase cotidianamente na unidade de Alojamento Conjunto, acionada pelas trabalhadoras que 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”.

A tentativa de “correção” das práticas desenvolvidas pelas famílias segue o pressuposto que os “costumes” das mesmas são, antes de mais nada, prejudiciais à saúde da criança e da mulher em resguardo, e freqüentemente 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”*.

Quando as trabalhadoras falam que tal prática “é cultural” ou “é crença” (e procuram consentá-la através de revisões), elas desvinculam isso de um determinado conhecimento, ou pelo menos, de um conheci-

* Conforme aborda a antropóloga Cláudia Fonseca, em texto não publicado, intitulado: “Anatomia de uma maternidade: pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes num quadro hospitalar”. Porto Alegre, 1997.

mento que pode ser posto à prova, sob os holofotes maniqueístas da “ciência”. Cabe aqui ressaltar 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? Então, o princípio é o mesmo*. 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, pois “se é parte da visão de mundo [...], então é conhecimento e não crença”[†].^{13:17}

Alguns estudos no campo da enfermagem cultural também abordam o conhecimento clínico adotado pelas enfermeiras em situações terapêuticas variadas, especialmente aqueles que adotam o “modelo patológico do cuidado”.^{14:45} Neste modelo, segundo a bibliografia, há uma tendência de julgamento certo/errado que 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.

“Lugar de crença é lá fora”

Práticas de educação em saúde, concentradas 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 Alojamento Conjunto. 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 espaço da “instituição total”.^{15:11}

[...] *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. O cheiro de arruda que tinha no umbigo daquela criança era insuportável, quase cai pra trás! Limpei aquilo ali rapidinho e coloquei de novo a criança no berço. Voltei mais tarde, e 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 de enfermagem).

Se a senhora quiser fazer isto, pode fazer, mas só depois, em casa, agora tem que permanecer na luz (Auxiliar de enfermagem, “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”, “colocar no sol” e “colocar roupas amarelas” na criança).

A puérpera cesareada, que já quisera anteriormente levantar-se do leito para a primeira higienização pós-parto, volta a perguntar para a Atendente: *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*. Atendente: *ah, sim, então já está autorizado. Pode ir, viu?*

Nestes casos, revela-se o modelo verticalizado, 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 Pan-Americana 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”.^{16:436}

Como os exemplos do campo sugerem, a ausência de interação afetiva entre trabalhadoras e famílias, bem como seus despreparos cognitivos e instrumentais, ajudam 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 deve fazer...*), noutras,

† O Antropólogo Byron Good estuda o problema de se abordar a “crença” como categoria analítica, não apenas na área médica, mas nos estudos sociológicos em geral.

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”;^{15,60} 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 ou os cuidados em casa), porém enfatizam em tempo integral a obrigatoriedade de manutenção da terapêutica e dos cuidados profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital como realidade clínica, a partir de uma unidade de AC, é percebido pela enfermagem, quase que exclusivamente, desde a perspectiva impressa nos fortes laços simbólicos da biomedicina, circundada pelas fronteiras da “instituição total”, já que, nesta acepção, no hospital, “desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração”.^{15,20}

Os resultados principais da pesquisa mostram que a cultura das famílias é interpretada como algo residual, irrelevante e como obstáculo a ser superado. Apresenta-se como um conhecimento que tem pouco ou nenhum *status*, principalmente se equiparado com o conhecimento biomédico necessário para cuidar de mulheres e recém-nascidos durante o nascimento.

Na maioria das cenas interativas que ocorrem entre trabalhadoras de nível médio e famílias, percebe-se o quanto o universo cultural é desconhecido e desvalorizado nos cenários que envolvem o pós-parto institucional. Tais resultados conduzem a constatações de que, além de não termos um referencial sistematizado, que permita a reflexão aprofundada sobre as implicações culturais na prática da enfermagem com as famílias durante a ocorrência do nascimento em nível hospitalar, também há carência de recursos instrumentais ou metodológicos que possam conjugar trocas de experiências e saberes, considerados fundamentais para a promoção da educação em saúde.

Para o desempenho de um processo de cuidar/educar que seja coerente ou congruente com a cultura,³ há necessidade de que, além de reconhecer as famílias como geradoras, transmissoras e modificadoras do sistema de símbolos e significados que compõe a teia cultural, seja enfatizado, nos processos de forma-

ção profissional e nas atividades de educação continuada, a sensibilidade cultural e a conseqüente competência cultural, já que ambas devem se retroalimentar em ininterrupta constância. Acreditamos que isto implica não somente em promover, aprender e ensinar a ter “consciência” em direção ao cuidado culturalmente sensível, mas igualmente, em habilitar os profissionais de enfermagem para intervir apropriadamente e efetivamente em direção ao cuidado de enfermagem culturalmente competente.¹⁷

REFERÊNCIAS

- 1 Mattingly C. Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- 2 Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
- 3 Leininger MM. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
- 4 Geertz C. Nova Luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
- 5 Costa ALRC. Um diálogo com a ciência e com a ética: requisitos necessários ao pesquisador da área de saúde. Texto Contexto Enferm 2003 jul-set; 12(3): 370-6.
- 6 Leininger M M. Overview of the theory of culture care with the ethn nursing research method. J Trans Nurs. 1997 Jan-Jun; 28(2): 32-51.
- 7 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução No 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: Brasília: O Conselho; 1996.
- 8 Monticelli M. Nascimento como um rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe; 1997.
- 9 Velho G. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 5a. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
- 10 Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad Saúde Públ 1994 Out-Dez; 10(4): 497-504.
- 11 Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 12 Alves PC, Souza IM, Moura, NA, Cunha LA. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. Cad. Saúde Públ 1998 Fev; 14(2/supl.2): 150-66.

- 13 Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. 3th. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
- 14 Benner PE, Wrubel J. *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison-Wesley; 1989.
- 15 Goffman I. *Manicômios, prisões e conventos*. 6a. ed. São Paulo: Perspectiva; 1999.
- 16 World Health Organization. Appropriate Technology for birth. *The Lancet* 1985 Aug; 8452(ii): 436-7.
- 17 Lipson JG. Culturally competent nursing care. In: Lipson JG, Dibble SL, Minarik PA, editors. *Cultural and nursing care: a pocket guide*. California: UCSF Nursing Press; 1996. p.1-6.