UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**PODER, VIOLÊNCIA E DOMINAÇÃO SIMBÓLICOS
EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE QUE ATENDE À MULHERES
EM SITUAÇÃO DE GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO**

WILZA ROCHA PEREIRA

WILZA ROCHA PEREIRA

PODER, VIOLÊNCIA E DOMINAÇÃO SIMBÓLICOS
EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE QUE ATENDE À MULHERES
EM SITUAÇÃO DE GESTAÇÃO PARTO E PUERPÉRIO

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

ORIENTADORA:

PROF^a. **DR^a. LUCILA SCAVONE**

RIBEIRÃO PRETO

ANO 2000

AGRADECIMENTOS

Às luzes da minha vida, *Lethycia e Rodrigo*, que enchem a casa com a sonoridade bonita dos seus sorrisos, conversas e brincadeiras e preenchem o meu coração com a alegria e o orgulho de ser sua mãe;

À *Vera*, minha enorme gratidão. Você soube ser amiga e foi, sem dúvida, quem mais me deu apoio em casa e com meus filhos para que esse trabalho se tornasse realidade.

À minha irmã espiritual *Roseney*, que com sua escuta paciente e atenta segurou a minha ansiedade, ajudou nas muitas dúvidas que surgiram no caminho e suportou a minha tagarelice. Você sempre me lembra que não só é possível conviver com as diferenças mas que também é possível crescer com elas;

Ao *Jânio*, companheiro de tantos anos que, de um jeito muito particular, me ensina a difícil arte de exercer a humildade e trabalhar os meus limites;

À minha mãe *Nogú* e ao meu irmão *Aires*, que sempre acreditaram em mim e me estimularam a seguir em frente. Admiro o bom humor e a alegria com que levam a vida;

Às minhas *amigas e colegas do Departamento de Enfermagem Materno-infantil*, meu muito obrigado por terem permitido a minha saída e assumido o meu trabalho;

Às *pacientes e à Equipe de Enfermagem da Clínica de Ginecologia e Obstetrícia* que ajudaram com suas vivências na construção dessa pesquisa;

À *Coordenação da Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* da Universidade de São Paulo na pessoa da *Prof^a Maria das Graças Carvalho* que sempre esteve disponível para ajudar e orientar nos (muitos) momentos de dificuldade.

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	1
<u>CAPÍTULO 1 : O PODER, A VIOLÊNCIA E A DOMINAÇÃO SIMBÓLICOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</u>	6
A - A - O PODER E A VIOLÊNCIA DISCUTIDOS EM OUTROS AUTORES: ALGUNS CONTRAPONTO TEÓRICOS	21
B - AS RELAÇÕES DE GÊNERO DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE ESTUDADO	27
<u>CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA</u>	40
A - A OBSTETRÍCIA E A SUA LEGITIMAÇÃO ENQUANTO ESPECIALIDADE MÉDICA	40
B - O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO E DE DISCIPLINARIZAÇÃO DA MULHER	50
C - O PARTO HOSPITALAR - A EXPROPRIAÇÃO DA MULHER DO FENÔMENO DA PARTURIÇÃO NOS RITUAIS HOSPITALARES	59
<u>CAPÍTULO 3 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NO BRASIL</u>	68
A - HISTÓRICO	68
B - A MORTE MATERNA COMO REVELADOR DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NOS SPS	72
<u>CAPÍTULO 4 - LOCAL, SUJEITOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO</u>	75
A - A CIDADE E O SISTEMA HOSPITALAR DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	75
B - OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	82
<u>CAPÍTULO 5 - A ANÁLISE DOS DADOS</u>	90
A - A PRÉ-ANÁLISE	90
B - A DEFINIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE	95
B. 1 - A PRÁTICA MÉDICA	96
B. 2 - AS VIVÊNCIAS DAS PACIENTES	112
B. 3 - A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	125
B. 4 - AS DIFERENÇAS DE GÊNERO MARCANDO AS PRÁTICAS	142
B. 5 - O ESPAÇO HOSPITALAR	145
B.5.1 - O ESPAÇO MÉDICO	152
B.5.2 - O ESPAÇO DAS PACIENTES	154
B.5.3 - O ESPAÇO DA ENFERMAGEM	152
B.5.4.4 - O ESPAÇO ORGANIZACIONAL E BUROCRÁTICO	164
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	162
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	174
<u>ANEXOS</u>	

RESUMO

Pereira, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos nos serviços públicos de saúde que atendem à mulheres em situação de gestação, parto e puerpério.** Ribeirão Preto, 2000. 175p. Tese(Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa teve por finalidade apreender os processos de construção, instalação e banalização do poder, da violência e da dominação simbólicos dentro de um serviço público hospitalar que atende mulheres em situação de gestação, parto e puerpério. Seus objetivos foram a compreensão desses mesmos processos nas vivências das mulheres pacientes e nas experiências das trabalhadoras da saúde, bem como a apreensão da sua constituição nos aspectos relacionados à organização do espaço físico e burocrático no contexto hospitalar estudado. O referencial teórico-metodológico utilizado foi inspirado na teorização de Pierre Bourdieu, sobre poder, violência e dominação simbólicos, cujas noções foram, neste trabalho, adaptadas para o estudo das relações que ocorrem entre os(as) trabalhadores(as) e as mulheres usuárias de serviços públicos de saúde. Foram incorporados à teorização de Bourdieu as referências conceituais de gênero e etologia, todas muito imbricadas no processo de análise. A análise temática foi a técnica que orientou o tratamento do material empírico. Com base na análise do material coletado através de entrevistas com as usuárias e profissionais de saúde, observação, participante, análise de prontuários e filmagem do espaço hospitalar, defini três unidades de significado. As duas primeiras unidades se concentraram na análise do poder, da violência e da dominação simbólicos nas ações e práticas de saúde da medicina e da enfermagem. A terceira foi reservada ao estudo desses elementos na forma como eles estão impressos no ambiente físico e organizacional do serviço estudado. O quadro analítico da pesquisa apontou inicialmente, para os processos de construção, banalização e naturalização do poder, da violência e da dominação simbólicos nas práticas de saúde e no espaço físico do serviço estudado. Em sincronia com esses processos, emergiram as diferenças impressas pela aprendizagem de gênero entre as práticas médica e de enfermagem, no que diz respeito ao processo de assistir e se relacionar no hospital. Junto à análise das duas primeiras unidades, evidenciou-se a aguda consciência das mulheres sobre a fragilidade da sua condição de pacientes nos serviços públicos, indicando também as resistências e a rejeição dessas à já naturalizada objetificação de suas pessoas pelas práticas de saúde dentro do serviço estudado. Os dados também revelaram, na análise etológica, as muitas adaptações, concessões e mesmo os arranjos feitos pelas mulheres clientes dos serviços públicos para ajustar-se ao ambiente hospitalar e a quase inexistente contrapartida do serviço neste mesmo sentido. Portanto, pude concluir que a dominação simbólica, por ser sempre ratificada a partir do olhar dominante, por evidências que podem ser atestadas pela precariedade tanto de seu espaço físico quanto simbólico nos serviços de saúde e por já estar inscrita nas disposições corporais dos indivíduos, bem traduz o valor e a importância da clientela feminina para o serviço estudado.

SUMMARY

Pereira, W. R. **Symbolic power, violence and domination in public health services that provide care to women during pregnancy, delivery and the postpartum period.** Ribeirão Preto, 2000. 175p. Doctoral thesis - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

The objective of the present study was learn about the processes of construction, installation and banalization of symbolic power, violence and domination inside a public hospital service that provides care to women during pregnancy, delivery, and the postpartum period. The objectives were to understand these processes as experienced by the patients and by the health workers and in terms of their constitution in aspects related to the organization of the physical and bureaucratic space within the hospital context studied. The theoretical-methodological framework used was inspired on Pierre Bourdieu's theories about symbolic power, violence and domination were adapted in the present study to the investigation of the relations between workers and the women using the public health services. The conceptual references of gender and etology were incorporated into the concepts of Bourdieu, all of them deeply intertwined with the process of analysis. Thematic analysis was the technique used to guide the treatment of empirical material. On the basis of the analysis of the material collected by interviewing the clients and the health professionals, by participant observation, by analysis of the medical records and by filming the hospital space, I defined three units of meaning. The first two units were concentrated on the analysis of symbolic power, violence and dominance in the health actions and practices of medicine and nursing and the third was devoted to the study of these elements in the form in which they are imprinted on the physical and organizational environment of the health service studied. The analytical picture of the research first pointed at the processes of construction, banalization and naturalization of the symbolic power, violence and dominance in the health practices and in the physical space of the service studied and, in synchrony with these processes, there was the emergence of differences imprinted by gender learning between medical and nursing practice with respect to the process of providing care and of relating in the hospital. The analysis of the first two categories demonstrated the acute awareness of women of the fragility of their condition as patients of public services, also indicating their resistance to and rejection of the objectification of their persons already naturalized by the health practices followed within the service studied. The data obtained by etologic analysis also revealed the many adaptations, concessions and even the arrangements made by the female clients of public health services in order to adapt to the hospital environment, and the almost nonexistent reciprocal contribution by the service in this respect. Thus, I concluded that the symbolic domination, by being always ratified from the dominant view through evidence shown by the precarious nature of both its physical and symbolic space in health services and by being inscribed in the body attitudes of the individuals, clearly the value and importance of the female clientele for the service studied, evidence provided by the importance of the female clientele for the service studied.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

MINAYO afirma que *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática”* (1993:90), dessa maneira nos lembra que sempre haverá uma vinculação entre pensamento e ação no processo de pesquisa.

Assim, pode-se afirmar que a escolha de um tema não emerge espontaneamente do nada, mas *“surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas raízes e seus objetivos”*(MINAYO:1993,90). Então, pela vivência de mais de treze anos na assistência à saúde da mulher em Cuiabá, Mato Grosso, o objeto de pesquisa por mim escolhido no doutorado foi a apreensão do processo de construção da violência contra a mulher que busca assistência na rede pública de saúde quando se encontra em situação de gestação, parto e puerpério.

Meu interesse maior recaiu em um forma específica deste fenômeno, a chamada violência simbólica, pelo entendimento que tenho de que essa *precede, estimula, banaliza e prepara* um terreno fértil para a instauração de outros tipos de violência, mais explícitos e contundentes e que também ocorrem na relação entre a clientela feminina e os Serviços Públicos de Saúde(SPS)¹.

Dessa forma busquei respaldo teórico na Sociologia de Pierre Bourdieu que auxiliou, sobretudo, no entendimento da própria produção simbólica de significados evidenciando a relação indissociável que há entre o poder, a dominação e a violência simbólicos.

Meu caminhar teórico começou com o aprofundamento na questão específica da violência simbólica conforme a teorizou Bourdieu e fui permeando a discussão com outros conceitos e noções de poder e de violência, ou seja, nos aspectos que poderiam ampliar sua compreensão e auxiliar na sua apreensão.

Por trazer em sua gênese a incorporação dos processos de banalização da dor, do sofrimento e da morte, a violência simbólica cria as condições ideais para que se inicie o processo da dominação simbólica que transfigura a violência fazendo-a parecer natural aos olhos daquelas que virão a sofrer em sua decorrência nos SPS. Esse tipo de violência ocorre, segundo Bourdieu, dentro de um campo de forças e também de lutas que visam transformar esse campo de forças. Assim, a violência simbólica pode ser definida como uma:

violência suave onde se apresentam encobertas as relações de poder que regem os agentes e a ordem da sociedade global. Neste sentido, o reconhecimento da legitimidade dos valores produzidos e administrados pela classe dominante

¹ A legenda SPS será doravante utilizada para significar Serviços Públicos de Saúde

implicam o 'desconhecimento' social do espaço onde se trava, simbolicamente, a luta de classes (BOURDIEU, 1994:25).

Embora nem sempre a violência que acontece dentro dos serviços de saúde possa ser classificada como suave, com certeza ela ocorre pelo reconhecimento da legitimidade desses serviços em produzi-la, também contribuindo para a sua emergência o desconhecimento dos espaços e das forças sociais que estão em jogo por parte daqueles que a ela são submetidos.

Portanto, ao construir o objeto de estudo me apoiei em dois eixos problematizadores que, ao meu ver, consubstanciam a violência simbólica contra a mulher enquanto cliente dos SPS no local estudado. O primeiro eixo está radicado nas relações que se produzem dentro dos serviços, entre os profissionais de saúde e a clientela dos mesmos, apresentando vários aspectos constitutivos que apreendi através da observação das ações e das práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde sobre o corpo das mulheres. Desse primeiro eixo me interessou a forma como a clientela feminina percebe, avalia e sente no próprio corpo a assistência que recebe desses profissionais.

O segundo eixo da problematização centrou-se nas muitas formas de organização espacial e burocrática desses mesmos serviços e apresentou assim, aspectos mais relacionado às diferentes maneiras de se organizar a estrutura física e a extensa burocracia reinante nos SPS. Estes dois eixos estão articulados no amplo campo da saúde. Nesse eixo introduzi algumas noções sobre a etologia, uma área de estudos que definiu o conceito de território, sendo entendida a princípio como 'o estudo dos hábitos dos animais e da sua acomodação às condições do ambiente'.

O intuito ao recorrer à esses conceitos foi o de revelar as concessões, adaptações e mesmo os arranjos feitos pelas mulheres para ajustar-se ao ambiente hospitalar e a precariedade do serviço neste sentido. A psicologia ambiental percebeu o potencial desse conceito e o vem problematizando e a sua importância também para o estudo dos seres humanos em relação dentro dos grupos.

Pelo fato de pertencer ao serviço, já sabia das muitas barreiras que este impõe à clientela que dele necessita e que são sofridas pela mesma no momento em que procura os SPS.

É interessante notar que com a problematização da noção de campo Bourdieu conseguiu superar as dicotomias que até então estavam postas entre o subjetivismo e o objetivismo, evidenciando que ambos coexistem e estão sempre vinculados. Ao criar essa noção na sociologia, Bourdieu aplicou-a, inicialmente, em seus estudos sobre o campo científico, revelando ser este o lugar de uma '*luta concorrencial*' na qual está em jogo o '*monopólio da autoridade científica*', adquirido através de posições já conquistadas em lutas anteriores entre os pares.

A noção bourdieusiana de 'campo' foi aqui adaptada para estudar um campo específico, o da saúde. Sabe-se que nesse espaço forças e sujeitos desiguais estão em contraposição permanente, fato que cria tensões e incômodos em muitos profissionais

da área em questão pois revela um jogo no qual quase sempre se pode prever os resultados, tal a profundidade das assimetrias que se instalam entre os profissionais e a clientela e que ali se renovam todos os dias.

A percepção que fui construindo desse campo relacional ao longo da minha profissional foi um dos motivadores para a busca que faço nesse trabalho, qual seja, a de compreender as muitas assimetrias e polaridades que estão em jogo entre quem trata e quem é tratado no campo da saúde. Assim, posso asseverar que a intenção maior nesse trabalho foi dar visibilidade, questionar, expor esse campo relacional específico para criar condições de discuti-lo e, quiçá, tirando o véu que o cerca, nele provocar transformações.

Dessa forma, na relação entre os aspectos mais ligados às ações e práticas dos profissionais de saúde somados àqueles chamados organizacionais e burocráticos presentes no serviço estudado percebi como se constroem dentro dos SPS os processos que culminarão em práticas que podem ser definidas como violentas contra a mulher que necessita desses serviços quando está em situação de gestação, parto e puerpério.

Portanto, foi necessária uma aproximação cuidadosa para apreender os processos de naturalização e de banalização de uma assistência de qualidade duvidosa que é dirigida todos os dias contra o corpo das mulheres gestantes, parturientes e puérperas, já que elas estão em um momento da vida no qual precisam dos serviços, sendo esse um motivo suficiente para que estes extrapolem suas funções e avancem a linha ética que separa uma assistência decente daquela de qualidade duvidosa.

Minha escolha pela clientela feminina em período de gestação, parto e puerpério justificou-se pelo fato de trabalhar na área de saúde da mulher e de entender que, por diversas razões, nesta fase específica da vida reprodutiva das mulheres, seu corpo é um alvo sobre o qual incide um grande número de intervenções médicas que nem sempre são necessárias, fato que se agrava ainda mais nos hospitais de ensino ou universitários, pelo processo de ensino que ali ocorre.

Por isso fui buscar respaldo na extensa teorização sobre a medicalização do corpo feminino de Michel Foucault, que muito contribuiu para o clareamento das relações entre o poder médico, os saberes disciplinares e a violência através dos micropoderes tal como eles se dão nos SPS. Pela sua extensa produção acerca medicalização dos corpos esse autor em muito contribuiu para o delineamento sócio-histórico do objeto de pesquisa, particularmente em como se deu a construção da maternidade e do corpo feminino como objeto do olhar e da prática médica.

Também Chauí, Arendt e Habermas foram autores que utilizei na discussão sobre poder e violência, sendo que Chauí trabalhou especificamente a questão da violência contra a mulher. Esses autores foram aqui utilizados para ampliar a revisão bibliográfica sobre o assunto e para fazer um contraponto entre relações de poder, relações de força, violência e dominação simbólica.

Foi através desta apreensão teórica, social e histórica que reconstruí os elementos relacionados às representações, práticas, atitudes, sentimentos, percepções e valores sobre a relação das usuárias com os profissionais e com os serviços públicos de saúde quando estão em situação de gestação, parto e puerpério e que são reveladores de uso de poder e, por consequência, estão impregnados de também de violência simbólica.

Frente ao exposto nos parágrafos anteriores, os **principais objetivos** desse trabalho de pesquisa foram:

1. Apreender e analisar os processos de produção, de aceitação e de naturalização que denotam a presença de poder, violência e dominação simbólicos nas ações e práticas dos profissionais de saúde dentro de uma instituição pública hospitalar de uma cidade do Mato Grosso.
2. Apreender e analisar os processos de produção e de naturalização que denotam a presença de poder e de violência simbólicos nos aspectos organizacionais, burocráticos e no ambiente físico contra a mulher em situação de gestação, parto e puerpério dentro de uma instituição pública hospitalar de uma cidade do Mato Grosso.

Para facilitar a leitura deste texto, ele foi assim estruturado: esta introdução na qual esclareci, de maneira sucinta, a justificativa pela escolha da temática, os principais objetivos da mesma e os autores que embasaram a discussão teórica, bem como a justificativa sobre a escolha da população alvo da pesquisa.

No primeiro capítulo recorri ao um diálogo entre a questão teórica e a prática cotidiana dentro dos serviços que assistem à mulher para, a partir dessa contraposição, construir o objeto de pesquisa e principais pressupostos do trabalho de pesquisa.

No segundo capítulo fiz uma revisão histórico-social da conformação das práticas de saúde sobre o corpo das mulheres em geral e das gestantes, parturientes e puérperas, em particular, por acreditar que essa conformação não só explica como é parte da gênese da violência e do poder simbólico dentro dos serviços.

Abri o terceiro capítulo para explicar as políticas de saúde e a relação dessas com a própria conformação médico-social do corpo feminino. No quarto capítulo explicitarei os dados locais de saúde que interessavam para o entendimento do tema em estudo, defini a metodologia e as opções das técnicas de coleta de dados, bem como coloquei as linhas gerais que dirigiram a organização e a análise dos dados.

O quinto e último capítulo foi reservado para a análise dos dados a partir das categorias poder e violência simbólicos já definidas no corpo do trabalho. A primeira e a segunda categorias de análise foram reservadas à apreensão do fenômeno da construção do poder e da violência simbólicas nas práticas médica e de enfermagem respectivamente, sendo que a terceira estruturou-se em torno da violência que está incrustada no espaço físico e na organização burocrática do espaço hospitalar.

CAPÍTULO 1 - O PODER, A VIOLÊNCIA E A DOMINAÇÃO SIMBÓLICOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A dimensão simbólica é inerente ao ser humano e à idéia mesma de humanidade, uma vez que é nela que se constroem os sentidos que vão produzir os símbolos². É dessa forma que o ser humano se distingue *no* e *do* mundo animal: ele simboliza, interpreta e representa a própria vivência de maneiras diferenciadas, dependendo do meio ao qual pertença e dos grupos com os quais se relacione. Assim, as muitas particularidades de ser humano se definem, se encontram e se incluem no amplo conceito de cultura, e é nesse conceito que estão inclusos os símbolos, os valores, os mitos, os rituais, as cerimônias que definem e diferenciam os grupos.

Ao introduzir a importância do simbólico na estruturação do humano, penso em duas coisas que me interessam na construção do meu objeto de pesquisa: por um lado o corpo, enquanto lugar essencial de produção de significados e, por outro, os serviços de saúde, enquanto lugar privilegiado e legitimado para intervir no corpo. Penso ainda no indivíduo que busca nos serviços e nos profissionais de saúde a legitimação e a definição da sua situação e, a partir daí, conforma atitudes e comportamentos em relação à própria saúde, podendo ou não se tornar doente para os outros (MINAYO,1993).

Devemos lembrar que outrora estar gestante, ser parturiente, ou estar em puerpério, eram eventos que não definiam uma doença ou um problema, mas, na atualidade, isso vem sofrendo mudanças, e esses acontecimentos da vida feminina passaram a se configurar em situações que devem ser vigiadas a partir do olhar médico e dentro de uma instituição de saúde.

Para o objeto aqui escolhido, se pensarmos a partir da dimensão simbólica, é importante lembrar que configura situações bem distintas o fato de ser cliente de um bom convênio prestador de serviços de saúde e ser paciente dos serviços públicos de saúde no nosso País, pois se sabe, de antemão, que o atendimento é definido a partir do perfil econômico e de classe da cliente. É na instituição de saúde que vai se conformar o campo onde se dão as relações entre os profissionais da área e a clientela, por isso escolhi uma instituição hospitalar como local de coleta de dados.

MINAYO(1993) lembra que nas sociedades capitalistas as relações sociais se fazem a partir da diferenciação de classes, da desigualdade na distribuição e

² Em 1926 o antropólogo Marcel Mauss publicou um artigo no *Journal de Psychologie Normale et Pathologique* intitulado *'Efeito Físico no indivíduo da idéia de morte sugerida pela coletividade'* e nele faz uma interessante consideração sobre as mortes auto-induzidas nas sociedades australianas e neozelandesas mais primitivas. A idéia da morte nesses povos era construída, era arquitetada coletivamente, de tal forma que, mesmo sem nenhuma doença aparente, os indivíduos dessas tribos morriam *'implesmente pelo fato de que eles souberam ou acreditaram que iam morrer'*. Isso ocorria porque eles se acreditavam possuídos por feitiços, encantamentos ou ainda pensavam ter cometido pecados que os levariam fatalmente a morte, o que acabava inevitavelmente acontecendo.

atribuição de riquezas. A concepção mesma de saúde-doença está marcada por essas contradições que, por sua vez, marcam as representações da classe dominante e informam as concepções maiores da sociedade como um todo. Na sociedade ocidental, essas idéias são veiculadas de forma contínua através da corporação médica, dos grandes laboratórios e da mídia especializada e refletem-se também nas representações das demais classes que acabam se subordinando àquela visão dominante, reinterpretando-a de uma forma específica que está relacionada com as suas condições de existência e interesses particulares.

Essas subordinações e reinterpretações da visão dominante estão relacionadas ao que defini como o primeiro eixo da minha problematização teórica, indo aqui ao encontro dos aspectos que estão mais ligados às ações e às práticas de saúde desenvolvidas de um lado pelos profissionais que atendem nos serviços e do outro, à cultura dos usuários dos SPS. A partir da situação de classe de uns e de outros e do contexto cultural que os separa, define-se o *habitus*, sendo esse um conceito bastante trabalhado na sociologia por Bourdieu, que o entende como:

um sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes. (BOURDIEU, 1992:191)

O conceito bourdieusiano de *habitus* pode remeter à idéia de hábito, mas eles se diferenciam fundamentalmente. Se o primeiro é um conceito sociológico, a palavra "hábito", segundo o Dicionário Eletrônico Aurélio(1999), é um substantivo masculino de origem latina que significa "repetição freqüente de um ato, uso ou costume" tendo, portanto, uma delimitação bem mais modesta, quando confrontada com o conceito sociologicamente construído.

Ao afirmar que o *habitus* é um sistema de disposições duráveis, BOURDIEU lembra que é um pós-estruturalista, pois são as estruturas sociais já estruturadas que 'induzem' a reprodução delas mesmas. Por isso, diz ele, funcionam como estruturas estruturantes, isto é, *como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente 'reguladas' e 'regulares' sem ser o produto de obediência a regras*, ou seja, não pressupõe uma intenção consciente dos fins, pois não são um produto de ação organizada, intencional ou consciente do grupo que as constituiu (BOURDIEU, 1994).

Pelo fato de Pierre Bourdieu ter trabalhado com conceitos gerais e não tê-los desenvolvido para a área da saúde, fez várias adaptações de sua teoria sobre as trocas simbólicas para poder aplicá-las ao objeto de estudo eleito. A base da teoria da violência simbólica foi escrita por Pierre Bourdieu em conjunto com Jean-Claude Passeron (1975), que a criaram e a desenvolveram a partir de vários estudos que fizeram na área da educação, mostrando que o sistema escolar tem a finalidade de

reproduzir o arbitrário cultural já construído e que favorece aqueles que lhe dão forma e sentido. Bourdieu continua até hoje trabalhando essa temática e nela já incorporou, inclusive, a questão da dominação masculina.

Em seu livro 'A dominação masculina' BOURDIEU(1998) faz uma crítica acerca da forma equivocada com que interpretam a sua teorização sobre o simbólico, pois diz que

utilizando simbólico em um dos seus sentidos mais comuns, supõe-se, às vezes, que reiterar o simbólico é minimizar o papel da violência física e esquecer que existem mulheres que apanham, que são violentadas, exploradas, ou pior ainda, querer desculpar os homens desta forma de violência.
(Bourdieu, 1998:40)³

Continua ele dizendo que é tudo o que nunca pensou fazer, ou seja, esquecer a violência física ao falar de violência simbólica. Um outro mal-entendido a que ele se reporta neste livro é sobre a interpretação errônea que vem sendo feitas das estruturas de dominação como se estas fossem a-históricas o que reafirmaria a dominação masculina como eterna. Ele reforça e reconhece a historicidade da mesma, o que se dá mediante a ação e reprodução de um sem número de agentes singulares e instituições específicas, que usam para esse fim da violência simbólica e também física.

Então, no caso desse estudo, tanto os profissionais como os serviços de saúde, reproduzem esse arbitrário cultural que transporta vários sentidos e significados sobre mulher, saúde, público, privado, nascer, adoecer, que, de certa forma, reproduz e conforma as maneiras com que esses 'vêm e consideram' a mulher usuária de SPS.

BOURDIEU(1994) diz que o *habitus* assegura a interiorização da exterioridade e conforma a ação do agente à sua posição social e a partir dele as práticas são reproduzidas à medida que seus agentes as interiorizam como estruturas estruturadas às quais mostram-se coerentes aos que produzem a assistência diária nesses locais. Por consequência, também o próprio serviço de saúde sofre seus desdobramentos, pois ambos, comportamentos e organização, se materializam através das leis, normas, regras, hábitos, costumes, rotinas que são fixados e reproduzidos pelos pares dentro das organizações de saúde, de acordo com as suas conveniências.

Ao deter o poder de construir, de fazer o serviço funcionar de acordo com seus interesses, os profissionais de saúde em geral e os médicos em particular revelam a sua posição no interior do campo da saúde. Como pólo dominante que são, por serem detentores dos saberes legítimos sobre a doença, a cura e o cuidado, auxiliam nos processos de manutenção da saúde e da vida, mas também cristalizam hierarquias que excluem aqueles que estão sujeitos à sua ação e que não têm acesso a outros serviços que não sejam os públicos.

Nesse trabalho, meu interesse particular incidiu sobre as ações e práticas de saúde que acontecem nos corpos das mulheres em situação de gestação, parto e

³ Tradução livre de Lucila Scavone.

puerpério. Parto do pressuposto que elas são sujeitos que não têm como barganhar outro tipo de assistência que não aquela oferecida nos SPS. Esses serviços, para manter sua hegemonia, criam uma série de mecanismos internos de controle, sendo exemplo as muitas dificuldades impostas à usuária no acesso ao serviço, um sem-número de normas e regras que são implantadas à revelia, bem como as condutas e técnicas que incidem no corpo. Pode se afirmar, portanto, que os serviços de saúde são uma zona quase refratária às usuárias, pois as excluem enquanto sujeitos e reforçam o tempo todo o *status* de classe, conforme Bourdieu(1992) de profissionais que ali atuam.

O *habitus* emerge com energia nesse espaço específico, uma vez que pressupõe e reporta a um sistema de classificação que é construído simbolicamente dentro dos diferentes grupos sociais, sendo uma prerrogativa especificamente arquitetada no interior de cada classe social definindo-a e diferenciando-a em relação às demais classes. A noção de *status* de classe está imbricada à de *habitus*, ambas sendo produto das relações sociais que as engendram pois o *habitus* tende a conformar e a orientar a ação dos sujeitos, e se o *status* de classe define o sujeito em relação ao grupo a que pertence, ele também o distingue dos demais grupos sociais.

BOURDIEU(1992) diz que uma classe não pode jamais ser definida apenas por sua situação e por sua posição na estrutura social, mas reafirma que há inúmeras propriedades de uma classe social que provêm do fato que seus membros se envolvem deliberada ou objetivamente em relações simbólicas com os indivíduos das outras classes e, com isso, exprimem diferenças de situação e de posição segundo uma lógica sistemática, tendendo a transmutá-las em distinções significantes. Portanto, sua definição de classe social incorpora os aspectos simbólicos das relações sociais, que operam distinguindo e distanciando os diferentes grupos sociais.

Uma das evidências dos mecanismos de distinção entre as classes sociais pode ser visto nas estatísticas oficiais (BRASIL,1997) quando estas revelam os índices de procedimentos médicos desnecessários que são realizados no Brasil, mormente as cesarianas e as esterilizações por laqueadura tubárica. São intervenções que incidem sobre o corpo das mulheres e que têm muito mais relação com o (quase ilimitado) poder médico em indicar e realizar procedimentos, ainda que desnecessários, do que com a real necessidade das mulheres clientes dos serviços de saúde. Em última instância, servem para a manutenção do *status* de classe dos profissionais que as executam.

Devido à falta de critério ético (porque o critério técnico é preciso) que indique estes procedimentos, os médicos os realizam pelo simples fato de que "todos os colegas fazem por que eu faria diferente?" Um novo *habitus* se instalou na classe, justificado pela necessidade de ser igual aos demais, de não fugir das normas e práticas que regem o grupo. Estas são as forças que impulsionam as ações desta categoria profissional que trabalha com as mais simbólicas de todas as representações sociais, quais sejam o nascer, o adoecer e o morrer. Dessa maneira:

As representações dominantes em toda a sociedade são mediadas de forma muito peculiar pela corporação médica. Intelectual orgânico da classe dominante na construção da hegemonia que se expressa em torno do setor saúde, o médico é ao mesmo tempo o principal agente da prática e agente do conhecimento. (MINAYO, 1993:180)

Ao deterem o poder de ser os principais agentes da prática e do conhecimento no setor da saúde e estarem quase imunes a questionamentos feitos por outros que não os seus pares, os médicos realizam uma gama de procedimentos que atendem primeiramente aos seus interesses.

Como exemplo, convém lembrar que, dos 2.751.606 procedimentos obstétricos realizados nos hospitais da rede pública conveniada em todo o Brasil no ano de 1995, 1.850.327 foram partos normais e 901.279 partos operatórios por cesariana (BRASIL,1997). Percebe-se que, no conjunto, as cesarianas foram responsáveis por 32,75% dos procedimentos, sendo de 10% o índice aceitável, de acordo com a OMS. Este índice se agrava se considerarmos que 75% dessas cesarianas se justificaram, conforme o jargão médico, pela necessidade de esterilização cirúrgica *a pedido* da mulher.

Vale lembrar que a esterilização por laqueadura tubárica, se a paciente a deseja e se há indicação precisa, pode ser realizada após o parto normal através de técnicas cirúrgicas que a classificam como pequena cirurgia e que reduzem em muito os riscos para a mulher, bem como os custos hospitalares do procedimento.

São alguns dados que mostram uma das muitas facetas da configuração da violência simbólica contra a mulher dentro dos SPS e que são consubstanciados pelo *habitus* de uma classe profissional que define as regras no "mercado" ainda muito pouco democrático da saúde, fatos estes aparentemente justificados pela necessidade de domínio em todas as áreas que dizem respeito ao corpo, como o adoecer, o nascer e o morrer.

Pela extensão do fenômeno da dominação simbólica no campo da saúde, e também pelas suas fugidias configurações, fiz a opção teórica por Bourdieu, pois este autor faz uma explanação meticulosa sobre a construção dos aspectos simbólicos da violência e também incorpora na sua discussão as faces pouco visíveis da dominação masculina na estratificação das relações de gênero, mostrando que, no entendimento da estruturação do campo simbólico pode estar a chave para a sua desconstrução.

Se nascer outrora era um acontecimento envolto em simbologias que evocavam uma forte mística feminina pois ocorria na família e entre mulheres, hoje é um evento totalmente medicalizado e também profundamente influenciado pela tecnologia médica pois houve uma lenta passagem desses conhecimentos empíricos do mundo das mulheres para o da medicina que fez com que esses profissionais avançassem, já no final do século passado, para os eventos que cercam também os fenômenos do gestar, de nascer e parir.

SCAVONE (1993) explica a aceitação de mais esta especialidade pelas mulheres e pela população em geral como uma garantia médica para os pais da *qualidade da sua prole e da procriação*. Ao dar respostas aos problemas obstétricos e neonatais que elevavam enormemente os índices de mortalidade materna durante a gestação, o parto e o puerpério, a medicina criou discursos de verdade, pois como diz FOUCAULT:

As relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência. (FOUCAULT, 1992:179)

Introduzindo a tecnologia médica no processo de nascer, traduzida por procedimentos anestésicos que permitem o parto sem dor, o fórceps que melhora as possibilidades de êxito nos partos complicados, a operação cesariana que retira da mulher a responsabilidade pelo desfecho do parto, transferiu-se para o médico o ato e a responsabilidade pela parturição. Criou-se, assim, uma heteronomia, desfigurou-se este ato até então puramente feminino, pois não era mais a mulher quem dava à luz, passou a ser o médico o dono e senhor do parto, numa inversão de papéis que "legitima o poder e a relação da medicina na e com a família", nas palavras de SCAVONE (1993).

BOURDIEU (1996) lembra que, para compreender o alcance da dimensão simbólica entranhada em certas relações sociais, faz-se necessário compreender antes o funcionamento específico do microcosmo burocrático daquele local onde essas relações ocorrem. Assim, ao reportar ao objetivo desse estudo, qual seja, a apreensão do processo de construção da violência simbólica engendrada dentro dos SPS contra a mulher, percebo a emergência de um duplo movimento, que assim se configura: por um lado, acontecem as ações e as práticas específicas dos profissionais de saúde e, por outro, essas mesmas ações e práticas emergem da própria estrutura organizacional e burocrática dos SPS, uma alimentando a outra, e ambas eivadas de violência simbólica.

Há ainda um outro aspecto que bem demonstra essa retrolimentação, qual seja a expansão sempre crescente dos serviços de saúde e o *habitus* dos profissionais da área. Esses fenômenos se traduzem na ausência de democratização do saber sobre o corpo, essa última bem visível nos depoimentos colhidos das pacientes sujeitos desse estudo. Também são demonstradas por frases ou chavões que se ouvem a todo momento no meio hospitalar, como por exemplo "não adianta explicar nada para essa gente, eles não têm capacidade de entender" ou ainda, "são questões técnicas, que dizem respeito apenas aos profissionais da área" ambos reveladores da desconsideração para com a capacidade do outro em aprender.

São evidências que se manifestam de forma corriqueira no comportamento dos profissionais de saúde, devido ao *habitus* e à posição de classe que têm por objetivo centralizar o saber e eliminar qualquer autonomia sobre o próprio corpo da clientela

dos SPS. MINAYO (1993) diz que, nos códigos de linguagem muito fechados e específicos, está a mais visível barreira entre os médicos e a população, o que retrata e refrata a realidade e bem define quem é quem no campo da saúde.

Uma evidência dessa centralização de saberes está na área das Novas Tecnologias Reprodutivas e também na da contracepção, ambas cada dia mais sofisticadas e mais emuladas pela grande imprensa, que divulga com estardalhaço as novas descobertas feitas pela comunidade médica. Os diversos meios de comunicação em muito ajudam os produtores de tecnologias, mormente os médicos, e ambos, medicina e comunicação, têm seus profissionais produtores e legitimadores de discursos sobre a saúde.

Scavone diz que *quanto mais medicalizado o método contraceptivo, menor será o controle da mulher sobre ele e maior será o controle médico* (SCAVONE, 1993:49). Este domínio sobre a tecnologia faz com que as mulheres, de certa forma, se entreguem ao saber que as liberta do risco de terem mais filhos do que desejam mas, por outro lado, também as oprime, pois não lhes deixa espaço para decidir sobre o que seria mais conveniente em relação ao próprio corpo.

Ao deter o saber sobre a doença, a medicina lentamente voltou sua atenção para outros aspectos do corpo feminino, marcados pela temporalidade diferenciada de uma forma muito peculiar: são as dores indefinidas, os sangramentos periódicos, os suores extemporâneos, os comportamentos anômalos, os hormônios que tanto variam. Enfim, tantos e tão variados problemas de saúde, que o corpo da mulher se revelou um lugar propício às intervenções médicas, definindo-se esse lugar a partir do olhar médico, num longo processo que está relatado no capítulo sobre a construção sócio-histórica deste objeto de estudo.

Ao tomar para si a responsabilidade sobre o adequado funcionamento do corpo feminino, a medicina induziu a uma debilitação progressiva do saber e da competência das mulheres para cuidar da saúde, tanto delas próprias como da família, pois fez parte do processo de consolidação do saber médico a desqualificação de outros saberes que já existiam sobre a saúde e a doença.

Outros processos se juntaram para reforçar a progressiva debilitação dos saberes femininos sobre a saúde e corroborar a sua incompetência nesses aspectos. Alguns estavam situados no terreno do direito individual e, por isso mesmo, afetaram e ainda afetam o acesso feminino à cidadania plena. Ao subtrair o direito de escolha entre esse ou aquele procedimento médico, a despeito de sua desinformação sobre saúde, anula-se a mulher enquanto sujeito que poderia aprender, informar-se e, assim, reivindicar o que lhe seria mais conveniente, simplesmente porque não é ela, e sim o médico quem decide.

Diz D'OLIVEIRA (1996) sobre a questão da democratização dessas relações que o poder está baseado nas chances que cada pessoa tem de participar dos consensos públicos da coletividade à qual pertence, mas que a desigualdade social brasileira é construtora, por si, de violência, uma vez que exclui a maioria da população do acesso

aos bens materiais e simbólicos, por consequência, exclui também a possibilidade de igualdade que é fundante da cidadania.

Um bom exemplo dessa desigualdade e que é praticada em nome de um suposto direito individual é a escolha de métodos contraceptivos pela mulher usuária de SPS. Ela pode optar entre a esterilização definitiva por laqueadura tubárica ou contraceptivo oral, não estando incorporado na discussão a preocupação em esclarecer sobre outros métodos, bem como sobre as contra-indicações e efeitos adversos de cada método.

Em estudo comparativo sobre as diferenças no uso de contraceptivos entre Brasil e França, SCAVONE et al. (1994) concluíram que o nível sócioeconômico e cultural impõe diferenças dentro do mesmo país e entre os países, usando as mulheres francesas, por escolha pessoal e esclarecida, mais os métodos contraceptivos reversíveis e de barreira, enquanto às imigrantes francesas e às brasileiras são reservados os métodos mais drásticos e irreversíveis.

As necessidades médicas de ampliar seus espaços de controle justificam muito mais as sucessivas descobertas na área da saúde do as necessidades da população. Assim, investe-se maciçamente em novas tecnologias e vende-se a falsa imagem que elas estariam disponíveis para todos, dessa maneira, justifica-se o investimento de pesadas somas nas pesquisas. Ao pretender controlar "todos" os riscos possíveis para a vida, a prática médica se supervaloriza e se legitima perante todos os segmentos da população, mesmo que muitas das suas avançadas tecnologias só estejam disponíveis para alguns poucos que podem pagar por elas.

Ao criar saberes que legitimam continuamente as suas ações, os profissionais de saúde, parece-me, visam principalmente manter sua "posição de classe" perante a clientela em geral e a feminina em particular, uma vez que a mulher é a grande cliente dos SPS, respondendo por mais de 60% do total de atendimentos feitos nesses serviços. Esse percentual tanto evidencia a heteronomia sobre o corpo feminino que se instalou com o advento da medicina moderna, como também demonstra que a mulher se interessa por sua saúde e responde ao apelo médico de que ela deve cuidar de si.

Há uma tendência explícita entre os profissionais de saúde de culpabilizar as mulheres por fatos relacionados à saúde, tais como o abandono do pré-natal, faltas à consultas ou procurar os serviços somente quando identificam problemas mais sérios. São problemas mais identificados a manifestações de 'descaso' das mulheres com a própria saúde que a rotinas de serviço pouco flexíveis, profissionais faltosos e desinteressados. A baixa qualidade dos serviços, bem como a falta de resolutividade dos serviços, a incompetência ou má vontade dos profissionais, raramente é colocada em pauta.

Esses problemas revelam um aspecto mais estrutural na configuração da violência simbólica presente nos SPS, que guardam relações com as formas históricas de organização da máquina pública de atenção à saúde, fazendo-os pouco permeáveis às necessidades da clientela que deles necessita. CAMPOS (1997) diz que as

instituições públicas de saúde vêm subordinando os interesses que deveriam estar voltados à clientela, a outros interesses. Cita como exemplo, a excessiva burocratização, as eternas disputas pelo poder, a ganância financeira dos profissionais ou das empresas privadas, afirmando que isso leva a uma diminuição da capacidade dos serviços em produzir qualidade de vida, que deveria ser a sua missão primeira.

Há várias facetas que revelam essa subordinação de interesses, mas, para focalizar mais o objeto desse estudo, pode se dizer que, concretamente, a operação cesariana traz consigo um aspecto marcante: por ser considerada uma intervenção cirúrgica de grande porte, ela é realizada muito mais em função da renda da paciente do que de uma indicação clínica precisa. Isso ocorre porque o corpo das mulheres se transformou em um objeto rico para as intervenções médicas, sendo a cesariana apenas mais uma delas.

Segundo o Centro Latino Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano, a operação cesariana é uma das cirurgias mais executadas no Brasil, mesmo que isso represente um risco até 12 vezes maior de morte para a mulher, além da morbidade aumentar em até 20 vezes nesse extrato da população devido especificamente à essa intervenção cirúrgica. Por isso, afirma COSTA em um estudo de coorte, feito em Pelotas(RS) que as gestantes portadoras de fatores de risco, (...)apresentaram menor probabilidade de serem submetidas a uma operação cesariana do que mulheres de baixo risco. A explicação para essa tendência não parece ser motivada por indicações técnicas, mas por razões financeiras. (COSTA et al, 1996:64)

CAMPOS (1997) reafirma essa visão ao diz haver várias modalidades de degradação da medicina de mercado e um excesso de burocratização das organizações estatais de saúde. Diz ele que processos estes limitariam a capacidade de resolver problemas nos serviços e que ainda estimulam a alienação e o descompromisso com a cura e a promoção de saúde por parte dos profissionais da área, fato que está bem demonstrado pela falta de critérios quando o assunto é o corpo doente. Pior será se esse corpo for de raça negra, do sexo feminino e pertencente às classes sociais menos favorecidas.

Porém, o descaso dos médicos e dos serviços para com a morbidade crescente e mortalidade elevada entre as mulheres em situação de gravidez, parto e puerpério tem estimulado movimentos chamados por BOURDIEU (1994) de 'heterodoxos', porque produzidos fora do campo de consensos dóxicos e neles outros interesses se manifestam, ainda que seja mais para manter do que para alterar a ordem que está posta nos campos em conflito. Há um reforço da ordem posta, na medida em que os sujeitos procuram os serviços por acreditarem na sua legitimidade e na necessidade que têm deles, quando as queixas maiores dos usuários dos serviços se referem às formas de tratamento e à desconsideração que percebem na relação com os profissionais que os atendem.

Por isso, pode se dizer que não há, por parte dos usuários dos SPS, movimentos organizados com um fim explícito de questionar a qualidade dos serviços e dos profissionais que os atendem, uma vez que há grande diferença entre os espaços reais e simbólicos desses e dos usuários, além de existir uma imensa hierarquia de saberes e uma assimetria nas relações que faz com que:

esse tipo de estratégia se desenvolva sem que se contestem fundamentalmente os princípios que regem a estruturação do campo; na medida que (...) a contestação é puramente simbólica, uma vez que se situa no nível do ritual, não colocando em causa os princípios de poder que estruturam o campo. (BOURDIEU, 1994:23)

O campo dóxico da ciência médica é legítimo e autônomo por ter seu saber bastante codificado, o que reforça e revela a distância que a separa daquela que é a sua clientela. Essa sedimentação de saberes separa e empresta distinção, gera respeito e cria necessidades e, assim, os dominantes e dominados são necessariamente coniventes, adversários cúmplices que, através do antagonismo, delimitam o campo da discussão e definem quem é quem nesse espaço.

Por isso, se alguns procedimentos são abusivamente realizados no corpo feminino, eles o são também com a conivência das mulheres, que solicitam tais procedimentos aos médicos, como é o caso da cesariana ou da laqueadura tubárica, que substituíram outros procedimentos menos invasivos e se transformaram em necessidades medicamente criadas.

Isso pode ocorrer devido a uma regulamentação ética corporativista e falha em relação ao uso de tecnologias médicas no nosso País e que dá ao médico poderes quase ilimitados para decidir procedimentos. Um fato que infere o alcance do corporativismo a-ético são os inúmeros processos envolvendo médicos e que são julgados de maneira branda ou mesmo não julgados dentro dos conselhos de medicina, revelando um comportamento já de tal forma entranhado nessa classe profissional brasileira que esta já se acostumou aos abusos no atuar cotidiano dos seus pares, demonstrando que o *habitus* realmente conforma e orienta a ação de determinados grupos sociais. Assim:

*cada agente, quer saiba ou não, quer queira ou não, é produtor e reproduz de sentido objetivo porque suas ações e suas obras são produto de um *modus operandi* do qual ele não é o produtor e do qual ele não possui o domínio consciente; as ações encerram, pois, uma 'intenção objetiva', como diria a escolástica, que ultrapassa sempre as intenções conscientes. (BOURDIEU, 1972:175)*

O profissional de saúde, sendo produtor e reproduz de sentidos e símbolos em relação à saúde e à área a que pertence, provoca sofrimento porque reproduz a própria prática em ações que o dirigem para ser igual aos demais da mesma área, não

se transformando em uma ameaça endógena, pois não questionará as condutas inadequadas, mas sim vai repeti-las onde pareça *normal* fazê-lo.

Ao prestar uma assistência sofrível ou mesmo indiferente e subutilizar as (já) escassas verbas, os profissionais e serviços revelam uma faceta discriminatória, excludente e perversa, que mais se acentua quanto mais pobre, negra e desvalida for sua clientela, fatos que evidenciam as hierarquias de classe, gênero e raça recorrentes nesses serviços. Sofrem com isso as mulheres de menor renda, pois, conforme disse COSTA (1996) a disponibilidade de bons serviços médicos tende a ser inversamente proporcional às necessidades da população atendida.

No caso da assistência prestada às mulheres gestantes, parturientes e puérperas, a banalização da violência se apresenta de diversas formas, vai desde a exposição desnecessária do corpo das pacientes (em nome da necessidade de aprendizado de alunos ou de exames muitas vezes dispensáveis), passam pela despersonalização da mulher internada, chegando até a agressões físicas explícitas e as muitas intervenções desnecessárias que são feitas sem o conhecimento e mesmo à revelia da paciente.

Dentro das rotinas de serviço, é comum o médico solicitar primeiro ao marido a autorização para uma esterilização cirúrgica da esposa (do tipo laqueadura tubárica), do que saber se a mulher a deseja. Mesmo que ela solicite o procedimento este só pode ser realizado com a autorização expressa do marido. Fatos que revelam uma hierarquia de gênero que exclui a mulher da decisão sobre o procedimento que será realizado no seu próprio corpo, e dá ao marido esse poder.

Também é corriqueiro nos serviços de saúde submeter as mulheres pobres à humilhação e ao escárnio durante o parto, sendo muito comum elas ouvirem piadas grosseiras ⁴ dos profissionais que as atendem, mas isso não ocorre a paciente for pagante.

Percebe-se dessa forma no cotidiano assistencial uma transversalidade que é de classe social, aqui no sentido marxiano do termo, e também de gênero, na qual se juntam os fatos de ser pobre, de ser mulher e estar grávida, estando mais exposta ainda aos vieses de comportamento por parte dos profissionais de saúde se for *mãe solteira* e adolescente ou mãe pobre de muitos filhos. Nesse caso passará a ser também irresponsável e inconseqüente. Não se questiona o fato de que não se engravida sozinha ela passa a ser ‘culpada’ e responsável pela gravidez e também pelo filho que nascerá.

Os profissionais de saúde, sejam eles médicos ou enfermeiras, raramente contestam os princípios que regem a estruturação do campo social, do espaço simbólico das adolescentes grávidas, ou das mulheres pobres que vêm parir o quinto ou sexto filho. Ao criticá-las e responsabiliza-las solitariamente pela gravidez, negam todo o problema estrutural que cerca a vida dessas pessoas e tendem, ao mesmo

tempo, a ser condescendentes consigo mesmos pois acham normal a precariedade dos serviços que oferecem a essas mulheres. São exemplos dessa natureza a recepção diferenciada que têm as mulheres que internam nos SPS em decorrência de abortamento mal conduzido ou com o vírus HIV adquirido por via sexual ou por uso de drogas injetáveis.

O *habitus* profissional e também a posição na classe à qual pertence o indivíduo são definidos dentro do seu campo simbólico, e esse, por sua vez, no caso das práticas de saúde, reforça a naturalização do sofrimento e a banalização da dor. As práticas de saúde, sejam elas médicas ou de enfermagem, ocorrem dentro de um campo relacional, no qual se estabelece uma troca simbólica entre as partes. Para que essa se instaure, se efetive, se materialize, é preciso que *ambas as partes tenham categorias de percepção e de avaliação idênticas* (BOURDIEU, 1996a:174) a respeito do mesmo bem, no caso, a saúde. É uma troca que tem como referência a eficácia simbólica e nesta:

(...) o Estado contribui de maneira determinante na produção e reprodução dos instrumentos de construção da realidade social. Enquanto estrutura organizacional e instância reguladora das práticas, ela exerce permanentemente uma ação formadora de disposições duradouras, através de todos os constrangimentos e disciplinas corporais e mentais que impõe, de maneira uniforme, ao conjunto de agentes. Ou seja, ele impõe e inculca todos os princípios de classificação fundamentais, de acordo com o sexo, a idade, a competência, etc., e é o fundamento da eficácia simbólica de todos os ritos institucionais. (BOURDIEU, 1996a:116)

Bourdieu estende sua argumentação para o caso da dominação masculina e, no seu entender, essa é um caso particular, mas de certa forma extremado de dominação simbólica. Para que ela funcione na saúde é preciso que muitos tenham incorporado as estruturas dominantes que circulam no meio social, arbitrariamente construídas e dadas como legítimas e as únicas verdadeiras, pois a submissão não pode ser um ato consciente mas pré-consciente e pré-reflexivo, pois:

Para compreender a dominação masculina é preciso situar-se dentro de uma outra filosofia da ação, uma filosofia disposicional (...) quer dizer das maneiras de ser permanentes que podem estar na origem das ações dotadas de todos os sinais de finalidade sem que os fins atingidos tenham sido colocados enquanto tal por uma intenção da consciência. (BOURDIEU, 1996:37)

Esse tipo de domínio, de certa forma, também ocorre na troca entre profissionais e clientela, uma vez que a estrutura organizacional e a estrutura legitimada do conhecimento em saúde são marcadas por valores, sobretudo masculinos. Nestas relações, estabelecem-se trocas simbólicas nas quais há

⁴ Como: quando fez o filho gostou, agora está reclamando de quê? No caso de partos de mães adolescentes: se tivesse juízo teria evitado filho, não sabe que já inventaram a pílula? ou de mães que já têm muitos filhos como vai sustentar mais esse, porque não evitou?

necessidade da *cumplicidade objetiva* dos dominados, o que, na minha opinião, ocorre também na relação entre a mulher/cliente e os profissionais de saúde.

Essa cumplicidade é objetiva, na medida em que traz consigo a concordância, que não é outra coisa senão a dominação introjetada, a reprodução dos mesmos valores que o dominante usa para produzir as estruturas de dominação, pois *para que tal forma de dominação se instaure, é preciso que o dominado aplique aos atos do dominante (e a todo o seu ser) estruturas de percepção que sejam as mesmas que as que o dominante utiliza para produzir tais atos.* (BOURDIEU, 1996a:174)

Esse reconhecimento da legitimidade de alguns serviços ou mesmo de algumas profissões específicas por parte dos usuários dos serviços traduz a lógica da relação de dominação e, nela, a convivência em relação a falhas eventuais que venham a ocorrer nos serviços de saúde. Isso ocorre porque se estabeleceu entre ambos uma troca simbólica, mediada por uma enorme variedade de informações que circulam na sociedade e que são, de certa maneira, produzidas e postas em circulação por quem detém o poder de produzi-las.

Este processo vai bem além da percepção objetiva que possamos ter dele. Nele estão presentes os atos cognitivos de reconhecimento, que põem em prática as estruturas cognitivas, materializadas nas diferentes formas e categorias de percepção, nos princípios de visão e de divisão, enfim uma série de estruturas historicamente constituídas, por isso mesmo arbitrarias, onde alguns detêm o *poder simbólico de construção da realidade, que tende a estabelecer o sentido imediato do mundo social.* (BOURDIEU, 1996a:174)

Dessa forma, para compreender essas peculiaridades do poder simbólico na relação da clientela com os profissionais de saúde, mais significativamente com os médicos, devemos lembrar que a tecnologia exerce em nossa sociedade o papel que a natureza exerceu nas sociedades pré-capitalistas, ou seja, um enraizamento profuso e profundo que se confunde e *existe ao mesmo tempo nas coisas e no cérebro.* (BOURDIEU, 1996b:30), sob forma de princípios arbitrários de divisão, nos quais muitos valores e significados foram concebidos por quem domina a ordenação e a codificação do saber em saúde.

O médico, como profissional hegemônico da área da saúde, tem o poder de produzir a própria imagem e, a partir daí, se automistifica continuamente, produzindo no meio social uma mistificação de que ele pode, inclusive, vencer a morte. Já com o usuário o mesmo não acontece, pois lhe falta auto-referência como consumidor de serviços, não há ainda uma identidade que o defina enquanto grupo. Isso tudo provocado pela pouca percepção que tem de direitos e de cidadania, percepção que lhe é quase negada, uma vez que não há clareza para a população das responsabilidades do poder público na construção dos direitos e da cidadania.

Essas imprecisões nas relações entre o consumidor de ações de saúde e os serviços, nas quais os direitos dos primeiros e os deveres do segundo são pouco transparentes, constituem o terreno necessário para a instauração do espaço onde

emergem as relações de dominação, transpassadas pela violência e pelo poder simbólico. Esse último é pilar na construção da dominação simbólica, pela carga de dissimulação e de transfiguração que transporta. Sobre ele, diz Bourdieu:

o poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder (...) que garante uma verdadeira transubstanciação das relações de força fazendo ignorar-reconhecer a violência que elas encerram objetivamente e transformando-as assim em poder simbólico, capaz de produzir efeitos reais sem dispêndio aparente de energia. (BOURDIEU, 1989:15)

Prossegue esse mesmo autor evidenciando ser esse um tipo de poder quase mágico, pois com ele se obtém o equivalente daquilo que é obtido pela força, sem porém, fazer uso dela. Por isso, diz ele que deve se descobrir o poder simbólico onde ele é menos visível, onde mesmo se ignora sua existência, uma vez que ele extorque submissões, só podendo ser exercido com a supressão do outro enquanto sujeito do próprio destino. O terreno ideal para sua emergência é aquele da heteronomia e da arbitrariedade, de tal forma sutil, que não é perceptível por quem está sob seu jugo. (BOURDIEU, 1989)

Pode se dizer que os profissionais da saúde evidenciam, através do poder simbólico que agregam, como se estrutura seu campo simbólico e representacional sobre a mulher pobre grávida, em situação de parto ou puerpério, e que isso tende a orientar sua ação e a conformar o seu olhar sobre aquela cliente. Portanto, ambos, mulheres e médicos, como produtos das relações sociais em que estão mergulhados, são, cada qual do seu modo, prisioneiros das armadilhas da dominação simbólica, reproduzindo assim, as estruturas de dominação e opressão.

Os profissionais como grupo reproduzem as práticas e os comportamentos que mais vão assegurar sua posição social dentro da sua categoria, e, se assim não fizerem, correm o risco de tornarem-se estigmatizados, ou desviantes nas palavras de Bourdieu, isto é, de não serem aceitos pelo seus pares.

ORTIZ(1994) lembra que as chances de efetivar ações dentro da sociedade já estão, de forma objetiva, presentes e estruturadas no sociedade como um todo. Isso nos leva a pensar que, ao apreender teoricamente as dimensões simbólicas da violência, poderemos entender e desconstruir a dominação introjetada e não percebida como tal, o que muito beneficia os profissionais hegemônicos e os serviços de saúde institucionalizados.

Além das pacientes, há outros grupos que convivem diuturnamente com as mazelas da dominação explícita na sua relação com os serviços e com os médicos, sendo as enfermeiras e sua equipe um desses grupos, por isso, também fizeram parte desse estudo. São profissionais que vêm tentando otimizar as chances da clientela na obtenção de melhores serviços de saúde, mas, como sofrem também as agruras da dominação simbólica, não tem conseguido muitas vitórias.

No local estudado cabe aos profissionais de enfermagem o trabalho relacionado com a educação em saúde, no que se refere ao autocuidado das puérperas e aos cuidados com os recém-nascidos, trabalho esse que vem perdendo força e significado por problemas que identifiquei como relacionados à dominação masculina que ali implantou a sua lógica assistencial, e onde não há lugar para essas ações preventivas.

Nos SPS, tal como em outros lugares, a violência simbólica transporta um caráter mais encoberto, difuso e, por isso mesmo, invisível, mas traz em sua gênese, componentes do que virá a ser, podendo se transformar em outras violências, exatamente pela sua invisibilidade e naturalização. Esses processos estão relacionados à precária noção de direitos, dentre estes o direito à saúde, muito pouco desenvolvida no local onde realizamos a pesquisa, pois ali a população ainda é objeto de muitas violências que não são vistas ou entendidas como tal.

A violência simbólica, ao incorporar aspectos como os de invisibilidade e a pouca tangibilidade, traz em sua gênese a construção do poder simbólico e, assim, transforma-se silenciosamente em outros tipos de violências, num processo que lhe empresta ares de naturalidade e confunde os olhos daqueles que a ela se submetem e mesmo dos que a produzem. Isso acontece, principalmente, quando elas se localizam no ambíguo terreno institucional, que encontra mil maneiras de justificar sua incapacidade de fazer uma assistência razoável e decente, justificativas essas que podem ser aceitas como normais pelos usuários dos SPS.

Outro espaço que é pródigo em violências simbólicas, e até explícitas, é aquele onde ocorre o encontro do profissional de saúde com a clientela dos serviços, mormente explicado pelo *habitus* resultante da formação acadêmica e da prática profissional, que reproduz, orienta e conforma a ação do profissional e pode ser visualizado através das suas ações e práticas cotidianas.

Um aspecto lembrado por BOURDIEU (1994) é de ser o campo social um *locus* de consenso, um local de reprodução e de manutenção do *status quo* dos que a ele pertencem. Assim se tivermos como referência o que está arbitrado socialmente como relevante, importante, pode-se dizer que, quanto mais estruturado for esse campo, mais legitimado socialmente ele é e maior será o consenso entre seus pares. É o que ocorre na área da medicina e de outras profissões baseadas no saber científico de cunho mais cartesiano e positivista.

Por ser a medicina uma prática fortemente estruturada de acordo com os cânones científicos consagrados e por trabalhar com objetos tão carregados de simbolismo como o são a saúde, a doença e a morte, provoca interferências importantes na estruturação dos espaços simbólicos de outras práticas e mesmo de outros grupos sociais. Adentrar e entender a lógica simbólica que impera nos SPS, é reconstruir as chances de mudanças neste campo e mostrar outras configurações de poder para os que estão presos nas tramas desse tipo de dominação, gerando aí

espaços da transformação e de mudança que são necessários em toda relação entre desiguais.

Dessa forma, fiz adaptações nos conceitos de poder e de violência simbólicos de Pierre Bourdieu, que são mais direcionados aos estudos de cunho antropológico, para poder estudar o fenômeno da dominação simbólica tal qual ele se dá no campo da saúde, mormente na relação entre os profissionais dessa área e a clientela feminina, quando em situação de gestação, parto e puerpério.

A - O PODER E A VIOLÊNCIA DISCUTIDOS EM OUTROS AUTORES: ALGUNS CONTRAPONTO TEÓRICOS.

Dentre os autores que estudam o poder me interessei particularmente pelas noções de poder de inspiração arendtiana trazidas por CHAUI(1984). Essa autora recoloca essas noções de um outro ângulo que me parece interessante para fazer um contraponto na construção teórico-conceitual do meu objeto de pesquisa. Mas, por ser um ponto de vista trabalhado por essa autora apenas em um artigo (CHAUI, 1984) e por ser bastante utópica a sua argumentação, fui também tentar apreendê-las através da leitura de ARENDT(1994), mais especificamente no seu livro *Sobre a violência*, que trata especificamente da temática poder e violência e que foi uma das fontes inspiradoras para Chauí construir sua argumentação sobre o assunto.

A minha intenção, ao trazer essas autoras para a discussão que se segue, é apenas de fazer um contraponto com as noções de Bourdieu, pois ARENDT (1994) e CHAUI(1984) problematizaram a violência, a força e o poder sob outras luzes. Esses autores se encontram ao discutir os processos de construção da dominação simbólica, embora cada um adote uma linha argumentativa diferente. Enquanto BOURDIEU(1996b) faz uma extensa discussão acerca da violência e da dominação simbólicas, CHAUI preocupa-se em diferenciar relações de poder, de força e violência.

Para Bourdieu o poder simbólico *torna possível a concordância entre as inteligências*, pois torna possível o consenso acerca do sentido do mundo social que contribui sobretudo para a reprodução da ordem social.

CHAUI define relações de poder de uma maneira bem diferente de BOURDIEU, entendendo-as como aquelas nas quais deve haver:

"a capacidade coletiva para tomar decisões concernentes à existência pública de uma coletividade, de tal maneira que seja a expressão de justiça, espaço de criação de direitos e garantia do justo pelas leis, sem coação" (CHAUI,1984:34).

Esta noção pode reportar à relações que se dão entre sujeitos iguais, sendo simétrica e justa para os que estão presentes na relação, exigindo esforços mútuos para criar consensos e estimular a autonomia. No caso do objeto deste

estudo, percebe-se uma flagrante assimetria que privilegia a relação dominante/dominado e insere a questão da coação explícita ou subliminar, que ocorre com habitualidade na relação mulher/profissionais de saúde.

Nessas relações o constrangimento é norma, seja de saberes desiguais ou de posições sociais distintas entre ambos, posições que são bem marcadas pelos vários rituais que cercam os profissionais, estando presentes no modo de vestir-se (roupa branca) ou nos códigos de comunicação herméticos, bem como no instrumental de trabalho bem a vista (estetoscópio no pescoço) sendo estas as formas mais comuns de distinguir-se da clientela e de ser reconhecido como diferente pela mesma.

A situação de trabalho de parto é mais emblemática do que outras no que diz respeito a ritualização e ao distanciamento que diferencia, pois nesse momento acentuam-se os rituais e a delimitação de espaços entre os profissionais e a cliente. Os rituais hospitalares exigem um distanciamento que se revela através das perguntas monossilábicas que neste momento são feitas as mulheres *'perdeu água ou sinal?'* *'Onde dói?'*, *'Há quanto tempo começou?'* *'Qual a data da última menstruação? Tire a roupa coloque o avental que eu vou examinar'*. Essa delimitação é construída pelos próprios profissionais e vem ao encontro do que é definido por CHAUI(1984) como *relação de força*, pois nela há coação, constrangimento e imposição, elementos que estão implícitos na conceituação de BOURDIEU sobre a dominação simbólica.

Embora a mulher viva no seu corpo a experiência do trabalho de parto, o profissional que a atende comporta-se como se ele pudesse prever e saber tudo que ocorre no corpo dela, antes mesmo dela vir a se pronunciar. Dessa maneira definem-se os espaços simbólicos de cada um na relação sendo que à mulher em trabalho de parto pouco espaço resta para negociar as condições da assistência que vai receber. Ao ter sua subjetividade e saberes sobre o próprio corpo violentamente negados perante o saber dos profissionais de saúde, a mulher submete-se para usufruir das tecnologias que a medicina supostamente dispõe para lhe dar garantias de vida e segurança no momento do parto.

Ao buscar inspiração em Hannah Arendt para diferenciar relações de poder de relações de força, CHAUI retoma algumas questões que para nesse trabalho servirão mais para lançar luz sobre a interrelação que se dá entre as mulheres que cuidam e as que são cuidadas durante o processo de assistir no hospital. Também retomaremos essa autora quando da análise dos dados no que diz respeito às percepções das mulheres acerca das suas vivências como pacientes no serviço estudado.

CHAUI diz que *o poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto (1984:36)*, enquanto que a relação de força é, antes de tudo, assimétrica e guarda hierarquias que, em última instância, conduzem à violência. Como faz questão de pontuar a mesma autora, *na relação de força há ausência de poder e presença do desejo de mando e de opressão de uma classe sobre a outra e de um grupo social sobre o outro (1984:35)*, excerto que evidencia muito das

características que estão presentes nas relações entre profissionais de saúde e clientela.

Bourdieu também caminha nesse sentido, de entender o poder como o lócus do consenso, no qual quem detém o 'poder' crê ser legítimo tê-lo, afinal lutou e estudou para isso mas para quem não o detém só resta reproduzir a lógica do dominante. Essa é legítima para ele, o dominado, pois o detentor do poder é quem sabe e quem tem competência para decidir, algo muito corriqueiro no caso do saber médico.

Tomando como referência o pensamento de ARENDT e CHAUI, pode-se afirmar que as relações que se estabelecem entre a clientela feminina com os SPS são de força estando impregnadas de violência simbólica e explícita. Ao atribuir poder a um segmento nessa relação desigual e destituir o outro de poder pode-se dizer que, de certa forma, estamos contribuindo para construir diferenciadamente a subjetividade de uns e de outros e também cristalizando alguns papéis, quais sejam das classes profissionais e da clientela. Este é um problema que se nos coloca, por termos escolhido uma relação historicamente hierárquica e assimétrica como sabemos ser a relação entre a clientela feminina e os profissionais e serviços de saúde.

Na classe médica é comum encontrar profissionais que agem como se fossem donos da subjetividade da clientela e dos profissionais de outras categorias que com eles atuam. Percebe-se nesses comportamentos, na verdade elementos associados à dominação simbólica como aquela estimula a opressão de uma classe sobre a outra induzindo à assimetria de gênero e de saberes. Negar-se a fala, fazer ouvidos moucos, prestar informação em linguagem inacessível, faltar a reuniões onde se discutirá os problemas da assistência, são estratégias bem conhecidas dos médicos para não democratizar as relações no trabalho e com a clientela.

Isso tudo se configura, conforme Chauí, mais como uma relação de força do que de poder. Bourdieu, por sua vez, trabalha com a noção de campo, no qual se estruturam e ocorrem as relações de dominação simbólica, onde também estão presentes a força e a violência, ainda que de maneira subliminar. Ao reproduzir a lógica do dominador o dominado, aparentemente, entra em uma relação já anulado em sua subjetividade pois ele próprio já se coloca como objeto do outro, e o que é pior, de maneira consensual.

Como o consenso estabelece-se sempre a partir do olhar do dominador, ele define as estruturas que vão informar e formar o raciocínio e a vontade do outro, já estando aí embutida a violência e a arbitrariedade que não podem ser identificadas ao poder na acepção arendtiana, mas que encontram eco na acepção de poder simbólico de Bourdieu. É importante realçar que as duas concepções teóricas problematizam de maneiras similares a violência, mas que ARENDT avança ao introduzir a distinção de poder legítimo e de relações de força, afirmando que no exercício do poder legítimo não há violência, estando essa restrita às relações de força.

Pelo nosso conhecimento e vivência dentro dos serviços de saúde, sabemos que alguns profissionais da área têm comportamentos que estimulam a *exclusão social* (ao

criar serviços e salas diferenciadas para atender grupos de convênios particulares e outra os conveniados do INSS,), a *sujeição ideológica* ('faço sua laqueadura se você votar no fulano') e a *coação física e psíquica* (se a cliente não quiser se submeter ao toque vaginal, avisa que o *filho vai morrer por culpa dela*). Esses comportamentos raramente são questionados por outros profissionais, que fazem 'vista grossa' ao colega que extrapola na sua relação com a clientela dos SPS.

Sempre haverá alguma justificativa para determinados comportamentos, podem alegar que as mulheres não 'conhecem bem' o próprio corpo e que o exame físico seria de fato necessário ou jogam falando sobre uma suposta ignorância feminina sobre seus processos corporais. Estimular a alienação, informar pouco ou não o fazer, tudo é válido para manter a relação tal como ela está, assimétrica, hierárquica e desigual, o que me faz concordar com Chauí na sua diferenciação entre relações de poder e de força. O quadro relatado reflete o que Chauí denomina de violência, ou seja:

"uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sobre dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica, de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem estão impedidas ou anuladas, há violência"(CHAUÍ,1984:35).

Ainda é Chauí (1984) que vem trazer mais uma contribuição e iluminar o que entende como diferenças entre relações de força daquelas violentas. As relações de força visam aniquilar o outro da relação, eliminando-o fisicamente, se for necessário. As relações violentas, ao contrário, visam manter a relação ativa e, para isso, devem manter as partes presentes uma para a outra, ainda que uma delas esteja anulada em sua diferença e submetida à vontade e à ação da outra.

Ao desejar a sujeição consentida ou a supressão mediatizada pela vontade do outro que "*consente em ser suprimido em sua diferença*" SAFFIOTI (1994:35) lembra que a mulher 'aceita ser suprimida' na sua diferença apenas 'quando premida pelas circunstâncias', exatamente o que acontece nas relações entre mulheres em situação de parto e os profissionais de saúde. Isso reafirma de que não há uma plena concordância dos 'dominados' em objetificar-se perante o saber e a prática médica, e que as mulheres submetem-se sim, mas por ter sua capacidade comunicativa e expressiva prejudicada. Se a dominação simbólica impede o dominado de desenvolver uma competência comunicativa acerca da saúde, ela não surpime seu senso crítico acerca da qualidade do tratamento que recebe dos SPS.

HABERMAS (1980) também inspirado em Arendt, observa que quando a competência comunicativa está prejudicada em qualquer relação que seja, não haveria mais base para o exercício do poder legítimo o qual é, no entendimento desse autor, aquele originado no exercício livre da intersubjetividade, entre dois ou mais sujeitos hierarquicamente iguais. Parto aqui do pressuposto que há diferenças no processo comunicativo que ocorre entre os diversos profissionais de saúde que atendem à clientela feminina, diferença que se acentua quanto mais estruturada cientificamente for a prática em questão pois maior distância vai haver entre os saberes. Isto provoca, no meu ver, um hiato comunicacional que faz calar os que tem menor competência comunicativa e reforça o *status* aqueles que detêm maiores conhecimentos.

Ao discutir o conceito de poder em Arendt, HABERMAS(1980) concorda com esta autora sobre o fato de que o poder legítimo se origina da comunicação não-coercitiva, avançando no raciocínio e buscando explicar que nas organizações sociais concretas vários obstáculos se colocam para a ocorrência do processo comunicativo livre, dentre eles a presença da violência estrutural que estaria embutida e muito bem disfarçada nas instituições. Assim diz HABERMAS:

"a violência estrutural não se manifesta como violência; ela bloqueia imperceptivelmente aqueles processos comunicativos nos quais se formam e se reproduzem as convicções dotadas de eficácia legitimadora"(1980:115).

Nesse trabalho, a violência estrutural foi apreendida através das diferentes formas de organização espacial e burocrática dentro do hospital estudado, por entender que às mulheres em situação de gestação, parto e puerpério, ao necessitarem de assistência em um serviço público devem, em princípio, submeter-se ao saber profissional (através de suas ações e práticas de saúde) e em seguida à dinâmica organizacional do próprio serviço.

D'OLIVEIRA por sua vez, diz que a violência estrutural nas instituições de saúde, corresponderia aos *"bloqueios ao processo comunicativo que ocorrem no interior do processo de trabalho em saúde, na produção do conhecimento e na articulação da prática médica à sociedade"*(1996:114) dessa forma, a mulher com problemas na gestação, com dores de parto ou no puerpério imediato, vê o profissional que a atende e o serviço que lhe 'abre as portas', como salvadores da sua vida e a da criança que está por nascer.

Se algo der errado nesse encontro, dificilmente questionará a assistência recebida, isto devido, dentre outras razões, à uma noção de cidadania precária ou mesmo ausente, na qual não há direitos a reclamar quando não se 'paga o serviço recebido' pois, o serviço público, no imaginário popular, é para os pobres que não podem pagar e não derivado de impostos que, de alguma forma, todos pagam. Aliás, questionar a qualidade da assistência à saúde e de serviços médicos recebidos é um fenômeno muito recente no nosso país, visto que as ações jurídicas neste sentido ainda são raras e de difícil resolução, pois o corporativismo dos conselhos

profissionais e o sistema fechado dos hospitais poucas vezes dão ganho de causa às vítimas de erros ocorridos neste campo.

A noção de cidadania precariamente construída pode ser revista a partir das teorizações de Chauí e Arendt sob autonomia e heteronomia que estão estreitamente vinculada aos seus conceitos de poder e de violência. Esta autora pode não só relativizar mas, sobretudo, ampliar as discussões sobre essas questões e embora essas autoras pareçam fazer discussões paralelas àquelas de Bourdieu quando os problematizamos conjuntamente percebe-se o seu potencial para recolocar os alicerces nas discussões sobre autonomia, direitos e cidadania.

Pode-se então afirmar que tanto Bourdieu como Chauí complementam-se no desenho teórico-conceitual desse estudo, pois se o primeiro explica a estrutura simbólica que reafirma as relações de dominação na sociedade como um todo, a segunda aponta possibilidades didático-pedagógicas para intervenções futuras no sentido de provocar transformações nas relações estudadas. Como nesse trabalho houve um interesse primeiro no sentido de compreender a produção simbólica de significados, privilegiei em grande parte do estudo a visão bourdieusiana de poder, violência e de dominação simbólicas, muito presentes na realidade estudada e assuntos extensamente trabalhados pelo autor em questão.

B - AS RELAÇÕES DE GÊNERO DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE ESTUDADO

Embora as duas categorias analíticas centrais desse trabalho sejam poder e violência, a categoria gênero as atravessa ora em um ponto, ora em outro, até porque é impossível falar de poder sem nos remetermos às relações sociais de gênero.

Diz SCOTT(1990) que gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado. Ainda segundo essa autora gênero pode ser entendido como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos, implicando em quatro elementos que estão relacionados entre si.

Esses elementos são: os símbolos culturalmente disponíveis que podem evocar representações simbólicas e contraditórias; os conceitos normativos que evidenciam a interpretação do sentido dos símbolos, tais como os significados do masculino e do feminino; as instituições e organizações sociais que exercitam este poder e que o amplie e inclua não só a relações de parentesco, mas também o mercado de trabalho, a educação e o sistema político e, sobretudo, a identidade subjetiva. Nenhum destes elementos opera sozinho, eles operam simultaneamente como se um fosse o reflexo do outro.

Dessa forma posso afirmar que o gênero faz parte desse estudo desde o momento em que foi feita a opção pelo objeto em estudo, qual seja as mulheres em situação de gestação, parto e puerpério em sua relação com serviços que são organizados a partir de uma extensa hierarquia que remete, em última instância, às

formas androcêntricas de organização do mundo do trabalho e também dos saberes formalmente constituídos.

A assimetria de saberes e poderes está de tal forma entranhada nos SPS, que MERHY(1994), ao referir-se às formas de organização desses serviços afirma que essas são violentas, pelo fato de que nelas se privilegiam as relações verticalizadas, que concentram o poder hierárquico além de reforçá-lo a todo momento. Isso faz crescer a burocracia interna com conseqüências danosas para o usuário dos serviços públicos, como a perda de tempo, a falta de resolutividade, a empurroterapia, num quadro que o mesmo autor qualifica como de violência institucionalizada.

Como enfermeiras, nós também participamos de alguma forma no desenho desse quadro, o que não nos é nada lisonjeiro. Entre médicos e enfermeiras, médicos e pacientes, enfermeiras e pacientes estabelecem-se diferentes relações de gênero, nas quais saberes, poderes e subjetividades estão em permanente disputa. Não só as pacientes mas também as enfermeiras e sua equipe estão, muitas vezes, trabalhado sob intensa pressão, agindo sob coação e medo pois podem não só ser desrespeitadas mas também demitidas por aqueles que dirigem a instituição.

PEREIRA(1995) ao desenvolver uma dissertação sobre as relações de gênero que ocorrem entre médicos e enfermeiras no mesmo serviço desse estudo, observou que, pela histórica hegemonia da medicina na área da saúde, pouco espaço 'sobra' para que as enfermeiras possam efetivar suas ações e imprimir modificações nos serviços que possam vir a alterar o jogo de poderes que está posto. Estas profissionais, mesmo tendo maior interesse em criar novos espaços para atuar encontram grandes dificuldades para modificar as formas tradicionais de organização dos serviços e neles introduzir alterações que possam vir a beneficiar a clientela e também à sua equipe.

No serviço em estudo várias modificações foram realizadas, começando pela implantação de uma metodologia assistencial até a criação de alojamento conjunto nas clínicas de pediatria e obstetrícia, mas foram alterações que exigiram muito esforço pessoal e grupal, muito desgaste da equipe que tiveram que montar cuidadosas estratégias e somar esforços com outras equipes além de muitos cuidados para não 'melindrar' os médicos.

Esses esforços feitos mostraram que, de fato, os dominantes não facilitam em nada vida dos *dominados* na busca por autonomia em relação ao serviço que realizam, sendo por isso comum que as enfermeiras muitas vezes sejam 'omissas' em relação aos problemas que ocorrem no cotidiano assistencial e que são por elas identificados, não indo atrás de soluções ou de negociação se houver necessidade de enfrentamento explícito com os médicos. São configurações, no meu ponto de vista, de algumas formas da violência de gênero dentre as equipes médica e de enfermagem que podem induzir à violência por omissão nesta última.

Mas mesmo correndo riscos, algumas enfermeiras tentam alterar o instituído organizacional conseguindo nele introduzir modificações, valendo lembrar que as mesmas têm maiores chances de viabilizá-las nos locais onde têm um vínculo mais

seguro de trabalho justamente por haver maior interesse nessas modificações. Nos locais onde esses vínculos são frágeis, querer modificar formas de organização antiquadas e pouco eficazes de serviço pode ser entendido como provocação e enfrentamento para com o pessoal médico, sendo motivo comum de demissão sumária de enfermeiras.

NOGUEIRA(1994), uma médica sanitária, em seu trabalho de mestrado, observou que médicos e enfermeiras possuem visões diferenciadas sobre o que seja assistir em saúde, por isso adotam atitudes distintas perante as pacientes inclusive nas maneiras de usar a linguagem. Se os médicos usam comumente expressões que desqualificam a clientela (como *carência, ignorância e desinformação*) as enfermeiras têm posturas bem diversas, não só reconhecendo nas mulheres um grande potencial de aprendizagem como um grau de esclarecimento sobre a própria saúde que facilita o relacionamento pela receptividade com que ouvem, perguntam e trocam informações entre si.

Ao evidenciar essas visões diferenciadas no local onde colheu seus dados, a mesma autora lembra que as enfermeiras não se colocam de '*maneira estática diante as pacientes*', demonstram uma '*enorme flexibilidade e abertura para reformulações em sua prática*', acreditando na importância do seu trabalho e mantendo uma proximidade e maior sensibilidade diante os problemas da clientela feminina. Também observamos o mesmo no local desse estudo, mas são atitudes que não mudam *lugar das enfermeiras* no trabalho, sempre hierarquicamente inferior ao do médico.

O trabalho já relatado de NOGUEIRA(1994) somado ao de PEREIRA(1995) e ao expressivo volume que vem sendo produzindo na enfermagem em relação ao cuidar enquanto objeto da profissão, vem reforçar uma impressão ainda subliminar: de que as enfermeiras possam provocar modificações nas relações entre clientela e serviços, isso por serem profissionais não hegemônicos e muito interessadas em aspectos como educação em saúde, auto-cuidado e democratização dos serviços aos quais pertencem. Mas a sua vocação para esses aspectos relatados é influenciada pela *seu lugar no trabalho*, pelo seu tipo de trabalho e pela constituição coletiva da subjetividade profissional deste grupo profissional que as definiu e define como subalternas e secundárias no processo de assistir em saúde.

Como afirmava SOUZA-LOBO (1991) a mulher ao sair para os espaços públicos o fez, em princípio nos '*lugares reservados para ela*' e, acrescentamos, a enfermagem é um desses lugares, tal como a o é a pedagogia ou o serviço doméstico remunerado. A despeito de toda a sua afinidade com o trabalho educativo e assistencial em saúde, ainda delas se espera que '*mantenham a ordem e a limpeza dos ambientes, administrem o processo de cura e facilitem a vida e o trabalho dos médicos*' (PEREIRA,1995:71).

Tal como ocorre com a clientela dos SPS também as enfermeiras são, de certa forma, submetidas às várias formas de violência no ambiente de trabalho. Reconhecer a '*autoridade*' do médico e manter-se em *seu lugar* para preservar o emprego é apenas

uma delas. Portanto, percebe-se que as relações de gênero perpassam, ainda que de modo diferenciado, as relações entre os diferentes profissionais e os serviços, além de atingir a clientela. Aqui pensamos na conceituação de poder de Arendt, modificada por Chauí, que envida uma realização das relações de poder como aquela que acontece de maneira simétrica entre sujeitos iguais, relação esta que tem muito mais chances de se dar entre a enfermagem e a clientela do que entre essa e os médicos, ou entre esses e a enfermagem.

É bem visível nos serviços de saúde a hierarquia de saberes, evidentemente, com o saber médico sobrepondo-se aos demais e mesmo às estruturas administrativas máximas como a diretoria ou seu equivalente que se dobram às ingerências dos profissionais médicos em áreas que não são propriamente referentes ao saber específico, mas muito mais uma forma de manter posições de mando nos locais de trabalho. São fatos comuns esses profissionais 'solicitar' transferência de local de trabalho e mesmo a demissão daqueles que questionem a qualidade ou a propriedade do trabalho.

Havendo movimentos de outros profissionais, mormente de enfermeiras, que visem fazer o serviço ser de melhor qualidade e também mais permeável à clientela, certamente haverá cooptação dessas tentativas por parte do grupo médico, ainda muito conservador e corporativista quando a questão é mudança nos serviços. Exemplo disto ocorre quando a enfermagem começa a definir um perfil assistencial, a dar-lhe identidade própria e a tentar ser autônoma em relação à sua prática dentro dos serviços, um acontecimento que além de não ser estimulado, provoca reações do grupo médico que vão do desdenhar os esforços passam pelo descrédito em suas iniciativas e podem chegar à proibição clara e formalizada nas instâncias administrativas pela não implantação de qualquer mudança no serviço.

Devido a esses arranjos intra-institucionais que escondem as peculiaridades das relações que ali se produzem podemos identificar dois tipos distintos de violência simbólica que ali ocorrem e que vão, de alguma forma, interferir no processo assistencial. O primeiro configura-se numa relação de opressão entre as diferentes equipes de trabalho, com os médicos colocando-se sobre os demais profissionais fazendo, na maior parte das vezes, valer a sua vontade.

Também ocorre o mesmo entre as equipes e a clientela, tendo nuances diferentes conforme a equipe com a qual a cliente se relacione e do tipo de ações e práticas de saúde que desenvolvam. O segundo tipo de violência é gerado nos próprios serviços, assumindo características mais organizacionais e burocráticas, reveladas através de uma estrutura física arcaica e de um modelo organizacional excludente e perverso que configura uma forma de violência mais obscura e intangível, porque simbólica e que atingirá mais agudamente aquela parcela da clientela que é desfavorecida socialmente.

A violência que acontece através das ações e práticas de saúde que as diferentes equipes desenvolvem, dá-se entre os profissionais de saúde de um lado e as

mulheres clientes dos serviços públicos de saúde de outro e manifesta-se por opressão, exclusão, negação dos saberes, práticas e mesmo da fala e da subjetividade, dificultando a ampliação dos horizontes dessas mulheres.

Como lembra NOGUEIRA(1994) grande parte dos médicos que atuam nos SPS evidenciam a ansiedade e o desprazer no desenvolvimento do seu trabalho o que pode levar a um distanciamento e afirma ela podendo desenvolver até mesmo 'comportamentos negligentes'. São conseqüências de uma formação médica que está voltada sobretudo para as 'objetividades da esfera biológica' que criam dificuldades em fazer o movimentos inverso que seria 'objetivar o subjetivo' e, como isso, tem esses profissionais cada vez mais dificuldades em modificar suas "práticas de acordo com as necessidades da clientela"(NOGUEIRA,1994:135).

Sabe-se que grande parte dos médicos vê e entende a assistência obstétrica em pré-natal e no decorrer da gestação e do parto normal como se fosse um trabalho de menor importância, pois não apresenta desafios e é repetitivo, o que não condiz com o preparo acadêmico recebido pelo médico, por isso a assistência à mulher na rede pública é feita com um certo descaso ou mesmo com 'desprazer' pelos médicos. São essas algumas das configurações da violência simbólica e também de gênero que ocorrem dentro dos serviços e que se dão entre os médicos, equipe e serviços de saúde de um lado e a clientela feminina de outro.

O interesse nesses aspectos ocorreu porque eles guardam evidências de que há violência e um quase cristalizado jogo de poderes que atravessam esse campo e que só são conhecidos e podem ser problematizados a partir da visão de alguém de dentro do serviço e que não são percebidos como tal pelas mulheres que a eles acorrem quando precisam, são os meandros da assistência hospitalar que somente quem vivência e conhece pode identificar.

Devemos também considerar que as pacientes têm uma vivência diferenciada desses meandros assistenciais, bem como possuem uma outra percepção e um discurso próprio sobre eles. Mas, mesmo conhecendo pouco as muitas técnicas e procedimentos relacionados à assistência que recebem, são elas que as sentem em seu corpo, portanto observam outras violências que nós profissionais podemos não identificar como tal. Devido a isso, foi minha preocupação apreender esses aspectos através dos depoimentos das mulheres quando da coleta de dados.

NOGUEIRA(1994) ao colher dados em um serviço público de assistência pré-natal observou que as ações e práticas de saúde ali desenvolvidas podem ser violentas. Também identificou duas modalidades distintas de manifestação de violência, uma sendo a violência por omissão e a outra violência por comissão. O primeiro tipo de violência ela identificou à

"negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, bem como à debilidade institucional observada através da desnormalização, do descaso, da negligência e, até mesmo, num grau máximo de omissão, da inexistência de serviços de saúde"(NOGUEIRA,1994:135).

Ela cita a peregrinação por hospitais em busca de um local para dar à luz como um exemplo de violência por omissão e também um fato revelador dos problemas estruturais do setor público de saúde, resultado da desativação progressiva de leitos para o parto. Outro tipo de violência dessa natureza por mim percebido está radicado nas ações e práticas de enfermagem que, mesmo sendo necessárias, não se efetivam, não se concretizam no cotidiano assistencial, por razões diversas e nem sempre bem fundamentadas. Também o fato de a enfermagem ser conivente ou silenciar perante certas práticas que possam vir a causar dano aos pacientes pode ser qualificado como violência por omissão.

Penso que essas percepções sobre a enfermagem de que a 'não-ação' pode se tornar uma violência por omissão, pode ser enquadrada dentro do que HABERMAS(1980) chama de gestação dos processos comunicativos, nos quais essa equipe é impedida ou coagida por outros indivíduos ou grupos hegemônicos de defender seus próprios interesses. Também a hipertrofia de profissionais de enfermagem de nível médio e de enfermeiras com vínculo precário de trabalho fragiliza essa equipe dentro dos serviços e não favorece o estabelecimento de relações comunicativas não-coercitivas.

Mas se essas análises explicam teoricamente elas não justificam a violência por omissão praticada pela enfermagem dentro dos seus locais de trabalho, pois calar-se ou ainda subutilizar conhecimentos que poderiam melhorar a vida de quem precisa de serviços públicos é uma manifestação de violência.

NOGUEIRA(1994) ainda fala da violência por comissão que adquire ares de uma

"técnica inerente à teoria e à prática dentro dos serviços de saúde. Trata-se da violência embutida nas práticas de saúde, nos procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e a conseqüente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária"(1994:37).

As manifestações desse tipo de violência são variadas e encontram eco nas questões relacionadas à multiplicação de cesáreas e de laqueadas para esterilização em mulheres jovens com apenas um filho, estando também relacionadas às formas como os serviços de saúde discriminam as mulheres segundo sua cor ou origem social, privilegiando as de maior renda, mas também podem ser encontradas nas maneiras com que os serviços continuam reproduzindo práticas que não só desestimulam a consciência corporal como também não democratizam os conhecimentos sobre saúde e a própria organização dos serviços, que atende muito mais à interesses dos profissionais do que das pacientes.

Assim, tanto nas práticas de atendimento à saúde como nas formas de organização dos serviços, percebem-se manifestações de violência, consubstanciadas de diversas maneiras. Dentre elas sobressaindo-se o despreparo dos profissionais, a

negação da subjetividade da clientela, como se as mulheres que procuram os serviços não fossem merecedoras de uma assistência integral(NOGUEIRA:1994).

Também evidenciam o olhar historicamente construído dentre os profissionais da área em questão as muitas das violências engendradas contra as mulheres que tomam ares ora de 'fatalidade', ora de 'naturalidade', banalizando-se e perdendo sentido de ser um problema, passando a ser apenas uma contingência circunstancial, para a qual há inúmeras e bem-estruturadas justificativas. Morrer de parto ou ter sido vítima de erros dentro dos serviços tem, com certeza, justificativas diferenciadas se ocorrer dentro de um serviço público ou se a cliente pertencer aos estratos sócio-econômicos mais elevados e estiver dentro de um serviço privado.

Até aqui foi minha preocupação descrever o que denominei de primeiro eixo da problematização da violência nos serviços. Circunscrevi a temática da violência a partir das relações que acontecem entre profissionais de saúde e a clientela, ou seja, as manifestações de violência que estão inseridas nas relações entre os diferentes sujeitos que participam de alguma forma no processo de assistir, seja como trabalhadores seja como clientela.

A partir desse parágrafo passaremos a discorrer sobre o segundo eixo problematizador que consolida a definição do objeto e que está mais relacionado aos aspectos que evidenciam ser o espaço físico e organizacional um lugar privilegiado da constituição da violência simbólica nos SPS.

Como os serviços de saúde foram historicamente definidos como os que abrem suas portas para tratar as vítimas da violência que sempre é produzida em outros locais, nunca emerge na percepção de seus profissionais que o local e a prática que ali desenvolvem podem ser potencialmente violentos. A própria maneira de organizar o serviço ou o espaço físico dentro do hospital evidenciou que a nossa prática é, ainda que simbolicamente, violenta. O hospital onde desenvolvemos o estudo impõe muitas barreiras para a clientela que o procura, como uma grade com um guarda uniformizado logo na entrada, algo que lembra muito mais uma prisão do que um local de tratamento da saúde.

As filas e a espera prolongada são outra dura realidade a ser enfrentada por aqueles que precisam de assistência no serviço estudado, mas o grau de desorganização e de desinformação que nele encontram, com certeza, é obra de quem está dentro do serviço, daqueles que criam as rotinas administrativas e de informação à clientela.

O sistema local de primeiro atendimento às mulheres e demais pacientes é confuso e muito burocratizado, gerando longas esperas e muito cansaço na clientela, que sempre espera em pé e em locais muito quentes, sem um mínimo conforto. São muitos os exemplos dessa natureza colhidos durante a atividade de participante observadora no dia-a-dia da assistência do hospital que ainda é considerado o melhor serviço público de saúde da cidade, embora seja minha percepção que houve uma importante decaída na qualidade do serviço oferecido à população, embora tenha

havido aumento no volume de atendimentos houve com certeza importantes perdas em outros aspectos do serviço.

Penso que a questão da violência simbólica produzida nos serviços de saúde contra a sua própria clientela, está escondida por véus relacionados metaforicamente com a 'aura sagrada' que envolve esses estabelecimentos e profissionais, sendo que a sua abordagem deve ser feita de forma que possa ajudar na redefinição das fronteiras mesmas da temática em questão. Portanto, ao colocar-lhe novas balizas, estamos tentando arrastar as fronteiras do estudo da violência para novos marcos mais localizados sobre o que é possível desenvolver nos serviços a partir do olhar arendtiano, de que as relações devem se dar em um contexto livre de violência, entre sujeitos hierarquicamente iguais quanto à competência e autonomia.

Podemos começar a despir esses véus ao deslocar para dentro dos serviços de saúde a questão de que a violência também é produzida ali, seja através de rotinas arcaicas, normas caducas, condutas equivocadas ou de comportamentos indiferentes, posturas preconceituosas, verbalização agressiva, tudo isto somado às muitas técnicas invasivas e medicamentos com inúmeros efeitos colaterais, que são fartamente usados no corpo das mulheres que são suas clientes.

O segmento da população composto pelas mulheres pode ser enquadrado como um dos que mais sofre as conseqüências da violência que se localiza na estrutura, nas formas de organização da sociedade em geral, traduzidas e legitimadas socialmente em instituições, como é o caso dos serviços públicos de saúde. DOMENACH(1981) diz que esse tipo de violência adquire formas mais agudas que podem ocultar outras situações de violência, por serem estas menos escandalosas por estarem protegidas por ideologias ou ainda por instituições de aparência respeitável, como é o caso dos serviços de saúde.

Esse tipo de violência que está protegido por ideologias segundo o mesmo autor, é o que excluiu a cliente mulher enquanto sujeito de relações com o serviço de saúde e colocou-a na condição de um objeto dos mesmos e também dos profissionais que ali trabalham. Dessa forma diz Domenach:

"a medida que se desarrolla una conciencia 'civilizada', que no tolera el espectáculo de la violencia, esta se disimula y se desplaza en dos direcciones. Por una parte se interioriza y se expresa de manera imprevista e indirecta: así, a través del discurso filosófico y crítico, cada vez más áspero e excluyente, por otra parte la violencia se exterioriza y se encarna en las formas colectivas, anónimas, que le ofrecen la técnica y la política. Hay una violencia técnica, impersonal, abstracta que ha dado lugar a muchos estudios. Pero hay también, más profundamente, una violencia de la técnica" (DOMENACH,1981:40).

É sobre o corpo feminino que incidem as muitas tecnologias das indústrias farmacêuticas, bioquímicas e também o saber técnico e instrumental produzidos pelos médicos e demais profissionais de saúde, que reduziram a mulher usuária dos SPS "à

condição de objeto, ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que ao de sujeito” no dizer de CAMPOS(1997). Dissimulam assim as várias formas de violência 'coletivas e anônimas' que surgem dentro dos serviços contra as mulheres, reduzidas apenas a um corpo/objeto a disposição da tecnologia médica.

CAMPOS (1997) diz que, ao participar da construção dos saberes e disciplinas do seu campo, os trabalhadores de saúde influenciam as políticas e contribuem para a definição de determinado valor de uso para a vida. Colocam-se assim, ao mesmo tempo, como produtos e como produtores do sistema de relações em que estão mergulhados, sendo sujeitos e objetos desse sistema, o que também os aliena e instrumentaliza, mas jamais os transforma em objetos/coisa na mesma acepção a que reduziram as pacientes para as quais prestam assistência nos SPS.

Ao definir determinado valor para a vida, como sujeitos que são, os profissionais de saúde valorizam mais a vida de quem pode pagar por assistência e desconsideram aqueles que não podem fazê-lo. Como profissionais que são, contribuem para o delineamento do que virá a se transformar em violência explícita ou simbólica contra a clientela dos SPS, violência esta que se diferenciara em suas manifestações conforme o estereótipo de paciente que eles tenham construído.

Segundo Campos há nas instituições padrões através dos quais as equipes representam a clientela, sendo que as maneiras de representar o 'outro' obedecem a padrões provenientes ou *'da história singular de cada um desses sujeitos ou de pressões e de constrangimentos das instituições ou da sociedade no sentido mais geral'*(1997:245).

Ao construir uma determinada representação da clientela em geral, o profissional de saúde cristaliza algumas representações dentro das quais hierarquiza as queixas e as relaciona como 'importantes ou não', dignas de serem 'atendidas ou não'. Há um consenso subjetivo dentre os profissionais de que os homens se queixam menos, procuram menos por atendimento, por isso devem ser melhor ouvidos que as mulheres. As mulheres são as 'poliqueixosas' e, por isso, várias de suas falas podem ser descartadas, fato que encontra suas raízes na própria história da relação da medicina com a mulher, consubstanciada em um sem número de símbolos histórica e socialmente construídos.

Dessa maneira, ao ouvido do médico a seleção 'auscultatória' das queixas será diferente se é um homem ou uma mulher falando e se essa for gestante, mais diferenças existirão. Um fato evidenciado nos livros obstétricos que trazem capítulos específicos sobre as queixas recorrentes na gravidez, tendo como explicação que são sintomas fisiológicos não merecendo assim maior atenção, pois acabarão assim que o bebê nascer, pois são normais.

BOULDING(1981) lembra que as mulheres experienciam mais agudamente que os homens a violência dentro das instituições, seja através das ações/práticas como daquelas presentes na estrutura organizacional e no ambiente físico, isso ocorrendo devido à sua secundaridade cultural em relação ao homem dentro das hierarquias

sociais, históricas e androcêntricamente construídas. Nessas hierarquias, como diz ORTNER(1979), a participação da mulher como sujeito evidencia-se pelo fato dessas aceitarem a própria desvalorização endossando assim o ponto de vista da cultura subjacente, afirmação essa que vai ao encontro do conceito de dominação simbólica de Bourdieu.

Esse olhar construído pela medicina sobre a mulher tem raízes históricas e vem mudando de acordo com o *status social* atribuído à mulher e à criança que ela traz em seu ventre. Há diversos aspectos que revelam a violência embutida nas diferentes formas de organização dos serviços, mais especificamente a estruturação burocrática e do ambiente físico que estão profundamente relacionados ao que BOULDING(1981) chama de violência estrutural. Esta pode ser entendida como aquela que oferece

"um marco a la violencia del comportamiento, se aplica tanto a las estructuras organizadas e institucionalizadas de la familia como a los sistemas económicos, culturales e políticos que conducen a la opresión de determinadas personas a quienes se niegan las ventajas de la sociedad y a las que se hace más vulnerables que otras al sufrimiento y a la muerte" (BOULDING,1981:267).

Se a violência estrutural forma esse grande pano de fundo que dá suporte, explica e 'justifica' de várias maneiras outras violências, vemos aqui um ensejo do que vem a ser a violência mais relacionada às ações e práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atendem as mulheres nos serviços. Por exemplo, é muito mais comum assistir uma ooforectomia⁵ radical no corpo de uma mulher que uma orquidectomia⁶ em um homem, pois nessa segunda cirurgia se tenta preservar ao máximo os testículos, o mesmo não acontecendo com os ovários.

Esse tipo de violência nem é, freqüentemente, percebido como tal, tanto pelos que a provocam como pelos que a ela se submetem, tal é o grau de naturalização e mesmo banalização que ambos lhe emprestam. Contribui com esse processo de naturalização uma visão equivocada que limita a compreensão do fenômeno da violência que pode ser qualificada como 'de gênero' dentro dos serviços, assumindo aspectos da chamada violência perfeita que ocorre através da interiorização da vontade do outro e da aceitação de sua ação ou práticas como legítimas e necessárias, faces que pressupõem o consenso entre as partes que estão em relação do campo da saúde.

O fato de que muitos autores colocam a violência apenas e tão somente dentro do campo do crime, da transgressão explícita, como bem lembra GOMES(1994) impede a visão de que há outras violências que antecedem os crimes e que podem não se articular diretamente com eles pois nem sempre são percebidos como tais.

⁵ cirurgia de retirada total dos ovários

⁶ cirurgia de retirada total ou parcial dos testículos

A percepção sobre problemas sérios como, infecções hospitalares, seqüelas de procedimentos hospitalares ou de medicamentos administrados de forma errada que possam provocar invalidez ou mesmo a morte, não são motivos para maiores extrapolações por parte da clientela, quando muito, provoca-se um quebra-quebra e termina aí a revolta. Como diz BOURDIEU(1989), não se questionam os princípios que regem a estruturação do campo simbólico, pois a contestação é puramente ritual, uma vez que está baseada na revolta, na raiva momentânea que apenas expõe o usuário irado e mantém a estrutura de poder tal como ela está.

Um motivo para esse comportamento é de que a clientela dos SPS no Brasil está habituada a receber tão pouca atenção dos serviços e profissionais que apresenta um baixo nível de exigência em relação à qualidade que deveria ser deles esperada, então o entendimento de ter sido mal ou bem atendido apresentará um contorno muito tênue, evidenciando uma concepção distorcida sobre a assistência recebida que está muito mais associada ao sentimento de ser atendido 'rápido' ou de 'ter resolvido o problema' do que de qualidade do atendimento que está sendo feito.

Como não há ainda uma organização que congregue os usuários do SPS e que lhes dê identidade coletiva e força reivindicatória esses eventos ocasionais perdem sentido, o mesmo não ocorrendo com os serviços e profissionais que estão bem melhor aparelhados através de sindicatos, conselhos que os representa socialmente. Eles não só têm identidade própria como conseguem manter sua aura de prestação de serviços em 'defesa da vida', assim defendem-se, dissimulam e ocultam as falhas que incidirão no corpo dos 'outros', pois os que vêm a sofrer em consequência delas não têm referências concretas de direito e cidadania, criando um círculo vicioso que estimula comportamentos indesejáveis de ambos os lados: da clientela que não exige bons serviços e de profissionais que não se empenham em oferecê-los.

A baixa motivação dos profissionais que atendem a mulher nos SPS, o acesso dificultado aos serviços e a pouca permeabilidade desses à clientela, mostram nuances da violência que acontece através das formas de organização espacial e burocrática dos serviços que evidenciam que a mulher é uma 'cidadã' de segunda categoria. Ela não é vista como portadora de direitos humanos básicos, porque

as estructuras determinan igualmente las prácticas de socialización que llevan a los individuos a aceptar o a infligir sufrimientos, según el papel que les corresponda. Este último aspecto de la violencia estructural está relacionado conceptualmente con el hecho de que la violencia estructural establece el límite culturalmente aceptado de violencia física em uma sociedade (BOULDING, 1981:267).

Dessa forma percebe-se que aceitar e/ou infligir sofrimentos, está profundamente relacionado com o processo de naturalização de alguns papéis profissionais (como o do médico ou da enfermeira, p. ex.) e também com a imemorial e 'naturalizada', (culturalmente falando), relação da mulher com a dor e com o sofrimento.

Ao ser a mulher a responsável biológica pela perpetuação da espécie humana, naturalizou-se o feminino como o lugar da gestação e do parto, acontecimentos esses que são 'normalmente' acompanhados de restrições, sofrimento e dor, que serão agravadas se a mãe praticar alguma transgressão às normas médicas vigentes e aos mitos populares que recobrem esse evento.

Há uma forte conotação simbólica revelando os rituais culturais que cercam a gravidez, o parto e o período de 'resguardo' e, não fazer o pré-natal ou comer determinados alimentos, poderá resultar em uma 'má hora' para a parturiente, pois ela está enquadrada numa referência cultural que lhe permite ou não certas atitudes e comportamentos.

Pode-se assim entender que os processos culturais mais ligados à medicalização da gravidez e ao corpo feminino tem relação com o *habitus* e que, por essa razão, já está configurada a violência simbólica uma vez que são processos arbitrariamente construídos sem a participação das mulheres e com a finalidade precípua de assegurar a dominação de uma classe sobre a outra. No caso aqui estudado o domínio da classe médica sobre a clientela, possuindo a força da legitimidade dos saberes em saúde, tem meios de reforçar constantemente os controles sobre esses saberes e sobre o campo onde eles ocorrem, o que se dá através de vários mecanismos advindos da sua própria força já legitimada e tida como verdadeira, contribuindo assim para a domesticação dos dominados (BOURDIEU, 1989).

Portanto uma das formas que assume a violência simbólica pode ser encontrada na violência de gênero que ocorre dentro dos serviços de saúde, uma dominação que acontece pelas distintas maneiras com que os profissionais de saúde direcionam suas práticas, hierarquizam suas ações e organizam os serviços.

Ao considerarmos as permanências culturais que reafirmam, de um lado, os padrões diferenciados de socialização da mulher e, de outro, a autoridade da medicina e das instituições de saúde, teremos um somatório de fatores que reforçam as exclusões engendradas nos serviços de saúde, principalmente quando a paciente é mulher e pobre. Esse reforço acontece, provavelmente porque o médico se acredita como aquele que tem o poder, a competência de resolver o problema da paciente que é (ou pelo menos deveria ser) desvalida e resignada com a assistência que ele, o profissional, *pode dar, naquele serviço*.

Como nos coloca BERLINGUER(1993), devemos, como profissionais de saúde e pesquisadores, desenvolver uma consciência sobretudo preventivista, onde se torna imperativo reconstruir a sensibilidade dos profissionais de saúde. Por isso escolhi como objeto de estudo, o processo de construção da violência simbólica contra a mulher em situação de gestação parto e puerpério dentro de um SPS específico, porque entendê-la nos seus aspectos simbólicos me ofereceu elementos para apreender uma das formas de violência mais invisíveis, sutis e perversas que acontecem dentro dos serviços de saúde.

Com base nas questões teóricas até aqui discutidas, tenho como principais ***perguntas de pesquisa:***

. Como se constrói o processo de violência, poder e dominação simbólicos contra a mulher em situação de gestação, parto e puerpério dentro dos serviços públicos de saúde?

. Há, de fato, entre as mulheres clientes dos SPS, aceitação acrítica da dominação simbólica e não-visualização da violência e do poder simbólicos dentro dos serviços públicos de saúde?

Parto do pressuposto que o processo de construção desse tipo de violência está assentado nas assimetrias que transformam sujeitos em objetos e diferentes em desiguais e, com base nesses elementos extorque submissões e reproduz a desigualdade, tudo isso com fins de exploração, dominação e opressão de um grupo sobre o outro.

Penso também que, a partir da apreensão da dinâmica da dominação simbólica que atinge e conforma inclusive a subjetividade da mulher enquanto cliente dos serviços, pode se compreender a aparente acriticidade dessas mulheres em relação à sua relação com os profissionais e serviços de saúde e também apontam possibilidades para auxiliar na criação de um capital cultural e simbólico mais adequado, tanto do ponto de vista das mulheres usuárias como dos profissionais de saúde em relação à assistência prestada no local estudado.

CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA

A - A OBSTETRÍCIA E A SUA LEGITIMAÇÃO ENQUANTO ESPECIALIDADE MÉDICA

O estudo das diferentes fases por que passou a obstetrícia dentro da história da humanidade, revela-nos desta complexa relação que envolve a mulher e o fenômeno de dar a vida. LAGET (1986) diz que o papel de conduzir os partos pelos homens é recente, mas que seu interesse nos fenômenos que cercam os partos é antigo e estaria relacionado ao simbolismo que cerca a parturição, incorporado ao poder feminino de dar a vida.

JORGE DE REZENDE (1982), com sua minúcia historiografia, foi o autor que embasou a revisão deste capítulo. Diz ele que a obstetrícia é a *arte de partejar*, de dar condições médicas para que a mulher possa dar à luz em segurança. Segundo o mesmo autor, a palavra deriva do latim *obstetrix* e que é originária do verbo *obstare*, que significa *ficar-ao-lado* ou *em face de*. Parece que o vocábulo primeiramente usado foi *adstetrix*, depois *ad* foi substituído por *ob* e daí *obstetrix*, que pode também ser entendido como *mulher assistindo à parturiente*. Há ainda outras origens, e a grafia *opstetrix* traz o prefixo *ops* que significaria *ajuda* ou *mulher que presta auxílio*. Nos textos bíblicos é onde se encontram as mais antigas denominações para a prática, como *obstetricibus*, *obstetricabitis* e *obstetricaveritis* todas significando *parteira* ou *partejar*.

Nos países de língua inglesa *Midwifery* era uma variação da palavra *midwife*. A primeira foi usada até fins do século XIX, sendo preferida à obstetrícia. O termo procede do inglês antigo e originou-se em torno de 1483, onde *mid* significava 'com' e *wif* 'mulher'. É interessante lembrar que até a metade do século passado era obrigatório pedir desculpas ao se pronunciar a palavra 'obstetra', devido à sua estreita associação a um fazer feminino visto como uma prática que era considerada vulgar e suja. Por ser a obstetrícia, na época, tida como uma prática de mulheres, não gozava do mesmo prestígio da emergente medicina.

Pode-se rastrear o primeiro período da história escrita da obstetrícia nos livros bíblicos, onde no Gênesis onde há referência aos partos de Raquel e Tama que foram assistidos por parteiras. Também na Bíblia Sagrada, no livro do Pentateuco, há referência explícita à profissão de parteiras de Séfora e de Fua, as primeiras que tiveram registro na História escrita. Outros relatos escritos sobre partos assistidos foram encontrados na Biblioteca do rei da Assíria, Assurbanipal, datados de 2500 a.C.

O primeiro período dessa atividade pode ser delimitado da antiguidade mais afastada até o século V a.C, uma fase marcada por grande empirismo, na qual a

prerrogativa principal para ajudar no parto de outrem era ter dado conta de seus próprios partos. As parteiras utilizavam manobras muitas vezes rudes e algumas até cruéis, aumentando a dor e o sofrimento daquelas que não tinham a sorte de ter um parto fisiológico. Eram muito limitados os recursos e os conhecimentos sobre o corpo humano e a ignorância da fisiologia do parto e de seus desvios contribuía mormente ao decesso materno.

Eram habituais neste período o uso de recursos como flagelações, massagens, expressões vigorosas sobre o ventre grávidico, fumigações, uso de facas e ganchos adaptadas para proceder às embriotomias nos partos complicados. REZENDE(1982) diz que as parteiras, ao não darem conta do par, pediam ajuda aos seus parceiros na ignorância, os médicos-sacerdotes, aos quais pouco ou nada restava fazer senão proceder a unção dos moribundos.

Foi essa a obstetrícia da Antiguidade, entre os persas, caldeus assírios, tendo sido um tanto aperfeiçoada pelos hebreus e egípcios. Estes últimos parecem ter sido os inventores da cadeira obstétrica, pois há ainda na atualidade, baixos-relevos mostrando a parturiente nela instalada, bem como papiros com inscrições de exames do aparelho genital, conselhos sobre posturas especiais para parir e ensaios sobre diagnóstico de gravidez através da urina.

Na *Lex Regia* de Numa Pompílio (715-673 a.C) encontra-se a mais antiga documentação sobre a operação cesariana, sendo que essa era autorizada como lei que permitia a abertura do ventre de mães falecidas para salvar o feto vivo. É por essa época que termina o chamado primeiro período da obstetrícia.

Já o segundo período, segundo REZENDE(1982), inicia-se com Hipócrates (460-377 a.C.) e terminou por volta do terceiro século da era cristã. Hipócrates é considerado o pai da medicina principalmente por ter feito a separação entre essa prática e a religiosa e também por ter criado preceitos próprios para a profissão. A partir dele, a medicina se baseou sobretudo na observação e na experimentação.

A obstetrícia também sofreu da influência hipocrática por muitos séculos, e os médicos hipocráticos em muito contribuíram com o desenvolvimento dessa prática. Eles estudaram os sinais de gravidez, tentaram definir métodos para saber o sexo do feto, preconizaram a sucussão⁷ para os partos demorados e os esternutatórios⁸ no secundamento, ensinaram a diagnosticar a morte do conceito pelo exame da mamas da gestante. Comentaram também a diversidade das apresentações fetais e fizeram alusões à existência das circulares de cordão. Pelos relatos que deixaram parecem ter conhecido o espéculo vaginal e que utilizavam a prática do toque vaginal, tal a minúcia das suas descrições sobre a dilatação do cérvix grávidico.

⁷ Nos casos de apresentação anômala, prolapso de cordão ou procidência de membros, Hipócrates aconselhava a sucussão, ou seja, colocar a mulher de cabeça para baixo e dar puxões em seu tórax para **“aumentar o espaço uterino”** e acertar a posição do feto, que então deveria nascer em posição fisiológica.

⁸ Esta prática consistia em colocar a parturiente com as pernas afastadas, deitada de costas e amarrada ao leito. Após esse preparo da parturiente, dois ou mais homens fortes erguiam a cama verticalmente, agitavam-na lateralmente e a deixavam cair bruscamente sobre ramos ou folhas para amortecer o choque. Pretendiam assim facilitar a descida do bebê e um parto mais rápido.

Mas, a despeito desse interesse masculino sobre as artes da parturição, as parteiras ainda foram por muitos séculos as donas da real e quotidiana prática obstétrica. Elas eram louvadas em seu ofício, sendo reconhecidas e citadas por filósofos como Sócrates e Platão. Devido aos seus conhecimentos, eram mulheres diferenciadas que podiam celebrar matrimônios, prescrever medicamentos, interromper gestações, uma vez que o abortamento provocado não era punido e a legislação vigente era tolerante com tal prática. Dentre as poucas coisas proibidas às parteiras estavam a embriotomias, ou seja, a retirada, sempre traumática, do feto morto do ventre materno. Nessas manobras, usavam-se aparelhos especiais, de uso somente permitidos aos homens.

Soranus de Éfeso, morto em 138 d.C, da Escola de Alexandria, no Egito foi o autor do mais antigo tratado de partos, chamado *De Mulierum Passionibus*. Esse tratado foi adaptado para ser utilizado por parteiras, por serem elas, na época, as principais donas do ofício, evidenciando um fato que mostrava a diferenciação social dessas mulheres, que não só eram mais letradas, como também detentoras de conhecimentos não acessíveis às outras mulheres.

O terceiro período da obstetrícia começou no século III e foi até o século XV da Era Cristã, coincidindo, assim, com o que se define historicamente como a Idade Média. Mesmo sendo dividida em três períodos (alta, média e baixa), a Idade Média é muito lembrada pelo longo *Período das Trevas* que ficou marcado na história da humanidade como a época da *Caça às bruxas*, no qual morreram cerca de 100.000 mulheres. Rezende(1982) refere que, mesmo sendo este um período historicamente longo, essa foi uma fase de grande estagnação e retrocesso para o conhecimento na área obstétrica, por ser a época da mais marcante e crescente influência da Igreja Católica sobre as artes, a ciência e a filosofia, influenciando também a prática popular de partejar que ainda era predominantemente feminina.

Nessa época houve um importante decesso do valor da mulher na sociedade, influenciado pela associação da atividade das parteiras com a bruxaria e com a magia negra. Já na Alta Idade Média não mais se permitia a versão interna para o parto ser cefálico e, devido à isso, aumentaram sobremaneira as embriotomias, predominando o feticídio que era calcado no preceito estoíco de que o feto não tinha alma enquanto estivesse no útero materno. Esse retrocesso encontra a justificativa no fato de que, nessa época, principiou o interesse dos homens médicos pela prática obstétrica. A introdução de novas técnicas, nem sempre mais seguras foi um dos motivos da perda progressiva do saber sobre a arte entre as mulheres que a praticavam.

Do século XI até o fim da Idade Média, viveu-se um período de ostracismo para a Obstetrícia, também marcado por profundos preconceitos religiosos contra as mulheres que detinham algum conhecimento sobre a saúde e a doença. Foi nessa época que começou a caça às bruxas e as primeiras a serem sacrificadas foram as parteiras, identificadas, dentre outros sinais físicos, por terem a unha do dedo mínimo da mão esquerda longa e com a ponta muito fina, tal qual um estilete por ser

finamente limada, pois era esse seu instrumento para romper a bolsa das águas durante os partos. Talvez venha daí a simbologia até hoje presente nos contos infantis de que as bruxas teriam as unhas da mão muito longas e cortantes.

No século XII, a Igreja Católica proscree o aborto provocado. É também quando se começou a discussão filosófica sobre a alma já estar presente ou não no feto, quando ainda no útero. A obstetrícia começou a ser exercida por sacerdotes e os filósofos e teólogos passaram a ter profunda influência na medicina. A astrologia se tornou uma importante ciência, e os fenômenos da reprodução ficaram subordinados aos planetas e as estrelas, não mais se examinavam os doentes e as grávidas. Era proibido palpar-se ou tocar, práticas então pouco decorosas e condenadas pela Igreja. Este período da história da obstetrícia termina por volta do século XV, e o médico dessa época *era um clérigo, exprimia-se em latim, desprezava o trabalho manual, fugia do sangue, abominava a cirurgia, que o iria obrigar a arrepanhar a majestade das vestes, maculando-se na sangria degradante*(REZENDE,1982:9).

O quarto período da obstetrícia, considerado pelos historiadores como o ressurgimento da verdadeira ciência e arte dos partos, foi do século XVI até o século XIX e coincide com a ascensão da ciência moderna e também com o afastamento lento mas progressivo das mulheres da prática de partejar. Assim, a arte das parteiras foi primeiro esmagada pela Igreja e depois pela Medicina, na medida que essa última passou paulatinamente a ser responsável também pelos partos dando preferência aos das mulheres ricas e ficando as pobres ainda sob responsabilidade das parteiras leigas.

Mas a arte feminina de partejar não morreu, apenas definiu-se de uma outra forma. Passou a ter lugar no espaço privado do lar, entre mulheres da mesma família, pois ainda era grande o medo pelo elevado número de parturiente, que morria nos emergentes hospitais, chegando em alguns casos a 70%, e nunca ficando abaixo de 30%, do total de partos feitos.

Em 1513 foi publicado um livro de Eucário Rösslim que é considerado um marco na história da obstetrícia. Ele o escreveu a pedido da princesa Catarina de Saxe e o intitulou '*De Partu Hominis*', tendo sido dedicado ao ensino das parteiras e teve, sucessivamente, cerca de cem edições em inglês, francês e italiano. Nesta época, já havia vários estudos escritos por médicos sobre o corpo feminino e a arte dos partos, mas esse não se envolviam com os partos, sendo chamados apenas em casos extremos.

Em torno do século XVIII, principiou o chamado Século das Luzes. Importantes acontecimentos ocorreram, dentre eles a origem da Ciência Moderna. A partir dessa data, começa a tomar forma a sistematização e o registro das descobertas das ciências. Por isso, me deterei nos eventos e publicações que, de alguma forma envolveram a mulher, sua saúde, seu corpo, a maternidade e a medicina e que, seguindo os novos cânones científicos, foram escritos e colocados em circulação.

Francis Bacon em sua obra máxima *Novum Organum*, publicada em 1620, inaugurou a Ciência Moderna e definiu 'o' método científico que veio dar legitimidade e coerência aos escritos científicos. Várias obras foram escritas com base na sua metodologia, tendo a área médica incorporado com grande interesse o novo espírito científico.

Também Isaac Newton preocupou-se com o método e com a ciência e uma das grandes obras publicadas na área médica evidenciando a concepção newtoniana e mecanicista de mundo foi '*De Corporis Humani Fabrica*' de Andreas Vesalius (1514-1564). Essa obra, ricamente ilustrada, trazia detalhes do aparelho genital feminino inclusive com as diferenças que a gravidez lhe impõe. Esse livro também explicou a morfologia do genitália interna e mostrou a riqueza das vascularizações e as diferentes camadas da musculatura uterinas. Nessa obra, pela primeira vez, utilizou-se a denominação de *pelve* para os ossos da bacia feminina, curiosamente o mesmo nome da bacia que era então usada pelos cirurgiões-barbeiros e que tinha um formato de rim.

Outro grande nome da medicina obstétrica e cirúrgica foi o de Ambroise Paré (1509-1590). A ele se atribui o fato de ter associado a cirurgia com a tocurgia⁹, ou seja, a arte de partejar. Paré, que começou como cirurgião-barbeiro em 1536, foi licenciado apenas como *idone et suffisant pour guérir les clous, bosses, anthrax et charbons*¹⁰ mas, devido a sua grande habilidade como médico, chegou a cirurgião do Rei e serviu, assim, a grande burguesia francesa.

Paré, como cirurgião, criou o método da ligadura dos vasos para conter hemorragias e, dessa forma, aperfeiçoou as técnicas cirúrgicas das amputações nos feridos de guerra. Também restabeleceu a versão interna para partos que, por séculos, havia sido esquecida. Estudou os movimentos dos ossos pélvicos durante o parto e daí aconselhou posições que melhor favoreceriam o percurso fetal. Desenvolveu ainda instrumentos e aperfeiçoou técnicas, construiu diferentes modelos de espéculos vaginais, aperfeiçoando alguns instrumentos para melhor conduzir o parto. Paré aconselhava a cesariana *post-mortem* para salvar o feto ainda vivo, mas condenava-a estando a mãe ainda viva, pelos riscos que envolvia esta cirurgia na época.

Como Paré não sabia latim, língua vernácula usada pelos cientistas e estudiosos, suas obras eram escritas em francês e, por isso mesmo, foram de grande utilidade para as parteiras e para os cirurgiões-barbeiros, a quem eram particularmente dirigidas. Um de seus livros *De la génération de l'homme, et de la manière d'extraire les enfants hors du ventre de leur mère* publicado em 1573, devido à sua forma popular de usar a língua francesa, valeu-lhe a acusação de imoralidade pela Faculdade de Medicina de Paris, problema dirimido em parte pela sua grande competência como parteiro e cirurgião e também pela defesa que lhe fez o Rei.

⁹ De tocus, parto, ou seja, cirurgia para fazer nascer.

¹⁰ 'Idôneo e capacitado apenas para curar os furúnculos, os inchaços, as feridas purulentas e as queimaduras'.

Paré é seguido na escola francesa por Guilleméau (1550-1609), que lhe traduziu toda a obra para o latim. Foi esse último um dos predecessores dos grandes obstetras franceses do século XVII, tendo sido um dos primeiros a insurgir-se contra o hábito dos partos serem assistidos por mulheres e curiosas e exortando os cirurgiões a estudarem e praticarem mais a obstetrícia, uma prática muito estigmatizada e mal vista pelos médicos.

Outro importante nome desse período foi o de Gabriel Fallopio (1523-1562), lente¹¹ de anatomia em Ferrara, Pisa e Pádua. Estudou as trompas e o aparelho de sustentação dos órgãos genitais femininos, mostrando assim a gênese dos prolapsos, que até então eram julgados como uma tentativa da mulher em transformar sua 'incompletude' feminina em algo próximo a um pênis, crença esta que sobreviveu, segundo BERRIOT-SALVATORE (1991), até o fim do século XVII.

Com todas as descobertas feitas até a época, permaneceram vivos vários mitos acerca da fecundação, fenômeno que ainda sofria a forte influência dos princípios da filosofia galênica, que descrevia a mulher como um ser incompleto, impotente e débil e que tinha no útero a raiz de todos os seus males. Também as descobertas reafirmavam a teoria seminista¹², na qual apenas o homem participava da concepção e deitava na mulher o embrião *já pronto*, servindo a mulher como uma caixa vazia na qual se desenvolvia o feto. (BERRIOT-SALVATORE 1991)

Mesmo com a descoberta de Jeronimo Fabrizio (1537-1619), da Escola de Pádua, sobre o desenvolvimento do ovo humano, na qual ele intuiu a participação feminina na fecundação, não houve grandes mudanças nessa concepção. Fabrizio publicou duas importantes obras sobre a participação da mulher e dos ovários na geração da vida: *De formato foetus* e *De formationi ovii et Pulli*'.

Começava a ser posta em dúvida a velha tese que vinha de Aristóteles, sobrevivera a Hipócrates e fora reforçada por Galeno, sobre a imperfeição e a debilidade femininas, revelando um novo estatuto moral da mulher e pondo em risco o até então legítimo poder do homem sobre a família e a sua descendência. Mas, de fato, a teoria seminista só veio a sofrer algum abalo em 1672 com a publicação do livro *Novo tratado dos órgãos genitais da mulher*, do holandês Regnerus de Graaf, que estudou o ciclo ovariano e esclareceu finalmente o papel da mulher e dos ovários na geração da vida. A hipótese de De Graaf suscitou um vivo debate e uma grande resistência entre os estudiosos do assunto em toda a Europa.

Lamy, um médico fiel aos preceitos hipocráticos, em resposta a De Graaf publicou, em 1678, uma *Dissertation contre la nouvelle opinion, qui prétend que tous les animaux sont engendrés d'un oeuf*¹³, na qual expunha os medos androcêntricos e as debilidades da ciência da época, afirmando que *uma vez que a teoria ovista põe em perigo a dignidade humana, o homem fica rebaixado ao nível dos ovíparos e despojado*

¹¹ Equivalente hoje ao cargo de professor titular, o dono da cadeira daquela especialidade.

¹² Teoria que sobreviveu até o século XVII, se originando do latim *sēmen* que significa semente, origem da vida.

de todo o seu poder, pois só a mulher traz em si a semente da vida (BERRIOT-SALVATORE,1991:429).

Também as parteiras do século XVI reproduziam muito das várias posições patriarcais da ciência e da medicina da época. A parteira da rainha Maria de Médicis, Louise de Bourgeois (1563-1636), adquiriu grande notoriedade por ser hábil versionista, além de sagaz observadora dos fenômenos da parturição. Ela prescrevia o esvaziamento uterino nos casos de hemorragias por placenta de inserção baixa e acreditava também que o útero era a grande causa da debilidade feminina. Dizia que sem os males que este órgão provocava nas mulheres elas *poderiam igualar a sua saúde à dos homens, tanto no corpo como no espírito, mas Deus quis que elas fossem inferiores nisso, para obviar a inveja que um sexo poderia sentir em relação ao outro*. (BERRIOT-SALVATORE,1991:423)

Depois do mito da mulher incompleta, surgiu o mito da mulher-útero, enraizado em representações como essa de De Bourgeois. A partir desses conteúdos simbólicos e imaginários esse passou a ser um órgão quase autônomo, uma víscera tirânica que estava presente em grande parte da gênese das doenças femininas, submetendo a quase totalidade das ações e das afecções da mulher ao seu 'império' absoluto.

Tentava-se explicar a mulher através dos estudos sobre o útero, esse órgão estranho, dotado de vontade própria pois *se o órgão da sexualidade feminina tende a devorar, a tornar seu, se inflete todo num movimento psíquico segundo esquemas fechados e circulares*¹⁴, *compreendem-se as dificuldades da mulher para evadir de si própria, para ultrapassar os limites da sua vida afetiva*. (BERRIOT-SALVATORE,1991:422) Órgão que dava identidade a mulher, ele também explicava a sua vulnerabilidade e a fatalidade do seu destino, ou seja, de consumir-se a cada filho, de deixá-la cada vez mais à mercê de sua sexualidade, pois era esse o seu 'destino de mulher'.

Gestar, parir, cada vez mais reforçavam a temporalidade diferenciada e a fragilidade da mulher perante os homens, aspectos estes que a medicina, a nova ciência, fez questão de reafirmar. Segundo BERRIOT-SALVATORE(1991), toda a terapêutica dirigida à mulher sempre baseou-se numa idéia comum aos médicos, moralistas e teólogos: a mulher está sujeita ao seu sexo e através dele deveria ser entendida e tratada.

Na seqüência de estudos para descobrir os segredos da reprodução da vida, são descobertos os espermatozóides por Luís de Hamm e pelos holandeses Huyghens e Leuwenhœck, no fim do século XVII. Uma grande e nova polêmica se cria nos meios médicos e entre os clínicos que não podiam aceitar que o homem contribuísse com a geração da vida com um pequenino *verme*.

¹³ Tradução livre - Dissertação contra a nova opinião que pretende que todos os animais são engendrados de um ovo.

¹⁴ Uma apologia à anatomia do útero, na qual a sua musculatura, o miométrio, se fecha em círculos concêntricos que se cruzam sobre si.

Em 1759 Morisot Deslandes publicou o seu livro "*Traité des Accouchements*¹⁵", um tratado sobre os maiores problemas com que se defrontavam os obstetras do seu tempo, quando eram comuns as hemorragias mortais e as distócias durante o parto. Ambas eram causadas pela má alimentação, que provocavam o raquitismo e as carências de fatores de coagulação, que acometia grande parte da população.

Era grande a preocupação dos médicos de sistematizar seu conhecimento, bem como de divulgá-lo, seguindo os novos cânones científicos desenhados pelos iluministas, que pregavam que o conhecimento devia fazer-se através da experimentação e ser partilhado entre os pares.

As mais eminentes personalidades da obstetrícia da primeira parte do século XVIII foram, segundo Rezende(1983), Guilherme Smellie (1697-1763) na Inglaterra, e na França, André Levret (1703-1780). Ambos foram profundamente influenciados pela nova disciplina imposta às ciências, o que se podia perceber na sua forma de escrever, trocar idéias e pesquisar. Seguindo a necessidade de aperfeiçoar o saber e a segurança na abordagem às pacientes, aperfeiçoaram o fórcepe, criando a curvatura pélvica no instrumento, que até então era reto.

Levret publicou em 1753 o seu livro *L'art des Accouchements, démontré par des principes de physique et de mécanique*¹⁶, volume de muitas reedições, onde explicava a mecânica do parto através das leis físicas. Levret foi quem criou o modelo de fórceps de ramos longos que ajudava nas preensões acima do estreito superior da bacia materna, um tipo de preensão condenado posteriormente, uma vez que aumentava a mortalidade fetal. Como Smellie, Levret também restringiu operação cesariana, aguardando pacientemente os partos acompanhava-os observando a progressão das suturas e fontanelas do feto. Foi Smellie que difundiu a posição de parir em decúbito lateral, comum até hoje na Inglaterra.

No século XVIII surgiu uma das maiores figuras da Obstetrícia moderna, Jean-Louis Baudelocque (1746-1810), exímio na arte *de bem guiar os partos*, tendo sido ele quem salvou o fórcepe dos exageros do mau uso, pois formulou preciosas regras para seu uso, algumas seguidas até a atualidade. Escreveu um livro endereçado às parteiras rurais, chamado *Principes sur l'art des accouchements*¹⁷, publicado em 1776.

Como a febre puerperal era uma doença que afetava mais da metade das parturientes que tinham partos hospitalares e as afastava dos hospitais-maternidade, Baudelocque intuiu que as parteiras tinham uma técnica melhor desenvolvida que os médicos para conduzir os partos sem infecção, pois as mulheres as procuravam mais e a mortalidade era também muito menor. Devido à essa intuição passou a observá-las para entender o índice significativamente menor de mortes por infecção pós-parto e percebeu que elas faziam poucos toques vaginais. Também com elas aprendeu a arte de associar a técnica da palpação abdominal com a descida do feto, diminuindo a

¹⁵ Tratado de Partos.

¹⁶ A arte do partos, demonstrada pelos princípios da física e da mecânica.

freqüência do toque vaginal, passando a fazê-lo apenas em caso de absoluta necessidade.

Na esteira das invenções que visavam emprestar uma aura de cientificidade à medicina, Baudelocque criou o pelvímetro¹⁸, aparelho que levava o seu nome e que visava diminuir a prática do toque, até então feita abusivamente pelos alunos e professores de obstetrícia, o que facilitava a infecção do útero e do canal de parto, aumentando a morbimortalidade materna e fetal.

Na França o *Hotel Dieu* era um hospital reservado ao ensino das parteiras, mas o mesmo não ocorria na Alemanha e na Inglaterra, por isso nesses países cresceu mais uma obstetrícia de face *masculina*, enquanto que na França ela tinha uma face bastante feminina. Nesse país surgiram algumas parteiras que se tornaram célebres na arte de partejar, como Marie-Louise la Chapelle (1769-1821) e também Marie-Anne-Victoire Boivin(1773-1841), o que mostra o florescimento das habilidades femininas onde há espaço para a sua emergência.

La Chapelle era professora de partos e operava com desenvoltura. Deixou um livro sobre a *“Pratique des Accouchements”*, resultado de sua imensa prática obstétrica, referente aos 40.000 partos pessoalmente assistidos, dentre os quais muitos descritos. Falava com segurança das apresentações de face e dava, nesse livro, prudentes conselhos sobre não se *‘efetuar a versão externa ou se aplicar o fórcepe enquanto a dilatação não se tivesse completado’*, conselhos ainda atuais e praticados.

Marie-Anne formada pela Universidade de Marburg foi também obstetriz brilhante. Tal era a sua habilidade em identificar as apresentações fetais que diziam ter ela um *olho na ponta do dedo e*, até a atualidade, este é o símbolo da Escola de Obstetrícia de Estrasburgo, na França. Era discípula de La Chapelle a quem dedicou o seu livro, ornado com gravuras feitas pela própria autora, chamado *“Memorial de l’Art des Accouchements”*, publicado em 1812. Nesse livro dissertou sobre a mola hidatiforme (que simulava em tudo uma gravidez, sendo um mistério para grande parte dos médicos) e sobre as prováveis origens das dores do parto, as quais estudou em si própria mediante o toque vaginal, tendo-as localizado no colo uterino.

Rezende (1982) afirma que a Obstetrícia realmente se desenvolveu no século XIX, quando Laennec revelou a técnica da ausculta cardíaca e Lejümeau de Kergaradec adaptou-a para se poder ouvir os batimentos cardíacos fetais no ventre materno, fato que ocorreu em 1821.

Em 1843 o americano Holmes, entreviu a etiologia da febre puerperal, que foi finalmente esclarecida por Semmelweiss em 1847. Este último introduziu algumas práticas para diminuir a incidência da febre nas pacientes sob seus cuidados, como lavar as mãos com uma solução antisséptica e não fazer partos após ter feito necropsias. Obteve, com essas medidas, baixas significativas no número de mulheres

¹⁷ Princípios sobre a arte dos partos.

¹⁸ O pelvímetro é um aparelho, semelhante a um compasso que visa avaliar externamente a qualidade da pelve materna para o parto normal. Na pelvimetria se avalia os diversos extremos dos diferentes diâmetros da bacia materna(Rezende, 1982:95).

que contraíam a febre. Semmelweiss tornou-se objeto de falas jocosas pelos seus pares e alunos, que não viam nenhuma relação entre as práticas por ele adotadas e a baixa na incidência da febre.

A antissepsia foi propugnada por Lister em 1867 trinta anos mais tarde da descoberta de Semmelweiss e só doze anos depois em 1879, Pasteur veio a formalizar a Teoria Microbiana. Mas, curiosamente a área da Obstetrícia demora ainda algumas décadas para vir a utilizar esses conhecimentos sobre a bacteriologia.

A anestesia foi, por sua vez, incorporada à obstetrícia mais cedo, tendo Simpson a utilizou em 1847, ainda de uma forma tímida, pois a dor do parto sempre foi vista como natural e suportável. Se, por um lado, essas descobertas e tecnologias médicas facilitaram e favoreceram a arte dos partos, também disciplinaram e medicalizaram mais esse momento da vida feminina.

B - O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO E DE DISCIPLINARIZAÇÃO DA MULHER

A medicina, tal como a conhecemos hoje, teve seu alvorecer no final do século XVIII. A partir dessa data, foram sendo reelaboradas as noções de disciplina e higiene, que tiveram fundamental importância para o processo de medicalização da sociedade que aconteceu daí em diante, esse processo só foi mais claramente visualizado nos séculos seguintes.

TUBERT diz que, nessa época:

o discurso médico a partir do Iluminismo manifesta uma dupla tendência: por um lado se interessa cada vez mais pelas mulheres, seus sofrimentos específicos, nas busca de um atendimento eficaz; por outro, essa preocupação pela mulher a invalida mais do que nunca. (TUBERT,1996:60)

SHORTER (1984) diz que, antes de 1900, a feminidade era, para a maior parte das mulheres, um *conceito inteiramente negativo*, um fardo que elas *carregavam com resignação*, incluindo a aceitação da *fragilidade do seu corpo* e da *precariedade da sua saúde*, fatos que eram reforçados de várias maneiras pelo discurso médico. Este fundou-se, desde então, sobre a medicalização sofrida tanto pelos corpos individuais, como pelo corpo social, em um processo que se reporta à crescente dependência que ambos viriam a ter da medicina.

A mulher foi um dos vértices desse processo e passou a ter um importante volume de discursos médicos voltados para si, pois dela dependiam muitas das mudanças pretendidas na sociedade. Em um contexto de mudanças políticas e sociais, a ciência médica começou a construir seu domínio, utilizando-se para isso da produção de conhecimentos eficazes para diminuir os sofrimentos físicos e também sociais.

A disciplina surgiu como uma noção emergente que poderia dar conta da desorganização social e a medicina se serviu dela para aumentar sua área de influência. A obstetria, como sub-área médica que era, também começou a perceber as suas possibilidades de interferência no corpo social e individual. Quem detivesse, na época, o poder sobre a fecundidade feminina e sobre os processos reprodutivos, poderia, com certeza, ter um importante poder social.

FOUCAULT diz que, no século XVIII, o poder disciplinar foi se aperfeiçoando *como uma nova técnica de gestão dos homens*. Ressalta ainda esse autor, que muito se fala sobre as grandes invenções técnicas do século em questão, mas que a nova maneira de *gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil do seu trabalho e sua atividade* foi uma das grandes, se não a maior das invenções dessa época. (1992:105)

A disciplina passou a exercer seu controle não sobre o resultado mas sobre o desenvolvimento de uma ação, agindo nos meios e tendo fins claros, estimulando o desenvolvimento da *arte do corpo humano* que devia trabalhar, produzir, ser limpo, ter hábitos sadios e comportamentos adequados para viver mais e melhor.

Criaram-se normas, regras, comportamentos que atingiram o indivíduo em sua singularidade de forma contínua, constituindo-se o que FOUCAULT(1992), inspirado no modelo do panóptico de Bentham, denominava *pirâmide de olhares*, na qual todos vigiavam todos, construindo as ações que normalizavam o corpo social. Foi dessa forma que ocorreu a emergência da *sociedade da normalização*, ou seja, criou-se um *sistema minucioso de coerções disciplinares* que garantia efetivamente a *coesão deste mesmo corpo social*. (FOUCAULT,1992:105)

Nessa rede de normalização, também a medicina se disciplinou. Ela era até então, uma prática baseada no indivíduo, cujo ponto fundamental estava apoiado no conhecimento de textos e na transmissão de receitas mais ou menos secretas. A sua intervenção estava centrada no conceito de crise, durante a qual o médico observava o doente e também os primeiros sinais da doença, quando se instalava a crise. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico, sendo que este era um *aliado da natureza* contra a doença.

Neste contexto descrito, a obstetrícia ainda não era considerada como uma especialidade digna dentro da medicina, mas já produzia discursos de conhecimento e de técnicas que influenciavam as parteiras leigas. FOUCAULT(1992) diz que, nessa época, meados do século XVIII, o hospital era um local onde se recolhiam toda sorte de párias sociais, como os pobres, os loucos, os mendigos, as prostitutas e os doentes terminais e era, por isto, considerado um local de desordem e também um foco contínuo de doenças.

Mas, no bojo dos processos *de ordenação* das populações e do meio insalubre e caótico das cidades, tanto a medicina como o hospital passaram a ter novas funções sociais, pois era preciso não só tratar o corpo doente, mas também mantê-lo sadio. Com isso, além da medicina, outro ator entrou em cena, para tratar os corpos e sanificar o meio: a mulher, um dos mais importantes aliados da medicina na grande empreitada que se iniciou.

A mulher começava a ser vista e entendida de forma diferente da que fora até então. Depois de séculos de desqualificação ela teve que ser reconstruída por aqueles que tanto fizeram para classificá-la como um ser incompleto, um homem inacabado, alguma coisa melhor que a animalidade, mas nunca um ser humano completo.

Com a instauração dessa nova forma de olhar, a mulher passou a ser necessária para não só gestar, parir e amamentar os filhos mas, sobretudo, para criá-los com boa saúde. Também deveria cuidar com devoção da família e do lar, pois nela estava a garantia de gerações futuras fortes e sadias.

Mas, além da reconstrução filosófica, psíquica, fez-se necessário intervir no corpo feminino melhorando suas condições físicas e sua disposição para a

maternidade responsável e dedicada. A mulher e seu corpo tornam-se então um dos principais alvos da disciplina social, tendo início um elaborado processo de medicalização do gênero, que se reproduz até hoje.

KNIBIEHLER(1986) diz que a mulher foi reintroduzida no discurso científico, filosófico e médico principalmente por suas *funções reprodutivas*, como afirma TURNER (1984) até então as mulheres eram quase uma deformidade do gênero humano.

Através do conhecimento e da autoridade médica, o corpo feminino passou a ser o foco de controle social, e isso se deu porque as mulheres *produziam homens* e estes se faziam necessários em quantidade e em qualidade para a nova sociedade que emergia. Dessa forma, urgia cuidar dos futuros homens e mulheres e, como consequência, o corpo da criança foi um dos primeiros a ser medicalizado pela nova medicina científica, vindo, em seguida o corpo da mulher.

A disciplina corporal começou a ser redesenhada e o rousseauísmo¹⁹ contribuiu muito para isso. Rousseau pregava princípios de uma nutrição adequada, na qual deveria abundar verduras, leguminosas frescas e restringia o consumo de carnes, tudo isso associado a uma higiene corporal e domiciliar mais cuidadosa e, se possível, diária. Banhos frios mesmo no inverno, caminhadas para exercitar o corpo, tudo isso fazia parte da receita deste filósofo para a higidez desejada às crianças e aos futuros cidadãos. Mas, a despeito dessa intensa pregação, a maternidade continuava sendo um fardo demasiado pesado para muitas mulheres e o processo disciplinar pretendido ocorria de maneira lenta.

BADINTER (1985) afirma que a *mãe moderna*, origem do ideal de mãe do século XX, pertencia à média burguesia francesa e isso se deu por algumas razões. Inicialmente, foram as damas da burguesia a aderirem ao ideal de mulher-mãe inventado por Rousseau, pois tinham mais tempo livre do que as mulheres pobres (que tinham que trabalhar ao lado do marido) e também por que tinham poucas pretensões intelectuais ou mundanas (como as mulheres da nobreza).

Dessa forma as damas da burguesia perceberam que, através da maternidade dedicada, poderiam vir a ter uma nova razão de viver e também maior valorização social. Tal como prometia Rousseau a mãe que amamentasse teria “*a estima e o respeito do público (...) o prazer de se ver imitada um dia pela filha e citada como exemplo à filha de um outro*” (BADINTER,1985:194).

A mãe burguesa era a *sagrada rainha do lar*, nas palavras de Badinter. Ao aceitar incumbir-se dos filhos, ela melhorava a sua posição pessoal, pois acrescentava ao poder da chaves²⁰, o poder sobre os seres humanos, tornando-se, assim o eixo da família. A maternidade vai ficando impregnada de ideal, associando-se ao papel materno uma aura mística, uma nobre função que exigia sacrifício e vocação.

¹⁹ Badinter e também Farge e Davis dizem que o escritor Émile Rousseau foi um dos arautos na definição da nova mulher-mãe e foi tão importante a sua contribuição nesse processo que ele fundou uma doutrina chamada higienismo rousseauista, fonte de inspiração de vários governos nas suas políticas higienistas.

Como extensão da filosofia da maternidade dedicada surgiu, num movimento inverso, os cuidados com a mulher grávida, que devia ter seus desejos satisfeitos imediatamente. Ela não podia cansar-se, assustar-se ou ainda magoar-se durante a gestação, o parto e o puerpério. Devia o pai, acima de tudo, respeitar os desejos da gestante pois eles eram sagrados e não respeitá-los podia causar danos irreversíveis no bebê que estava por vir. BARBAUT resume esse pensamento ao colocar que:

sendo tais a simpatia e a interdependência entre a mãe e o feto que ela conserva em seu seio, pensa-se geralmente que tudo quanto possa afetar a primeira - nomeadamente as frustrações, as decepções (são os desejos ocultos)-, como que por um curioso efeito de capilaridade vem fatalmente imprimir-se, deixar marcas na pele da criança. (1990:97).

Assim, os maridos e a criadagem eram aconselhados pelos próprios médicos *para suportar os humores, sejam quais forem, de suas esposas e amas grávidas* (BARBAUT, 1990:97). A mulher tão valorizada no seu novo papel de mãe, devia ser cuidada pelo que havia de melhor na medicina, bem como pelo Estado, seus grandes parceiros para garantir seres humanos perfeitos, sadios e educados.

A mulher pobre demorou mais de um século para aderir ao ideal rousseauísta de *mãe dedicada* e para *apagar o egoísmo e a indiferença* comuns nas famílias pobres, supostamente menos estruturadas. A mulher burguesa foi quem primeiro aceitou ser cuidada na importante função de gestar e dar a luz. Entregou-se, assim, os cuidados pela obstetrícia, especialidade emergente, mas também guiada pelo saber médico-científico.

Em função de melhoras nas políticas públicas e na qualidade de vida, ocorreu um importante aumento populacional no ocidente europeu durante o século XVIII, devido aos incentivos que vinham de todos os lados. Os governos, os médicos e mesmo os filósofos, se preocupavam com a saúde da população. Em decorrência, começou a aumentar a expectativa de vida dos indivíduos, surgindo a necessidade de controlar as pessoas, os nascimentos e as mortes por mecanismos de poder mais adequados e rigorosos (FOUCAULT, 1992).

Esses mecanismos fazem aparecer a idéia de 'população', agora não mais um objeto teórico, mas um objeto de vigilância, análise, intervenções, variáveis, números, estimativas demográficas que incluem cálculo da esperança de vida, taxas de morbidade, de mortalidade, de incidência de doenças.

Definiu-se, dessa forma, a tecnologia de controle das populações e começou a problematização de novas variáveis sociais. Apareceu o corpo, tanto o individual como o social, nos aspectos do que seria a saúde e a doença, mas estas apareceram transfiguradas em elementos biologizantes que deviam assegurar não apenas a conformação e controle dos indivíduos, mas também o aumento constante da sua utilidade social e política. Nasceu aqui o desenho daquelas que se constituiriam nas

²⁰ Poder material sobre os bens da família.

políticas de saúde dos próximos séculos, até o começo do século XX, grande parte dessas políticas tiveram por base o higienismo de inspiração rousseauísta.

Dentre as variáveis a serem controladas na nova visão que emergia estavam a morbimortalidade infantil, isso pela importância que adquiria a criança como o futuro cidadão e trabalhador. Os dados da época apontam que morriam em torno de 35% das crianças nascidas na Ville de Paris, evidenciando problemas sérios nas políticas de saúde daquela cidade, pois era de 16% a mortalidade global. Foi promulgada em 1874 a Lei de Roussel que obrigava o registro das mortes ocorridas, pois até então não comunicar às autoridades as mortes ocorridas ainda era a regra (BADINTER, 1985).

Portanto, cuidar das crianças, preservá-las em sua saúde e educá-las se tornaram uma obrigação quase patriótica, e as mulheres foram convocadas para tal fim. Deu-se início a medicalização da família, com a qual colaborou acima de tudo a mulher-mãe, pois foi ela quem fez a intermediação entre a família e a medicina. A mulher devia garantir um meio físico denso, saturado, permanente, que envolvesse, mantivesse e favorecesse o corpo da criança e este meio era o da família, gerida pela mulher burguesa.

A mulher-mãe já começara a introjetar a necessidade da medicina e de sua crescente tecnologia para assegurar a qualidade da sua prole e os médicos foram seus maiores aliados na empreitada. A mãe burguesa devia também manter-se sadia e ter apenas os filhos que pudesse bem criar e educar, já a mulher pobre foi criticada por ter, como dizia Frapié (apud BADINTER, 1985:224) uma *fecundidade demasiado generosa e até irresponsável*. Ele constatou que, nas famílias pobres, ter sete filhos era comum, vendo nisso uma *fecundidade criminosa*, um crime de *lesahumanidade*, denunciando a *imprevidência* e o *vício* das classes pobres, que colocavam filhos no mundo sem poder sustentá-los.

A medicina de hoje também traz essa representação sobre a questão do número *adequado* de filhos entre os pobres, reproduzindo de formas mais técnicas as mesmas idéias de Frapié. Isso se consubstancia através dos métodos anticoncepcionais radicais utilizados pela medicina, como esterilização cirúrgica de mulheres jovens, com apenas um filho, apenas por serem pobres.

A relação quase umbilical entre mães e filhos que revela o ideal de mãe plantado no século passado fez da mulher a principal responsável pelos filhos e destituiu o pai enquanto cuidador e também envolvido nessa ação. A mulher ocidental e civilizada protetora de seus filhos é resultado da filosofia da modernidade, como se pode constatar na brilhante análise do mito do amor materno de Badinter.

Antes da construção filosófico-política e social da nova mulher-mãe no século XIX, era comum o abandono dos filhos indesejados em dispensários, como revela o sistema de rodas²¹ dos asilos, que permitia deixar a criança sem revelar a identidade

²¹ ²¹Esse sistema consistia numa roda semelhante às portas giratórias atuais, mas eram construídas em madeira e encaixados às portas verdadeiras e nelas as mães abandonavam os bebês, que eram recolhidos pelo pessoal dos dispensários. Armangaud descreveu a estatística desse abandono e disse que em 1859

materna. Este sistema só foi abandonado em 1860, sem contudo, diminuir número de crianças deixadas a própria sorte, sobretudo nas grandes cidades.

Foi longa e acirrada a luta entre os filósofos, os médicos e o Estado com as mães para que estas entendessem que a criança deveria se tornar o centro de cuidados na família-nuclear que se fundava, em substituição à grande e fragmentada família-aliança que existira até então.

A consolidação das novas formas de organização das práticas de saúde se deu na segunda metade do século XIX, quando as disciplinas de higiene e clínica já tinham, além de um discurso científico, também uma acumulação de saberes, conhecimentos e de resultados que lhes permitiram gozar de uma certa legitimidade dentro do corpo social.

Já em relação às formas de organização, associação e produção de saber da medicina, podia-se perceber claramente a sua instrumentalização técnica e a superação crescente dos seus conhecimentos científicos no último quartil do século XIX, quando descobriu-se a anestesia, a antissepsia operatória e fundou-se a ciência bacteriológica. As vacinações em massa controlaram a varíola e as medidas de higiene enfrentavam com sucesso a velha luta contra a peste bubônica.

As campanhas de higienização aplicadas às cidades melhoravam a expectativa e a qualidade de vida das populações. Esse fato reafirma o pensamento de FOUCAULT (1992) quando esse diz não haver possibilidade de exercício de poder sem a produção de discursos de verdade que funcione dentro e a partir de uma dupla exigência, na qual deve-se, ao mesmo tempo, produzir e acumular saberes que, por sua vez, vão dar suporte para a circulação e funcionamento de práticas específicas.

Produzindo resultados positivos, ocultando, de certa forma, os negativos, a medicina avançou com legitimidade crescente para controlar a saúde e a doença e também com autoridade para ditar normas, regras e leis das formas adequadas de levar a vida.

Assim um novo processo tem lugar, o do deslocamento lento da mecânica do poder. Se antes o poder se baseava na posse da terra e de seus produtos, agora ele passa a centrar-se nos indivíduos e nos seus atos e, para tanto, tornaram-se necessários novos discursos de normalização do corpo social. As disciplinas emergentes, como a química, a biologia e a medicina, veicularam um discurso homogêneo, que se baseava na normatização e na disciplinarização sobre os corpos individuais e sobre o meio social.

Como nos afiança FOUCAULT (1992) definiu-se um novo código de poder que não era mais o da 'lei do soberano' dono da terra, comum nas sociedades feudais, mas o da normalização, da disciplina ditada pelo saber médico, sendo essa a jurisprudência que regulou a sociedade daí por diante. Apareceu o conceito de *normal*,

foram 76500 crianças deixadas nestas instituições, e que ainda em 1875, quando já havia findado o sistema de rodas, quase 93000 tinham sido abandonadas (Badinter, 1985).

ou seja, dentro da norma, que podia nem estar escrita, mas implícita, como era o caso de que as mães cuidassem da saúde dos filhos e também de sua educação moral.

BADINTER(1985) diz que, embora 150 anos os separassem, tanto Rousseau como Freud elaboraram uma imagem de mulher semelhante: era a mulher que tinha na sua *natureza* um elevado senso de dedicação e sacrifício, que renunciava a si própria pelo bem-estar dos filhos e da família, qualidades que definiam a *mulher normal*. Aquelas que se distanciavam desse modelo eram acusadas de egoísmo, de maldade, de futilidade e até de desequilíbrio mental, tendo assim que assumir a sua anormalidade. Podiam também ser relegadas à solidão pelas outras mulheres e, azar dos azares, pelos homens, pois eram esses que lhes emprestavam nome, dignidade e honra.

FOUCAULT(1992) chamou de '*sociedade da normalização*' essa nova sociedade que surgiu. Diz o autor que os processos de normalização ocorreram de forma diferente nos países europeus, tendo sido a Alemanha o primeiro Estado a normalizar os médicos, enquanto que a França normalizou antes as armas de guerra, os professores, o espaço urbano e a família.

Instaurou-se, nas palavras de FOUCAULT(1992), *o jogo do cuidadoso e do cuidado*, no qual esperava-se o corpo sadio e limpo, o espaço arejado e purificado, a distribuição e numeração das casas, a identificação ao pé do leito dos doentes nos hospitais, com o registro diário e cuidadoso do seu estado. Foram essas as normas que se constituíram em algumas das leis morais essenciais da nova família burguesa, ansiosa por uma identidade tal que a diferenciasse dos pobres e a aproximasse dos ricos.

No bojo dessa procura por identidade, a família burguesa, principalmente a mulher dessa classe social, tornou-se o agente mais constante da medicalização da sociedade. Se antes, ser assistida por um médico durante o parto estava reservado aos casos extremos (nos quais esse profissional deveria trabalhar às cegas numa mulher coberta por lençóis, pois não poderia ver suas partes 'pudendas'), agora também a gestação veio a tornar-se objeto de cuidados e tratamento constante e o parto um momento especial que exigia a presença, a técnica e a perícia médicas.

Mas as mulheres pobres continuavam recusando essa modernidade e continuaram por muito tempo ainda a ser assistidas por parteiras em seus domicílios. Elas fugiam dos hospitais, focos da febre puerperal, que grassava nessas instituições, evidenciando as fragilidades da assistência que ali ocorria e que levavam à morte um grande número de mulheres.

A enfermagem moderna surgiu nesta época através de Florence Nightingale, dama da alta sociedade inglesa. Foi função primeira dessa profissão nascente ajudar a administrar e a controlar o espaço hospitalar, ministrar cuidados gerais e terapêuticos, bem como manter rigorosas observações, anotações e registros de cada paciente. Foi uma profissão que surgiu respondendo a muitos dos ideais da modernidade, como

organizar, esquadrihar, separar, anotar, enfim atender à hierarquia social que estava posta e que era, acima de tudo, masculina.

Às enfermeiras competia observar, anotar, limpar, organizar o ambiente e a própria equipe e, sobretudo, cumprir e fazer cumprir as ordens médicas, sem questionamento, percebe-se que às mulheres enfermeiras coube as tarefas consideradas femininas, ou seja, cuidar dos espaços que já eram de mulheres no mundo doméstico.

Até o surgimento da enfermagem profissional, os cuidados hospitalares ficavam a cargo de irmãs de caridade ou de mulheres sem nenhum conhecimento específico de saúde ou de higiene, o que contribuía sobremodo para a má fama dos hospitais onde imperava a sujeira e a insalubridade, fazendo-os focos de doenças e mortes, daí serem conhecidos na época como mortuários. Conforme esclarece FOUCAULT(1992), a sociedade da normalização impôs uma ordem também nesses locais, que começaram a mostrar uma clara e interessante função econômica, social e também acadêmica.

No fim do século XIX o hospital já podia ser considerado uma realidade medicamente eficaz, um lugar sistematizado para tratar e curar, onde os médicos estavam de forma ininterrupta revezando-se para garantir a eficácia terapêutica e a cura dos doentes sob seus cuidados. Fato que melhorou a imagem do local e estimulou a procura para partos também pelas mulheres pobres, que foram atendidas e servem para os experimentos de novos aparelhos e técnicas médicas. Do parto no domicílio, passou-se ao parto atendido nos hospitais, por razões econômicas e também médicas.

Como só os médicos podiam requerer as internações hospitalares, as parteiras começaram a perder espaço nestes locais. Essa foi uma das estratégias adotadas com a finalidade de afastar as parteiras da prática e que garantiu o monopólio médico dentro dos hospitais, sob a alegação de que era necessário manter o ambiente hospitalar salubre, evitando o acúmulo de doentes e a circulação de pessoas que não fossem da instituição.

O ensino clínico no meio hospitalar teve início e em torno dele se organizou uma nova medicina. A distribuição diferenciada nas clínicas de doentes, já identificadas por patologias específicas, evoluiu para o hospital especializado que, se já existia desde 1720, agora adquiriu um novo *status*, o da eficiência. As maternidades, hospitais para atender mulheres gestantes ou em trabalho de parto, aumentaram seus limites de atenção e começaram a admitir também mulheres com problemas ginecológicos, o que contribuiu, sobremodo, para a medicalização acelerada do corpo feminino, reforçando o conceito de mulher histerizada dos séculos anteriores. Cada vez mais a mulher se definia pela sua temporalidade diferenciada, onde menstruar, engravidar, não engravidar, parir, menopausar, tornaram-se um filão sem fim de intervenções médicas, fato que permanece até os dias atuais.

C - O PARTO HOSPITALAR - A EXPROPRIAÇÃO DA MULHER DO FENÔMENO DA PARTURIÇÃO NOS RITUAIS HOSPITALARES

No processo de transferência do parto do domicílio para o hospital, vários problemas se delinearam. Alguns se relacionaram mais à condução do parto nesse novo ambiente e outros ao novo estatuto que recebeu a parturiente, que agora passava a ser paciente, interessando-me, particularmente, os aspectos relacionados ao ritual hospitalar do parto e à despersonalização da mulher que ocorreu nesse processo. Este último é um problema singular por estar, segundo KITZINGER(1978), relacionado à banalização desse momento da vida feminina levando a perda do significado transcendente do nascer.

BADINTER (1985), a partir de dados históricos franceses, afirma que foram primeiro as mães burguesas a parir no hospital, mas SHORTER (1984), um historiador canadense contradiz esta autora e afirma que, antes de 1900 o hospital era visto como o último recurso para dar à luz e que somente as mães solteiras e as mulheres pobres tinham seus partos nesse local.

Diz SHORTER (1984) que, em 1920, menos de 10% dos nascimentos em Chicago aconteceram no hospital e que só em 1980 isso passou a ser a regra em todos os países desenvolvidos, à exceção dos Países Baixos. Mesmo nesses, duas mulheres em três têm seus partos no hospital. Na Alemanha nos anos 70, 98% das mulheres tinham seus filhos no meio hospitalar, enquanto que nos Estados Unidos esse índice chega a 99%. Hoje, conforme o mesmo autor, o parto no domicílio não passa de uma lembrança.

Até 1930 os médicos se interessavam sobretudo pela mãe no momento do parto e não havia quase indicações de cesariana que levassem em conta as condições fetais. A partir dessa data houve uma tomada de consciência em relação ao assunto e, em 1941 no Congresso da Sociedade Americana de Ginecologia, a maioria se pronunciou favorável às intervenções obstétricas que tinham por indicação, além das condições maternas, as fetais. (SHORTER,1984)

Com o advento da perinatologia, ou seja, cuidados que antecedem e procedem o parto e que estão relacionados ao feto e ao recém-nato, vários rituais hospitalares começam a ter lugar a fim de justificar a assepsia que a fragilidade do recém-nascido passou a exigir, e a segurança necessária para que a mãe pudesse ter um bom parto, longe dos problemas e do burburinho familiares.

Assim começou a se delinear a despersonalização da parturiente, produzida pelo *cerimonial para adentrar o hospital*, no qual ela deve ser isolada de suas relações e mesmo de seus pertences *de fora*. Esse ritual traduz-se de diversas maneiras e, no local estudado, compõe-se da colocação de roupa específica do hospital, da retirada de brincos, anéis, alianças ou de qualquer adereço, como esmalte, batom, e o encaminhamento para tomar um banho antes de ocupar o leito hospitalar.

As justificativas para esses rituais são muitas, e sobretudo medicalizadas no sentido de que as roupas *especiais* do hospital são mais adequadas para o manuseio do abdome grávidico, que elas são uma forma de não trazer contaminações de fora para dentro do hospital ou ainda uma maneira de *homogeneizar* as vestes das pacientes para que umas não se sintam diferente das outras que poderiam ter roupas melhores. A retirada de esmaltes, anéis, brincos e alianças é explicada pela teoria da contaminação externa ou ainda em função de que possa ocorrer uma possível urgência na qual esses adereços atrapalhariam.

Já o ritual que assegura o processo de assexuamento, nas palavras de KITZINGER (1978) acontece através da tricotomia ou seja a raspagem dos pelos púbicos, tal qual *um regresso ritual da área em torno do ânus e da vagina ao seu estado pré-púbere*, mesmo que até hoje não haja nenhuma prova que esta técnica amplamente utilizada, realmente reduza a quantidade de bactérias na pele. O que se sabe é que, de fato, ocorre o contrário pois há um aumento da possibilidade de infecções secundárias pela agressão à pele, provocada pela raspagem da camada superficial de células da superfície da região perineal, facilitada pelo intenso prurido que ocasiona esta intervenção.

Antes de 1930, a tricotomia era vista com muita reserva pelas mulheres, mas passa a ser recomendada pelo manual de obstetrícia da época o *William Obstetrics*, que orientava o corte baixo dos pêlos púbicos, *se necessário*. A nova edição desse manual, publicada em 1936, declarava sem ambigüidade *raspar os pêlos dos órgãos genitais externos e da região púbica* e, a partir dessa época, a tricotomia se impõe como rotina na França e na Inglaterra.

A edição de 1980 do *William Obstetrics* é mais prudente e apenas constata, sem definir *em muitos hospitais se pratica a tricotomia ou o corte baixo dos pêlos púbicos*, realidade essa que já vem mudando aos poucos em alguns países. As mudanças estão mais presentes nos partos conduzidos por obstetrizes que naqueles por médicos, mais conservadores quando se trata de mudar uma rotina consagrada pelos seus pares.

Outras técnicas comuns à que são submetidas as parturientes são a sondagem vesical e a lavagem intestinal, esta última fazendo parte do *ato ritual de limpeza e purificação*, que inclui o banho corporal, mesmo que a paciente já o tenha feito antes de vir para o hospital. São processos, segundo KITZINGER (1978), que visam *obter o controle de todos os processos corporais da mulher* que está se internado para ter seu filho. Tudo isto a pretexto de facilitar a observação da equipe hospitalar, diminuir os riscos do parto e ajudar a nascer um bebê saudável, em nome do qual a futura mãe se submete sem espaço para questionar as reais necessidades dessas intervenções.

A sondagem vesical encontra justificativa na configuração anatômica do aparelho reprodutor feminino, no qual a bexiga se posiciona anteriormente e abaixo do útero e, estando repleta no momento do parto, dificultaria a descida do feto e impediria a sua progressão. Mas é interessante lembrar que a parturiente pode urinar

espontaneamente o que quase sempre acontece quando lhe permitem se movimentar pelo espaço do pré-parto. A sondagem é imperativa no caso de operação cesariana, pois, como a incisão cirúrgica é imediatamente acima do osso púbico pode provocar uma lesão na bexiga que está com seu posicionamento anatômico alterado devido ao útero gravídico.

A lavagem intestinal é uma técnica que tem o momento certo de ser executada e pode trazer mais problemas do que soluções enquanto ritual hospitalar. Ela se justifica tecnicamente para evitar a eliminação de fezes durante os esforços para a expulsão do feto e uma possível contaminação decorrente dela, um fato que ocorre amiúde nos partos e que causaria mal-estar na parturiente que se veria exposta nesse delicado momento da sua vida. Na verdade a lavagem intestinal é uma técnica que protege quem está conduzindo o part, que não terá que ficar se preocupando com mais esse *problema*, embora ele seja perfeitamente normal nessa hora.

Também ocorre o isolamento ritual da parturiente da sua família. O pai do futuro bebê fica isolado de todo o ritual de nascimento, apenas dele participando se muito insistir, fato que, parece-nos, contribui para o reforço de que filhos e nascimento são coisas de mulher e nos quais o pai deve apenas ter papel secundário, como se fosse um ator marginal, que entra só após a cena principal ter acontecido.

KITZINGER (1978) diz ser o objetivo deste processo o controle total sobre o corpo da parturiente pela instituição, onde *o corpo da mulher torna-se propriedade do pessoal médico*, desligando-a de todas as referências pessoais e familiares, pois todos são impedidos de estar junto dela, por estar em suposto risco. Isso acontece porque ainda é forte no imaginário popular que todo parto ou mesmo estar se internando num hospital hoje traz a conotação de perigo iminente para aquele que o faz corroborando essa impressão a alta mortalidade materna em nosso País. Mais uma vez, a mulher se define pela sua capacidade de dar à vida, mesmo que a sua própria fique em segundo plano.

Em relação ao *ritual hospitalar do parto*, estão as vestimentas especiais da equipe (como gorro, luvas, aventais próprios, propés, máscaras faciais) a nudez da paciente (que é coberta com lençóis esterilizados, ficando apenas a genitália exposta ao médico que fará o parto) e a posição a que esta é submetida, deitada de costas em uma mesa estreita, com os pés em estribos, uma posição desvantajosa para fazer força e também sintomática da relação entre a mulher o médico. É ele quem deve estar confortável, na melhor posição possível, é o médico quem 'faz o parto', a mulher é apenas aquela que expulsará a criança.

Outro ato médico comum para facilitar o parto está no uso de ocitócicos, medicamentos que induzem a contração uterina para facilitar o andamento do parto. São fármacos com uma indicação clínica precisa e que exigem um controle rigoroso para não provocar sérios problemas ao binômio mãe-feto, como ruptura uterina ou anóxia fetal decorrente da hipertonia uterina, efeitos colaterais que podem causar se forem usados indevidamente. São medicamentos muito comuns em obstetria e

usados por pessoas que nem sempre conhecem seus para-efeitos, uma vez que é comum em nosso país o emprego de pessoas sem qualquer preparo para atuar na assistência à saúde.

Ainda como parte integrante do parto hospitalar está a técnica da episiotomia, uma incisão feita, na maior parte das vezes, na região lateral da vulva, uma ‘mutilação ritual’²² que tem a finalidade de alargar a vagina para facilitar a passagem do bebê e evitar as roturas incontrolladas do períneo e facilitar a sutura após um corte feito cirurgicamente. É amplamente utilizada, principalmente se a paciente for primípara²³ e inclui a sutura cirúrgica, o que faz com que todo parto transforme-se num acontecimento cirúrgico, que implica em alguns casos, no uso de antibióticos para debelar infecções locais, bastante freqüentes. A episiotomia e posterior episiorrafia são dolorosas e muito incômodas para a maioria das parturientes, que não têm argumentos para recusar essa intervenção de tão naturalizada que se encontra a sua prática.

Acrescente-se aos rituais a possibilidade de alívio da dor por meio do uso de fármacos, que ocorre no parto hospitalar e que produz *a transformação da experiência da dor*, como diz ILLICH (1975). A medicalização produziu um efeito de separação entre a paciente e aqueles que a atendem, ao medicá-la, acreditam ter cumprido a sua função de dar alívio, deixando de lado a interação pessoa-pessoa, tão valorizada pelas antigas parteiras e pelos familiares. Perdeu-se toda a rede de solidariedade que se construía em torno da parturiente, quando o parto era feito em casa, onde não só havia mais conforto, como valorizava a mulher como a principal atriz no momento de dar à luz.

ILLICH(1975) lembra que, desde a advento da medicina como a profissão moderna, ela tomou para si a responsabilidade de manter a saúde e de curar a doença, de fazer nascer e evitar a qualquer custo o morrer. Dessa forma construiu-se um conhecimento que deu conta de muitas doenças, ampliou a esperança de vida ao nascer, enfim, melhorou a qualidade da saúde e do viver, mas também expropriou o saber e a confiança das coletividades acerca de suas próprias práticas de saúde.

Esse processo conduziu a uma regressão estrutural do nível de saúde, uma síndrome chamada por este mesmo autor de Iatrogênese Estrutural, ou seja, perda de saúde por perda de autonomia sobre o próprio corpo. Nesse trabalho essa perda de autonomia pode ser traduzida pela demanda por cuidados institucionais nos períodos de gestação, parto e puerpério que, de *coisas de mulheres, vizinhas e comadres* (ARRUDA:1989), passam a ser do domínio dos profissionais e dos serviços de saúde.

ILLICH (1975) explica em seu livro *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde* que a luta moderna do homem contra a dor começa *somente quando Descartes separa o corpo da alma. Ele constrói um modelo do corpo em termos de geometria, de mecânica e de relojoaria, semelhante a uma máquina que pudesse ser reparada por um*

²² Há serviços que adotam a episiotomia como rotina em todo parto de primípara.

engenheiro (1975:138). Diz ainda este autor que o medo mesmo da dor como algo a ser evitado, domado, está na gênese da alienação popular sobre o corpo e a própria saúde.

A partir dos acontecimentos que fizeram surgir o hospital e a medicina modernos, só o médico pode dar conta do nascer, da gestação, do parto e da dor. Esses profissionais da saúde esforçam-se continuamente e eficazmente para demonstrar que não há recursos próprios dentro das coletividades que possam ser utilizados para esse ou outros fins. A esse respeito diz ILLICH:

a proliferação dos profissionais de saúde não é malsã só porque os médicos produzem lesões orgânicas ou distúrbios funcionais: ela o é sobretudo porque eles produzem dependência.²⁴ Esta dependência em face da intervenção profissional tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem..(1975:59).

Diz esse autor que a medicina cria sempre uma maneira de 'etiquetar' as diferentes fases da vida humana e 'naturalizar' o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente por estar em períodos de gestação, ter acabado de nascer, de estar no climatério, ou porque são idosas, mesmo que em todos esses momentos estejam saudáveis e bem-dispostas.

Dessa forma, a vida tornou-se paulatinamente uma sucessão de diferentes formas particulares de consumo de serviços médicos e a mulher, por ter um corpo que é responsável pela procriação, foi sendo cada vez mais expropriada desse corpo pela medicina. Nesse processo, a própria feminidade é um sintoma, uma necessidade a ser tratada por médicos quase sempre do sexo masculino, isso se estendendo ao fato de estar grávida, parir, aleitar que são outras condições amplamente medicalizáveis, tanto quanto a menopausa ou *um útero na idade em que o especialista decide que ele é demais*. (ILLICH, 1975:50)

HELLMANN (1994) como antropólogo, lembra-nos o fato de que, nas comunidades indígenas não aculturadas pela civilização moderna, 100% das mães praticam a amamentação natural e Illich vem reafirmar esse dado ao mostrar que, se em 1960 96% das mulheres chilenas amamentavam seus filhos, em 1970 elas não eram mais que 6%. São estatísticas que evidenciam a perda estrutural de saúde provocada pela entrada, em qualquer país, da medicina de mercado.

Dentre os principais sintomas dos mecanismos sociais que dificultam o retorno ou a reapropriação pelas comunidades da autonomia sobre as próprias práticas de saúde está a cultura moderna construída pela medicina acerca da dor. Diz ILLICH:

Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a toda dor. Essa interrogação é transformada em vaga

²³ Primipara, mulher que tem o seu primeiro parto, enquanto primigesta é aquela que engravida pela primeira vez.

²⁴ Grifos nossos.

ansiedade que se pode facilmente reduzir e dissolver por meio de opiáceos. Os pacientes aprendem a conceber sua própria dor como fato clínico objetivo que pode ser submetido a tratamento estandardizado (...) uma dor vivida constitui sofrimento somente se estiver integrada numa cultura (...) a cultura dá a toda dor a forma de interrogação que pode ser expressa e partilhada. (1975:135)

KITZINGER (1978), ao trabalhar especificamente as questões da expropriação dos conhecimentos e saberes que envolvem a gestação, o parto e o puerpério, diz que, ao alienar-se a dor, modifica-se seu simbolismo e empresta-se-lhe um caráter heteronômico, no qual outro passará a ser dono do ato simbólico de dar a luz, pois é ele quem controla o fenômeno da parturição.

Nesse processo o corpo da mulher tornou-se propriedade do pessoal médico, num ritual de despersonalização no qual não há lugar para a experiência subjetiva feminina, uma vez que quem vive a gestação pouco sabe dela ou do bebê que está por nascer. Este conhecimento, que era trocado e enriquecido dentro da comunidade passou a ter outro palco e outros atores: os serviços e os profissionais de saúde, dentre os quais os mais importantes são, sem sombra de dúvida, os médicos.

Ao colonizar uma cultura tradicional, a civilização moderna transformou a experiência da dor, e essa, de problema pessoal passou a ser um problema técnico, que necessita de intervenção exterior. Este fato que contribuiu, sobretudo para recriar o simbolismo da dor numa heteronomia que requer a transferência de seu significado e domínio para os médicos que passaram a ser os responsáveis pelo seu entendimento e resolução.

Ao transformar-se o simbolismo da dor esta muda de significado e, de fenômeno individual, passou a ser entendida como um acontecimento técnico-profissional que se traduz em uma demanda aguda por medicamentos, hospitais, serviços de saúde, que são legítimos para resolver a dor e a doença. Dessa maneira, o saber médico, ciosamente, automatiza e recria continuamente, o seu poder e competência para dar conta de *todos* os problemas que os indivíduos possam ter, criando as mais variadas sanções para aqueles que ousam adentrar nos seus domínios, podendo desacreditar ou mesmo proibir práticas populares de cura que, porventura, existam dentro da rede social.

Se ILLICH (1975) trabalha as questões gerais da expropriação da saúde humana pela medicina, KITZINGER problematiza as que envolvem o gestar e o parir, fenômenos da vida feminina profundamente expropriados pelo saber médico. Diz esta autora que *quanto mais o parto for conduzido por especialistas, maior será a probabilidade que o comportamento da mãe seja afetado por fatores externos e sociais e não por fatores internos provenientes do seu próprio corpo.* (KITZINGER, 1978:86)

Dessa maneira, KITZINGER mostra que o parto reflete valores culturais que variam de acordo com a sociedade onde for vivenciado, mas lembra também que, *quem tem o poder sobre a fertilidade, controla a sociedade* (1978:101).

Mas como entender a intensidade com a qual as pessoas se entregam ao ato médico? O processo de medicalização a que está submetida a sociedade, parece-nos, explica parte desse fenômeno, enquanto a automistificação dos poderes ilimitados da medicina e da própria figura do médico no contexto social, explica outros importantes aspectos dessa entrega. No caso da saúde a mistificação está não só presente como é parte integrante da identidade da profissão.

Como bem lembra ILLICH (1975), o impacto das ações médicas sobre a saúde global é uma falácia bem alimentada pela própria medicina, pois ela e suas muitas ações ocupam um modesto terceiro lugar na escala de saúde, vindo, em primeiro lugar, até as condições do meio onde vivem as pessoas e, em segundo, as condições de saneamento desse meio. No primeiro item da escala, incluem-se desde a quantidade e a qualidade da alimentação, até as condições de habitação, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população. No segundo, as condições de saneamento lembra o mesmo autor são muito mais eficazes se forem gestadas dentro da própria comunidade e não impostas de fora, a partir de outros saberes.

Outra falácia, diz ILLICH(1975), é de que haveria uma correlação *natural* entre a intensidade do ato médico e a frequência de curas. Essa correlação, jamais provada, é um dos alicerces em que se apoia a prática médica contemporânea. Basta nos lembrarmos da questão da mortalidade materna, em nosso país e no mundo: mesmo havendo tecnologias simples para evitá-la, ela continua crescente, apenas decaindo nos países onde há uma noção mais elaborada de cidadania, desenvolvida em função do refinamento do conceito e, conseqüentemente, da prática dos direitos humanos.

Nas sociedades onde esse conceito está ausente ou é entendido de forma redutora e empobrecida, emergem mais facilmente diferentes nuances da violência contra os grupos menos favorecidos socialmente. Neste contexto a violência simbólica e explícita contra a mulher encontra um terreno particularmente favorável, pois se morre muito mais quando se é pobre, mulher, de raça negra e, se parturiente, por precisar de serviços públicos de saúde.

Assim confirma-se a 'lei da assistência inversa' de Tudor Hart. apud COSTA et al. (1996) na qual este diz que *a disponibilidade de bons serviços médicos tende a ser inversamente proporcional às necessidades da população atendida*, ou seja, os serviços não corrigem as diferenças entre os diferentes estratos sociais, mas os acentuam através da discriminação contra as mães e crianças mais pobres, evidenciando sua lógica perversa que não só expõe por des-assistência os mais pobres como intervém demais nos mais ricos (COSTA et al,1996).

Como exemplo desses excessos temos o escandaloso índice de cesarianas sem necessidade, que são praticadas sem critérios precisos e que contribuem de forma importante com a aumento da morbimortalidade materna no nosso País. Este é um fato que, particularmente, me chama a atenção pela autoritarismo e abuso de poder de uma classe sobre a outra, evidenciando as fortes tintas da dominação simbólica

que se encerra na relação obstetra-paciente, na qual pode se afirmar que *o obstetra é que comanda o parto, é porque ele quer o trabalho acabado tão rápida e eficientemente quanto possível, sem perder tempo nem confiar nos caprichos da natureza, ou em ritmos biológicos que não se conjugam com horários hospitalares.* (KITZINGER,1978:122)

Esse tipo de intervenção centrada no médico e em seu arbítrio anulou a mulher do acontecimento da parturição, pois como afirma ARRUDA (1989:35), no passado o parto *era um acontecimento social, ao qual acorriam a família e a vizinhança, cercando a mulher na dor e na celebração da renovação da espécie (...)uma festa na adversidade, festa em comunidade, em que o conagraçamento tentava ser antídoto da incerteza.*

Mesmo que ainda não houvesse meios ou conhecimentos necessários para eliminar a insegurança e garantir resultados, a mulher ocupava o centro dos acontecimentos, a família ajustava-se ao parto e ao *período de resguardo* (de 40 dias na maioria dos estados brasileiros), pois nesse momento todos eram solidários e o parto era entendido como um *espaço feminino por excelência, com o ir e vir aflito da vizinhança, parentes e amigas à cabeceira da mulher, contando casos, oferecendo-lhes chás, dando sugestões, compartilhado o sofrimento, acompanhando solícitas o movimento da parteira.* (ARRUDA,1989:35)

As mulheres vizinhas, as 'comadres' cuidavam de tudo, dos filhos, das roupas, do preparo dos alimentos, sempre especiais para a recém-parida e essa não devia fazer esforços, restringindo-se a amamentar o bebê, sua maior e mais especial tarefa. O recém nascido era cuidado pela parteira, que lhe curava o umbigo, dava os banhos e o vestia.

Ter tido um parto, ter dado a luz à um filho era muito significativo para a mulher e para a comunidade, um momento que se cruzavam várias obrigações e interdições, que variavam de lugar para lugar. Em algumas culturas restringiam-se determinados alimentos, em outros impunha-se rituais de higiene. Há crenças tão arraigadas que sobrevivem até hoje, como não lavar a cabeça, pois se diz que o *sangue sobe para a cabeça e pode matar a mulher.*

Na atualidade, Kitzinger diz que o fenômeno da perda do significado transcendente do nascer insere-se em outra dimensão, não mais inscrita no corpo físico, mas no conjunto da sociedade. Portanto lembre ela,

Ao realizar a despersonalização do parto e, ao mesmo tempo resolver o problema da dor, a nossa sociedade pode ter perdido mais do ganhou. Ficamos com o invólucro físico, mas o significado transcendente foi esvaziado. Ao fazê-lo, atingimos o objetivo que talvez esteja implícito em todas as civilizações altamente tecnológicas - o controle mecanizado do corpo humano e a completa anulação de todas as sensações desagradáveis. (KITZINGER,1978:128)

O que não significa que se deva desprezar a tecnologia ou fazer apologia da *humanização pela dor*, mas que deve se levar em conta as necessidades da paciente,

que estas sejam respeitadas, e que as suas opiniões sobre as tecnologias a serem utilizadas em seu corpo integrem as decisões da equipe que vai atendê-la.

É importante tentar utilizar as situações limite como o nascimento, para trabalhar questões relativas aos direitos da mulher sobre o corpo e os seus processos, reconstruindo a capacidade feminina de cuidar da própria vida, através do conhecimento, da vivência e de trocas entre os grupos interessados nos assuntos relacionados à saúde.

CAPÍTULO 3 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NO BRASIL

A - HISTÓRICO

No final do século XIX no Brasil, começaram a surgir algumas práticas sanitárias dirigidas ao cuidado da saúde, mais voltadas ao meio que às pessoas. Nesta época, as políticas de saúde centralizavam no chamado '*campanhismo*', que eram movimentos sanitaristas de inspiração francesa que visavam sanear o ambiente e também as pessoas. Isso ocorreu tanto através da vacinação em massa, como da imposição de medidas que se dirigiam, principalmente, ao combate das doenças infecciosas endêmicas, como a varíola, febre amarela e tifo.

Embora tenham sido campanhas que deram bons resultados pela amplitude de sua aplicação, não foram de fácil implantação, pois a população reagiu fortemente às autoridades sanitárias, uma vez que essas campanhas eram feitas de maneira forçada. Como as vacinas tinham caráter obrigatório, ocorreram incidentes como a *Revolta da Vacina* contra o médico Oswaldo Cruz, que foi uma reação de caráter emblemático na época, sendo motivo de piadas em jornais tal a truculência com a qual foi implantada a vacinação, sendo usada inclusive força policial para impor a medida.

A revolta da população foi o resultado do medo, pois algumas pessoas tiveram fortes reações à vacina contra a varíola, tendo ocorrido inclusive mortes. Por isso, as pessoas recusavam-se a ser inoculadas contra a varíola, mas como as campanhas eram obrigatórias, acabaram tendo bons resultados. Outro episódio histórico que causou muita reação na população foi o 'saneamento' do Rio de Janeiro, uma 'limpeza' sanitária feita pelas autoridades desta cidade que, seguindo o exemplo de Paris, empurrou os moradores de menores posses para longe do centro, mantendo os mais ricos nos lugares mais aprazíveis (CYRINO,1993).

Até 1920 não houve grandes mudanças neste modelo de trabalho adotado na área da saúde pública. Em relação à mulher, copiava-se também o modelo francês da mulher-mãe, uma vez que as preocupações demográficas e eugênicas já faziam parte dos discursos dos formuladores de políticas de saúde.

Como nos lembra D'OLIVEIRA(1996) no começo do século XX os principais focos do processo de medicalização sobre o corpo feminino incidiram sobre a reprodução e a sexualidade. Daí emergiram vários discursos disciplinadores sobre esse corpo, principalmente nas áreas de da Higiene e saúde, da Medicina Legal e da Obstetrícia, que produziram saberes e conhecimentos que evidenciavam a opção 'científico-filosófica' da época que almejava, sobretudo a neutralidade, a objetividade e a especialização dos saberes sobre a saúde.

Dessa maneira, excluíram-se os sujeitos não médicos do discurso e das práticas sanitárias sobre o corpo e a saúde, pois esperava-se deles apenas que reproduzissem e obedecessem o saber oficial. Podaram-se na raiz suas opções em criar valores para si sobre esses assuntos, bem como, fragmentou-se o corpo feminino que

passou a tornar-se apenas e tão-somente um objeto das políticas demográficas. A mulher existia para o Estado em função dessas políticas, e a medicina em muito contribuiu para a permanência da visão da mulher apenas enquanto reprodutora, cuidadora e nutriz.

A área da obstetrícia no Brasil do começo do século XX ainda competia com as parteiras, sendo considerada uma prática desqualificada dentro da medicina. Mas, tal como aconteceu na Europa, paulatinamente implantou-se como saber hegemônico na produção de conhecimentos em relação ao parto e nos assuntos relativos a reprodução, embora fossem as parteiras que dessem conta da assistência propriamente dita.

A medicina com seu saber científico passou a ditar as normas para o controle do corpo, da sexualidade e da reprodução, que fizeram do *cuidado de si* uma disciplina interminável, exigindo cada vez mais conhecimentos, tão detalhados e tão específicos, que fugiam das possibilidades das pessoas comuns. (FOUCAULT:1988)

D'OLIVEIRA (1996) diz que, neste processo, as mulheres foram induzidas a renunciar à própria autonomia em relação à saúde e, ao perder o juízo privado, também perderam todo o controle sobre o corpo, a sexualidade e a reprodução. Instalou-se já nesta época uma heteronomia na qual toda a complexidade das relações da mulher com o próprio corpo se reduziu a variantes anátomo-fisiológicas, definidas, é claro, pelos médicos, que eram os legítimos donos desses saberes.

Junto com esse processo de expropriação e desqualificação progressiva de saberes e conhecimentos que eram ainda das mulheres, estruturou-se a prática médica individual no Brasil dos anos 20, quando começou a atuar no setor público e no setor privado. No setor público gerou dois modelos de assistência, um voltado para a saúde pública e o outro voltado para o indivíduo, sendo que no setor privado seus investimentos ainda eram pouco significativos, mas mesmo assim os médicos começaram a conseguir legitimidade através de bons resultados na área do higienismo e depois na educação sanitária.

Nos anos 30 a educação passa a ser considerada uma forma mais adequada de conseguir melhorias na saúde da população. Por esse fato a educação sanitária passou a substituir o movimento campanhista e também, a antiga polícia sanitária. Nesta década as políticas públicas voltaram-se mais para a proteção da infância. Por isso, começou-se a ver na mulher um importante aliado para intervir na realidade e modificar as condições de vida das crianças, futuros cidadãos e trabalhadores.

Ser mãe, e mais, ser uma mãe dedicada e cuidadosa, tornou-se quase um dever cívico, essencial para o desenvolvimento do País. A mulher passou a ser o vetor principal na maioria dos discursos médicos, que eram fundamentalmente natalistas, isso porque havia grandes vazios no território nacional para serem povoados, e os trabalhadores brasileiros eram preferidos aos estrangeiros.

A proteção à mulher grávida, que já existia desde 1917 e proibia o trabalho de gestantes no último mês da gravidez e primeiro mês após o parto, foi melhorada no

ano de 1932. Nesta época a mulher trabalhadora, gestante ou puérpera, devia receber a metade da média salarial dos últimos seis meses e acrescentava-se a garantia da estabilidade no emprego, proibindo-se a demissão por causa de gravidez (NOVAES,1979).

Em 1940 criou-se o Departamento Nacional da Criança (DNCR), um órgão de proteção à infância e à maternidade, sendo sua inspiração maior lembrar às mulheres de que ter filhos era muito mais um dever para com a coletividade do que uma questão privada, fato que é bem evidenciado pelo pensamento de um obstetra desse serviço, traduzido nesta fala resgatada por CANESQUI:

Os órgãos da reprodução não pertencem propriamente a seu portador, pertencem mais à espécie, cuja existência e propagação são destinados a assegurar. A função daqueles órgãos interessa ao indivíduo, interessando, porém, muito mais ainda à coletividade social, que absolutamente não pode abandonar ou menosprezar a fonte donde promanam as gerações futuras. Por isso todos os governos, instituições científicas, sociedades filantrópicas e estadistas têm a atenção voltada à maternidade e à infância. (1987:29)

A visão natalista manteve-se até os anos 60 e consolidou-se através de campanhas educativas e do controle da saúde que davam especial ênfase à vacinação, à suplementação alimentar, ao pré-natal e à puericultura.

Nos anos 50 e 60 o DNCR criou os Clubes de Mães, que tinham por objetivo ensinar às mulheres noções de higiene e cuidado com a família e com os filhos e serviam ainda para implantar estratégias como distribuir prêmios às mães que melhor cuidassem dos filhos, o que era verificado pelo estado físico da criança, como lembra OSIS (1994).

CANESQUI(1987) diz que, após 1964, diminuíram os recursos para a maternidade e a infância, pois novas relações se configuraram entre o Estado e os médicos. A assistência médica individual começou a tomar forma através do aumento dos equipamentos privados custeados pela Previdência Social e, ao expandirem-se esses, esvaziaram-se as preocupações sanitárias com o binômio mãe-filho.

Ainda na década de 60 ganhavam força nas políticas de saúde os discursos da corrente neomalthusiana que propunha o controle de natalidade para possibilitar crescimento econômico e a redução da marginalidade nas grandes cidades dos países subdesenvolvidos. D'OLIVEIRA(1996) diz que esteve presente no cenário político, durante toda a década de 70 e até a primeira metade dos anos 80, o debate entre controlistas e anticontrolistas, fato que influenciou fortemente as políticas públicas referentes às mulheres.

Em 1966 foi fundada a BENFAM, uma Sociedade Civil de Bem Estar Familiar, com objetivos claramente controlistas. Em 1979, esta entidade privada já desenvolvia programas verticais de controle da natalidade, principalmente na região nordeste, onde distribuía contraceptivos e realizava esterilizações em massa de mulheres em idade fértil. A ação dessa entidade foi muito criticada pois dava ênfase em métodos

anticoncepcionais de eficácia garantida, mesmo sendo esses irreversíveis, com um sério agravante: não realizava qualquer controle de saúde nas mulheres sob o uso de anticoncepcionais. Também não atendiam a nenhum outro tipo de demanda de suas pacientes que não estivesse ligada à contracepção.

O grupo materno-infantil voltou a fazer parte das políticas do governo brasileiro em 1971, quando este lançou as Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil. Este documento, além de prever a assistência à gravidez de alto risco, parto e puerpério e a puericultura de rotina nas crianças de 0 a 4 anos, considerou a necessidade de orientação educacional para espaçar os nascimentos, mostrando esse fato como *uma questão de saúde* da mulher.

Em 1975 surgiu o I Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), preocupado com a nutrição infantil e reforçando a necessidade de maiores intervalos entre os nascimentos, para evitar as gestações de risco. Em 1976 revogou-se a portaria que obrigava as farmácias a reter as receitas de anticoncepcionais orais (ACO), passando as receitas a valer pelo prazo de um ano. Incorporou-se, em 1977, ao PSMI o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, considerando que todas as mulheres com possibilidades de desenvolver gestação de alto risco deveriam receber orientação contraceptiva obrigatória. Pela primeira vez foi prevista a distribuição de ACO nos serviços públicos de saúde para as mulheres que tivessem riscos ao engravidar, mesmo não sendo esse o método mais indicado nos casos anteriores de gestação de risco. Esse programa foi muito criticado e acabou não se realizando, pois se suspeitava de suas intenções fortemente controlistas.

No final da década de 70, o controlismo perdeu terreno e começou-se a discussão de que os serviços de saúde estavam manipulando o corpo das mulheres em função das políticas demográficas do governo. Outra discussão que correu paralela às dos discursos oficiais, foi a da regulação da fertilidade feminina como necessidade e direito das mulheres, no intento de devolver uma certa autonomia a essas, no que diz respeito ao corpo e à saúde.

Na primeira metade dos anos 80, com a abertura política que aconteceu no País, iniciou-se ampla discussão sobre os direitos sociais, estimulando a formação de grupos organizados e vários movimentos sociais, dentre eles os movimentos de mulheres. Estas, interessando-se pelas questões de saúde, começaram a discussão daquele que veio a se materializar como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o PAISM.

D'OLIVEIRA (1996) diz que o PAISM foi elaborado dentro de preceitos feministas e, ao invés do discurso da epidemiologia, que tomava as mulheres pelo enfoque do risco ou da clínica que as dividia em doentes e não-doentes, falava de relações de gênero e as via enquanto sujeitos sociais, consubstanciando-se assim em um marco ampliado no que diz respeito aos direitos reprodutivos e sexuais femininos.

OSIS (1994) desenvolveu uma dissertação de mestrado na qual expõe com profundidade toda a história da implantação do PAISM, relatando inclusive as mazelas

políticas da sua implantação, que apontam para um discurso que não se materializou. Como lembra D'OLIVEIRA(1996) os serviços públicos de saúde são, antes de tudo, mantenedores da ordem social e como tal produtores de exclusão social e dentro dessa prerrogativa, o PAISM continua sendo apenas uma retórica vazia.

B - A MORTE MATERNA COMO REVELADOR DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SPS

Embora o PAISM tenha sido um importante avanço nas discussões sobre as políticas de saúde dirigidas às mulheres brasileiras, há outras faces dessa assistência que ele ainda não alcançou, evidenciando somente um discurso quando a questão é a morte materna.

Até recentemente, o número de mulheres que perdiam a vida em decorrência da gestação, parto e puerpério passava quase despercebido como bem lembram FAÚNDES E CECATTI (1991), pois se dava muito mais importância à mortalidade infantil, que era proporcionalmente mais numerosa que a mortalidade materna.

O fato de acontecer a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou puerpério é revelador do profundo descaso com a vida das mulheres das classes sociais menos favorecidas. Afinal, há gente demais no mundo, e pior, há gente pobre demais. Por isso é corriqueiro, quando uma mãe pobre morre dessa causa, ouvir que *descansou* ou ainda que *Deus sabe o que faz*. Raramente se ousa inferir se houve e onde houve falhas, quando ocorre uma morte materna dentro de um serviço de saúde.

A mais recente publicação da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF, 1996) revela que morrem anualmente no mundo 585.000 mulheres por causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério, ou seja, 85000 a mais que as estatísticas anteriores afixavam. É um número assustador que dá a real dimensão da forma como repercute a morte de uma mulher em idade reprodutiva, mormente nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 99% dos óbitos.

A precisão dessa nova estatística se deu graças a uma nova metodologia²⁵ elaborada por STANTON E HILL (in: OMS/UNICEF:1996) da Universidade John Hopkins. Essa metodologia tinha a finalidade de precisar mais os dados anteriores a respeito da mortalidade materna no mundo, pois se sabia que havia um subdimensionamento nas estatísticas que revelavam em torno de 500.000 mortes de mulheres por ano devido às causas maternas.

Em todos os países, esse costuma ser um dado subestimado, pois, mesmo onde todos os óbitos são registrados, a gravidez é muitas vezes omitida. FAÚNDES e

²⁵ Chamada 'La Methode des Soeurs', ou Método das Irmãs, no qual mulheres informam sobre outras mulheres, suas parentes, que tenham morrido por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério.

CECATTI (1991) lembram que, quanto menor o grau de desenvolvimento da nação, maior é a contribuição das hemorragias, das infecções e da toxemia para o obituário materno, respondendo estas três causas juntas por mais de 50% da mortalidade materna em geral.

CHAVES NETO (1991) diz que isso ocorre porque no sistema de saúde a mulher com uma gravidez patológica encontra uma equipe despreparada para assisti-la, sem instrumentos adequados à execução de sua tarefa. As rotinas de atendimento inexistem ou não são utilizadas. O sistema de detecção do risco gestacional, quando existe, é falho por não espelhar a realidade loco-regional. O resultado imediato é o não reconhecimento do risco pré-natal com conseqüente aumento da probabilidade de óbito materno-fetal.

Em função disso, no Brasil os índices de mortalidade materna revelam que a cada 100.000 nascidos vivos, morrerão em torno de 220 mulheres enquanto que o número aceitável, de acordo com as instituições citadas, seria de 30 ou menos mortes por 100.000 nascidos vivos, a média dos países desenvolvidos. Em Mato Grosso, local deste estudo, o índice da mortalidade materna é discretamente maior que o do País e está em torno de 230 mortes por 100.000 nascidos vivos.

O trágico no caso é saber, com a cristalina frieza estatística que, de cada 100 mulheres que morrem nesse período da vida, 98 poderiam ter sobrevivido com medidas simples de saúde. Com a ampliação do conceito de morte materna, afirmam FAÚNDES e CECATTI (1991) que essa pode constituir até 45% dos óbitos femininos em idade fértil nos países em desenvolvimento e, apenas de 1%, nos países desenvolvidos, evidenciando as diferenças que marcam o valor da vida da mulher nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A definição de morte materna da OMS é:

a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais.(OMS:1978)

BARROSO reiterou essa visão da OMS ao fazer uma conferência sobre a prevenção da mortalidade materna, na qual disse *todos os dias acontecem seis catástrofes aéreas que não deixam nenhum sobrevivente. Em cada uma, há 250 vítimas, que são mulheres em plena juventude que estão grávidas ou acabam de dar à luz. A maioria tem filhos para criar* (1989:9). Essa autora disse, na mesma conferência que se essas mortes na realidade acontecessem de forma ‘tão espetacular’, certamente a opinião pública internacional exigiria medidas drásticas que evitassem a carnificina, mas como elas ocorrem na surdina, entre as mulheres pobres dos países do terceiro mundo, não são importantes o suficiente para aparecerem nas manchetes dos jornais.

A estatística é crua e reveladora das muitas falhas que, com certeza, estão localizadas nos serviços de saúde e nas formas como os profissionais que neles

trabalham percebem, entendem, consideram a mulher cliente dos SPS. Diz TANAKA (1995, contracapa) que a *precariedade da assistência à saúde, no momento da maternidade, impõe à mulher risco de vida o que a defronta inconscientemente com o dilema entre nascimento em morte.*

A mortalidade materna um indicador particularmente sensível do desenvolvimento humano e social nas diferentes sociedades ao redor do mundo e retrata não só a condição de saúde materna mas também as características dos serviços médicos tal como eles são oferecidos à toda a população. Dessa forma, este é um dado que mostra, sobretudo, a condição de subordinação da mulher perante os sistemas instituídos, sejam eles políticos, de saúde ou ainda culturais e que evidencia o papel social e econômico da mulher, bem como o seu valor social.

CAPÍTULO 4 - LOCAL, SUJEITOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

A - A CIDADE E O SISTEMA HOSPITALAR LOCAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A cidade de Cuiabá, local onde desenvolverei meu estudo, é a Capital do Estado de Mato Grosso. De acordo com o censo de 1991 (IBGE, 1991) tem uma população de 479.041 habitantes, dos quais 2% habitam a área rural. O crescimento vegetativo da cidade é 6.08% ao ano (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 1994). O Estado de Mato Grosso tem uma extensão territorial de 901.421 Km², correspondente a 10.3% de todo território brasileiro, conta com 117 municípios, sendo Cuiabá a sua cidade mais populosa. A população do Estado era de 2.107.698 habitantes no ano de 1992.

Grande parte do Estado é coberta pelo cerrado, uma espécie de mata baixa com grande variedade de espécies vegetais e animais, atualmente muito explorada para agricultura. Faz parte do seu quadro natural uma grande área de mata amazônica ao norte, local onde se explora madeira e ainda habitada por várias tribos indígenas. Mais ao oeste está o Pantanal, uma grande área de preservação ecológica que domina grande parte da fronteira com a Bolívia. Atualmente predomina a quase monocultura da soja nas áreas dos chapadões, ao norte e no centro do Mato Grosso, locais de agricultura intensiva.

A ocupação do Mato Grosso começou no século XVIII com a extração de ouro e diamantes e a exploração do ouro foi a razão fundadora da cidade de Cuiabá, pois havia, no local, dois rios do metal precioso: o Coxipó e o Cuyabá, inspirando este último o nome da cidade. Com a exploração intensiva do ouro, este foi progressivamente diminuindo o que estimulou um novo ciclo de crescimento baseado na agropecuária que se desenvolveu mais nos cerrados e no pantanal.

Nos anos 30 com a implantação pelo governo federal de uma política desenvolvimentista, aumentou a imigração para o Estado, com a finalidade de explorar suas terras através da extração de madeira e agricultura. Este processo se acentuou na década de 70 com a inauguração da BR 364, primeira estrada asfaltada a ligar Cuiabá com o Estado de São Paulo, via Campo Grande. Com o baixo preço da terra, muitos imigrantes vindos do Rio Grande do Sul e Paraná, adquiriram expressivas extensões de terra para plantar soja, por isso, até hoje o Mato Grosso é ainda um estado de grandes latifúndios.

Após a década de 70, houve a divisão territorial e político-administrativa do antigo Mato Grosso em dois estados, o Mato Grosso do Sul com a capital em Campo Grande e o Mato Grosso com a capital em Cuiabá. Este último teve sua urbanização ampliada com expressivo crescimento populacional nas cidades maiores e Cuiabá passou por um acelerado desenvolvimento após a década de 80.

Desde então Cuiabá vem se configurando como o principal centro de processamento e comercialização da produção agropecuária do Estado e é também o centro político-administrativo e financeiro de Estado. A cidade possui dois eixos rodoviários que ligam o centro-sul do país à Região Amazônica, intermediando o fluxo migratório vindo do sul do país e o comércio de toda a região circundante.

O mercado de trabalho de Cuiabá definiu-se em função do seu papel político e econômico estadual. A população economicamente ativa (PEA) distribuía-se dessa forma em 1989: no setor primário, 4,98% trabalhavam na agricultura; o setor secundário absorvia 23,43% da PEA; já o setor terciário ficava com 71,59%, da PEA, onde: 23,07%, em serviços, 15,98% no comércio, 12,65%, em atividades sociais, 12,20% na administração pública e 7,78% em outras atividades(PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 1990).

Cuiabá é resultado de um crescimento populacional rápido e não planejado, o que a faz conviver com problemas sociais gerados por um modelo de desenvolvimento econômico que reflete aquele do país, ou seja, não prioriza os problemas sociais. Isso agrava as condições de vida de sua população, grande parte dela necessitando de serviços públicos que, quando existem, não funcionam adequadamente. A falta de condições de funcionamento é bastante acentuada no campo sanitário, pois o sistema de saúde municipal não dá conta das demandas da população que utiliza os serviços públicos.

Os indicadores gerais de condições de saúde podem demonstrar essa inadequação. O coeficiente de mortalidade geral de Cuiabá em 1993 foi de 5,59 pessoas por mil habitantes. Figuravam entre as principais causas de óbito de adultos, no mesmo ano, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias, juntas responsáveis por 55,19% do total de óbitos. Já a morbidade infantil é principalmente causada por doenças infecciosas e parasitárias, a maioria de repetição, o que indica a falta de respostas do setor público de saúde à população de Cuiabá, cidade na qual a mortalidade infantil teve como principal causa as infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 1994).

Entre os marcos significativos do novo sistema de saúde brasileiro que redundaram em mudanças locais tivemos o Plano Conasp em 1982 e as AIS em 1984. Ainda a ocorrência da VIII CNS (Conferência Nacional de Saúde) em 1986, com a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) em 1987, a criação da nova Constituição Federal em 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde aprovadas em seguida ao texto constitucional de 88. No conjunto destas transformações estratégicas, o município tornou-se a instância responsável pela redefinição e implementação das políticas e modelos assistenciais de saúde, de acordo com a realidade local.

Em Mato Grosso, no ano de 1983, tentou-se integrar as várias instituições que executavam as ações de saúde, quando foi criada a Comissão Interinstitucional de

Saúde (CIS-MT). Vários problemas, principalmente políticos e também técnicos dificultaram a implantação das AIS no Estado, mas, em 1985, resolvidos alguns dos impedimentos, houve a interiorização das AIS e várias instituições começaram a se integrar, sendo que Cuiabá foi um dos primeiros municípios estaduais a aderir à nova proposta política.

De 1986 a 1988, com condições político-sociais favoráveis, projetou-se uma rede assistencial unificada para Cuiabá e se começou a implantar um modelo regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde no município. A cidade foi dividida em Distritos Sanitários, organizou-se a rede por níveis de atenção, construíram-se os Centros de Saúde, várias Policlínicas Distritais, o Hospital e Pronto Socorro Municipal. Em 1987/1988, Mato Grosso passou a integrar o SUDS e, a partir de 1990, a municipalização da saúde atingiu seus vários municípios.

Após 1989 ocorreram vários retrocessos neste processo, pois novas forças políticas ganharam espaço na definição e implementação das políticas sociais na capital do Estado. Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica Municipal de Saúde de Cuiabá, onde foram referendados os princípios gerais incluídos na Constituição Federal e os traçados pela VIII CNS. Com a aprovação desta lei, definiram-se a organização regionalizada dos serviços de saúde locais. A cidade possui atualmente:

- no nível básico, 28 Centros de Saúde e 13 Postos de Saúde;
- no nível secundário, 1 Centro Regional Estadual de Saúde, 2 Postos de Atendimento Médico à Infância, Adolescência e a Mulher, 1 Posto de Assistência do Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso, 4 Centros Odontológicos Regionalizados, 4 Policlínicas, 1 Centro de Controle de Zoonoses e 1 Centro de Reabilitação.
- no nível terciário, uma rede hospitalar com 3 hospitais Públicos (municipal, universitário e psiquiátrico), que possui no conjunto 290 leitos; 6 hospitais privados conveniados com 591 leitos disponíveis e mais 3 hospitais filantrópicos com 548 leitos²⁶.
- Há na rede 10 hospitais com leitos para atendimento ao parto e quatro desses respondem por 79% dos partos na cidade: o Hospital Geral e Maternidade de Cuiabá, o Hospital Santa Helena, o Pronto Socorro Municipal e o Hospital Universitário Júlio Müller.

A .1 - A ASSISTÊNCIA À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA EM CUIABÁ - MT

Durante o ano de 1997, 13.270 crianças nasceram em Cuiabá, acontecendo 99.6% desses partos nos hospitais e 0,3% no domicílio das parturientes, o que revela uma elevada demanda por serviços hospitalares. Os hospitais que mais atenderam esses partos foram o Hospital Geral e Maternidade de Cuiabá, como 44.7% do total de

²⁶ Dados da Fundação de Saúde de Cuiabá.

partos realizados na cidade, vindo em segundo lugar o Hospital Santa Helena, como 19.1%. O Hospital Universitário Júlio Müller respondeu por 3,5% dos partos ocorridos em Cuiabá (SCATENA & OLIVEIRA:1998).

O tipo de parto que predomina na cidade é o operatório, do tipo cesariana, respondendo por 54.8% do total de partos ocorridos, percentual esse muito acima do preconizado pelo OMS, que define como aceitável algo em torno de 12% de partos por cesariana. SCATENA & OLIVEIRA (1998) afirmam que, entre as mães com curso universitário, a frequência relativa de partos cirúrgicos atingiu 89,4% no Distrito Sanitário Leste do município de Cuiabá.

Em Cuiabá, como em outras cidades brasileiras, existe uma relação direta entre o nível sócioeconômico da mãe e a frequência de partos operatórios, apresentando as mães de mais baixo nível sócioeconômico percentagens também mais baixas desse tipo de parto. Essa relação se mantém nos dados sobre o pré-natal, no qual são mais elevadas as frequências relativas de mães com pré-natal adequado entre as de melhor situadas socialmente.

É interessante lembrar que entre as mulheres cuiabanas que pariram na cidade no ano de 1977, as que tiveram parto normal, por terem menor renda e nível de instrução, também pariram mais recém nascidos de baixo peso. Já as de maior renda e nível de instrução tiveram, proporcionalmente àquelas, mais recém-nascidos de peso normal, bem como um índice muito maior de partos operatórios. (SCATENA & OLIVEIRA,1998)

Mas, dizem esses mesmos autores (1998), é importante lembrar que nos hospitais públicos e conveniados a frequência de partos normais é maior que a de partos cesarianos. Cresce a participação dos hospitais privados nesses aspectos, à medida que aumenta o nível sócioeconômico das mães. Dessa forma, pode se concluir que ser pobre e sem instrução é, ironicamente, um *fator de proteção* contra o parto operatório que envolve mais riscos. Na verdade, os recém-nascidos de baixo peso, bem como as gestantes de maior risco, continuam tendo uma assistência mais precária em todos os níveis da rede de saúde, o que evidencia mais uma vez a lógica perversa dos serviços que privilegiam quem menos necessita de assistência na hora do parto.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde no último Relatório sobre Saúde no Brasil, publicado em 1996, a mortalidade materna no Estado de Mato Grosso está em torno de 230/100.000 nascidos vivos, portanto, para uma população de 479.041 habitantes, tivemos, no ano de 1997, 1.101 mortes de mulheres por causas dessa natureza no Estado. Se dessas mortes, 98% poderiam ser evitadas, infere-se que morreram 1078 mulheres desnecessariamente no local do estudo e, sabe-se, a maioria das mortes se deu entre as mulheres de baixa renda.

Considera-se no Brasil como 'população de baixa renda' aquela que ganha menos que 2,5 salários mínimos. Nos municípios com mais de duzentos mil habitantes, em torno de 66% da população classifica-se dessa forma. Pode-se então

inferir que 316.167 da população de Cuiabá encontra-se neste contingente, compondo a grande clientela dos SPS.

Considera-se no Brasil como população de baixa renda, aquela que ganha menos que 2,5 salários mínimos. Nos municípios com mais de duzentos mil habitantes, em torno de 66% da população se classifica dessa forma. Pode-se, então, inferir que 316.167 da população de Cuiabá se encontra neste contingente, compondo a grande clientela dos SPS.

O índice de natalidade do Estado de Mato Grosso que foi de 23.7 por 1000 habitantes no ano de 1997 e, segundo a teoria epidemiológicos, consideram-se que 4% de uma dada população é gestante e, que destas 90% vai parir, não chegando os restantes 10% ao termo da gestação. Temos então 11.382 mulheres gestantes dependentes de local para ter o seu parto por ano, em Cuiabá.

Para atender grande parte desse contingente de gestantes a rede pública estrutura-se precariamente, havendo um déficit ainda não quantificado de leitos para parto na cidade em questão, sendo comuns as parturientes dividirem leitos de pré-parto, ou seja ocuparem duas o lugar que seria só para uma. Acontece também de ocorrerem partos nos corredores dos hospitais e as pacientes ficarem sobre as macas aguardando a liberação de leitos na clínica de puerpério. A alta precoce é outro mecanismo utilizado para liberar leitos e ele é cada vez mais comum nos hospitais públicos. Hoje o tempo de internação de mulheres após terem tido partos normais nos hospitais é de 24 horas. Das que se submeterem à operação cesariana em torno de e 48 horas, o que varia de um serviço para outro.

Em Cuiabá há dois hospitais públicos que respondem por 64% da totalidade dos partos da população de baixa renda que ocorrem na cidade, o Hospital Geral e Maternidade de Cuiabá e o Hospital Santa Helena. O Hospital Universitário Júlio Müller atende apenas 3,8% dos partos ocorridos na cidade, mas me interessa, particularmente, por ser o local onde realizei este trabalho e também por imprimir uma certa diferenciação no atendimento obstétrico em relação aos outros locais.

O Hospital Geral e Maternidade de Cuiabá é uma entidade filantrópica que foi fundada em 1942 com intuito de *proteger a maternidade e a infância da cidade de Cuiabá*. Atendeu a 5900 partos no ano de 1997, sendo desses 70% partos normais e os restantes 30% cesarianas, variando esse percentual mês a mês. Além dos leitos para partos de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atende também todos os convênios particulares existentes na cidade.

Outro hospital que atende a área de Obstetrícia na cidade é o Pronto Socorro Municipal (PSM), que foi inaugurado em novembro de 1982 mas só começou a atender a área obstétrica em 5 de abril de 1988, quando se construiu um anexo de quatro andares destinado, em parte, ao atendimento obstétrico. A estatística de 1977 diz que ocorreram 711 partos nesse local, ou seja, 7.2% do total de partos da cidade atendendo somente a pacientes do SUS.

O Hospital Universitário Julio Muller(HUJM) desde a sua inauguração em agosto de 1984 atende somente pacientes do SUS. Nesta época, abriu suas portas para servir de local de estágio para os cursos de enfermagem, medicina, nutrição e serviço social da Universidade Federal de Mato Grosso. Desde o início, este hospital se diferenciou no atendimento em geral e em Obstetrícia, em particular, pois inaugurou o sistema de alojamento conjunto para mães e recém-nascidos normais, prática até então inexistente na cidade e que foi sendo introduzida nos outros hospitais de forma gradual.

O HUJM atendeu 378 partos em 1997. A parte física de atendimento em obstetrícia está assim estruturada: três leitos de pré-parto, duas salas de parto e duas de cesariana, ambas utilizadas também para outros procedimentos da mesma área. Na Clínica Obstétrica e Ginecológica há 18 leitos, sendo 10 para puerpério e sistema de alojamento conjunto. Dos demais leitos, 7 servem para ginecologia e um quarto é separado para pacientes que necessitem de isolamento.

Os recursos humanos estão assim distribuídos: na área médica há um professor que supervisiona os residentes e internos, em sistema de plantão de 6 horas pela manhã, 6 horas à tarde e 12 horas à noite. Os residentes e os internos cumprem jornadas de até 12 horas de plantão diurno e noturno, estando de forma contínua no hospital, realizando a maior parte dos procedimentos, ficando aos professores apenas os casos mais problemáticos.

Quanto à equipe de enfermagem, não há enfermeiras obstétricas que atuem especificamente no pré-parto, mas há duas enfermeiras generalistas que fazem a cobertura do turno diurno, uma pela manhã e outra à tarde em turno de 6 horas, para assistência na clínica de gineco-obstetrícia. Há mais onze funcionárias entre auxiliares e técnicas de enfermagem, distribuídas pela manhã, tarde e noite, nesse horário em turno de 12 horas trabalhadas para 60 horas de descanso(12/60). Há uma enfermeira que faz plantão noturno no setor materno-infantil também em turno de 12/60

O acesso da parturiente se dá pelo ambulatório, na Triagem Obstétrica (TO), onde é avaliada pelo interno e pelo residente de plantão no setor, que abrem uma ficha de atendimento onde anotam os dados gerais e obstétricos da parturiente. Depois desse primeiro atendimento, define-se a internação ou a transferência, em caso de falta de vagas no HUJM. Em caso de internação faz-se a abertura do prontuário da paciente por quem a estiver acompanhando e, em seguida, serão feitos os preparativos de internação pela enfermagem como tricotomia, enterocлизма, punção venosa, sinais vitais. Após esses procedimentos, ela irá ou para a sala de pré-parto, se estiver em trabalho de parto ou para a Gineco-Obstétrica(GO) se for acompanhamento clínico.

O HUJM tem uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, que é considerada a melhor do Estado, para onde são encaminhados tanto os recém-natos do próprio serviço como os vindos de outros serviços e cidades de Mato Grosso. É comum internarem nas enfermarias do HUJM pacientes de poder aquisitivo diferenciado, no caso de ter uma gravidez de risco, na qual o recém-nascido venha a

ter necessidade de atendimento intensivo nos primeiros dias de vida. Outra característica do atendimentos na GO é o estímulo à amamentação feito pela equipe de enfermagem e pediatras do serviço. Também há um retorno após uma semana da alta para avaliação ao binômio mãe-filho, saindo as pacientes já com o agendamento pronto por ocasião da alta.

O tempo de internação no HUJM é de 24 horas para partos normais e de 48 para partos cesarianas. Durante a internação as mães recebem instruções sobre cuidados com o RN e consigo próprias, inclusive executando curativos no coto umbilical e dando banho nos seus recém-nascidos. Os cuidados com as mamas e problemas mais comuns com a amamentação e com o puerpério também são enfatizados pela enfermagem. O HUJM é o único hospital da cidade a manter registros formais e sistematizados de enfermagem em todas as fases da internação da paciente, fazendo estas parte integrante do prontuário da paciente.

A .2 - O LOCAL DA COLETA DOS DADOS

Colhi os dados no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) por trabalhar ali e ter especial interesse em melhor entender e avaliar o serviço do qual faço parte. Dentro do HUJM, observei os espaços por onde circulavam as mulheres em situação de gestação, parto e puerpério, quais sejam: a clínica de ginecologia e obstetrícia, a triagem obstétrica, a enfermaria de pré-parto e a sala de parto. Também observei os espaços externos do HUJM onde as pacientes aguardam atendimento.

A .3 - OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos investigados foram as mulheres em situação de gestação, parto e puerpério, que foram atendidas e internaram-se durante o período em que fiz a coleta de dados no local da pesquisa. Também os profissionais médicos, as enfermeiras e funcionários de enfermagem que estavam em serviço, no mesmo período, fizeram parte desta pesquisa. Todos que foram entrevistados assinaram o Termo de Cessão de seus depoimentos, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa.

B - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método, segundo MINAYO(1998), diferencia a ciência de todas as outras produções intelectuais, é ele que a diferencia da filosofia e da poesia, por exemplo. Isso ocorre pelo fato de ter a ciência estabelecido uma linguagem baseada em conceitos, métodos e técnicas para compreender o mundo, as coisas, os processos e as relações.

Como meu interesse nessa pesquisa é principalmente entender processos e relações entre grupos social e historicamente desiguais, em função dos objetivos e do objeto do trabalho, privilegiei a dimensão qualitativa da pesquisa social. Dessa forma, procurei um trajeto de interpretação dos dados que me permitisse abordar com

objetividade o mundo das relações entre mulheres em situação de gestação, parto e puerpério (com todas as singularidades que esta situação impõe) e o mundo dos profissionais que trabalham em serviços públicos de saúde atendendo especificamente essa clientela.

Mas, mesmo tendo a objetividade como meta, é importante ter em mente que o encontro entre esses grupos desiguais dá-se em função de necessidades diferenciadas e que os distingue fundamentalmente: a mulher procura por assistência numa situação de necessidade aguda em um ambiente que lhe é estranho, mas o profissional de saúde que a atende está no seu ambiente e executando ações que, supõe-se, conheça bem. Dessa forma,

A comunicação se dá enquanto interação socialmente estruturada, isto é, os agentes da 'fala' entram em comunicação num campo onde as posições sociais já se encontram objetivamente estruturadas. O ouvinte não é o 'tu' que escuta o 'outro' como elemento complementar da interação, mas se defronta com o outro numa relação de poder que reproduz a distribuição desigual de poderes agenciados ao nível da sociedade global. (ORTIZ, 1994:13)

É esse o princípio que rege a diferença originadora da violência simbólica: a diferença entre os grupos transforma-se em assimetria, pois parte de um esquema classificatório. Esse, por sua vez, é produto da incorporação de estruturas objetivamente dadas, já presentes no meio social no qual se encontram os agentes. É também nesse campo que se *estabelece que as artes de viver dominadas sejam quase sempre percebidas, mesmo por seus praticantes, do ponto de vista destruidor e redutor da estética dominante. (BOURDIEU, 1996a:23)*

Por isso, é impositivo ter-se claro, como bem lembra BOURDIEU (1999), que essas estruturas não só influenciam as interações que vão ser pesquisadas como também os discursos que serão produzidos pelo pesquisado. A pesquisadora, por sua vez, deve ter sensibilidade e estar atenta sobre a força e a legitimidade que emanam do discurso da clientela acerca das práticas e dos profissionais de saúde, bem como das repercussões que essa legitimidade impõe naqueles que procuram por assistência nos SPS. Eles a procuram porque acreditam que vão ter respostas para os seus problemas, mas também como destinatários que são dessas ações. Por terem alienado historicamente seus saberes acerca da própria saúde, submetem-se, através do reconhecimento e aceitação das tecnologias que vão incidir sobre seus corpos.

A usuária dos SPS, ao reconhecer o campo simbólico dos profissionais de saúde, bem como sua legitimidade e competência para resolver problemas de saúde, está reproduzindo estruturas objetivamente dadas, exigindo um percurso metodológico que consiga apreender o que é 'dado socialmente' e o que é construído a partir desse 'dado', ou seja, que explique o fundamento da dominação simbólica que se estrutura no poder simbólico e origina a violência simbólica, foco do meu objeto de estudo. É a relação complexa entre as estruturas objetivas e as construções subjetivas, nas quais o espaço social nos engloba como um ponto.

Mas esse ponto é um ponto de vista, princípio de uma visão assumida a partir de um ponto situado no espaço social, de uma perspectiva definida em sua forma e em seu conteúdo pela posição objetiva a partir da qual é assumida. O espaço social é a realidade primeira e última já que comanda até as representações que os agentes sociais podem ter dele.(BOURDIEU,1996a:27)

Ao elaborar a sua proposta analítica, BOURDIEU(1999) se baseou na compreensão, afirmando que esta se dá mediante o 'olho sociológico' e a 'escuta', permitindo ambas *perceber e controlar no campo, na própria condução da entrevista, os efeitos da estrutura social na qual ela se realiza.* (BOURDIEU, 1999:694) Diz ele também que a escolha dos temas e das possíveis formas de entrevistas deve se dar em função das características sociais do pesquisado potencial, devendo por isso essa técnica sofrer adaptações até atender à esse requisito maior.

A linguagem pode ser possibilitadora da comunicação mas ela também pode dificultá-la, dependendo das maneiras como está estruturado o campo simbólico que define previamente a hierarquia, fato que fica bem claro na comunicação que acontece entre os profissionais de saúde e a clientela desses serviços. É sabido que os médicos tem um código de comunicação hermético que só faz sentido para seus pares e que isola a clientela do contexto comunicativo. Dessa maneira eles objetificam e transformam a pessoa doente em um *órgão doente*, transformação essa que não faz sentido para aquele que se entende como corpo inteiro e não por partes que não *funcionam bem*.

Durante a coleta de dados pude perceber que a linguagem comumente usada na comunicação com as mulheres por quase todos os profissionais, incorporava arbitrariedades que eram aceitas até com uma certa *naturalidade* pelos pares, embora parecesse estranha ou incompreensível para quem a estivesse ouvindo.

Por ter notado durante a coleta de dados que muito da assistência às mulheres se definia em função das formas de estruturação do processo comunicativo, ele mesmo veio a se configurar como uma temática específica para ser analisada. A entrevista com as mulheres somada à observação participante dos profissionais de saúde em ação, foram eleitas com as técnicas básicas da coleta, pois revelaram de diferentes formas muito da dimensão simbólica que é intrínseca à essa relação estudada. Foi através de aproximações sucessivas e da imersão no processo assistencial que se iniciou a conversa com as mulheres que se mostraram disponíveis para participar da pesquisa.

A técnica da observação participante foi eleita com o intuito de captar as formas de organização do serviço estudado e as interações que se davam entre profissionais de saúde e mulheres, mormente durante os procedimentos e abordagens realizadas no corpo dessas últimas. Nessa técnica, privilegiou-se a modalidade definida por MINAYO(1993) como *participante-como-observador*, pois foi feita através da participação efetiva da pesquisadora nas rotinas cotidianas do serviço estudado, inclusive executando assistência de enfermagem durante todo o período da coleta de

dados. A intenção foi mergulhar no processo de tal forma que, como observadora, passasse a fazer parte do contexto observado. (CICOUREL, 1990) Com isso, consegui a adesão voluntária dos sujeitos que fizeram parte da pesquisa.

A segunda parte da observação compreendeu a descrição do ambiente físico e da dinâmica do serviço de atendimento às mulheres e foi feita com a intenção de ver como está inserido, embutidos no contexto físico certos aspectos da violência simbólica engendrada nos serviços de atenção à saúde, aspectos esses que foram reveladores da visão construída sobre a mulher que procura assistência nos SPS.

Para interpretar o material colhido em campo optei pela análise temática. A *noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto* (MINAYO, 1993:208) e comporta um feixe de relações que pode ser sintetizado em uma palavra ou numa frase que, por sua vez, vão compor uma unidade de significado, tendo por base a teoria eleita para a análise. BOURDIEU (1999) trabalha sua metodologia introduzindo grandes extratos das entrevistas que colhe dentro da modalidade técnica de 'história de vida', mas minha opção foi por uma modalidade mista, que mescla pequenos extratos das entrevistas com as temáticas que orientam o estudo.

Como fiz a opção por um estudo qualitativo procurei centrar as questões em torno da experiência das mulheres enquanto clientes/pacientes de um determinado serviço público hospitalar. Para tanto operacionalizei a pesquisa em três etapas, conforme orienta MINAYO(1993), quais sejam: primeiramente procedi a pré-análise, depois organizei o material e, por último, categorizei e parti para a interpretação propriamente dita dos dados de campo.

Na pré-análise, retomei as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa incorporando essa etapa incorporou já a de exploração do material pois, fui elaborando os indicadores que orientaram a interpretação dos dados. Isso foi feito através da leitura flutuante das entrevistas e do material das observações, que já foram definindo as grandes categorias de análise, bem como as unidades de significado que emergiram a partir delas.

Os cuidados que procurei ter como pesquisadora foram diferenciar o contexto dos meus entrevistados enquanto pessoas que estão dentro de um ambiente estranho de um serviço público de saúde com uma finalidade específica que é cuidar de um problema de saúde. Tentei também considerar o contexto dos documentos (prontuários das pacientes) que analisei, pois sei que eles refletem muito da cultura organizacional que os produziu. É importante tornar presentes para mim mesma as razões que o profissional teve ao elaborar aquele prontuário, ou seja, ao produzi-lo ou ainda ao relatar um acontecimento, o profissional de saúde teve uma intenção, e esta deve ser clara para quem pesquisa, pois revela muito do campo simbólico subjacente.

BOURDIEU (1999) afirma que haverá sempre arbitrariedade no caminhar da pesquisa, pois é o pesquisador que inicia e estabelece as regras do jogo, bem como é ele quem define a temática e a teoria interpretativa. Como metodólogo, esse autor vem

tentando diminuir ao máximo o que ele mesmo denomina de violência simbólica no processo da pesquisa, processo que ele descreve cuidadosamente no seu livro *A miséria do mundo*, publicado em 1999 no Brasil.

A parte operacional da pesquisa definiu-se da seguinte forma: primeiramente ordenei os dados, o que envolveu a transcrição das fitas, onde estavam os conteúdos da observação dos sujeitos em relação e das entrevistas gravadas, e, em seguida, procedi à leitura exaustiva desse material. Construí o mapa horizontal dos dados, pois aqui pretendia separar os dados de entrevistas daqueles de observações das inter-relações e do ambiente físico no serviço estudado. Organizei os aspectos relevantes do material colhido, com a construção de três conjuntos distintos para serem analisados, sendo um do ambiente físico e dois das inter-relações entre os sujeitos da pesquisa.

Essa fase descrita foi de grande importância, pois nela se constituíram as categorias com as quais fiz a ponte entre a teoria e o dados colhidos em campo. Nessa etapa, fiz uma leitura transversal de cada *corpus* temático e o relacionei com os diferentes elementos colhidos tendo como eixo os objetivos propostos e a teoria escolhida. Nessa etapa foram incorporados aos conceitos de Bourdieu os de gênero e etologia, que auxiliaram e ampliaram a análise.

Trabalhei conjuntamente os conteúdos de observação com os das entrevistas, assim cada uma das técnicas contribuiu para encontrar os

sintomas relativos ao sistema de representações, de valorizações afetivas, de regras sociais, de códigos simbólicos interiorizados pelo indivíduo no decorrer de sua socialização e sua relação, eventualmente conflitiva, com as diversas dimensões de uma experiência atual que ele partilha com muitos outros. (THIOLLENT, 1983:86).

Com a impregnação obtida pelas leituras sucessivas do material, descobri e relacionei os elementos significativos que me permitiram a construção progressiva dos modelos culturais dos sujeitos da pesquisa.

O modelo cultural estava no plano da organização analítica, por isso foi considerado como um mapa das representações reais dos sujeitos entrevistados. Este mapa foi esboçado, construído e ratificado por mim a partir de interpretações sucessivas das verbalizações apresentadas nas entrevistas e nos comportamentos, atitudes e valores que emergiram dos sujeitos da pesquisa durante a observação participante das relações destes durante o processo de assistência à mulher em situação de parto.

GOMES(1994), baseado em Minayo, sintetiza as três finalidades principais e complementares da fase de análise, que foram aqui adotadas como um guia didático, quais sejam: estabelecer uma maior e mais completa compreensão dos dados coletados, responder (ou não) aos pressupostos e às questões da pesquisa e, por último, ampliar o conhecimento acerca do assunto pesquisado e articular esse conhecimento ao contexto cultural do qual faz parte.

B.1 - AS TÉCNICAS E AS ESTRATÉGIAS DA COLETA DE DADOS

Parti do pressuposto que, como parte do universo que pretendo investigar, já tinha um olhar já construído sobre ele, principalmente nas questões da prática assistencial. Dessa forma, o conhecimento que acreditava ter sobre o universo das usuárias do serviço, estava significativamente influenciado por uma 'subjetividade objetivada' (nas palavras de Bourdieu), até pela minha história como trabalhadora na área da saúde da mulher.

Por isso, alguns cuidados foram necessários quando da coleta e análise dos dados para não sucumbir à 'ilusão da transparência' pela minha grande familiaridade com o objeto investigado. Assim, apreendi o objeto por três lados distintos, com instrumentos e técnicas de coleta de dados que conseguissem tanto apreender a ordem burocrática instituída e a ordem simbólica dos sujeitos da pesquisa, que eram ao mesmo tempo os profissionais de saúde e as usuárias do serviço em situação de gestação, parto ou puerpério.

Para a apreensão das diferentes configurações simbólicas da violência embutidas nas inter-relações entre os sujeitos, escolhi diferentes instrumentos, que foram usados em conjunto: a *entrevista semi-estruturada* e a *observação participante* de todo o processo da assistência nos diferentes horários e com as diferentes equipes de serviço. Para traduzir as especificidades da organização espacial e burocrática dos serviços, usei também a *observação sistemática do ambiente físico* acompanhada por um formulário do que seria observado e fiz a *filmagem* de toda a estrutura física que acolhe a mulher dentro do HJUM.

O uso de entrevistas foi muito facilitado tanto pelas mulheres internadas como por todas as pessoas da equipe de enfermagem. Da equipe médica consegui entrevistar apenas dois membros que não autorizaram o uso dos seus depoimentos.

Junto à equipe médica encontrei várias dificuldades para marcar as entrevistas e, embora fosse minha intenção entrevistar todos quem estavam participando do processo de assistência, não atingi meu intento. As dificuldades foram desde uma grande reserva na cessão de informações sobre a sua participação no trabalho de assistir até a recusa explícita de alguns em relação a serem entrevistados, fatos esses já esperados²⁷. Por isso, decidi usar uma segunda técnica de coleta, mais baseada na observação das interações e procedimentos destes profissionais junto à clientela.

Pelo fato de a observação ser algo subjetiva e de envolver informações relacionadas à outra equipe, também *fiz fotocópias de todos os prontuários* das pacientes que foram entrevistadas e observadas.

²⁷ Eram já esperadas essas dificuldades pelo fato de que, ao encaminhar o projeto para a Comissão de Ética em Pesquisa do hospital em maio de 1999, o mesmo ter sido avaliado e 'reprovado' por um médico obstetra que alegou problemas metodológicos no projeto. Mesmo sendo corrigidos esses problemas prontamente corrigidos isso não envidou na aprovação do projeto. Esse fato atrasou em 8 meses a coleta de dados, que não poderia ser realizada sem a aprovação do projeto na referida Comissão. Após recorrer da decisão do

B.2 - AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

As entrevistas semi-estruturadas foram feitas com 10 das mulheres que estiveram internadas por problemas na gestação, por parto ou por estarem em pós-parto naquele serviço durante o período de observação.

Com as mulheres entrevistadas foi nossa pretensão apreender como elas percebiam, avaliavam e entendiam a assistência recebida no HUJM, tanto em relação à estrutura física e organizacional como em relação à atenção dada a elas no momento que procuraram estes serviços. Acompanhada de um roteiro orientador (anexo 1) A pergunta feita às mulheres foi:

Fale sobre a assistência que você recebeu neste hospital desde o momento que aqui chegou.

Das profissionais de enfermagem tentei apreender, através da coleta de seus depoimentos, as avaliações, as críticas, os sofrimentos, a aceitação, a participação e também a negação dos processos de produção e de instauração de distintas configurações que são reveladores de violência simbólica e que estão embutidas na ordem burocrática e simbólica do serviço.

A entrevista semi-estruturada foi acompanhada de um roteiro para orientar o entrevistador à medida que o entrevistado foi abordando temas que eram do interesse da pesquisa. A pergunta feita aos membros da equipe de enfermagem foi

Fale da forma mais abrangente possível, da assistência prestada aqui no HU às mulheres em situação de gestação, parto e puerpério.

Usei a sugestão de MINAYO (1993) de que, na aplicação desse instrumento de coleta devia me liberar de formulações préfixadas e ao introduzir as perguntas e fazer intervenções visei, sobretudo, abrir o campo de explanação do entrevistado e o aprofundamento do nível de suas informações e opiniões. Assim, a ordem os assuntos abordados não obedeceu a uma seqüência rígida e, sim, foi determinada pelas preocupações e ênfases que os entrevistados deram aos assuntos em pauta.

B.3 - A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

O segundo instrumento escolhido foi a observação participante que foi gravada, transcrita e, também foi acompanhada do diário de campo. Neste anotei datas, fatos relevantes, tempo de duração e local das observações. A importância da observação para o objeto investigado foi de tal ordem que se tornou um método em si, pois muito do simbólico se revelou justamente através dessa técnica.

A observação participante das relações interpessoais, foi feita durante 3 semanas nos períodos da manhã, tarde e noite. A observação participante foi acompanhada de um roteiro que lembrava todos os pontos importantes a serem

registrados. (Anexo 3) As relações observadas foram as que aconteceram entre as mulheres em situação de internação por gestação, parto, puerpério e os profissionais de saúde, desde admissão dessas no hospital até a sua alta. Foi realizada na triagem obstétrica, enfermarias, pré-parto, sala de parto e puerpério. Ao usar essa técnica atingimos dois objetivos, o primeiro foi o entendimento da dinâmica assistencial do serviço onde fizemos o estudo e o segundo foi a apreensão da dinâmica das relações interpessoais que ocorriam no mesmo local tanto entre os profissionais que ali trabalhavam, como desses em relação à mulher em situação de usuária do serviço.

Para atingir esses dois objetivos, fiz uma opção pela técnica do observador-como-participante no cotidiano de serviço e, assim, procedi a uma imersão na realidade investigada, pois ali permaneci como enfermeira do serviço, participando dele até conseguir dominar o instrumental metodológico e a realidade mesma a ser observada. Como estava afastada do cotidiano da assistência tive que fazer uma aproximação gradual e adequar-me ao que estava implementado, que era bastante diferente do que eu conhecera.

Dessa forma, foi nossa intenção ao cruzar várias modalidades de coleta de dados, adotar a técnica metodológica da triangulação, um cuidado que contribuiu para a isenção do pesquisador em relação ao caminho metodológico escolhido. Essa técnica consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados. (MINAYO, 1993:241)

B.4 - OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA COM ANOTAÇÕES E FILMAGEM DO ESPAÇO FÍSICO

Foi feita nos locais onde as mulheres eram atendidas, desde a triagem obstétrica, salas de pré-parto, parto e nas enfermarias de puerpério. Foi feita no primeiro dia da coleta. (Anexo 2)

B.5 - MONTAGEM DE UM DOSSIER DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS

Fiz a fotocópia dos prontuários das pacientes observadas e entrevistadas, da ficha de atendimento usada na triagem obstétrica do HJUM (Anexo 4) e montei um dossier desse material para arquivo.

Também todo o material transcrito das entrevistas e das observações foi organizado e, junto com as autorizações para uso dos depoimentos colhidos, foi arquivado.

CAPÍTULO 5 - A ANÁLISE DOS DADOS

A - A PRÉ-ANÁLISE

A coleta dos dados foi feita no HUJM em Cuiabá, entre os dias dezoito de janeiro e onze de fevereiro do ano de 1999, totalizando 24 dias de coleta, nos diferentes turnos de trabalho, ou seja, manhã, tarde e também nos três plantões noturnos.

Algumas modificações foram feitas em relação à proposta anteriormente descrita, mas os dados foram organizados a partir dos consensos e dos dissensos, dos sentidos semelhantes e contrários, das particularidades e generalidades colhidas no material de campo.

Fiz entrevistas com onze das pacientes²⁸ que estavam internadas na clínica gineco-obstétrica, com quatro das enfermeiras que ali prestam assistência, com duas técnicas e com seis auxiliares de enfermagem que estavam atuando no momento do trabalho de campo. Os médicos não foram entrevistados pelas razões já descritas.

Pela dificuldade relatada decidi complementar os dados com a observação e a *análise dos prontuários* das pacientes entrevistadas. Também foram feitas quatro *discussões de grupo* dentro das enfermarias da gineco-obstetria como técnica complementar para captar as opiniões informais, valores e aspectos que são discutidos entre as mulheres internadas sobre a assistência recebida.

O critério para selecionar as mulheres que seriam entrevistadas foi estarem internadas na Clínica de Ginecologia e Obstetria do HUJM e serem gestantes, parturientes e puérperas, de parto vaginal ou cirúrgico. As entrevistas foram feitas em uma sala privativa da enfermagem que se localiza na própria clínica. É uma sala confortável, silenciosa e de fácil acesso para a localização, pela enfermagem, das pacientes que estavam sendo entrevistadas, o que ocorreu várias vezes inclusive para administrar medicamentos ou amamentar os recém-nascidos.

A equipe de enfermagem era avisada sobre o local onde a paciente estava sendo entrevistada. Também lhe era solicitado cuidar dos recém-nascidos das mães que se afastavam da enfermaria para a entrevista. Duas das dez entrevistas foram feitas na enfermaria com as pacientes acamadas, pois elas não podiam se deslocar dos leitos. A equipe de enfermagem foi sendo entrevistada durante o período que desenvolvia seu trabalho.

Como o HUJM está se tornando referência para atender mulheres com problemas na gestação, parto ou puerpério, a maior parte das pacientes que foram entrevistadas tinha problemas na sua gravidez, ou seja, tinha diagnóstico de gestação

²⁸ O termo paciente será usado preferencialmente ao invés de cliente. Embora não seja mais apropriado, isso reflete a realidade observada no serviço onde os dados foram colhidos.

patológica. O mesmo não ocorreu com as puérperas, dentre as quais haviam duas de parto vaginal normal, pelo fato de terem chegado ao hospital já em período expulsivo. Assim, a pretensão inicial de entrevistar somente mulheres que tiveram parto fisiológico não se efetivou, o que me levou a adequar os instrumentos de coleta para a realidade encontrada em campo.

Esse fato enriqueceu o material coletado pois, ao desenvolverem gestações patológicas, as intervenções sobre o seu corpo não só se intensificavam como ainda encontravam várias justificativas por parte do pessoal médico, de enfermagem e mesmo das próprias pacientes para realizá-las, fazendo ainda com que estas se percebessem como *bem cuidadas* dentro do hospital.

As entrevistas de menor duração com as pacientes foram quinze minutos e as de maior duração de quarenta e oito minutos. Das onze entrevistadas, três eram gestantes que não evoluíram para parto, cinco submeteram-se a partos operatórios, sendo três por cesariana e duas por fórceps. As três restantes evoluíram para parto normal com episiotomia.

Todas que evoluíram para parto, foram entrevistadas no período puerperal. Uma mesma paciente foi entrevistada duas vezes, antes e depois do parto, sendo porém considerada como uma única entrevista. Duas pacientes foram entrevistadas juntas (considerada também como uma entrevista), por terem decidido que seria melhor para *lembrar bem das coisas*, mas foram incorporados seus discursos como provenientes de dois sujeitos diferenciados.

PERFIL DAS PACIENTES ENTREVISTADAS

Em seguida farei um breve perfil das pacientes entrevistadas, para melhor localizar o leitor quanto à lógica dos seus discursos e vivências como pacientes no serviço estudado, bem como as razões que as levaram a procurar por assistência no HUJM. São elas:

1. *Entrevistada 1 (E.1) - Maria da Graça*

Idade: 27 anos, casada, analfabeta, trabalha como empregada doméstica, quando pode, procedente de Rondônia. É gesta III, para²⁹ III, aborto 0, puérpera de parto cesariana indicado por descolamento prematuro da placenta logo após o toque vaginal. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

2. *Entrevistada 2 - Marta(E.2a) e Regina (E.2b)*

Marta - Entrevistada número 2 (E.2a) Idade: 32 anos, casada, profissão do lar, estudou até a quarta série incompleta do primeiro grau, é procedente de Cuiabá. É gesta VI, para III, aborto 0, internada por gestação de 32 semanas complicada por um pnemotórax expontâneo, está em sistema de drenagem de tórax com um dreno no hemitórax direito. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

²⁹ A terminologia gesta, refere-se ao número de gestações, para ao número de partos.

Regina - Entrevistada número 2 (E.2b) - Idade: 30 anos, casada, profissão: auxiliar de escritório, têm segundo grau completo, é procedente de Rondônia. É gesta II, para 1, aborto 0, internada por gestação de 36 semanas complicada por uma doença crônica o diabetes do tipo I, é insulino-dependente e o feto tem hidrocefalia diagnosticada pela ultra-sonografia. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

3. *Entrevistada 3 (E.3) - Vilma*

Idade: 26 anos, casada, estudou até a terceira série completa do primeiro grau, trabalhava como doméstica até engravidar, é procedente de Cuiabá. É gesta III, para III, aborto 0. Internou com história de amniorex prematura, oligohidramnia severa e sangramento vaginal escuro e contínuo, foi feito córtico-terapia para estimular o amadurecimento pulmonar. Seis dias após a internação evoluiu para parto normal com episiotomia dando à luz a um recém-nascido prematuro, pesando um quilo, que está no berçário de alto risco. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

4 *Entrevistada 4 (E.4) - Antônia*

Idade: 19 anos, casada, estudou até a segunda série completa do primeiro grau(sic), trabalha no lar, é natural de Brasilândia. É gesta II, para I, aborto 0, puérpera de parto cesariana indicado por amniorex prematura mais cesária anterior(dados do prontuário). Local da entrevista: sala da materno-infantil.

5 *.Entrevistada 5 (E.5) - Maria das Dores* (foi entrevistada antes e após o parto)

Idade: 29 anos, casada, sempre trabalhou 'em casa', estudou até a quarta série incompleta do primeiro grau, é procedente de Rondônia. É gesta III, para III, aborto 0, puérpera de parto normal com episotomia induzido, indicado por óbito fetal. Sofre de cardiopatia reumática e desenvolveu insuficiência renal aguda durante a gestação. Após ter tido um edema agudo de pulmão em Rondônia veio transferida para tratar-se em Cuiabá. Local da entrevista: enfermaria, paciente sem condições de locomoção.

6. *Entrevistada 6 (E.6) - Daniele*

Idade: 17 anos, solteira, fez até a sétima série completa do primeiro grau, é estudante, procedente de Paranatinga. É gesta II, para II, aborto 0, puérpera de parto operatório por fórceps indicado por estafa materna, usado analgesia. Fez laceração de 2º grau e edema de vulva logo após o parto, pela grande manipulação do local. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

7. *Entrevistada 7 (E.7) - Karla*

Idade: 21 anos, casada, fez até o terceiro ano do segundo grau, trabalhava como comerciária até engravidar, é procedente de Rondonópolis. É gesta I, para I, aborto 0, puérpera de parto operatório por fórceps, indicado por gestação gemelar. Os dois recém-nascidos estão no berçário de médio risco. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

8. *Entrevistada 8 (E.8) - Nádia*

Idade: 20 anos, casada, trabalha em casa estudou até a primeira série incompleta do primeiro grau, é procedente de Cuiabá. É gesta I, para I, aborto 0,

puérpera de parto normal com episiotomia. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

9. Entrevistada 9 (E.9) - Maria de Fátima

Idade: 20 anos, casada, estudou até a segunda série do primeiro grau, trabalha como doméstica e é procedente de Cuiabá. É gesta VI, para VI, aborto 0, tem mau passado obstétrico com três neomortos por mal-formações severas. Este recém-nascido apresentou boas condições ao nascer. É puérpera de parto cesariana seguido por laqueadura devido a sua história obstétrica. Local da entrevista: sala da materno-infantil.

10. Entrevistada (E.10) - Rosiane

Idade: 17 anos, casada, trabalha em casa', estudou até a terceira série incompleta do primeiro grau, é procedente de Cuiabá. É gesta II, para I, aborto 0, Está internada para inibir um trabalho de parto prematuro provocado por gestação trigemelar. Local da entrevista: enfermaria.

Os nomes das pacientes entrevistadas foram alterados para garantir o seu anonimato e atender à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos.

As entrevistas, quando referidas na análise, serão identificadas pelo nome de ficção, seguido pelo sinal (E.1-pct) (E.2-pct) e assim sucessivamente. A entrevista 2 será assim identificada (E.2a) e (E.2b), por ter sido feita com duas pacientes juntas.

Das onze pacientes entrevistadas dez eram casadas e apenas uma era solteira. A idade variou de 17 a 32 anos, tendo cinco mais de 25 e as cinco restantes ficavam entre 17 e 21 anos. A escolaridade variou de analfabetismo completo, caso da entrevistada Maria da Graça, até o segundo grau completo, caso de duas pacientes, a Regina e a Karla, uma das entrevistadas estudou até a sétima série e as demais tinham até a quarta série do ensino fundamental. Apenas duas trabalhavam regularmente como assalariadas fora do lar e contribuíam com o orçamento doméstico, caso da Karla e da Regina. Uma é estudante e as demais trabalham, *quando podem*, como empregadas domésticas.

Todas relatam usar e *precisar* dos serviços públicos de saúde, tendo algumas mais experiência nesse papel, como a Regina, pelo fato de ser portadora de uma doença crônica, o diabetes do tipo I. Já se internou várias vezes e desenvolveu algumas estratégias próprias para relacionar-se com esses serviços. As mulheres que usam regularmente o serviço ou que estão internadas há mais tempo, têm um olhar mais aguçado em relação ao processo assistencial, que se revela através de um discurso diferenciado e uma postura mais crítica.

Quanto a paridade, duas já estavam na quarta gestação, três na terceira, quatro na segunda e uma na primeira gravidez, nenhuma relatou gestação interrompida por aborto. Apenas uma das pacientes entrou com gestação de termo e evoluiu para parto e puerpério normais, todas as demais ou tiveram problemas na

gestação que indicaram o tipo de parto, ou estavam internadas por gestação associada com outras patologias.

Consegui fazer fotocópias completas dos prontuários de pacientes, sendo que elas serviram mais como uma fonte de apoio para a análise, para esclarecimento de um ou outro dado sobre a história das pacientes que estavam pouco claros, e também para complementar os dados da observação participante.

A técnica da observação participante foi feita em períodos alternados e totalizou 52 horas de observação. Essa técnica mostrou-se de grande eficácia para o alcance de muitos dos objetivos do trabalho e foi bastante ampliada em relação à proposta inicial, na medida em que desenvolvi a coleta.

A observação foi desenvolvida da seguinte forma: nos dois primeiros dias identifiquei todos os locais por onde circulavam as pacientes e os profissionais de saúde, definindo e anotando os espaços que seriam observados e o melhor horário para fazer a observação. Esse horário foi definido a partir de alguns indicadores relacionados à dinâmica assistencial e ao que seria observável, como as ações e práticas de enfermagem e da medicina e o ambiente e espaço físico da clínica e demais locais que me interessavam.

Outros aspectos apreendidos na observação foram as inter-relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pacientes internadas, quais sejam, as atividades, procedimentos e intervenções realizadas no corpo das pacientes. Essas atividades foram sendo observadas na medida que eram realizadas. Minha intenção ao colhê-las foi cruzar os dados de observação àqueles retirados dos prontuários das pacientes e com os colhidos através das entrevistas.

Ao fazer a entrada em campo, meu primeiro cuidado foi me integrar ao ambiente. Por isso, decidi ir à campo e fazer a atividade de observação, atuando como enfermeira da clínica, inclusive prestando assistência e realizando todos os procedimentos compatíveis com a função. Essa decisão foi tomada após a sugestão de funcionários e também de uma das pacientes que disse ser estranho alguém de fora estar fazendo perguntas e entrando e saindo da enfermaria e que, *se eu era dali* era melhor mostrar isso que ia *mais ajudar que atrapalhar*, pois as pacientes teriam mais confiança.

Ponderei e decidi ir como participante observadora, com o conhecimento de que eu estava ali desenvolvendo uma pesquisa e isso ajudou bastante na coleta, facilitou e abriu a comunicação com as diferentes equipes e com as mulheres, que começaram a ver em mim uma enfermeira que podia ajudá-las e também responder a muitas de suas questões. Dessa maneira, as tarefas de assistir e de coletar dados se confundiram, provocaram-me angústia e alguns problemas, mas deram bons frutos.

Todos os procedimentos médicos e de enfermagem realizados com as pacientes durante o período em que foi feita a observação foram assistidos e, imediatamente após, gravados. Ao transcrever esses conteúdos e os das entrevistas, algumas

categorias analíticas, previamente definidas, já foram se transformando e tomando outra conotação.

Não foi feito o perfil das enfermeiras e funcionárias entrevistadas devido ao fato desse grupo guarda uma certa homogeneidade em relação ao seu perfil, definido-se ele mesmo como uma classe, no sentido bourdieusiano do termo, pois agrega um *habitus* que é compartilhado por todos no que diz respeito ao processo de assistir e de se relacionar no serviço estudado.

B - A DEFINIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE

Neste trabalho, foram usadas duas grandes categorias temáticas de análise que dirigirão a interpretação dos dados, quais sejam o poder e a violência simbólicos na acepção de Bourdieu, reinterpretado para analisar as relações de dominação que foram o centro desse estudo. A categoria analítica de gênero também auxiliou na interpretação, mas foi transversal e incorporada às duas primeiras.

GOMES (1994a) diz que a palavra categoria *se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si* (1994:70), podendo estar ligada à idéia de classe ou série, por isso, podem ser empregadas para se estabelecer classificações. Dessa forma, agrupamos os núcleos de significados que emergiram dos dados, em torno das categorias temáticas já explicitadas e defini as unidades de análise. As unidades de análise foram definidas após várias tentativas de ficaram assim delimitadas: poder e violência na prática médica, poder e violência na prática de enfermagem, poder e violência na organização burocrática e no espaço físico, cada uma com seus desdobramentos específicos.

Durante o processo de análise, pude perceber que a experiência da hospitalização revela-se nos depoimentos das mulheres como um tempo de privações diversas, que vão da falta de afeto, passam pela desconforto, pelo desrespeito, por medos definidos e indefinidos. Tudo isso é agravado pela baixa qualidade da comunicação e pelas muitas informações truncadas e confusas podendo chegar, frequentemente, na negação dessas pessoas como merecedoras de uma assistência segura em um ambiente hospitalar confortável e decente.

B.1 - A PRÁTICA MÉDICA - 'MAS... DOS MÉDICOS, É DIFÍCIL SABER QUALQUER COISA DELES.....'

Os pilares fundantes da gênese da violência e do poder simbólicos nas ações e na prática médica, identificados aqui como uma unidade de análise, estavam relacionados com vários aspectos que foram analisados em conjunto. Estes aspectos se relacionam e estão ligados à informação, à comunicação, à mistificação, à desqualificação e à objetificação presentes nas diferentes maneiras como se constrói a relação entre os médicos e sua equipe de um lado e, de outro, a clientela do serviço estudado. Inicialmente apareceram de forma aparentemente dispersas mas foram tomando sentido no transcorrer da análise e, no final desse processo, mostraram sua

conformação tornando-se um núcleo de significados dentro da categoria poder e violência.

Na relação entre os médicos e a clientela, percebe-se que a não-informação, a informação negada, fragmentada, confusa, são faces diversas de um mesmo fenômeno. A não-informação é aquela que não é dada propositalmente, de forma consciente, pelo pressuposto que o outro não vai conseguir entender mesmo o que seria explicado. Já a informação negada é aquela que é solicitada, procurada, mas não é dada, ou seja, não se atende ao apelo do outro que procura pela informação. Fragmentada a informação dada em linguagem inacessível usando linguagem e termos técnicos. Na informação confusa cada profissional a fornece de um jeito diferente, não contribuindo para a formação de um conjunto coerente para quem a ouve.

Dessa forma, a partir dos depoimentos das mulheres entrevistadas tentarei evidenciar essas diferentes faces da comunicação que ocorrem, dentro do serviço estudado, entre os médicos e sua equipe e as mulheres internadas. Por quê, como diz a paciente Regina é tão difícil saber *qualquer coisa* dos médicos, por que eles *eles chegam e nem falam o nome e já vão levantando a roupa, mexendo com a gente?* Responde-lhe a sua parceira de enfermagem a entrevistada Marta: *é assim que é, não adianta reclamar....*

O poder simbólico que contribui com a aura de magnanimidade que cerca a prática médica, do ponto de vista dos que a exercem, diz que não é preciso informar sobre o que se faz quando se está fazendo uma coisa para o 'bem do outro'. Apresentar-se, falar o próprio nome ou informar porque estão fazendo esse ou aquele procedimento fica reservado quando a relação se dá entre iguais, ou pelo menos, entre indivíduos que se reconhecem com tal.

Assim, é diferente mexer com o corpo da mulher grávida, se ela estiver internada em um serviço público ou em um privado, se ela for pagante ou não. Afinal, mais que a gravidez é a situação econômica da mulher, que permite ou não essa aproximação sem nenhum preparo prévio. Tratar da saúde de quem *precisa e não pode pagar* é um gesto generoso que deve ser acolhido sem questionamentos, tampouco necessita de explicações ou esclarecimentos.

No campo da saúde o poder simbólico estrutura-se mais especificamente sobre três pilares: primeiro, a generosidade intrínseca de *tratar dos que precisam e não podem pagar*, segundo a manutenção de um monopólio quase absoluto dos saberes sobre o corpo e as diferentes formas de nele intervir, processo que acontece simultaneamente e que configura o terceiro pilar, que é a desqualificação do outro enquanto portador de saberes e de direitos sobre o próprio corpo e sobre a saúde.

Isso tudo traduz-se em um processo contínuo e silencioso de objetificação das consumidoras de serviços de saúde, que reduz a pessoa à um órgão sem corpo e refere-se à esse órgão como portador de doenças de nomes estranhos aos que as ouvem. Dessa maneira, o profissional de saúde cria uma fragmentação na maneira da

pessoa ver-se, de forma que ela não consegue fazer uma auto-referência coerente com a linguagem médica que lhe é hermética, irreconhecível,

Este fato que contribui, sobretudo para a formação de uma *subjetividade sujeitada*, nas palavras de GUATTARI e ROLNIK (1993). Dizem esses autores que a subjetividade é produzida coletivamente, através de agenciamentos de enunciação, sendo que os indivíduos são resultado de uma produção de massa relacionada a esses agenciamentos que fabricam e modelam os sujeitos no registro do social.

Saber, necessidade, legitimidade e sujeição se cruzam no encontro entre médicos e pacientes, pois a subjetividade sujeitada antecede o processo interno de desqualificação daquela que não entende, que não sabe sobre o que os médicos estão falando, mas afirma que eles *sabem o que fazem* e isso lhe basta. Como diz Maria das Dores:

'é sempre assim, a gente nunca sabe o que eles tanto examinam e nunca dizem para a gente o que é que a gente tem, mas se a gente precisa e tá aqui doente tem que ter paciência e acreditar que eles sabem o que estão fazendo... veja... eu não melhorei? Então tá certo, né?' (E.5.)

Precisar dos serviços públicos de saúde implica em *esperar muito*(E.3) em *ser tratado como cachorro*(E.2) e *com falta de educação*(E.2,) para isso tudo tem que *ter paciência*(E.5), e mesmo achando tudo *muito errado*(E.2) tem que *aceitar*(E.5) porque é esse serviço que pode ser oferecido para quem *é pobre e não pode pagar*(E.2) para quem *é fraco de situação*(E.10) pois *se fosse madame não era assim não*(E.2).

O que permeia essas falas e está presente em quase todas as entrevistas feitas é a falta de opção, é *ter que aceitar* esse tratamento porque é só isso que tem para ser oferecido, não há escolha possível para quem *não pode pagar*. Essa constatação por parte da maioria das entrevistadas põe em pauta duas questões. A primeira é aguda percepção da própria situação e da distinção que lhes é imposta pela condição socioeconômica desfavorável, e a segunda é a questão da *generosidade* daqueles que trabalham ali, naquele serviço para atender a quem *é fraco de situação*, principalmente os médicos que são, no imaginário popular, profissionais bem sucedidos, pertencendo a uma classe social diferenciada daquela do usuário. A generosidade aqui referida não está explicitada nos discursos, estando mais relacionada à premissa maior do poder simbólico, que é a

transfiguração das relações de dominação e de submissão em relações afetivas, a transformação do poder em carisma ou em encanto adequado a suscitar um encantamento afetivo (no qual) o reconhecimento da dívida torna-se reconhecimento, sentimento duradouro em relação ao autor do ato generoso³⁰ (BOURDIEU, 1996a:176)

Essa premissa do poder simbólico agrega, por sua vez o princípio objetivo da violência simbólica, que permite resolver os problemas que são quase insolúveis e que estão colocados nas antinomias da dominação simbólica, pois esse é um tipo de

³⁰ Grifos nossos

dominação que é, ao mesmo tempo, sofrido sob pressão e aceito através do reconhecimento e da obediência (BOURDIEU, 1996a) Assim, para os usuários dos SPS, o simples fato de serem atendidos já se configura como um *favor*, uma atenção especial para quem *não pode*. Como sustenta a entrevistada Antônia:

Mas, ainda assim, esse é o melhor hospital para nós que não pode né? O único problema é que demora demais para atender, mas fazer o quê? Tem que esperar mesmo, é muita gente que procura este hospital aqui, e então você chega aqui lá pelo meio-dia e só vai ser atendido lá pelas cinco, isso que tem hora marcada no cartão, mas chega gente ruim e eles têm que atender primeiro. A gente fica sentada lá fora num calor brabo esperando, mas eles fazem tudo, medem a barriga da gente, escuta o nenê, vê a pressão da gente... (E.4)

A organização burocrática que permite marcar hora para a chegada da paciente ao serviço, mas que só vai atendê-la muito tempo depois, é definida por quem monta a agenda de atendimento e já sabe de antemão que não se atende no horário marcado. Mas, mesmo assim, o depoimento dessa paciente que diz *tem que esperar mesmo* até porque eles *fazem tudo e atendem muita gente*, revela a sua compreensão dos meandros de uma burocracia que a exclui como sujeito, mas ela não se furta a expor a sua insatisfação de ter que se submeter a uma dinâmica assistencial que não a favorece.

Também ela fala claramente na sua entrevista que, se pudesse, *fazia uma reunião e falava pra eles tratar melhor as pessoas, as mulheres sentido dor, pois eles não passam o que a mulher passa e esperar sem barriga é uma coisa e com barriga é outra*. Por isso tudo, ela vê que precisa mudar *alguns médicos* que tratassem *melhor as pessoas*.

Por isso vê-se que não ter o direito de escolha não implica aceitar passivamente o tratamento que lhes é oferecido. Pode haver raiva, revolta, mágoa, irritação, que nem sempre se manifestam explicitamente para aquele que provocou. Eles aparecerão de forma difusa e em um momento diferente daquele em que ocorreu o atendimento, revelando a percepção clara de que o atendimento rápido e superficial ou ainda a espera que se prolonga por uma tarde inteira, estão relacionados ao *precisar ao não poder pagar, por ser pobre e estar grávida*, pela necessidade dos serviços daquele profissional que está atendendo no momento. Este depoimento revela também os bloqueios que há na comunicação, e que esta se conforma, como define HABERMAS(1980), de maneira coercitiva, na qual não há espaço para a manifestação de desagrado ou insatisfação por parte da clientela.

Há um descontentamento latente que permeia praticamente todas as entrevistas, mas é uma revolta quase muda, que existe e se manifesta muito mais freqüentemente com outra pessoa *igual* e que se disponha a ouvir, podendo ser a companheira de quarto ou mesmo alguém da equipe de enfermagem. Só muito raramente esse descontentamento chega aos ouvidos do médico, quando muito

reclama-se aos alunos de medicina, por haver um entendimento que esses são o elo frágil na equipe médica.

Como revela a fala da entrevistada Regina sobre o interno de medicina que havia colocado um espêculo em sua vagina e, após o tê-lo feito, teve que aguardar (por um tempo prolongado na percepção da paciente) a chegada do professor para proceder o exame ginecológico. Disse ela sobre o ocorrido:

você me deixou sentido dor daquele jeito, porque não era em você, né? Achei isso muito errado, porquê tem que ser assim? Você podia ter tirado (o espêculo) e colocado só na hora que seu professor chegasse...(E.2)

Essa manifestação de desagrado ocorreu com uma paciente que conhece muito da dinâmica do atendimento no serviço onde colhi os dados, isso pelo fato de ser diabética e usar o serviço do HUJM regularmente. Ela assegura que foi um interno de medicina que a atendeu, pois ela o viu *chamando o outro de professor*. Por isso percebe-se que a questão do saber vem atrelado ao mandar e, por outro lado, ao obedecer. Quem manda e quem sabe no campo da saúde é o médico, só ele tem legitimidade para definir a situação da paciente até para ela mesmo, pois a gente quer conversar saber direito as coisas, o quê a gente tem (E.5), mas

mesmo perguntando, eles não respondem, estão sempre com muita pressa (...)dos médicos é difícil saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente não.(E.5)

BOURDIEU (1996b) diz que é na própria estruturação do campo que se produz e que se reproduz a crença na legitimidade das palavras, é nele que se produz o poder de manter a ordem ou de subvertê-la. Mesmo que seja *difícil saber qualquer coisa* dos médicos, mesmo que eles não estabeleçam uma relação que satisfaça as pacientes, são somente eles que detêm o saber e o instrumental tecnológico para dar conta do que ocorre no corpo e é dentro dos hospitais que se situam os instrumentos por eles utilizado para perscrutar o corpo que sofre ou que tem necessidade de ser examinado.

Ocorre então um processo simultâneo com os sujeitos que estão em relação antagônica no campo simbólico da saúde - é a subjetivação da ordem objetivada medicamente sobre o corpo. Tal como a língua, a arte, a ciência, o corpo é em si um produtor e um reprodutor dos sentidos socialmente dados, podendo ser considerado uma estrutura estruturante, pois a partir dele se definem significados e comportamentos, e esses vão se diferenciar de acordo com quem cria o sentido e com quem o interpreta, ou seja, na área da saúde quem manda e quem sabe está identificado à quem produz o sentido, a quem o arbitra, e define o que vai circular, pois ele é o produtor, e quem se submete e reproduz esses conteúdos é identificado ao dominado.

Essa produção de sentidos ocorre tantas vezes e em tantos locais diferentes que perpassa toda as classes sociais. O sentido produzido sobre saúde/doença/risco/, bem como as muitas tecnologias disponíveis para intervir no corpo começam a fazer

parte do imaginário dos que estão na outra ponta do campo, como consumidores possíveis daquelas tecnologias que virão valorizar quem a elas se submete, podendo ser que essas se resumam em uma simples ultra-sonografia gestacional ou uma tomografia computadorizada.

Assim, ser atendido em um serviço que disponha dessas modernidades é uma distinção para a paciente. Ser bem atendida passa a ser um privilégio, como revela uma das entrevistadas sobre um atendimento recebido no HUJM. Diz Maria da Graça: *foi legal, muito legal, eu achei que nem ia ser como foi revelando ainda que a atenderam rápido demais e que logo que chegou foi internada. Diz ela também que não mudava nada no hospital em relação ao atendimento, talvez mudasse o horário de visita e as vestimentas, o resto, na sua percepção está muito bom assim do jeito que está.*

O outro lado desse atendimento tão rápido e *bom* não foi revelado à Maria da Graça. Ninguém lhe disse que o motivo da presteza foi um erro técnico no momento da sua admissão na triagem obstétrica. Ali, logo após um toque vaginal inoportuno ela veio a sofrer uma hemorragia vaginal súbita por descolamento prematuro da placenta de inserção baixa, motivo que justificou a rapidez do seu encaminhamento para uma operação cesariana de urgência. O que ficou registrado pela paciente foi ter sido rapidamente atendida. Por isso não vê necessidade de mudanças no serviço que a acolheu.

Também não foi esclarecido à essa mesma paciente que a localização da sua placenta (que contra-indicava em absoluto o toque vaginal) estava devidamente registrada em seu prontuário, uma vez que ela terminou o pré-natal no próprio serviço, como ela mesmo afirma. Isso obrigava o profissional que a atendeu a saber da localização correta da placenta e da *contra-indicação absoluta* ao toque vaginal. Aqui se evidencia a construção da mística médica que, se não revela o erro, o coloca em um limbo confuso, fazendo a paciente não entender bem o erro da qual foi vítima. Ela até intui que algo aconteceu, pois - *logo depois de ser feito o exame da vagina, eu comecei a sangrar, aí eles me mandaram logo para a sala de cirurgia, -* fato que a leva a reconhecer e a agradecer o mérito do profissional e do serviço que a atendeu em um momento de urgência e de risco de vida.

Como a dominação simbólica se apoia no desconhecimento dos princípios em nome do quais ela se exerce, percebe-se, no caso relatado pela entrevistada em questão, que esse encantamento foi ser distinguida com um atendimento rápido que salvou sua vida e a de seu bebê.

O valor de estar vivo, ser dono de um corpo 'sadio e sem doenças' vem sendo trabalhado ao longo do tempo como uma conquista exclusiva da ciência médica, nunca da pessoa ou do grupo, e estes devem ser agradecidos àqueles que salvam, que curam, que devolvem a saúde e deixam o corpo saudável. Neste complexo processo de saberes que dá conta de pequenos e de grandes problemas de saúde, a objetificação da pessoa atendida pode ser vista apenas como uma contingência, um apêndice

necessário para que ciência ilumine os caminhos da medicina na sua busca pelo corpo saudável e pelo afastamento da morte.

BOURDIEU(1996b) diz que o universo masculino (e, por extensão, acrescento da ciência e da medicina, todos regidos por lógicas semelhantes) se impõe sob a forma de evidências, do 'isto é assim', ou seja, como diz Maria das Dores:

Mas é assim que é né? A gente não pode reclamar porque as pessoas querem o bem da gente e eu estou viva por causa dessas pessoas, ela tava certa né? A gente tem que se conformar porque a gente precisa e as pessoas daqui são aquelas que ajudam a gente que não pode, então tem que esquecer alguma coisinha que acontece, é assim que é...(E.5)

Ainda é ela quem lembra do seu parto – bastante traumático, pois foi necessário o uso de fórceps para expulsar o natimorto, indicado por estafa materna - e dos médicos lhe dizendo que *era assim mesmo*, que ela tinha que *agüentar firme* e que *não fizesse fiasco* durante o procedimento. Então, para ela *esquecer alguma coisinha*, ainda que seja ser chamada de *fiasquentista*³¹, faz parte do papel definido que lhe é previamente destinado dentro do serviço que a atende.

BOURDIEU(1996b) lembra que há algumas instituições que contribuem para a reprodução das estruturas objetivas e das subjetivas. Dentre elas, ele cita os ritos de instituição que separam e definem arbitrariamente os grupos sociais em relação, dentro do campo simbólico. São esses ritos que definem quem pode ter exposto o seu corpo e quem o expõe, onde ele pode ser exposto e em nome de quais outras instituições isso será feito.

Os órgãos sexuais da mulher grávida sofrem esse tipo de rito, podendo ser vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão aptos a fazê-lo, pois assim está definido pela medicina, que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. No caso da mulher gestante, parturiente ou puérpera, esse arbítrio é revelado de forma mais aguda. Ela não é consultada sobre a manipulação que pode sofrer, já que, tacitamente, a necessidade de seu corpo a justifica. Como diz Maria das Dores:

eu não lembro direito, o médico disse que eu ia ter a criança normal, que cesariana não dava por causa do meu estado, por isso ia ser normal(...)Ai eles falaram que ia por remédio para dar dor e doeu muito, a noite todinha e no outro dia também, toda hora fazia toque e era muito dolorido, eu sei que tinha hora que eu nem deixava dar o toque, não queria e o médico fazia assim mesmo, que precisava né? Mas doía e o médico veio romper a bolsa com um aparelhinho e enfiou lá dentro e rebentou a bolsa ali na cama mesmo, no meio de todo mundo...(E.5)

Ao romper a bolsa amniótica na enfermaria, *no meio de todo mundo*, o profissional médico está reforçando a serialização que indiferencia a mulher, ela é apenas e mais uma mulher, ela não é diferente de ninguém e, embora ela se ressinta de ter sido exposta, seus sentimentos não devem ser considerados no rito de

³¹ Uso popular originário do verbete fiasco, podendo significar quem dá vexame, ou faz má figura ou ainda tem comportamento ridículo.

instituição que cerca o exame ginecológico, pois ele visa proteger o profissional a sua embaraçosa tarefa e reforçar o controle através do assexuamento e da naturalização da sua prática.

Na área da especialidade médica obstetrícia e ginecologia, de uma forma diferenciada das demais especialidades, os *ritos de instituição* redefinem e objetificam o corpo feminino, isso para poder *gerenciar o problema da transgressão* que está implícito no exame dos genitais (BOURDIEU, 1996b). Esse *gerenciamento* implica dissociar da pessoa examinada o órgão, a parte que se examina. Seja exemplo a colocação de campos estéreis durante o parto normal que vão cercar e delimitar o campo cirúrgico, como a raspagem dos pêlos pubianos, chamada tecnicamente de tricotomia são mais rituais do que técnicas, já que não encontram justificativas no caso de partos normais de múltiparas.

Mesmo sendo palco de muitas iatrogenias, os serviços são o foro legitimado pela população para dar conta da doença, não sendo menos legítimos se foram eles mesmos que a provocaram, podendo errar, não dar a resposta esperada ou ainda demorar muito para atender. Mas serão prontamente desculpados se resolverem os problemas de saúde das pessoas que os procuram, como podemos perceber nesses trechos:

não tenho do que reclamar não, nem achei que ia ser como foi... (E.1)

Desde que cheguei aqui foi bom (...), pediu todos os tipos de exames.(E.3-pct.)

foi rápido o atendimento...Foi bom (E.4- pct.).

Na estruturação dos sistemas simbólicos que envolvem relações muito assimétricas, a prerrogativa básica para que se instaure a violência e o poder simbólico localiza-se nas formas de comunicação, suas interdições e liberações, principalmente no que diz respeito, no campo da saúde, à comunicação entre o profissional e a paciente. BOURDIEU(1989) diz que os sistemas simbólicos têm uma função política a cumprir, que é a de impor, assegurar e legitimar a dominação de uma classe sobre outra, e que isso, por si só já se configura em uma forma de violência simbólica, pois esse processo está apoiado nos instrumentos já estruturados de comunicação e de conhecimento, portanto com força estruturante sobre os demais sistemas.

Não há dúvida que o médico é profissional que se destaca nessa relação de dominação entre a clientela e os serviços de saúde. É ele quem determina e quem estrutura, através de seus saberes e conhecimentos, a diferença entre a sua posição e a da paciente, é ele que estrutura o sistema de comunicação de acordo com a percepção que tenha da pessoa que estiver ali na sua frente.

A imposição de um toque vaginal ou a ruptura de uma bolsa amniótica, como a relatada por uma entrevistada, pode acontecer em um serviço público e em um serviço privado. No primeiro, ele pode ser feito sem a consulta ou mesmo contra a vontade da paciente. Já no serviço privado, se o médico achar que realmente o toque é necessário e a mulher se recusar, pode tentar convencê-la, usando uma linguagem que é reforçada pelo risco futuro de problemas que poderão acontecer e que só ele conhece, pois um médico raramente aceita a recusa da mulher em se submeter a qualquer procedimento que ele defina como necessário.

Durante a atividade de observação participante, assisti a um procedimento com a paciente Maria das Dores que bem ilustra a dificuldade desse profissional em aceitar limitações na sua prática, ainda que essa limitação derive de excessos médicos no exercício de um procedimento:

Dados objetivos do prontuário: Maria das Dores: internou com diagnóstico de insuficiência renal aguda, cardiopatia reumática e edema agudo de pulmão. Fez óbito fetal. Dados do prontuário: dia 28/01/99. Análise: pct com óbito fetal diagnosticado pelo USG. Mantido terapêutica e proposta interrupção após indução do parto para hoje. Dinâmica uterina. 2 / 50"/10', toque colo centrado, pérvio para uma polpa digital, apagado 50%, bolsa íntegra, apresentação alta e móvel. Às 10.45 h: Rotura de bolsa com saída de líquido amniótico achocolatado. 1 hora antes do parto fazer: ampicilina 1gr EV 6/6 h, gentamicina 80 mg EV 12/12 h.

13:00 toque colo 70% apagado, centrado, pérvio para 1.5 polpa digital, dinâmica 2/45"/10', feita nova amniotomia com saída de líquido achocolatado com restos amnióticos.

14:00 toque colo centrado, dilatação de 6 cm, 70% esvaecido no plano - 2. Dinâmica: zero PA - 150/85 mm/hg. Conduta: soro glicosado 500 ml + 1 amp de ocitocina 8 gts/min.

Dados de observação - Às 13:00 h: Com a Maria das Dores muito queixosa, referindo fortes dores abdominais, e perda vaginais de líquido escuro achocolatado em pequena quantidade. O residente de plantão resolve fazer uma 'nova' amniotomia na paciente. Ela é colocada em posição ginecológica sob uma comadre e inicia-se o procedimento. Quatro internos acompanham o residente, que enluvado introduz o amniótomo de ponta curta na vagina da paciente. Após várias tentativas frustradas, ele pede outro amniótomo de ponta longa e o introduz, sem proteção digital, na vagina da paciente, começa a sair sangue vermelho-vivo, indicando que houve lesão de parede vaginal, ele insiste no procedimento e não atende aos apelos da paciente. Maria das Dores se queixava de câimbras nas pernas pelo posicionamento ginecológico muito prolongado (marquei 23 min de duração total do procedimento), já estava esgotada e chorava dizendo que não agüentava mais, que eles 'parassem que estava doendo demais', mas o residente exigia colaboração da paciente dizendo que 'se ela não colaborasse' ia 'perder o nenê'. Mas ele já estava morto.

Dados da entrevista - Impressão da paciente sobre o procedimento: 'deu dor, dor demais... toda hora fazia o toque e era muito dolorido, eu sei que tinha hora que nem deixava dar o toque mas o médico fazia assim mesmo, que precisava né? mas doía, eu fiquei ali na cama, e o médico veio para romper a bolsa e enfiou lá dentro e rebentou a bolsa... E eu com tanta dor que não agüentava mais... Sei que machucou por dentro, pois saiu muito sangue, sangue vivo mesmo, não era sangue de parto..

No caso desse procedimento, o médico residente exigiu a colaboração da paciente através de uma argumentação curiosa: se ela não colaborasse, poderia 'perder o nêne'. Ao exceder-se na sua ação, justificou-se dizendo que ela se destinava a preservar a vida do feto, só que ele já estava em óbito intra-útero. O mesmo residente também executou um outro procedimento duvidoso com a mesma paciente, pois não há como romper a mesma bolsa amniótica duas vezes. Sua insistência em fazê-lo, justificou-se por uma necessidade particular sua: a de treinar um procedimento.

Embora esse residente tivesse sido por mim avisado de que o procedimento já havia sido feito, a maneira como ele conduziu, como tratou a paciente, como tentou se impor aos demais (internos de medicina, logo subalternos a ele) que assistiam a sua ação, revelaram uma grande dificuldade em aceitar limitações internas ou externas na sua prática, ao mesmo tempo que visava negar a competência do outro (no caso eu, uma enfermeira) em indicar-lhe a não pertinência do procedimento.

Ao executar uma ação com a finalidade de treinamento, o residente não aceita que há limites, mesmo clínicos, para que ele não prossiga. Supondo-se possuidor de um poder tal que é dado pelo saber médico – em cujo campo o outro (ou a outra, a enfermeira) *não sabe direito o que estou fazendo* - ele acredita que pode fazer como quer ou precisa naquele corpo anônimo.

Essas atitudes fazem parte das estratégias de manutenção do campo simbólico de diversos profissionais, dentre eles os da saúde, que julgam saber muito, tanto que os demais não tem como avaliar o que eles estão fazendo, pois são apenas eles que detêm todas as minúcias, todos os exames, todo o profundo raciocínio angariado após muitos anos de estudo e sacrifícios, necessários para decidir um diagnóstico ou um procedimento.

O poder simbólico aqui revelado, é um poder tecido de forma quase transparente, invisível, que supera a percepção de si enquanto pessoa que sofre e merece ser respeitada, o que faz com que uma paciente conclua logo após ter terminado o seu parto:

Deus ajudou que deu certo, eu sei que eu fazia muita sacanagem com todo mundo e com os médicos... eles queriam me ajudar e eu ficava fazendo fiasco, empurrando eles para não fazer o toque, sei que eu me comportei mal, muito mal, bem que o médico falou que eu não colaborei muito, eu as vezes até ficava bruta com eles, eu fechava as pernas na hora do toque, eu sei que fui errada, o médico falava eu só quero te ajudar e eu não colaborava... eu tinha que ter me esforçado mais para ajudar eles... (E.5.pct. Maria das Dores)

Percebe-se nas afirmações da mesma paciente sobre ter se comportado mal com os médicos, que os conteúdos subliminares que estruturam a sua percepção como paciente superam a fato de que ela é uma mulher que teve um parto difícil, demorado e mesmo traumático. Ao dar à luz um feto morto - após várias semanas de hospitalização por insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmão, muitas sessões de hemodiálise, uso de sonda vesical e também de oxigenioterapia contínua, restrição

de líquidos, enfim uma experiência dolorosa como paciente que precisa de serviços médicos - o discurso que ela reproduz, contudo, revela o seu consenso em relação ao discurso médico.

A sua percepção é de que é ela quem deve se dobrar à lógica do saber médico e hospitalar, pois é esse que salva, que cura, que devolve a vida. Então diz Maria das Dores, sorridente e com um ar maroto no final da entrevista: *eu é que estava errada e que deveria ter se esforçado mais para ajudar os médicos.*

Por isso, percebe-se que o poder simbólico tem o poder de construção da realidade, pois é ele que estabelece a ordem com que o conhecimento se estrutura e se distribui. Esse poder contribui, assim, com a conformação que torna possível a concordância entre os diferentes grupos acerca do que está dado como realidade.(BOURDIEU,1989)

O corpo é, ele mesmo, um sistema simbólico, ou seja, como instrumento de conhecimento e de comunicação ele exerce um poder estruturante porque já é estruturado a partir do poder simbólico que subjaz à relação entre quem conhece/ entende o corpo e quem precisa tratá-lo, colocá-lo em condições de bom funcionamento. BOURDIEU(1996b) diz que os símbolos são os instrumentos da integração social, são eles que tornam possível o consenso acerca do sentido do mundo, contribuindo para a reprodução da ordem social que está dada. Por isso, a denominação de *terrível circularidade* dada por esse mesmo autor para o processo de construção da dominação simbólica, pois essa apresenta e legitima os interesses particulares de um grupo ou de uma classe social como sendo interesses universais, comuns ao conjunto.

No caso da construção social do corpo estão incluídos interesses que vão do tipo de vestimenta que se deve usar, passam pelas formas de falar indo até as maneiras de se comportar 'adequadamente'. O corpo grávido bem como o ato de parir passam então por outras definições que estão inscritas no meio social³² e, vale acrescentar, esses conjuntos simbólicos relacionados ao gestar, parir, amamentar, estão hoje, ao contrário do que ocorria no passado, mais aderentes, associados ao saber médico que ao saber feminino, revelando o interesse dessa classe em se apropriar desses símbolos e, por conseguinte, do corpo feminino.

A cultura, o conhecimento e as posturas da classe detentora do saber em saúde, dos saberes sobre o corpo contribuem para a integração dentro da classe, ao mesmo tempo que garantem a comunicação imediata entre seus membros e a distingue das outras classes. Ela também legitima a ordem estabelecida e compele todas as subculturas a se definirem pela sua distância em relação à cultura dominante. Então, pode-se dizer que, ao corrigir os desvios relacionados ao corpo (pois construiu um conjunto sistemático e organizado de saberes sobre o corpo doente), pretende também fazê-lo com a gestação e com o corpo sadio.

³² Tal como descrevi no capítulo 'O parto hospitalar - a expropriação da mulher do fenômeno da parturição nos rituais hospitalares'

Mas o cuidar do sadio ainda acontece de uma forma simbólica e que está respaldada no fato de que, na maioria dos serviços públicos de saúde, que atende-se à doença, ao mal instalado. O corpo sadio não chama a mesma atenção e não demanda a mesma tecnologia que o doente e, é a tecnologia agregada que diferencia e distingue o saber especializado em saúde. No caso das mulheres gestantes, os serviços de pré-natal são o exemplo mais evidente desse descaso, pois não há muito interesse ou mecanismos que garantam a qualidade da assistência que é prestada às mulheres nesses mesmos serviços. Os serviços de saúde oferecidos ao público não conveniado são, muito freqüentemente, de qualidade duvidosa.

Isso acontece, provavelmente, por três razões, dentre outras: a primeira é de que raramente há o mesmo interesse da parte dos profissionais médicos em manter a saúde como há em tratar a doença. Já a segunda é a corroboração de uma constatação de ILLICH (1975:38) que afirma serem os médicos profissionais que *foram treinados para reprimir a consciência dos danos que provocam..* Isso ocorre através das diferentes maneiras com que exercem a sua prática, ora de forma exagerada, intervindo demais, ora de maneira negligente, simplesmente não agindo. E há ainda uma terceira, diretamente relacionada com a gênese da violência simbólica dentro dos SPS, vinculada ao nível de informação da clientela desses serviços sobre seus direitos à saúde. É um grupo que não possui elementos suficientes para avaliar a qualidade da assistência que lhe é oferecida nos serviços públicos de saúde.

A partir desses elementos formam-se as condições necessárias para que a dominação simbólica funcione. Ou seja, é preciso que haja uma incorporação, pela parte dos dominados, das estruturas que os dominantes usam para penetrar no seu inconsciente, pois a submissão nesse caso, não é um ato consciente ou pensado, ou contra o qual se pode lutar e rejeitar, ela é constitutiva e está incorporada na lógica daqueles que à ela se submetem (BOURDIEU,1996b).

Cuidar da saúde, do corpo grávido ou não, da doença instalada, prevê o consentimento heteronômico de que alguém já está habilitado para este fim e este alguém não é o sujeito doente, ele pode até ajudar, dando os sinais do mal que o aflige, mas ele é limitado para dar conta da complexidade do órgão doente.

Dessa forma, para entender a gênese da dominação simbólica, através da qual se constrói o poder e se manifesta a violência simbólica, busquei respaldo nos conteúdos que se repetiram nas entrevistas feitas com as pacientes internadas e que diziam respeito à não-informação, à desinformação e à informação truncada, incompreensíveis para quem elas eram dirigidas.

Sem entrar nas teorias da sóciolingüística, tentei apreender como os dominantes montam, articulam e constroem as estruturas que vão ser reproduzidas na percepção dos dominados, ou como a submissão passa a ser um ato que não está registrado como tal na consciência das pacientes.

O sociolingüística Labov, apud BOURDIEU (1996a) estudou a linguagem das classes populares em situação de tensão e esse autor deduziu que esses grupos, em

determinadas situações oficiais ou formais perdem capital lingüístico, mostrando que a intimidação não só é uma das formas de anular o outro na comunicação mas é também uma forma típica de violência simbólica, pois remete a assimetria, a hierarquia já instalada socialmente.

A timidez, diz BOURDIEU (1996b), é o reconhecimento forçado da dominação que as pessoas tentam afastar com todas as forças, especialmente as da consciência. Ao sofrer a sua ação no próprio corpo, esse pode tremer ou mesmo sentir mal-estares físicos, relacionados com o sensação de incompetência e desamparo que aparecem em determinadas situações envolvendo o poder explícito. Como vemos claro nesse trecho da entrevista de Antônia:

Cheguei aqui dez horas da noite, aí já falei com o guarda, e entrei e fiz a ficha e o médico mandou eu entrar para me examinar. Foi rápido o atendimento, mas foi um pouco estúpido na hora de dar o toque, foi um médico e o outro era aluno, primeiro foi o aluno que veio dar o toque e tava doendo, eu reclamei, aí ele brigou comigo e disse que se eu não deixasse eu não ia ter filho aqui, que ia mandar eu para o Pronto Socorro, (...) aí eu deixei ele fazer o toque, eu não queria, mas foi na marra que acabou saindo, na força, de qualquer jeito...(E.4)

Percebe-se na fala da paciente esse desamparo quando ela afirma que não queria se submeter ao toque vaginal, mas que esse *acabou saindo na força, de qualquer jeito*, senão o médico ia mandá-la para um outro hospital, para o qual ela não queria ir, pois é um local de atendimento conhecido na cidade como de última opção para atender a partos.

A situação descrita revela uma intimidação clara por parte do interno de medicina de fazer calar alguém que não estava aceitando uma ação médica, que não a queria, até pela maneira como essa estava sendo conduzida, pois provocava dores e desconforto na gestante. O aluno se utiliza de uma ameaça que surte efeito e faz com que a paciente o deixe (ainda que 'na marra') fazer o procedimento.

Também a forma como se estrutura o campo simbólico no qual se dão as relações de dominação, está expressa no depoimento de outra paciente chamada Vilma, diz ela:

desde o dia que cheguei aqui quando fiz minha primeira consulta de pré-natal foi bom... pediu todos os tipos de exames, só que eu nem cheguei de pegar o resultado, porque demorou muito para chegar... esses resultados demoraram para chegar, demais..., e era um monte de exames, prá ver diabetes, glicose, só que só peguei os principal, de fezes sangue e urina (...) os outros não peguei até hoje.(E.3).

Ao pedir um monte de exames, o profissional mostra a sua força dentro da estrutura organizacional na qual atende, criando uma expectativa na paciente de que ela vai ser bem atendida. Reforça assim a sua própria mística e a do poder simbólico que cerca a sua prática, pois é só ele quem pode dar conta dos mistérios escondidos nas entranhas corporais que, retirados e examinados vão dar respostas que ninguém mais pode dar.

Por isso, pedem-se muitos exames, um ritual que faz parte da consulta médica, que não é valorizada ou ainda considerada mal feita, se não for acompanhada deles. Isso constitui a prova de que o poder se reproduz através da positividade, como diz FOUCAULT, *pois tem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas aprimorá-lo, adestrá-lo.* (1992:XVI) A força dessa positividade está na fala da paciente que entende que o atendimento foi bom porque foram pedidos todos os tipos de exames, o que a faz sentir-se amparada, bem cuidada, bem examinada. Mas junto com essa deferência o serviço dá sua contrapartida e diz à ela qual é o seu lugar ali dentro, quando os resultados demoram demais para chegar ou até mesmo nunca chegando.

A ausência dos esclarecimentos sobre as condutas, sobre os exames pedidos e seus resultados está recolocando, ainda que simbolicamente, o usuário no seu lugar. E esse é o da espera, o da falta, o da não informação sobre o que se procura no seu corpo, pois a partir da entrada nos rituais hospitalares, esse corpo não mais pertence ao seu dono. Como diz Regina:

(...) dos médicos, é difícil saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente quer conversar, saber direito as coisas, que é que a gente tem, os exames que fez ou que vai fazer, mas mesmo perguntando eles não respondem, estão sempre com muita pressa. (E.2b)

Todas as mulheres entrevistadas insistem muito na explicação que nunca vem, mas que elas sempre esperam sobre a sua doença, o seu estado de saúde. Porém como o corpo doente pertence ao médico, só ele pode decifrá-lo. Essa é uma área sobre a qual o indivíduo passa a não ter mais controle e mostra uma das faces da dominação que se exerce a partir da transformação do sujeito em objeto onde quem detém um maior capital simbólico é também quem se legitima para decidir sobre os conteúdos em jogo no campo da saúde.

Um outro dado colhido durante a observação de uma visita médica com a mesma paciente, feito no dia 2 de fevereiro de 1999, é revelador dessa desconsideração para com a pessoa e suas queixas. Nesse dia, cheguei na clínica às sete horas da manhã para poder acompanhar a visita médica³³, e a equipe médica estava parada diante do leito da paciente Regina:

sobre quem o interno falava ter 'passado bem a noite', ela interferiu e disse que 'tinha era passado muito mal, que tinha feito uma 'hipoglicemia de madrugada'. Mesmo ela falando para o grupo que fazia a visita foi como se ninguém a tivesse ouvido, pois continuaram falando a mesma coisa, que 'estava tudo bem' e reafirmaram que 'não tinha tido intercorrência a noite' (Observação/2.2.99/manhã).

³³ Esta é uma rotina diária da equipe médica que reúne os internos e residentes da GO que, acompanhados por um professor, passam de leito em leito, fazendo como eles dizem a 'visita de leitos' e não visita às pacientes. Todos se postam à volta do leito e o interno explica o caso e dá a sua conduta para o dia, em seguida vão a outro leito e assim sucessivamente. Esse ritual dura uma média de 30 minutos para as 22 pacientes.

Aqui mais uma vez percebe-se a negação do outro enquanto sujeito competente para interpretar os sinais que seu próprio corpo lhe envia pois, como portadora de uma doença crônica, Regina tem um conhecimento diferenciado que lhe permite identificar uma hipoglicemia, até mesmo porque esse saber lhe garante a vida. Como ela não é vista como alguém capaz de diagnosticar uma alteração na sua glicemia, ela também não é ouvida. Aqui sobressai a assimetria que caracteriza a comunicação entre médicos e pacientes, revelando uma realização das relações de força e uma manifestação do poder simbólico dentro dessas relações.

A heteronomia foi um conceito bastante trabalhado por CHAUÍ (1984) a partir da perspectiva de gênero. Essa palavra, segundo o Dicionário Aurélio, tem origem grega, significando *condição de pessoa ou de grupo que recebe de um elemento que lhe é exterior, ou de um princípio estranho à razão, a lei a que se deve submeter. Já autonomia significa faculdade de se governar por si mesmo ou ainda liberdade ou independência moral ou intelectual*. Percebe-se, assim que é a heteronomia é que tem lugar na relação que é o objeto desse estudo.

Ao tratar o ser humano como coisa que só sente o que o médico quer ou que ele diagnostica, ao reduzi-lo a algo que não fala ou que não é ouvido quando se manifesta, os médicos constroem a heteronomia nas relações que acontecem nos serviços de saúde, que pressupõe e define quem pode e quem deve decidir. Assim, calar-se, submeter-se a outrem, faz parte do campo relacional no qual acontece o encontro entre médicos e mulheres/pacientes, seja submissão no sentido de aceitar um tratamento sobre o qual raramente tem alguma informação, seja no sentido de não confrontar seu conhecimento com o saber legítimo.

Em um depoimento de Maria das Dores sobre o próprio parto, percebe-se a sujeição de ter que calar-se, mesmo sentindo dor. Lembra ela:

Nos outros partos eu fui para para a mesa e não sofri nada, só um pouco de dor depois do parto... esse foi mais difícil, sei que o médico falou 'tem que agüentar e parar de fazer fiasco' deu vontade de xingar ele, ele fala isso porque nunca teve filho... ainda com o problema que eu tenho, é muito pior. (E.5).

Isso tudo evidencia a consciência sujeitada, aquela que vê no outro o autor de um ato violento mas por estar fragilizada não pode, não se sente em condições de enfrentamento. Essa paciente sabe ter um problema sério, mas a informação chega às mulheres de uma forma truncada, incompreensível, de tal maneira que elas demonstram no seu linguajar a dificuldade em lidar com a informação, que nunca é clara. Mas há também outras maneiras para não democratizar a informação, como diz Maria de Fátima:

(...) dia 26 numa terça-feira eu comecei a sentir muita dor no pé da barriga, aí eu vim pra consulta de pré-natal e já fiquei internada, acho que o nenê estava com problema cardíaco, tinha que fazer um exame bio... perfil.. eu não sei bem como se chama..., mas é um exame do coração do nenê...(E.9)

A imprecisão na informação é evidenciada pela tentativa de falar na linguagem médica, pois é a única que ela ouviu e que não lhe foi traduzida de forma inteligível. O exame que ela deduz ser um exame do coração do nenê, é de fato um 'perfil biofísico' que avalia as condições fetais. No caso dessa paciente, deveria ter sido mais cuidadosamente explicado, pois ela tem um mau passado obstétrico, com 3 neomortos por más-formações severas. Ela relata ter tido grande ansiedade nesta última gravidez, pois:

eu estava com medo né? Eu já tinha perdido três filhos antes e esta era a primeira que vingava (...) os outros dois eu perdi depois de dez dias de nascidos, nasceu com problema no céu da boca, o menino do meio nasceu com rendidura no umbigo, passou dois dias vivo e morreu e o terceiro nasceu todo aleijadinho, pé, cabeça, todo tortinho. Sei que na hora de nascer estavam bem, mas logo depois perdia, então ainda tenho medo, mas essa agora tá sadia, perfeita, então estou muito feliz, agradeço a Deus.(E.9)

A paciente relata ainda que fez quatro ultra-sonografias nesta gravidez. Na primeira não deu nada, nas outras três deu que tinha só uma veia e uma artéria, mas na ora de nascer estava certo, os exames é que estavam errados, todos os três, já pensou? Com a graça de Deus, estava tudo certinho...(E.9).

Maria de Fátima não questiona as imprecisões dos exames feitos ou as responsabilidades pela condução de seu caso. Ela não se importa mais com os medos pelos quais passou, com a informação mal dada, com o exame mal feito. Se o primeiro exame não acusou qualquer problema, em três deu que havia más-formações no cordão, mas, se a criança nasceu bem, não há o que questionar, mostrando que a imprecisão nos resultados não é mais objeto de preocupação e tem a ver com uma certa negligência no atendimento. Isso evidencia a circularidade da dominação simbólica, que faz ignorar a violência que ela encerra, a mesma paciente ainda acrescenta que *aqui atendem que é uma beleza, pedem vários exames pra gente fazer, daqui não tenho do que reclamar.*

Este episódio revela a dominação que os profissionais de saúde exercem sobre o grupo social constituído pelas usuárias, e mostra que essa se dá através da oferta de serviços necessários para a manutenção da vida, daí o forte simbolismo que esses adquirem.

Percebe-se a aparente banalização e a superoferta de tecnologias médicas valorizam quem à elas se submete, o que influi na construção da mística médica. Como diz Nádia:

Eu cheguei aqui às sete horas, vim trazer uma ultrassonografia que fiz no Hospital Geral, (..) eu tinha perdido líquido e lá não tinha vaga nem recurso para atender o nenê e que aqui no HU ia resolver meu problema. Na triagem me deram o toque e colocaram um aparelhinho dentro da vagina para ver o líquido saindo direito e me disseram que eu já estava em trabalho de parto e minha barriga ficou dura na hora e aí já disse que ia me internar. Nessa hora eu lembro que o rapazinho (interno) mostrou minha ultrassonografia pro doutor (médico) e que nela dizia que eu tinha tido

começo de hemorragia e que estava perdendo líquido e que era prá me internar já e que era prá me mandar para o pré-parto. (E.8).

No caso relatado por Nádia, a ultra-sonografia, como tecnologia mistificada e emulada que é, diz muitas coisas para os médicos. Por exemplo, que era para ela ser atendida imediatamente, ser internada e encaminhada para a sala de parto. O exame é tão bom e certo que diz até que ela já sabia de antemão, o que ela já viu, como a perda de líquido amniótico pela vagina, a hemorragia que também lhe é visível, mas isso tudo tem que ser confirmado pelo médico, que é quem vai interpretar aquela foto tão obscura para o olho que não a entende.

Confirma-se assim o que diz ILLICH (1975), sobre o processo da Iatrogênese Estrutural. Esta é uma síndrome provocada pela prática médica, transfigurada numa regressão estrutural do nível de saúde causada pela perda de autonomia sobre o próprio corpo. Aqui essa perda de autonomia pode ser traduzida pela necessidade de uma confirmação do que a mulher já sabia, pelo consumo de uma tecnologia que poderia ser substituída por um simples exame clínico ou por uma anamnese cuidadosa, que considerasse o discurso da mulher como conhecedora do seu corpo.

Isso revela que a demanda por tecnologias médicas nos períodos de gestação, parto e puerpério é construída pelos médicos que as utilizam para manter o poder simbólico e também para recriar a própria mística, de serem os únicos a dar conta de todos os aspectos da vida e do adoecer. O saber clínico está se perdendo no cotidiano médico, que o substituiu pelas máquinas. Assim vem se perdendo a dimensão humana dentro da prática médica, pois agora é o aparelho que medeia a relação médico-paciente.

A medicina cria e recria diversas maneiras de 'etiquetar' as diferentes fases da vida humana. No caso da saúde da mulher já naturalizou-se o fato de que estar grávida, parir, aleitar são momentos em que há necessidade de assistência médica de rotina. Por isso, diz ILLICH (1975:59), *a proliferação dos profissionais de saúde não é malsã só porque os médicos produzem lesões orgânicas ou distúrbios funcionais: ela o é sobretudo porque eles produzem dependência*³⁴.

É uma dependência da intervenção profissional que tende a empobrecer o meio social e físico, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuíam. Mas a violência está, não tanto em produzir a dependência, mas, sobretudo, em não atender as demandas medicamente produzidas. Em um trabalho de pesquisa feito no Canadá por SAILLANT, um movimento semelhante aconteceu, com a importante diferença de que as demandas produzidas são tão bem atendidas que a população esqueceu-se de seus próprios recursos para tratar a saúde, sendo totalmente dependente do Estado para isso. Essa pesquisadora está tentando rememorar esses saberes perdidos através da palavra dos idosos da Província do Québec (SAILLANT;1996).

³⁴ Grifos nossos.

Ao produzir seus saberes e conhecimentos, a prática médica concomitantemente desacredita os que já existem no meio social da clientela que precisa dos serviços de saúde e reafirma que não há outros meios de proporcionar bem estar, saúde e cura que não aqueles originários da própria medicina. Passam a ser do domínio dos profissionais e dos serviços de saúde a legitimidade em oferecer tecnologias para as mulheres, como que melhorando o *status* delas através da *oferta generosa* daqueles.

Ao estabelecer a troca entre ambos, médico e paciente, se oculta a violência e o poder simbólicos que a sustenta, uma vez que esta é baseada na *transfiguração das relações de dominação e de submissão* em uma espécie de *encantamento afetivo*, em um *sentimento de reconhecimento em relação ao autor do ato generoso*, no caso o médico, aquele que solicita os exames ao serviços e também executa procedimentos sobre o corpo da mulher (BOURDIEU, 1989).

Até o fato de explicar coisas para a paciente, conversar sobre banalidades ou simplesmente dirigir a palavra à mulher no momento do parto é entendido por essa como sendo uma distinção, um cuidado extra, do qual ela mulher não se sente merecedora, uma ação simples que a valoriza como pessoa, que a faz sentir-se importante, bem atendida. Pude perceber isso neste trecho de entrevista da Maria de Fátima:

Fiquei aqui no HU esperando cinco dias e fui bem atendida, (...) me trataram bem demais, os médicos me levaram para a sala de cesária, me acalmaram, conversaram muito comigo (...) parece que me falaram que a placenta estava só uma artéria e uma veia e que ia precisar examinar por isso, não entendi bem, mas foi o que ouvi(E.9).

A paciente Neide também revela que *'nos meus outros partos ninguém conversou comigo, nem ouviu o nenê*. Relata ainda ter dado à luz ao primeiro e o segundo filho em outro hospital, não havendo termos de comparação com esse, pois *aqui as pessoas cuidam da gente direitinho, toda hora vem gente perguntar se está precisando de alguma coisa, se quer telefonar (...) aqui é bem melhor(E.8).*

Mas se a comunicação truncada, mal dada ou ainda negada pode ser uma forma de manter a hierarquia e a assimetria que há entre médicos e pacientes, ela é também uma maneira delas mostrarem que questionam sim a qualidade dos profissionais de saúde que lhes prestam atendimento.

Na atividade de observadora participante, pude perceber vários conteúdos em relação aos sentimentos das mulheres sobre a qualidade da informação que chega até elas. Nesta atividade, fiz durante uma tarde uma enquete com todas as pacientes que estavam internadas, com a finalidade de saber até onde elas estavam informadas sobre a razão da sua internação e se já sabiam ou não o diagnóstico médico de seu problema de saúde. Das dezenove mulheres que se encontravam internadas no dia 20.01.99, todas tinham dúvidas sobre a sua doença, apenas sabendo com certeza o que as trouxera ao hospital as três puérperas de parto normal. As demais sabiam

apenas relatar o problema de acordo com sua visão no momento da internação, mas não sabiam o diagnóstico ou mesmo a razão dos exames aos quais eram submetidas.

As mulheres não foram comunicadas dos achados diagnósticos e nem mesmo dos resultados de exames, apenas sabiam das restrições impostas devido a uma provável patologia ainda ignorada, como não poder comer sal ou ficar de jejum para se submeter a exames ou manter repouso, no que eram avisadas pela enfermagem.

Nesse meio de tempo em que eu estava na enfermaria, várias pessoas da equipe de saúde ali entraram, primeiro um interno para dar orientações à puérpera que estava de alta, resumindo-se essas orientações em lembrá-la do dia do retorno para a consulta de puerpério. Tinham ainda algumas alunas de enfermagem do sétimo e do oitavo semestre, mas, a despeito do grande número de pessoas da equipe ali presentes, as mulheres tinham muitas dificuldades em saber o que queriam.

Ao dar pessoalmente atenção a uma mulher que dizia ter um cisto de ovário, mas que também podia ser uma *gestação na trompa* as outras mulheres começaram a me fazer perguntas sobre o que tinham. O fato de eu estar ali e me dispor a esclarecer suas dúvidas criou um clima de confiança do qual emergiram conteúdos diversos, desde as muitas dúvidas com relação ao diagnóstico, como queixas pela desinformação, que fazia parte do tratamento que lhes era dispensado.

As mulheres internadas expunham suas dúvidas, comparavam o que os médicos falavam entre eles na visita diária de leitos ao que as enfermeiras explicavam. Tentavam assim, chegar a alguma informação que lhes parecesse coerente sobre o seu estado de saúde. A ansiedade em relação ao que as trouxera ao hospital era muito grande, tanto que qualquer um que se dispusesse a explicar é sempre bem-vindo e definido como “legal” pelas pacientes. Estas diferenciam os profissionais da equipe de acordo com sua disponibilidade em conversar e “explicar direitinho” o que elas têm.

O depoimento da paciente Marta (posteriormente entrevistada) é um bom exemplo da insatisfação com o tratamento recebido. Ela estava com um dreno no tórax direito andando irritada e insatisfeita com a assistência que vem recebendo. Ela disse que *cada um chega e diz uma coisa, que ela não sabe mais a quem deve ouvir*, pois *cada um dá uma explicação de um jeito, que não consegue dormir há muitos dias pois tinha que ficar deitada de barriga para cima, que é uma posição muito desconfortável para quem está de barriga* e que queria *tirar o dreno*. Como não há uma indicação para a retirada desse dreno e pelo fato dele provocar muita dor ela tem sido medicada frequentemente com analgésico. Porém, afirmou não *agüentar mais tomar tanto buscopam*, lembrando que

só porque dão remédio parece que nem precisam examinar, fazem tudo de qualquer jeito, só vão dando, vão dando e somem, não fazem mais nada... Eles perguntam se estou com dor no pulmão ou na barriga e eu nem respondo mais, se não lá vem o buscopam! A paciente afirma estar 'até com dor de estômago de tanto buscopam que estão dando para mim' e que seria 'melhor dar um pouquinho mais de atenção do que tanto remédio'. (dados da OP)

Esse é um fato que corrobora o que diz ILLICH(1975) sobre o processo de medicalização do corpo feminino ocorrido na modernidade. Afirma esse autor que o uso abusivo de fármacos e analgésicos produziu um efeito de separação entre a paciente e aqueles que a atendem, pois ao medicá-la, acreditam ter cumprido a sua função de dar alívio, deixando de lado a interação interpessoal que é tão importante para o paciente e que também auxilia no processo de cura.

Um outro aspecto que apareceu no trabalho de campo, foi a desqualificação da pessoa atendida no serviço estudado, presentes menos nas falas das mulheres e mais nas observações dos procedimentos médicos, constatados na desconsideração da pessoa e na desqualificação dos saberes populares em relação à gravidez, parto, puerpério e lactação.

Esse amplo processo de desqualificação, que vai da pessoa aos seus recursos locais para dar conta da própria saúde, passa também pelas formas de organização burocrática e distribuição do espaço físico e disponibilidade de tecnologias dentro dos serviços, faz parte do processo de produção do poder simbólico e abre as portas para a emergência e aceitação da violência simbólica nesses locais.

Durante a atividade de observação participante dentro das enfermarias, eu estava auxiliando uma puérpera que estava de alta, conversava com ela e segurava o bebê que chorava, para que ela pudesse arrumar suas coisas para ir para casa. Na mesma enfermaria, tinha outra puérpera também em alta hospitalar. Eu perguntei pelo bebê dela e ela me disse que tinha morrido depois do parto, mas que tinha *nascido bem* e que *não sabia porque ele tinha morrido*, que era um *nenê sadio*. Perguntei à paciente que eu ajudava se sabia do ocorrido, ela disse que o bebê morreu porque a *mãe bebe e fuma demais* e que era isso que *tinha dito o médico na visita pela manhã*. O fato dessa mulher ter problemas psiquiátricos, ser alcoolista e fumante justificava a morte do bebê, mesmo tendo ele nascido bem. Como pude averiguar no berçário, sua morte não foi devido ao problema materno, mas por outras razões.

A culpabilização da mãe pela morte do filho recém nascido, na verdade passou antes pelo sua desqualificação como pessoa, uma relação que tanto ela como a outra paciente incorporaram como normal. Outra fala que é reveladora desse processo foi a desconsideração da mulher como capaz de entender uma conduta médica, como disse Vilma:

Cheguei aqui (no HUJM) sangrando e o (médico) que me atendeu me disse 'vou passar uma pomadinha, por causa do sangramento'. Eu nunca tinha visto isso, pomada para sangramento, é achar que a gente é muito ignorante, até quis ir para outro hospital de tanta raiva que fiquei, mas acabei ficando aqui mesmo, pois chegou o professor e disse que se estava sangrando e perdendo líquido e que tinha que internar já, aí internei e estou aqui até hoje, com o meu nenê no berçário, tomando soro e no oxigênio.(E.3)

Ainda é a mesma paciente que mostra um conhecimento do seu caso (uma amniorex prematura, popularmente chamada 'perda de água') mas que é confundida no seu saber e na informação recebida do médico que a atendeu:

Aí já era tarde da noite, a dor continuava e eu fui na policlínica do CPA e um médico me atendeu e disse que 'tava tudo bem', eu perguntei 'tem certeza, tá tudo bem mesmo?' Ele disse 'o útero tá fechado' e me passou dactil b e pronto'. E ele viu eu perdendo água, e disse que não tinha risco nenhum, a água estava correndo na frente dele, e ele viu mas acho que tava com preguiça de atender, como sono e disse que era normal. Meu marido falou, 'tá na responsabilidade do senhor, doutor, se o senhor falar que tem perigo a gente vai pro pronto socorro agora'. Ele falou de novo: 'não tem perigo tá tudo bem'. Aí eu pensei 'ele deve saber o que tá falando'".(E.3)

A desqualificação dos saberes femininos faz parte do processo de qualificação da prática médica. Isso é feito por serem esses saberes adquiridos fora dos canais institucionais, através da vivência no próprio corpo e da troca de experiências com outras mulheres. Por isso são desacreditados pela medicina, que sempre recorre aos muitos recursos diagnósticos para certificar-se do que já é, muitas vezes, sabido de antemão.

B.2 - AS VIVÊNCIAS DAS PACIENTES - 'A GENTE TEM QUE SE CONFORMAR, PORQUE A GENTE PRECISA...'

Várias contradições advindas dos depoimentos das mulheres revelam-se neste entrecruzar de dados. Por um lado elas mostram as diferentes facetas da dominação simbólica, que esconde/evidencia a construção do 'sujeito sujeitado' através das transfigurações/transmutações do poder simbólico. Por outro, faz surgir os movimentos de resistência feminina à sua própria objetificação diante das práticas desenvolvidas pelos profissionais que atuam sobre o seu corpo dentro das instituições de saúde.

Podemos dizer que as mulheres solicitam, querem e mesmo valorizam as tecnologias que estão *disponíveis* nos serviços de saúde, mesmo que não haja indicação para o seu uso, mas podem não aceitar a maneira como elas lhes são impostas ou as restrições que as acompanham, ou ainda, o fato de elas lhes serem negadas por não *poderem pagar*.

No rol das tecnologias mais valorizadas e solicitadas por mulheres de diferentes níveis sócioeconômicos estão as esterilizações pela técnica da laqueadura tubárica, um meio radical para encerrar a vida reprodutiva daquelas que não querem mais ter filhos. Temos também os partos cirúrgicos substituindo o parto normal em todos os serviços de saúde, mais significativamente nos serviços privados, que podem ter índices próximos de 80% dos partos através de cesariana, principalmente nos serviços que atendem às mães com nível de escolaridade superior. (SCATENA e OLIVEIRA,1998)

As muitas e sutis maneiras de consumo de tecnologias em saúde me reportam à questão do corpo feminino enquanto lugar privilegiado do moderno controle social, pois é sobre o corpo da mulher que incide um sem-número de ações e práticas médicas visando, dentre outros aspectos, a aceitação aparentemente voluntária desses saberes e tecnologias tão específicos.

BORDO(1997) ao fazer uma análise feminista sobre algumas patologias como anorexia, bulimia e agorafobia, diz que essas acontecem sobretudo em mulheres e faz uma interessante abordagem sobre o corpo feminino e a reprodução da feminidade a partir da ótica foucaultiana, que vem ao encontro das pressuposições de Bourdieu sobre dominação. Diz ela que se deve abandonar a idéia de que o poder pertence a um grupo que o usa contra o outro, mas sim lembrar que esse está em uma rede de práticas, tecnologias e instituições que sustentam as posições de dominância e de subordinação e que necessitamos de uma análise adequada para descrever um poder cujos mecanismos centrais não são repressivos mas *constitutivos*: um poder gerando forças, fazendo-as crescer e organizando-as, ao invés de um poder dedicado a impedi-las, subjugando-as ou destruindo-as. (BORDO;1997:21)

Os depoimentos das mulheres desse estudo são pródigos em conteúdos que revelam muito desses mecanismos constitutivos engendrados a partir do poder que gera e organiza as percepções sobre a real necessidade de certas demandas por determinadas tecnologias e serviços de saúde

Há, porém, um viés: produz-se a demanda por tecnologias médicas através dos mais variados meios e cria-se a ilusão de que elas estão disponíveis para todos. Mas quando estão na situação de pacientes dentro de um SPS, as mulheres percebem que muito do que ouvem como novas descobertas da área não lhes são acessíveis dentre outras razões *por serem pobres. Então se conformam em receber o mínimo para continuarem vivas, mas também exprimem seus sentimentos por merecerem tão pouco dos serviços públicos de saúde.*

Esses sentimentos são trabalhados e acabam se consubstanciando nos mecanismos de resistência, traduzidos pelas queixas e reclamações fartamente encontradas nos depoimentos das mulheres entrevistadas. Essas reclamações se centram mais na falta de qualidade nas relações interpessoais do que no processo de objetificação e fragmentação a que são submetidas enquanto mulheres/pacientes internadas em um hospital públicos de saúde.

Elas próprias criam mecanismos para suportar a hospitalização, os tratamentos medicamentosos e os muitos procedimentos a que são diuturnamente submetidas. A exemplo cito um trecho da entrevista de Maria das Dores, uma fala ambígua que revela sentimentos de conformismo, de autodepreciação por precisar e não poder pagar por algo melhor. Diz ela:

'Mas é assim né, a gente não pode reclamar porque as pessoas querem o bem da gente e eu estou viva por causa dessas pessoas (...) a gente tem que se conformar porque a gente precisa e as pessoas daqui são aquelas que ajudam a gente que não pode, então devemos esquecer alguma coisinha que acontece, é assim que é...' (E.5)

O trecho mostra que ela tem noção de que há algo para esquecer, por não ter sido bom para ela, mas como o ato generoso está presente nas pessoas que ajudam quem não pode, como ela se auto-refere, deve se *deixar pra lá*, esquecer o que não

agrada, não reclamar do que é dado por quem quer o *bem da gente*. Essa fala evidencia algumas contradições, como a convivência com as forças que sustentam a própria opressão, mas também denuncia um sujeito que sabe que deve se calar até porque *precisa*. Embora aparente uma postura vitimista, de convivência com o opressor, na verdade evidencia um sujeito coagido pelas necessidades impostas por uma situação de doença grave que corre dentro de uma relação de força na qual ela é a parte mais fragilizada.

Aqui lembro CHAUI (1984) quando esta diz que só há poder legítimo quando que a relação se estabelece entre iguais, sendo simétrica e justa para ambos, exigindo esforços para criar consensos e estimular a autonomia, fenômenos que não ocorrem na relação relatada. Esta lembra muito mais um conceito de poder, no qual se privilegia a relação dominante/dominado e insere a questão da coação. A coação neste depoimento citado, se configura de maneiras muito sutis, pois essa mulher esteve sob risco de vida e foi *salva*, mesmo não podendo pagar pela assistência que lhe devolveu a saúde. Revela um sentimento que é, ao mesmo tempo, de conformismo, de satisfação por estar viva e de insatisfação por ter coisas para esquecer, deixar pra lá, como ela mesmo diz.

SAFFIOTI(1994) afirma que o consentimento não representa senão a aparência do fenômeno da submissão de gênero, e acrescento, que ele denuncia, revela a assimetria que está posta na relação entre as mulheres e os profissionais de saúde. Consentir em ser vítima de uma violência, para essa mesma autora, pressupõe que os co-participes na relação falem a partir de posições iguais, o que não acontece na relação entre mulheres e médicos.

A hierarquia de saberes, o habitus de classe, a origem social de ambos estão postos e evidentes, mas ao revelar-se no próprio corpo, que é invadido sem nenhum respeito ou permissão - isso ocorrendo dentro de um serviço de atenção à saúde da mulher como é o hospital - causa revolta, raiva e nenhum conformismo, como lembra Regina ao falar do exame ginecológico a que se submeteu:

“Eu sei que no dia que cheguei aqui, lá na Triagem o interno veio e colocou aquele aparelho na vagina, estava doendo muito, que eu tava com uma infecção lá né, então doía muito... Sei que ele colocou aquele aparelho lá e deixou, ficou esperando o outro médico vir para poder examinar, aí eu esperei... esperei e disse: ‘Por favor, venha logo, eu não agüento mais ficar aqui de barriga para cima e com esse negócio aí dentro, quero que tire isso daí, ele disse: ‘Você tem que esperar até na hora que for preciso, só vou tirar quando o outro médico chegar’. Aí eu disse: ‘Então tira e na hora que o outro chegar, você coloca de novo...tá doendo muito, eu não estou agüentando ficar de barriga para cima sem poder me mexer! Aí ele disse: ‘Você tem que agüentar mais um pouco e ter paciência’. Eu pensei comigo ‘até que hora que vai durar este suplício?’ Sei que demorou mais um pouco e veio o outro e disse o que eu já sabia, que estava com uma inflamação na vagina, aí o interno falou: ‘Ah! É por isso que estava doendo, viu?’ como se eu não soubesse... Como eu sabia que ele era aluno, pois vi ele chamando o outro de professor, disse (para o interno de medicina) ‘Você me deixou sentindo dor daquele jeito, porque não era em você, né? Achei isso muito errado, por que tem que ser assim? Você podia Ter tirado e colocado só na hora que o

seu professor chegasse!' Aí ele falou 'É assim que é, a gente tem que deixar tudo pronto para o professor ver, senão tira ponto nosso' Eu disse para ele: 'É assim que é porque a gente é pobre, se fosse madame, não era assim não' (Entrevista 2b)

Em um mesmo depoimento podemos encontrar conteúdos diversos que revelam a compreensão sutil da hierarquia, devido à diferença entre classes sociais, pois *se fosse madame não era assim não*. Assim, o fato sentido de que o corpo da mulher pode ser invadido, mexido, machucado, apenas porque tem que *deixar tudo pronto para o professor ver, senão tira ponto nosso*. Regina entende que é mais importante, ali naquele contexto, que o interno seja bem avaliado do que ela ser melhor tratada, pois ele é quem manda e ela deve se calar e esperar, fato que revela a diferença que funda a desigualdade entre paciente e interno de medicina.

Ela lembra que não conseguiu sensibilizá-lo com as manifestações de dor e desconforto que verbalizava, o que nos remete ao conceito de violência de CHAUI (1984), quando esta autora diz que as relações violentas são uma realização determinada das relações de força, na qual há conversão de diferenças em assimetrias, em desigualdades, com fins de dominação, exploração e opressão de um sujeito sobre outro ou de uma classe sobre a outra. Também há violência, na acepção de CHAUI, quando a ação realizada no outro, no desigual, é dirigida como se fosse para uma coisa e não para um ser humano, quando a ação realizada lembra que o outro não é um ser igual e merecedor do mesmo que o sujeito autor da ação.

Regina percebe também que o interno a deixou sentindo dor *daquele jeito* porque não era o corpo dele que estava lá, na posição ginecológica, constrangedora e desagradável para alguém que, como a paciente, tinha que *esperar até na hora que for preciso*, pois só ia *tirar quando o outro médico chegar*. O interno de medicina é claramente cerceador ao afirmar que ela 'tem' que esperar até a hora que 'for preciso' e que é ele que decide essa hora. Mesmo tentando negociar a retirada do espéculo pela dor que sentia, Regina nada consegue, mas sabe que seria diferente se *ela fosse madame*, o que me remete à CHAUI (1984) quando esta diz que nas relações violentas há interesse em manter as partes presentes uma para a outra, mas que sempre uma delas vai estar anulada em sua diferença, e submetida a vontade e à ação da outra.

A sutileza da dominação simbólica se manifesta no fato de ter *'que prestar atenção para saber quem manda e quem sabe, pois todo mundo diz que é médico'*(E.2b). Dessa forma, observa-se, na fala dessa entrevistada, que 'ser médico, ser professor', empresta distinção ao mesmo tempo que diferencia as formas de comunicação, impõe hierarquias, define e distancia os sujeitos em relação.

Portanto, se pode dizer que o campo da saúde é atravessado por muitos símbolos e que esses são, no dizer de BOURDIEU(1996b), os *instrumentos da integração social* que tornam possíveis os consensos acerca do sentido produzidos nesse campo específico, como a definição arbitrária dos papéis de cada um e de seus lugares. Esses consensos é que contribuirão fundamentalmente para a reprodução da

ordem social que está dada, legitimando a cultura dominante, na qual estão os portadores do capital simbólico que define aquele campo.

Mas o fato de estarem enredadas numa relação de dominação, por serem mulheres, por estarem grávidas e por serem a parte subordinada da relação que ocorre dentro do campo da saúde entre os médicos e elas mesmas, não impede às mulheres de exercitar seu conhecimento, de expressar seu descontentamento ou ainda de revelar suas estratégias para serem atendidas nos serviços. É Marta quem afirma ter usado um recurso para ser atendida, como podemos ver:

Eu também menti, disse que estava com dor e que já tinha tido aborto e que estava sangrando e que a dor era a mesma da outra vez, só que eu nunca tive aborto, na verdade foi minha irmã que teve aborto e eu fui com ela para o hospital, então eu sabia como era. (E.2a)

Seu depoimento é corroborado por Regina, que é uma paciente diferenciada por ser portadora de uma doença crônica e também por ter um melhor grau de escolaridade:

(...) é verdade que eu invento umas coisas as vezes para ser atendida... Ah um dia... nem sei se falo...será? Eu menti para ser atendida, disse que estava com dor no pé da barriga e com sangramento (...) sei que estava com três meses de gravidez e se não fosse atendida só ia ter vaga em fevereiro. Aí eu pensei: mas em fevereiro já nasceu, aí eu não preciso mais, tem que ser hoje e olha que eu tinha encaminhamento e tudo né? mas foi só assim que eu consegui" (Entrevista 2b)

Karla, outra entrevistada, mostra que querer saber, ir atrás da informação, pode fazer diferença quanto ao tratamento recebido dos profissionais de saúde:

(...) sei que foi tudo bem no parto, não tinha mau cheiro e tudo estava bem, aí limpou por dentro e costurou o pique, aplicou duas injeções, uma para dor e uma para contrair o útero, foi o que me disseram... acho que me explicaram porque eu queria saber tudo, eu perguntava tudo. (E.7)

Ao apropriar-se, de certa forma, do discurso médico as mulheres conseguem ser atendidas no serviço, mesmo que para isso tenham que mentir. O que evidencia, no dizer de HABERMAS(1980), a presença de bloqueios no processo comunicativo, nos quais uma das partes não pode exercer livremente a própria subjetividade, devendo recorrer a ardis para poder receber assistência no serviço de saúde.

Em discussões feitas dentro das quatro enfermarias da gineco-obstetrícia, como atividade subjacente à observação participante, pude perceber que as mulheres internadas têm opiniões muito claras sobre o tipo de tratamento, as condições do ambiente e também sobre a assistência à elas oferecidas dentro do hospital. Conseguiram também inferir, apenas pela observação atenta (já que ninguém se apresenta), quem é quem dentro desse mundo que entendem não ser o delas.

Nas discussões feitas com as mulheres nas enfermarias emergiram conteúdos diversificados, que iam de críticas ao comportamento de membros da equipe, passavam por questionamentos sobre as competências técnicas desses e chegavam a

críticas acerca da organização burocrática e restrições impostas para quem está internado, incluindo aí várias deficiências percebidas no ambiente físico.

As mulheres entrevistadas são unânimes ao dizer que há *muitas coisas erradas* dentro do hospital. Dentre as mais verbalizadas estão aquelas relacionados às *formas de tratamento que recebem da equipe de saúde*, estando os médicos em primeiro lugar nas reclamações, a enfermagem em seguida e problemas relacionados ao ambiente físico e as restrições a elas impostas por último. Em relação às pessoas que compõem as demais equipes que atuam mais indiretamente com as pacientes, as queixas são bem menos significativas. Durante uma discussão em grupo com as mulheres internadas, acerca da equipe médica, emerge que elas:

não são respeitadas, que os internos são muito irresponsáveis, que eles saem para procurar uma informação pedida e não voltam mais, que se os professores médicos 'não dão atenção nem aos seus alunos, imagine para nós', como afirma Marta do leito D. Uma outra mulher diz textualmente. 'esses aluninhos aí vão ser muito ruins como médicos', a única que diz estar satisfeita com o atendimento é a Regina do leito E que 'não tem que reclamar de nada'.(Trecho de uma discussão em grupo)

Corroborando esse depoimento outra entrevistada chamada Karla:

mas o que eu tive um pouco de medo é desses internos, alunos de medicina, porque cada dia que um chega fala uma coisa, outro já fala outra, fiquei assim muito insegura, pois não sabia o que estava certo, aí eles foram tratando assim, cada dia era um interno que falava uma coisa diferente, um colocava o remédio, outro tirava, esse problema de tá perdendo líquido, um achava que devia tirar logo, outro que devia esperar, que tinha que inibir. (E7)

A falta de coerência nas condutas é notada pelas pacientes, que ficam inseguras com tantas informações desconstruídas, fato comum dentro do hospital até pela maneira como se organiza a assistência, sempre em função do ensino e nunca em relação à pessoa internada, como se ensino e assistência fossem instâncias estanques e não relacionadas. Mas é Regina quem tem um excerto que sintetiza de maneira exemplar a forma com que as mulheres são abordadas no hospital pela equipe de médicos:

sei que eles chegam e nem falam o nome para a gente e já vão levantando a roupa ...mexendo com a gente, é assim que é...(E. 2b)

Essa paciente percebe que é invadida em sua intimidade e intui a própria objetificação pelo distanciamento que é imposto entre ela e os profissionais de saúde. Sua fala é ambígua, revelando conformismo e resistência, pois ao mesmo tempo, rejeita o tratamento que recebe, mas também se conforma, pois *assim que é* a vida de quem está precisando de assistência hospitalar e de tratamento médico em um serviço público de saúde.

Um outro aspecto revelador da objetificação feminina perante a prática médica é a fragmentação do corpo da mulher traduzido pelo não-respeito à dor física e ao

desconforto sentidos pela mesma ao submeter-se à determinados procedimentos e intervenções comuns aos que executam. Um bom exemplo é o toque vaginal, uma rotina médica para todas as gestantes em trabalho de parto, uma técnica que é sempre lembrada como algo desagradável e doloroso por todas as mulheres entrevistadas. Para Rosiane, 17 anos, grávida de trigêmeos, o toque foi a experiência mais dolorosamente marcante desde a internação:

Eu vim para cá, acho que faltava uns 15 minutos para as duas horas e fui atendida só pelas quatro, (...) aí fiz a ficha e fui atendida. Fiquei naquela posição horrível um tempo que não precisava só para eles rirem de mim e eu nem tinha urinado de medo de perder a vez então doía muito, eu com a bexiga cheia e eles dando toque, mexendo em mim.. nem deu para falar do corrimento que eu estava... só falei que eu estava grávida de 6 meses.(E.10)

É Rosiane ainda quem lembra o tempo que ficou *naquela posição horrível* para ser submetida ao toque vaginal, que foi mais doloroso e desagradável por ela estar com uma vaginite intensamente sintomática e com a bexiga cheia, pois não foi urinar por *medo de perder a vez* para a consulta para a qual esperou tanto. Diz ela sobre a consulta:

eu só não gostei de uma coisa... a única coisa que eu fiquei magoada foi com a médica que me internou, sabe aquele pessoal lá que atende na triagem e que colhe um líquido da gente... sei que ficaram tudo com nojo de mim, de cheirar assim mal... ficaram rindo uns pros outros.. eu com aquela dor, me segurando e todos rindo, sabe? E eu com dor...aí eu comecei a chorar porque eles me trataram mal (...) eles estavam me machucando de tanto mexer em mim, e eu lá naquela posição.. esperando... esperando e rezando para terminar logo prá eu poder sair daquela posição e eles demoraram..., uma colheu o líquido e estava falando para os outros 'vê se está com problema, que eu não vou ver'. Aí os outros falaram 'não, não', não todos com nojo de mim...(E.10)

A objetificação da pessoa atendida pode ser traduzida pela pouca sensibilidade à dor e ao desconforto por ela manifestado, pois nem mesmo chorando Rosiane é notada como uma mulher gestante de trigêmeos com uma altura uterina de 41 centímetros, um fato anatômico (portanto inscrito no corpo da mulher) que torna extremamente desconfortável a posição supina e ginecológica mesmo por um tempo curto. Mas, mesmo assim, *eles demoraram (...) um tempo que não precisava*. Como aos objetos não se distingue a capacidade de sentir dor, não há por que considerá-la no contexto do exame feito com as pacientes/objetos.

Durante a atividade de observação participante nas enfermarias anotei um outro procedimento que se assemelhou ao relatado pela Rosiane, principalmente no que diz respeito às formas de abordagem à mulher portadora de um problema de saúde e 'sujeito' de um procedimento médico. A enfermaria era a 225 e o leito ocupado pela paciente era o E.

A observação foi a drenagem de um abscesso localizado na parede abdominal abaixo da incisão cirúrgica, diagnosticado como uma infecção hospitalar pós-

histerectomia. Esse tipo de drenagem deve ser precedido de alguns cuidados, ser feito em ambiente isolado, porque é um procedimento que envolve possibilidades de contaminação dos demais pacientes. Mas estava sendo feito na enfermaria ocupada por mais cinco pacientes, inclusive um recém-nascido no leito ao lado da mulher que estava com o abscesso. Outro cuidado é proceder à sedação ou mesmo a analgesia da pessoa a que ele se submete, pois pelo dano tecidual local provocado pelo processo inflamatório, o procedimento é extremamente doloroso. No entanto, isso também não foi observado, de modo que a paciente estava pálida, sudoréica e gritava de dor enquanto o residente e o interno tentavam abrir os pontos centrais para drenar o abscesso com a tesoura cirúrgica e, com, o bisturi, cortavam a pele e o tecido infectado e inflamado em toda a extensão do corte cirúrgico.

Perguntei ao residente se haviam sedado a paciente e ele me respondeu, sem me olhar, que *não precisava*. Eu retruquei e lembrei-lhe que havia necessidade, até porque a paciente era epilética e poderia fazer uma convulsão devido a dor intensa. Ele não me deu atenção e continuou o procedimento da mesma maneira. Percebendo a sua resistência em adotar outra atitude, saí da enfermaria e comuniquei o docente-médico de plantão o que estava acontecendo. Prontamente ele foi para a enfermaria e suspendeu o procedimento.

Aqui transparece um outro aspecto da violência simbólica, qual seja a de reformular os procedimentos de acordo com uma avaliação puramente pessoal, na qual se decide que não é necessário sedar alguém para um determinado procedimento doloroso apenas porque *eu decidi assim*, mesmo que haja uma conduta escrita e explícita dizendo o contrário. São as margens de liberdade que consubstanciam a prática médica e que são até estimuladas pelos docentes da área, desde que o aluno possa justificá-las coerentemente, a partir do saber estruturado que dirige a ação realizada, e nunca a partir das referências da paciente sobre o que sofreu em seu corpo, configurando-se essa informação em um relato dispensável no contexto das práticas realizadas nos SPS. A esse respeito afirma ILLICH:

o paciente é reduzido ao papel de objeto que se conserta, mesmo que não tenha qualquer possibilidade de sair da oficina - esqueceram-se de que ele poderia ser uma pessoa a quem se ajudaria a curar. Quando é autorizado a participar do processo de conserto, é para lhe confiar um trabalho de último aprendiz, muito abaixo da hierarquia dos consertadores profissionais. Habitualmente não se confia nele o suficiente para informá-lo do diagnóstico ou para tomar uma cápsula na ausência do enfermeiro. (ILLICH, 1975:100)

Um outro procedimento semelhante a esse relato e que evidencia a coisificação da mulher gestante perante a tecnologia médica foi, a segunda amniotomia sofrida por Maria das Dores, já relatada anteriormente. Mesmo com os protestos da paciente em relação ao desconforto e à dor que sentia, não houve nenhuma atitude do residente que fazia o procedimento em retroceder ou parar, até porque era uma técnica que não

se justificava, pois já havia sido feita uma amniotomia duas horas antes pelo docente de plantão e que estava anotada no prontuário.

São atitudes que revelam o intervencionismo gratuito sobre o corpo da mulher e, no caso de Maria das Dores, uma intervenção que poderia ter um preço alto para ela, pois seu quadro clínico (já estava em insuficiência renal aguda quase anúrica, em hemodiálise, com picos febris frequentes) justificava toda cautela. O parto foi induzido para ocorrer por via vaginal, pelo fato de que a operação cesariana aumenta as possibilidades infecções, que igualmente, poderia ter sido causada pelo excesso de manipulação durante essa segunda amniotomia, que o residente fazia atendendo somente ao próprio critério.

A transfiguração operada no processo de cura visa transformar o sujeito portador de um mal em uma doença sem sujeito, ou seja, um objeto sem referências sensíveis concretas, que não é ouvido em seus apelos mesmo porque não tem onde ou com quem reclamar, já que a cura em todas suas particularidades é prerrogativa exclusiva dos médicos. Mesmo sendo as falhas, a negligência e a imperícia velhas conhecidas da prática médica, com o processo de disciplinarização da modernidade, elas passaram a exibir um novo *status*: o da serialização e indiferenciação.

Portanto, como diz ILLICH(1975), o abuso de confiança e a falta moral ou ética que ocorriam no passado, agora podem ser racionalizados a partir da tecnologia ou do aparelho que falha ou não estão disponíveis. Onde a técnica é complexa, como nos hospitais, a *negligência se transforma em erro humano 'aleatório', a insensibilidade em 'desinteresse científico' e a incompetência em falta de 'equipamento especializado.* (ILLICH, 1975:37)

Dessa forma, ao despersonalizar o diagnóstico e a terapêutica, a medicina transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico (sendo o próprio saber clínico uma técnica aprendida e portanto, passível de falhas), indiferenciando-se a clientela, que parece ser sempre a mesma, pois a serialização se faz pela doença que os indivíduos transportam, sempre com os mesmos sintomas e sinais. Diferentes corpos são marcados da mesma forma pela mesma doença, por essa razão ela é o centro do diagnóstico e da terapêutica médica, já que não se trata o sujeito, mas a doença que ele traz no corpo.

B. 3 - A PRÁTICA DE ENFERMAGEM -

'EU SEI QUE A GENTE DA ENFERMAGEM VÊ A MULHER ALI NO LEITO E SABE QUE ELA É IGUAL A GENTE...'

Grosso modo, o volume de discursos provenientes das pacientes com conteúdos depreciativos voltados para a prática médica é bastante grande, o mesmo não ocorrendo com a de enfermagem. Esta última é bem menos citada pelas mulheres entrevistadas que revelam conteúdos discursivos bem mais amenos relacionados à enfermagem que os dirigidos à prática médica.

Do conjunto das entrevistas feitas, quem mais asperamente se referiu à enfermagem foi, curiosamente, a própria enfermagem. Através de seus depoimentos, evidenciaram um excelente conhecimento da dinâmica do serviço em que atuam, e um grande potencial crítico em relação à assistência que executam.

Na estruturação do seu quadro funcional³⁵, a enfermagem privilegia o trabalho fragmentado, fracionando a ação e o objeto de trabalho. Isso mostra a inspiração cartesiana que, de certa forma, dirige a organização dessa equipe. Por estimular a descontinuidade e o parcelamento na prática de enfermagem, esta sedimenta e protege o saber médico, não só contribuindo como garantindo a dominação dessa prática sobre ela própria. No hospital, aparecem hierarquias entre as práticas de tratamento e as de cuidado, sem que, aparentemente, exista uma conjugação entre ambas, embora sejam práticas complementares. O que se mostra é a subsunção da prática de cuidado à de tratamento, parecendo vir as duas se distanciando do paciente.(LOPES;1995)

A parcela visível e objetiva do fazer da equipe de enfermagem está diretamente relacionada ao apoio que essa dá à prática médica, qual seja, medicando e preparando as pacientes para os procedimentos clínicos, diagnósticos ou cirúrgicos. Estes, além de serem realizados em um grande número, são muito valorizados no meio hospitalar pois são deles que se originam os ganhos hospitalares. No entanto, é importante lembrar que uma significativa contribuição da enfermagem nesses procedimentos não é remunerada.

No trabalho de apoio ao processo de terapêutica e de diagnóstico médicos, a equipe da enfermagem deve e tem que prestar contas das ações que executa e que são subjugadas à prescrição médica, mesmo que seja a revelia do desejo do paciente. Nessa realização a enfermagem é, muitas vezes, violenta, como bem lembra Maria das Dores:

³⁵ Para organizar a análise dessa categoria que cruzará os diversos discursos das pacientes com os da equipe de enfermagem os depoimentos serão assim identificados: Pacientes - 'pct'; enfermeira - 'enf'; técnica de enfermagem - 'tec'; auxiliar de enfermagem - 'aux', não há atendentes de enfermagem na equipe estudada. As entrevistas serão numeradas sequencialmente, conforme foram colhidas. São oito entrevistas com funcionários de enf, quatro com enfermeiras, dez com pacientes

Esses dias uma enfermeira deu bronca comigo (..) ela falou um bocado de coisa para mim, eu fiquei muito chateada com aquela enfermeira, mas já esqueci tudo que ela falou e eu tava ruim, não consegui nem sair da cama para nada, tava meio atrapalhada das idéias... acho que não deixei ela pegar minha veia e ela ficou muito brava por causa disso" (E.5.pct)

Ao fazer essas afirmações a paciente revela a distância entre o tratamento que recebeu para si da enfermagem e o que imaginava ser correto ou justo, pois sabia que seu estado físico justificava mais compreensão e cuidado por parte dessa profissional que a atendeu, até porque é esperado da enfermagem essa atitude. No imaginário popular os médicos podem ser distantes e frios no exercício do seu trabalho, mas não as enfermeiras, elas são para cuidar, atender, estar junto.

O depoimento de Maria das Dores e os demais destaca e singulariza a enfermeira que foi diferente das outras ou agressiva na sua prática. Fato curioso é que, em relação à equipe médica, acontece exatamente o contrário: quando o componente da equipe médica é atencioso, ouve a paciente ou a atende bem, ele é que é singularizado, diferenciado dos demais, o que revela uma prática marcada por similaridades e também por indiferenciação e distância.

Outro aspecto desse questionamento da paciente em relação ao tratamento recebido ou de ter recusado ao procedimento de punção venosa pela auxiliar de enfermagem revela dois lados que merecem ser destacados. O primeiro é a identidade de classe que aproxima pacientes e auxiliares por pertencerem a um grupo social mais próximo; o segundo é a identidade de gênero, que as marca igualmente quanto à necessidade dos mesmos serviços de saúde que as pacientes, por serem mulheres de situação social semelhante, podendo vir a ter problemas muito parecidos.

Também o fato de o saber das auxiliares ser estruturado mais em conformidade com os saberes populares do que ocorre com as formas de estruturação do saber médico aproxima as mulheres que assistem das que são por elas assistidas. Uma auxiliar de enfermagem diz sobre as mulheres que assiste:

Eu sei que a gente da enfermagem vê a mulher ali no leito e sabe que ela é igual a gente, que tem problemas, filhos e que muitas vezes, mas muitas mesmo, é ela quem cuida, alimenta, porque o pai sumiu ou não ajuda em nada, já está por aí fazendo outros filhos em outras coitadas, pra não assumir também.(Ent.6-aux)

Ao identificar-se com a mulher que cuida, a auxiliar de enfermagem rememora sua própria vida, suas dificuldades e problemas, inclusive o tipo de serviços de saúde que ambas tem disponíveis para cuidar de si e de sua família, é como relembrar o seu processo de inserção social, tão parecido com o da mulher a quem presta cuidados. Por essa identificação que é mútua torna-se mais fácil para a paciente enfrentar a auxiliar de enfermagem que a atende, reclamar do tratamento recebido, podendo isso ocorrer também com as enfermeiras, numa evidência que nos reporta a HABERMAS(1980) e sua teorização sobre o processo comunicativo, que flui de maneira mais fácil entre grupos mais iguais entre si, ou que pelo menos se vêem

assim. Muito raramente ocorrem reclamações com a equipe médica, pois as pacientes quase nunca têm coragem de questioná-la diretamente.

Outro aspecto da identidade de gênero é que a enfermagem, tanto quanto as pacientes, deve cumprir e obedecer ordens da equipe médica. A equipe de enfermagem trabalha também por prescrição, (o que significa 'ordem expressa e formal' sic:Aurélio Eletrônico) da medicina em relação ao que deve ser feito com a paciente internada e essa, por sua vez, deve aceitar os termos dessa prescrição, para deixar de ser doente, recuperar a saúde e tornar-se 'normal' perante a sociedade.

A prescrição médica é um dos mais importantes *ritos institucionais* de equipe dentro do hospital e, embora sejam os médicos a formalizá-las, quem as executa em sua maior parte é a equipe de enfermagem. São ordens que devem ser cumpridas, bem como deve ser checado o horário dessa ação, por isso não há espaço para atender ao desejo das pacientes que não querem ingerir determinados medicamentos ou ainda submeter-se a algum procedimento, deve-se cumprir a prescrição médica e instalar a medicação venosa mesmo a sua revelia, o que acabou sendo feito no caso de Maria das Dores.

Enquanto rito, a prescrição médica, tem várias funções na organização da assistência: serve para distinguir aqueles que são seus donos legítimos, os médicos, dessa forma serve também para construir e reconstruir o mito do saber médico-científico; outra importante função é a manutenção da hierarquia dentro das diferentes equipes, mormente com a de enfermagem, pois é essa quem vai executar, exatamente o que foi *determinado*, ordenado pelos médicos. Dessa maneira, a prescrição fundamenta, mantém e é o principal elemento material de organização e de hierarquização das relações de dominação existentes entre essas duas práticas.

Há alguns aspectos de intransigência da profissional que também emergem em uma fala de Maria das Dores, quando esta recorda que a auxiliar disse que *'a gente quer o seu bem e você fica complicando, ela falou isso para mim, eu nem sabia direito o que ela queria fazer, não tava entendendo nada do que ela falava...'*(Ent.5). É uma fala que nasce na linguagem da paciente e revela seus sentimentos em relação ao que ouviu. Aqui o poder simbólico da enfermagem manifesta-se de uma forma mais velada pois a profissional precisa usar de um subterfúgio para conseguir a colaboração da paciente para receber o procedimento, ou seja, ela não pode manifestar o seu desagrado ou a sua recusa com a punção venosa, até porque quem está fazendo quer o bem dela. Isso relembra o aspecto da aura de magnanimidade que cerca o trabalho médico, do qual a enfermagem é aqui subsidiária, revelando-se na argumentação que é convincente pois a paciente lembra ao final da conversa que está *'viva por causa dessas pessoas, então ela estava certa, né?'*.

A tarefa de administrar medicamentos no hospital onde fiz o trabalho de campo é de competência da equipe de enfermagem, sendo a auxiliar e a técnica os que mais comumente são responsáveis por essa ação. Essa divisão de tarefas ocorre devido à funcionalidade administrativa que se funda numa hierarquia de competências e

poderes na qual a enfermeira ocupa o posto maior, pois é dela a função de organizar o trabalho da sua equipe e de determinar o que cada um vai fazer e, por extensão, o que ela também vai ou não fazer. Lopes também observou o mesmo em trabalho realizado numa UTI onde o *'cumprimento da prescrição médica dita o ritmo da ação das auxiliares de enfermagem (...) e executar o procedimento se configura na prova de seu trabalho'*(LOPES,1995:172) uma vez que a medicação tem que ser feita, numa rigidez que pode se transformar em autoritarismo por parte dos que tem que executá-la.

Ao se ocupar da intermediação das relações dos médicos com os pacientes tanto no que diz respeito ao apoio terapêutico como ao apoio emocional, a equipe de enfermagem fica numa posição ambígua: ao mesmo tempo adquire 'poder' (ainda que alienado) e perde autonomia. Adquire poder (que é subsidiário ao poder médico) junto aos pacientes pois é quem dialoga com os médicos, sabendo o tratamento clínico e a terapêutica medicamentosa que devem ser executadas, os exames que serão feitos, enfim todos os procedimentos relacionados à prescrição médica que serão delegados à enfermagem, mas perde autonomia por que o cumprimento dessas ações traduz um desvio da sua ação própria de cuidar enquanto relação com seu sujeito-objeto, que é pessoa doente, dessa forma cria uma heteronomia e perde oportunidades de aumentar seu saber no plano profissional.

Há um depoimento da paciente Karla que revela uma equipe de enfermagem que também objetifica o sujeito da sua prática e tal como o fazem os médicos, nega a informação solicitada pela paciente, que diz:

"eu perguntava tudo que elas faziam e elas me explicavam, se não perguntava elas não falavam nada ... só teve uma enfermeira um dia que veio medir minha pressão e aí eu perguntei o que ela ia fazer e ela disse 'eu sei o que eu estou fazendo, não se preocupe eu sei a minha obrigação' aí eu disse 'eu sei que você sabe mas eu quero saber o que você vai fazer em mim' aí ela falou 'vou medir sua pressão', então era só isso que eu queria saber. Foi só isso que achei meio mal..."(E.7.pct).

Ao dizer que sabe qual a sua 'obrigação' a auxiliar revela a imposição que subjaz à sua ação e incorpora a postura médica de que não há informações a dar sobre a ação que realiza, dessa forma faz desaparecer o cuidado de enfermagem que deve acompanhar a verificação de parâmetros vitais e o transforma numa ação puramente ritual, quantificada e anotada no prontuário. Não há, na maneira como foi relatado o procedimento, uma ação de enfermagem somada ao 'ver a pressão' que pudesse qualificá-la e também à paciente que o recebia.

Penso que nessa questão da qualificação, do acréscimo de cuidados ao ato médico prescrito está a diferença que a enfermagem pode (ou não) imprimir ao seu fazer, como por exemplo, usar os momentos de sua aproximação com as pacientes para fazer educação em saúde, explicar os procedimentos, sua importância e relação com a gravidez, isso iria valorizar a ação feita, bem como quem executa e por consequência a paciente que a ele se submete. Fato que se repete no depoimento seguinte, da mesma paciente:

(...)ah! teve uma outra coisa, eu tava com bricanyl com aquela maquininha pesada aí eu queria uma enfermeira para me ajudar a ir no banheiro e ela trouxe a comadre e eu não consigo fazer xixi naquilo e ela deixou lá e saiu e eu vi que não ia conseguir, pois como ia tirar a calcinha com soro na mão? Aí ela voltou e eu disse que podia levar a comadre aí ela saiu e me ajudou a ir no banheiro e eu consegui urinar. A comadre é muito desajeitada e tirar a roupa, mais o absorvente, mais o soro na mão, é muito difícil, ainda mais a gente com dois bebês na barriga..."(E.7.pct)

Percebe-se nesta fala uma crítica clara da paciente para com auxiliar de enfermagem que a 'atendeu' e que vai embora sem na verdade resolver a sua necessidade, mas é a própria funcionária que volta e corrige o seu erro, ajudando a mulher a ir no banheiro. Em fatos como esses, no qual falta sensibilidade no trato com as mulheres, uma enfermeira entrevistada diz que não é só um problema da comunicação na equipe de enfermagem, mas que afeta todas as equipes, pois:

"falta preparo mesmo, preparo qualitativo de trabalho das pessoas para atuar com o cliente, não sabem abordar, não sabem informar para fazer procedimentos. Igual na enfermagem está fazendo uma medicação, não informa o que está fazendo, não gosta que a paciente pergunte que tipo que é ou porque está fazendo aquilo..."(Ent.1 - enf).

O processo de objetificação que se origina na prática médica acaba por interferir na enfermagem e aqui lembramos a fala da Regina que reafirma a expropriação sofrida pelas mulheres em relação ao seu corpo, que passa a pertencer a outrem quando a mulher se transforma em paciente, ao que corrobora a enfermeira:

"é como se fosse um corpo que está ali para ser utilizado, nós temos o saber e nós podemos fazer uso daquilo ali como se fosse nosso sem precisar comunicar, pedir autorização, informar, nada disso, é isso em todas as equipes, eu percebo que não informam, não comunicam, falam que o cliente não entende, usam termos técnicos, um vocabulário que não é adequado ao nível cultural do paciente que a gente atende, vai até a comunicação, o problema de não olhar no olho dos clientes..." (Ent. 1 - enf).

O saber científico é subliminar ao fenômeno da expropriação do corpo das pessoas doentes, sendo esse fenômeno já tão banalizado que têm a colaboração das próprias pessoas, que entregam-se de forma quase inteira ao saber e à tecnologia que vão salvá-las da doença e da dor e que está personificada na prática médica e, por extensão, acontece também na enfermagem. A comunicação e as maneiras como ela se estrutura faz parte desse ritual de despersonalização e de desqualificação da pessoa atendida, pois falar de forma ininteligível, usando termos técnicos e sem olhar para as pessoas com quem se fala são maneiras de mostrar ao outro que ali não é o lugar dele, que como 'paciente' que é deve aceitar o que aquele que ali trabalha determinar.

O problema de não se olhar para as pacientes que estão sendo atendidas foi observado na Triagem obstétrica, no qual a paciente tinha gravidez e rubéola e, mesmo essa mulher estando muito preocupada com a palavra 'mal-formação fetal' que foi dita várias vezes pelo interno e residente que a atendiam, eles não perceberam o medo estampado no seu rosto. Ao terminar a consulta ela me pediu para explicar

melhor o que estava acontecendo, que ela não tinha conseguido entender nada do que eles tinham falado do 'exame que deu alto'. Eu traduzi e lhe expliquei o que era, bem como a relação que há entre rubéola e gravidez, ela se tranquilizou e lembrou que ali já tinha sido um hospital melhor do qual as pessoas falavam muito bem, mas que agora estava 'muito ruim'.

Essa diferença no tratamento e na qualidade da informação também é notada pela paciente Antônia, que já esteve internada no hospital alguns anos antes, pois *"da outra vez que eu tive minha filha aqui parece que foi melhor, que atenderam melhor, principalmente os alunos de medicina, parece que eram melhores, mais interessados do que esses hoje"*, e prossegue dizendo que de *"toda hora de cinco em cinco minutos tinha alguém lá, perguntando se estava tudo bem, se tava precisando de alguma coisa e agora não é mais assim"*(Ent. 4-pct). É ainda ela a evidenciar as mudanças ao dizer que:

"ontem mesmo eu estava precisando de ajuda, já era bem tarde o nenê estava chorando e não aparecia ninguém lá, eu tive que acordar a menina que estava na outra cama para chamar a enfermeira que eu ainda estava anestesiada né?"(Ent 4 - pct).

De diferentes maneiras vai se configurando na fala das enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem um saudosismo de um outro tempo quando era uma equipe que *'ajudava a mulher a decidir melhor'*(E.8.tec) que *'explicava tudinho para a paciente'*(E.4.aux) pois a *'gente explicava a enfermeira reforçava, todos se preocupavam'*(E.8.téc), mas *'hoje se perdeu tudo, muita coisa que a gente fez já não faz mais'*(E.3.aux) e isso não acontece porque as pessoas *'não sabem'* mas porque *'são relapsas no cumprimento do dever'*(E.8.tec).

São fragmentos da entrevista((8) de uma técnica de enfermagem que revelam uma enfermagem que também é omissa, ausente que *'só faz sua obrigação se alguém ficar em cima'* e esse alguém era outrora a enfermeira mas, como as *'enfermeiras de hoje não sabem o que cobrar'* prossegue ela, *'a nossa assistência está um pouco precária'*.

Segundo o Dicionário Aurélio o verbete omissão vem do latim *omissione* significando *'falta, lacuna, ausência de ação ou inércia ou ainda juridicamente é o ato ou efeito de não fazer aquilo que moral ou juridicamente se devia fazer'*, sendo que o quesito moral inclui/acrescenta o que também eticamente se deve fazer. Ou seja, se a equipe médica atua muito ao realizar muitos procedimentos, técnicas e ações sobre o corpo das mulheres internadas, deduz-se que essa é uma prática altamente interventiva, que se justifica em nome do tratamento das doenças e da preservação da vida.

A equipe de enfermagem no local estudado, ao contrário, peca por omissão, por inércia perante a sua clientela, por falta de ação própria que se complemente à técnica médica e melhore a vida de quem está internada sob seus cuidados. Como está bem ilustrado nesse depoimento de uma técnica de enfermagem:

"Você veja tem um monte de paciente aí inibindo e nem pulso, que é uma rotina, o pessoal tem visto, eu fico cuidando pois sei que é importante...se passar de 120 o pulso, corre risco de vida e ninguém liga ...aí tem interno que chega e diz prá aumentar e tem gente que aumenta... então a gente não vê muitas coisas acontecerem nos conformes...penicilina por exemplo, quando é endovenoso, tem que correr em no máximo uma hora e todo dia eu pego penicilina correndo em quatro horas, você já pensou em 4 horas! Nem efeito mais tá fazendo, mas a paciente vai com certeza ficar com o braço, com a veia num estrago e isso sem se beneficiar do remédio. E isso quem faz é a enfermagem, gente que está careca de saber como faz... eu fico triste de ver isso... (Ent. 8 - téc.).

Ela mesma confirma que a enfermagem está 'careca de saber' os cuidados que se deve ter ao administrar determinados medicamentos, cuidados para os quais todos estão preparados, mas não executam, colocando as pacientes em risco pela falta, pela ausência de ação relacionada especificamente ao seu trabalho cotidiano na administração de medicamentos. O fato de um interno dizer que é para fazer um determinado procedimento como aumentar até níveis perigosos um gotejamento de soro é uma ordem que pode ser cumprida por alguns mas está implícito na fala dessa entrevistada que todos sabem da falta de preparo dos internos para prescrever medicamentos, mas ainda assim, 'tem gente que faz'.

É curioso notar que nos depoimentos de todas as pacientes entrevistadas, há somente três relatos de ações da enfermagem que desagradaram as pacientes. Um é o depoimento da paciente Karla, outro é o da Antônia e o terceiro foi o da Maria das Dores ambos já explorados na análise.

Os conteúdos mais críticos em relação à uma prática inadequada, omissa, por vezes perigosa, emergiram curiosamente, da própria equipe de enfermagem, mormente dos auxiliares e técnicos que foram extremamente autocríticos na análise do seu cotidiano de trabalho. Foram entrevistados oito dos nove funcionários da equipe que estava em atuação na clínica durante o desenvolvimento do trabalho de campo e a solicitação feita era de que '*falassem da forma mais abrangente da assistência prestada à mulher gestante, parturiente ou puérpera no hospital*'.

Todos os discursos gerados na equipe de enfermagem frente ao questionamento acima são perpassados pelo contexto histórico que traz a idéia do 'antes-melhor' e do 'agora-pior'. Uma enfermeira lembra a história da equipe de enfermagem, que já foi bem diferente, ali dentro:

"No começo do hospital houve toda uma preparação, treinamento, houve tempo para elaborar normas, rotinas, condutas, treinar todos em função do que estava se propondo fazer, HU estava começando, tivemos tempo para programar, pensar, havia integração entre as equipes, o pessoal de nível superior pensou muita coisa da assistência junto, todos estavam muito motivados e tínhamos um efetivo de pessoal maior que o necessário para atender os 40 leitos iniciais e era pessoal estimado para atender 120 leitos e toda a assistência foi programada para ter a enfermeira como a referencia maior da equipe..."(Ent 1 - enf).

Essa percepção de que todos estavam mais envolvidos, mais motivados para o trabalho também é encontrada na fala da paciente que já esteve ali 'antes', cerca de

três anos atrás, lembra ela que *"da outra vez que eu tive minha filha aqui parece que foi melhor, que atenderam melhor"*. A auxiliar de entrevistada relata que:

Pelo tempo que eu estou aqui eu acho que caiu bastante a assistência às pacientes... A rotina praticamente é a mesma né? Só que ...assim.. deixa eu ver (longa pausa) Ah eu acho que é o interesse do pessoal quanto ao paciente, gente interessada em procurar conversar em ver o que está precisando, ninguém está muito ligando para as coisas, né? Está assim distanciado, o atendimento está automático, tem que fazer aquilo e faz, não chega no paciente e conversa, não procura saber porque está agindo assim...(..) já foi muito diferente" (Ent 2 - aux de enf)

A percepção de que a rotina é a mesma, de que o atendimento está 'distanciado e automático' nos remete a alguns questionamentos de LOPES(1998) de que está havendo uma percepção diferenciada na equipe de enfermagem em relação ao uso acrítico da técnica enquanto ato repetitivo e rotina de trabalho, de que essa dimensão técnica tem que ser contraposta a valorização da vida e da pessoa que é atendida, sob a forma do cuidado de enfermagem. Há, na fala da auxiliar, um entendimento de que se não se conversa, se não há interesse pela pessoa atendida, a rotina e a técnica não podem substituir esses aspectos, por isso ela afirma, um tanto melancolicamente que *'pelo tempo que eu estou aqui, caiu bastante a assistência às pacientes(..) já foi muito diferente'*.

LOPES(1998) diz que o relacional acrescenta singularidade ao cuidado e que *'é neste plano que se chocam e se exacerbam as diferentes lógicas profissionais presentes no hospital'*. A lógica presente no plano do saber da enfermagem leva a uma autocrítica sobre seu próprio cotidiano de trabalho em confronto com as dificuldades impostas por informações truncadas, conforme depoimento dessa enfermeira:

"As vezes fica difícil, quando elas querem saber o diagnóstico e a gente não tem certeza, pois é provisório, então fica meio sem saber o que fazer, o que falar, fica perdida em estar afirmando para as pacientes o que elas têm. Ontem internou uma mulher com seis semanas de gestação, segundo o interno, mas ela me disse que só tinha 15 dias de atraso menstrual, né? Então as vezes a gente fica confusa e vai procurar nos exames e orientar melhor a paciente. Antes de afirmar é melhor estudar mais um pouco e passar o que é mais certo"(Ent.2 - enf).

Desses problemas também sofrem as auxiliares e técnicas de enfermagem que querem resolver, dar respostas às pacientes e não as tem, como mostra a fala seguinte:

"aí a gente vai e pergunta para o interno: 'vai fazer alguma coisa com a dona Fulana que está de jejum? Ele diz 'Ué eu não sei porque ela está de jejum, quem foi que pôs ela de jejum?' Aí eu digo: 'um colega seu da noite que disse prá ela ficar de jejum e ela não comeu nada e está esperando, só que a gente não sabe prá quê'. Aí fica aquela conversa de tonto, um não sabe falando com outro que também não sabe e a paciente fica no meio sem saber menos ainda e sem comer, é uma dureza... a gente fica sem poder informar ao certo porque os alunos, residentes e professores da medicina não ligam muito não"(ent. 4- aux)

Nas diferentes maneiras como se constrói a comunicação entre os médicos, a equipe de enfermagem e as pacientes, evidencia-se que a enfermagem também, tanto quanto as pacientes, sofre com a sonegação sistemática de informação, sendo a não-informação, a informação negada, fragmentada e confusa faces diversas de um mesmo fenômeno.

Quando a equipe médica não informa à equipe de enfermagem sobre os problemas 'médicos' que identificam nas mulheres internadas ela está apenas fazendo valer a assimetria de saberes que está posta na hierarquia entre as equipes e nessa quem sabe é a medicina, que só informará o que julgar ser necessário para que a enfermagem faça a 'sua parte' do serviço médico, como administrar medicações, verificar sinais vitais ou ainda preparar a paciente para algum procedimento médico. As mulheres, mesmo sendo as maiores interessadas, junto com a equipe de enfermagem, ficam a deriva do provável diagnóstico, que faz parte das ações de enfermagem preventivas e mesmo curativas que serão planejadas para a paciente. Como podemos ver nessa fala:

"acontece que dá para sentir que muitas pacientes que internam aqui ficam sem saber o que está acontecendo com elas, elas perguntam pra gente 'o quê está acontecendo comigo?' Agora mesmo uma perguntou 'o que vão fazer comigo?' eu disse 'eu não sei, não falei nada para nós ainda'. Eu acho que tinham que falar tudo para elas o que está passando, que risco ela está correndo, pois ela é a parte mais interessada em saber o que está acontecendo com ela. Elas ficam angustiadas, pois cada um vem e fala uma coisa"(ent.4- aux de enf)

O desencontro de informações é uma constante em praticamente todas as entrevistas, reclamam dele as pacientes, as auxiliares, as técnicas, as enfermeiras. É tão agudo esse problema que permeou praticamente todo o trabalho de campo. Nas discussões feitas nas enfermarias e no trabalho de observação desenvolvido, pude ver a dificuldade que ocorre no processo comunicativo, sendo ele que define quem é quem dentro da equipe:

Está havendo uma grande separação sobre quem conversa com quem, os grupos se definem de forma quase absoluta pelos rituais de comunicação, ou seja, médico com médico, residentes com residentes, internos com internos, cuidando muito da hierarquia, interno trabalha como auxiliar do residente, e esse como auxiliar dos professores médicos, é raro ver um docente médico se dirigindo a alguém da enfermagem, quase sempre é o interno ou o residente que vem a procura de materiais ou informações. (Dado de observação do dia 25/01/99)

À essa hierarquia reinante entre as equipes a enfermagem articula suas respostas e desenvolve outras vias de comunicação que não passam necessariamente pelos médicos:

"O pessoal de enfermagem também se distancia dos médicos, conversando entre si e mantendo uma hierarquia interna menos rígida e há mais ajuda entre esses e os alunos de enfermagem, quando estão em estágio na enfermaria, ajuda que se dá mais em relação aos procedimentos

do que às informações sobre as mulheres internadas e seus problemas de saúde"(Dado de observação do dia 25/01/99)

A comunicação entre médicos e pacientes segue um ritual muito particular, totalmente voltado à lógica da doença sem referir-se à pessoa doente, dessa forma conforme percebi durante uma visita médica, a comunicação dentro da própria equipe e dessa com as pacientes:

"é técnica, centrada no linguajar médico, é indiferente, havendo pouca mudança de uma paciente para outra, as perguntas são muito objetivas assim como é a indicação de tratamento feita pelos professores aos alunos, não há empatia ou demonstração de solidariedade para com as pacientes, independentemente dos problemas que elas tenham"(Dado de observação do dia 25/01/99).

Como diz Regina(Ent.2.b), se '*dos médicos é difícil saber qualquer coisa pois estão sempre com muita pressa*', com o '*peçoal da enfermagem é mais legal, vão lá no laboratório perguntar dos nossos exames, vem, avisam a gente como que está*', por isso essa paciente as vê como '*boazinhas com a gente, são superlegais, atenciosas, logo que a gente chama já vem atender*'.

Nas questões que envolvem a comunicação a enfermagem sempre é comparada positivamente com a medicina e, aqui percebo a noção de poder de Arendt, que envida uma relação simétrica e justa para ambos, comunicador e receptor. A enfermagem, ao interessar-se pela paciente, indo atrás de resultados de exames, de telefonar para a família, suprimindo as outras necessidades da mulher internada enfim, ao solidarizar-se com a clientela da qual cuida, essas profissionais estão utilizando o modelo de poder arendtiano, baseado na ação comunicativa, no entendimento mútuo que não visa o próprio sucesso ou a realização da própria vontade dentro da relação. Não há coação, imposição ou persuasão nessas ações, portanto, pode-se dizer que elas se dão em um contexto livre de violência.

HABERMAS(1980) baseado em Arendt, diz que o poder legítimo é aquele exercido num contexto livre de violência, no qual os sujeitos envolvidos orientam-se para o entendimento recíproco e não para o seu próprio sucesso. Também não usam a linguagem perlocutoriamente, visando instigar os outros sujeitos para um comportamento previamente desejado, mas a usam ilocutoriamente, ou seja, com intenção de estabelecer relações intersubjetivas nas quais não haja coerção.

Uma outra enfermeira já com longa experiência no processo de assistir na gineco-obstetrícia, lembra que a enfermagem, tanto quanto às pacientes, também sofre do e com o poder de coerção dos médicos, pois:

"mesmo percebendo muitos erros dos internos e residentes, até pelo tempo e pela nossa forma de abordagem que é mais generalista, conseguimos ter uma visão melhor do caso e do que pode ser feito, mas aí entra a questão do poder médico, como interferir nesta coisa fechada que é poder médico dentro do HU e em todo lugar? A relação é muito desigual, a enfermeira fala, o residente decide fazer o que ela falou mas a decisão é dele, ele é o médico e o que você falou se perde, entendeu?"(Ent D- Enf 4).

O saber e conhecimento das enfermeiras não é valorizado no contexto estudado, que é de violência de gênero e de saberes, no qual o poder simbólico do médico se desenha na linguagem da enfermeira que fala sobre o processo de apropriação feito (com muita frequência no meio hospitalar) pelo residente do saber das enfermeiras até porque ela consegue ter uma visão melhor do caso e do que pode ser feito. Essa apropriação indébita da avaliação da enfermeira e a sua incorporação ao diagnóstico médico faz parte da invisibilização do trabalho e da competência das enfermeiras entrevistadas, pois o que elas falam se perde, passando a fazer parte do registro dos médicos e de sua equipe. São vieses do poder e da dominação simbólica que pesam de maneiras diferentes sobre as pacientes e sobre as enfermeiras e sua equipe.

O local estudado já tem implantado uma metodologia para desenvolver a assistência de enfermagem de forma sistematizada e essa passagem de uma tradição que era mais oral para a escrita no trabalho da equipe de enfermagem, deu-se em meio a muitos esforços das enfermeiras-docentes junto às suas próprias coordenações de ensino e de assistência, à direção do hospital, à educação continuada e à equipe médica, que não facilitou em nada o processo. Ao passar da tradição da transmissão oral das ações feitas no trabalho para a escrita, a equipe de enfermagem não só diminuiu a sua 'domesticidade' como aumentou sua autonomia e poder de interferir na assistência médica, fato que começou a incomodar os médicos. Embora o modelo metodológico adotado tenha se desenhado mais significativamente em função do modelo biomédico, isso não facilitou a sua implantação, pois significava, dentre outros aspectos, em registro de todas as intercorrências médicas e das ações geradas frente à elas constituindo-se, de certa maneira, em um controle daquela prática.

Esse controle de uma prática sobre a outra consubstanciou-se através do olhar dominado da enfermeira, que era o elo entre as duas equipes e era também quem fazia as anotações de tudo que havia sido detectado e que precisava de avaliação e ação médicas, uma ação de enfermagem que forçava os pilares da autonomia médica em agir só quando quisesse, sem pressões de outrem. Lopes afirma que *'as práticas dominantes não escutam as periféricas e, se as escutam, incorporam seu saber na legitimação de seus próprios atos'* (LOPES:1995:183), fato que ocorreu no local estudado, pois todos os registros de enfermagem eram reescritos na evolução médica, o que até hoje acontece, sem referência à fonte, para complementar seu raciocínio diagnóstico e terapêutico.

LOPES (1995) lembra que as práticas que entraram pela porta da frente do hospital, sancionadas pelo diploma como é a ciência médica, incorporaram e estabeleceram uma relação de domínio com as práticas que entraram pela porta dos fundos como é o caso da profissão feminina da enfermagem, estas últimas passaram a ser consideradas como auxiliares daquelas primeiras, que devem se esforçar de todas as maneiras para ajudar os médicos, porém sem incomodá-los jamais.

Isso reafirma que a distância entre as práticas devem ser preservadas e grandes investimentos são feitos para provar a legitimidade do 'lugar' dos médicos no processo terapêutico e o não-lugar dos demais profissionais, que vêem seus esforços serem rapidamente absorvidos e incorporados pelos médicos ao delinarem algum sucesso terapêutico. É o caso do uso da papaina in natura para a cura de escaras de decúbito, que começou a ser usada pela enfermagem no HU e ao dar resultados positivos foi incorporada à prescrição médica, mesmo que estivesse já registrada na prescrição de enfermagem, os médicos repetiam-na sem qualquer constrangimento e sem referir que aquilo era uma pesquisa que a enfermagem vinha desenvolvendo, incorporando dessa forma o saber que estava sendo desenvolvido pela enfermagem na sua prescrição.

A diferença entre as prescrições médica e de enfermagem nesse caso era gritante e se os primeiros se restringiam à dizer que o que era para fazer e a frequência com que devia ser feito o curativo, a prescrição das enfermeiras incluía a educação em saúde dos pacientes e visava a autonomia das famílias no cuidado dos seus membros no retorno ao lar com uma tecnologia barata de cuidado daquela ferida que podia ser facilmente reproduzida em qualquer lugar.

Pude perceber em todas as entrevistas com o pessoal de enfermagem um tom de reprovação que era subliminar aos depoimentos que se referiam à uma ação de enfermagem tecnicamente correta, mas desprovida de um caráter relacional, como diz essa auxiliar de enfermagem *"acho mesmo que nós não estamos cumprindo nosso dever com as mulheres que confiam sua saúde prá gente... é triste falar mas é verdade"*(Ent.5). é ela ainda quem complementa:

Hoje é comum chegar paciente com nenê lá no ambulatório com pó de fumo, azeite de mamona no umbigo, já pensou o risco de um tétano? A culpa é nossa que não orientamos direito, até a gente diz como fazer, mas muita gente esquece de perguntar se a paciente tem álcool em casa, cotonete para cuidar do umbigo do nenê, ela vai embora sem nada e usa o que tem em casa ou o que a vizinha dá.. Até porque não podemos esquecer que nossas pcts são pobres, voce lembra que a gente fazia um pacotinho com um vidrinho com álcool e cotonetes e dava para as mulheres levarem com elas? Sei lá as coisas vão se perdendo...(ent 5, aux de enf)

Outra auxiliar conta uma história para lembrar que a enfermagem as vezes erra ou é omissa por reproduzir a linguagem biomédica no seu cotidiano, diz ela:

"A assistência aqui dentro ela é mais curativa, então a gente tem uma assistência regular até porque esbarra na falta de informação, principalmente porque o pessoal ainda usa muito a linguagem médica e a paciente 'voa' muito, ela não sabe do que se está falando. Uma noite tínhamos 4 pacientes na enfermaria, era naquele tempo que agente colocava uma plaquinha em cima avisando: 'curva térmica'. Quando foi bem tarde da noite a gente viu algumas pacientes andando aqui no corredor, aí conversamos com elas e perguntamos o que estava acontecendo e uma disse assim: 'ah! enfermeira, a gente veio perguntar se essa doença 'curva térmica' é contagiosa?'. Aí a gente viu que elas tinham perdido metade da noite sem conseguir dormir porque estavam ao lado de alguém que estava em curva térmica... sei que nós absorvemos essa linguagem e falamos sem

se preocupar se o outro entendeu ou não. Então uma grande falha da assistência é a questão da informação"(Ent6-Aux)

O fato detectado pela auxiliar de que as pacientes perderam o sono por desinformação gerada na forma de se organizar a assistência de enfermagem e a sua percepção de que isso aconteceu porque absorvemos uma linguagem que é distante do entendimento das pacientes, é denotativo da sua sensibilidade em relação ao problema de comunicação e informação no processo da assistência. Há várias falas de pacientes que lembram que é a enfermagem quem informa, quem traduz, quem faz a hospitalização mais aceitável e a doença mais compreensível, pois o '*peçoal da enfermagem é legal*' (Maria das Dores) até porque é '*quem trata a gente muito bem, quem ajuda e quem explica muita coisa*' ou como lembra a paciente Karla:

"O peçoal da enfermagem comigo foi muito bom, injeção eles davam direito e meu pulso elas olhavam direito, a temperatura e eu perguntava tudo que elas faziam e elas me explicavam"(E.7.pct).

Essa afirmação vai ao encontro da percepção que a auxiliar de enfermagem tem sobre o próprio fazer e das suas responsabilidades no processo comunicativo:

A gente que fala mais a língua delas, o que entendeu, se não explica é ou porque não tem tempo ou também porque não quer explicar, até porque aumentou o número de leitos e não aumentou o de funcionários. ..(Ent 4-aux de enf)

Ela tenta justificar o fato de que as vezes não se explica o que se 'deveria' para as pacientes, lembrando que a omissão é consciente, que há clareza sobre o que se deve informar, mas as muitas atividades e o pouco efetivo de peçoal são um empecilho para cumprir essas funções. A mesma auxiliar verifica que o sofrimento da paciente pode ser minimizado por uma comunicação eficiente, no que a paciente Nádia concorda falando que:

"ontem tiraram meu sangue para ver infecção no útero, pois o líquido que saiu na hora do parto era malcheiroso, por isso eu ia começar com antibiótico, eu entendi tudo que me explicaram e fiquei contente de saber essas coisas, porque ia tomar isso, o peçoal explica direito. (E.8.pct)

A informação bem dada é acessível e aumenta a autonomia de quem a ouve, por isso há satisfação na fala da paciente, tanto que ela lembra o tratamento recebido da enfermagem no momento da sua recepção na enfermaria:

"assim que eu cheguei aqui na enfermaria me passaram para a cama e olharam meu sangramento. O nenê começou a chorar e colocaram ele no meu seio, aí vieram as meninas para ver a temperatura e a pressão, aí trouxeram um leite para mim e umas bolachas, eu comi e foi bom que eu estava com muita fome. Esse é o meu terceiro nenê o primeiro e o segundo eu tive lá no (hospital) Geral. Ainda hoje meu marido me perguntou se aqui era melhor que lá eu disse que não tem nem comparação, que aqui as peçoas cuidam da gente direitinho, toda hora vem perguntar se você está precisando de alguma coisa, se quer telefonar... lá não tem nada disso, lá só vem gente na hora de dar remédio, aqui é bem melhor"(Ent8 - pct Nádia).

Nessas considerações das pacientes delineia-se uma outra enfermagem, que não é a enfermagem omissa, distante, que não informa direito como aquela descrita pelos próprios membros da equipe. As ações que a equipe de enfermagem realiza para que a medicina possa agir sobre a doença, são realizadas no ser humano doente, sendo essa uma diferença que é percebida na fala das mulheres entrevistadas. Ao lembrar espontaneamente da pergunta feita pelo marido sobre a qualidade do serviço que a atendeu, ela compara e diz que se sente bem cuidada. Se Nadia lembra de comparar a qualidade do atendimento, Regina lembra de comparar as formas distintas da enfermagem e da medicina prestarem informações aos pacientes:

"Eles (tratamento genérico para a equipe médica) estão sempre com muita pressa, a gente quer conversar, saber direito as coisas, o que a gente tem, os exames que fez ou vai fazer, mas mesmo perguntando eles não respondem, estão sempre com muita pressa, eu acho que é por que não sabem de nada aí correm da gente. O pessoal da enfermagem é mais legal, vão lá no laboratório perguntar dos nossos exames, vem, avisam a gente como que tá mas, dos médicos... é difícil de saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber a gente não"(e.2b-pct).

Pode-se dizer que a enfermagem é uma prática social que balança entre dois pólos, um baseado no ideal cartesiano de ciência e o outro no ideal mais compreensivo de ciência, ambos definindo as diferenças que marcam e cindem as práticas médica e de enfermagem. Quando se inspira no ideal cartesiano que é pilar de sustentação da prática médica, a enfermagem quer medir, quantificar, objetificar, separar para melhor abordar e assim poder agir sobre um objeto que será mais receptivo por que desprovido de referências pessoais concretas e que pode ser identificado aqui à mulher internada. Quanto mais delimitar o campo de atuação, maior controle ter-se-á sobre ele e mais condições para conhecê-lo com a profundidade e objetividade que a ciência normal exige.

Mas, ao voltar-se para o ideal compreensivo, procurando com isso não só distanciar-se daquele primeiro mas também ir em busca de sua própria identidade, a enfermagem caminha em um outro sentido: o de ser uma prática que visa cuidar do ser humano sadio ou doente devolvendo-lhe a auto-estima e a autonomia para cuidar-se e também competência suficiente para cuidar dos demais com quem mantenham relações. Aqui percebe-se essa enfermagem que busca a informação, que vai atrás dos exames para dar respostas às mulheres que estão sob seus cuidados, que se solidariza com quem cuida:

Sei que a gente da enfermagem tenta fazer algo mas não dá conta, tem coisas que precisa de uma psicóloga que a gente não sabe fazer, principalmente quem trabalha com mulheres pois vida de mulher é muito difícil, tem paciente ali no leito com um problema de saúde e ela deixou 3 filhos em casa com o marido desempregado, muitas vezes agressivo, alcoólatra, como é que essa mulher vai ter uma boa recuperação, elas pedem o tempo todo para ver os filhos, ir em casa ver como estão as coisas, isso é todo dia que a gente vê.(Ent.6-Aux)

Essa mesma auxiliar lembra que a preocupação só não basta para resolver os problemas da vida da mulher internada, que muitas vezes é preciso um conhecimento específico, mas ela pode oferecer o conforto da escuta atenta. Ela também lembra que ser mulher e estar internada é diferente de ser homem e passar pela mesma experiência de hospitalização, pois:

"agora homem internado não, ficam lá, é raro você ver um perguntar ou se preocupar com os filhos em casa, as mães não, querem saber o que os filhos estão comendo, se estão indo na escola, são problemas que a gente não dá conta, faltam creches, falta tudo pra quem não tem nada". (Ent.6-Aux)

O cuidar é centrado na pessoa e se apoia no subjetivo, no relacional, na preocupação com o outro que é cuidado e para que ele se dê algumas dimensões devem ser atendidas como por exemplo: recursos materiais, disponibilidade, organização ambiental, recursos humanos, sendo porém impossível cuidar sem uma pessoa que cuide e uma que é cuidada, talvez se possa dizer que é na relação que se constrói o cuidar, é no importar-se com o outro, vê-lo como alguém que merece atenção e distinção por parte de quem cuida.

Dessa forma a ação terapêutica pode ser feita sem ser acompanhada do cuidado, pois ela não é um cuidado em si, ela é um procedimento técnico, que pode ou não ser qualificado através do cuidado que pode diferenciá-la aos olhos de quem a recebe. Como um exemplo de não-cuidado temos esse depoimento, de uma auxiliar de enfermagem:

Assim que a pct chega no posto, ela é admitida no livro de registro, aí nós encaminhamos ela até o leito e nós vamos verificar os sinais vitais da paciente, pergunta se tem alguma dor, se apresenta perdas ou não e pronto, deixa a paciente lá, é tudo rápido(ent 7-aux).

Essa funcionária está descrevendo a admissão de uma paciente no serviço, ela evidencia a heteronomia que imprime ao seu trabalho quando diz:

É tipo mecanizado, você faz as coisas que tem que fazer e pronto, não tem muita conversa não, as internações são muito corridas, não dá tempo de muita conversa, aguarda a prescrição médica, vê se tem algum exame de urgência para fazer e manda fazer, as vezes os internos não falam nada e a coisa se perde, e o exame fica para lá. É uma falha mais deles do que nossa (E.7-aux).

A mecanização no trabalho é um componente que foi por muitos anos criticado pelas pesquisas desenvolvidas na área de enfermagem e responde ao ideal cartesiano de prática que falamos anteriormente, e que organiza a enfermagem nos moldes funcionalistas, no qual se deve cumprir um determinado número de tarefas por turno, sendo que essas se sobrepõem às pessoas cuidadas que não são informadas do que está sendo feito, apenas se faz. Mas essa maneira de fazer enfermagem não é a tônica dos discursos da equipe entrevistada, marcando muito mais as falas conteúdos como esse:

"então a gente tenta suprir a necessidade da paciente conversa bastante com ela, pois os internos e os residentes internam e não dão uma orientação que deixe a paciente satisfeita com o que foi dito, a gente que está mais a par do problema, que a gente já está aqui há 14 anos então a gente procura explicar de uma maneira que não fere a paciente, que ajude explica o tratamento certinho, para ajudar"(ent1-aux).

Os discursos das pacientes vão ao encontro do que as funcionárias de enfermagem falam, pois nos seus depoimentos quem ajuda, quem explica são as 'enfermeiras', e essas acreditam ser esse também seu papel, como podemos ver nessa fala de uma técnica de enfermagem da equipe: *"todas gostam de perguntar e elas tem mais confiança na gente,(...) acho que a paciente tem que ser informada e saber o que está tomando sim"*(Ent3-téc). Conversar com as pacientes é para elas uma atenção especial, e quando esse conversar tem origem em alguém da enfermagem cria-se nelas a esperança que a hospitalização pode ser suportável, pois haverá um canal possível de informação e ajuda.

Perante a abundância de depoimentos que se referem à negação da informação às pacientes, pode-se dizer que esse é um dos elementos mais valorizados por quem está hospitalizado, pois como diz a paciente Nádia:

"eu entendi tudo o que me explicaram e fiquei contente de saber essas coisas, porque o pessoal explica direito e a gente aprende e pode pensar melhor o que acontece com a gente e até ajudar outras mulheres na mesma situação da gente"(Ent8.pct)

A informação é dessa forma um elemento fundamental na construção da autonomia do indivíduo, pois o ajuda no exercício de 'andar na vida' com alguma auto-referência e também contribui com esse processo na comunidade da qual o indivíduo faz parte. Mas ao negar a informação, ou dá-la de forma fragmentada, confusa, em termos que a pessoa não entende, é uma violência simbólica, porque agrega elementos que diferenciam os indivíduos e, desses indivíduos, o que não detém a informação é justamente o paciente.

E neste contexto o paciente é aquele que sente a dor indefinida, que tem uma doença que o trouxe ao hospital e que muitas vezes ele não sabe qual é, sente apenas sintomas que não consegue interpretar e que o angustiam e confundem, como fala Karla:

"Neste sábado agora eu comecei a perder líquido e perdi líquido a noite inteira e o domingo inteiro, eu não achei normal, era muito líquido. Chegou um residente eu falei para ele que tava perdendo muita água e ele disse que era para 'deixar nascer, que não tinha mais o que fazer', ele falou 'nem sei porque deixaram você esperando aqui até agora, inibindo correndo risco de infecção, eu não vou fazer nada só vou esperar a hora de nascer', aí mas confusão na minha cabeça"(Ent7-pct).

Essa paciente era bastante esclarecida sobre a sua gravidez e também tinha segundo grau completo, o que deveria facilitar a comunicação, mas ela, como todas as

outras, sofreu por informações contraditórias, pois em outros trechos de sua entrevista ela diz que 'a cada hora chegava um e dizia uma coisa diferente', que ela não conseguia entender nada, mas que quem lhe 'explicava as coisas eram as enfermeiras, o pessoal de enfermagem' que com ela tinha 'sido bom'.

São falas que evidenciam que realmente quem fica com o paciente as 24 horas do dia é a enfermagem, por isso, sua imagem perante as pacientes fica quase 'naturalizada', sem importância, uma vez que comum, mas é também contraditoriamente, muito importante, isso quando a enfermagem faz a diferença e qualifica a sua presença com ações de ajuda efetiva, de esclarecimento das dúvidas, de cuidado e presença solidária junto às mulheres ou outras pessoas em situação de hospitalização.

Fazer a diferença é sem dúvida um desafio para aqueles que sofrem por condições precárias de trabalho, onde sua subjetividade é constantemente posta em xeque, onde suas iniciativas são cooptadas e muitas vezes ironizadas, evidenciando um outro jogo no qual estão frente a frente duas práticas que deveriam ser complementares, mas que, na verdade, são antagônicas até pela base científica e material que as marca e também por uma ser ligada ao mundo feminino e outra ao masculino, ainda que tenha mulheres entre seus componentes.

Isto sugere que, por ser a enfermagem uma prática preponderantemente feminina, têm uma tendência a reproduzir os pensamentos dominantes acerca do seu próprio fazer, ou seja, nas seus depoimentos as enfermeiras e sua equipe, não só endossam o ponto de vista da cultura dominante, mas reafirmam com ênfase o seu próprio desvalor e a sua sensação de inadequação no mundo do trabalho (ORTNER,1979).

E - AS DIFERENÇAS DE GÊNERO MARCANDO AS PRÁTICAS: 'COMO INTERFERIR NESTA COISA FECHADA QUE É PODER MÉDICO DENTRO DO HU E EM TODO LUGAR?'

Quando as pacientes dizem que as enfermeiras são 'boazinhas', que 'ajudam', ou ainda 'que fazem as coisas direitinho', elas estão se referindo às qualidades que as marcam enquanto pessoas que assistem e não as qualificações que deveriam acompanhá-las enquanto profissionais exercendo o seu trabalho. Tanto em relação ao objeto como as relações que se estabelecem no trabalho concordamos com Lopes quando esta diz que "*cuidar no hospital é como exercer um papel em continuidade com o longo preparo do processo de socialização das mulheres*"(LOPES,1996:79).

Os médicos, ao contrário, raramente são referidos são identificados pelas suas qualidades como pessoas, eles são distinguidos com o título profissional que os referencia ao seu status no hospital e os diferencia com trabalhadores, são chamados por 'doutor', são 'quem sabe e quem manda' (Ent2.a-pct). O fato de ser um hospital universitário e ter alunos e residentes na equipe médica não faz desaparecer a figura

do médico, como está explícito na fala de Regina, que diz saber que quem a atendia era um aluno, pois o viu chamando 'o outro de professor', que é o que manda nos outros e, lembra ela, para saber quem é quem no mundo do hospital deve-se ter atenção, pois 'todo mundo diz que é médico'.

Isso não acontece na enfermagem que é vista como um conjunto quase homogêneo, indiferenciado quanto às competências de cada um, raramente se percebe nos depoimentos das mulheres a percepção de que alguém dentro da equipe é a chefe dos demais. Mas na fala dos auxiliares e técnicos isso não só transparece, como é bastante freqüente a referência da importância de uma enfermeira que saiba responder as dúvidas, que enfrente os médicos, que não os deixe 'pisar' nas auxiliares, que dirija a equipe e defina as tarefas de cada um, como diz uma técnica de enfermagem na sua entrevista. Prossegue ela dizendo que a enfermeira compete comunicar-se com as outras equipes, sobretudo com os médicos, pois essa falta de comunicação faz com que a 'assistência não corra bem' e 'prejudica as pacientes'.

Essa responsabilidade da enfermeira em relação à assistência está clara em uma outra entrevista, que diz quase a mesma coisa:

"falando mais em relação à enfermagem, na verdade eu percebo que de uma forma geral o hospital deu uma desestruturada e ficou muito desarticulado, sem integração, cada um trabalhando isoladamente, fazendo a sua partezinha sem se integrar com os demais. Eu vejo agora uma possibilidade, algumas tentativas ainda que isoladas de tentar recuperar isso, mas ainda está muito esfacelado, muito dividido e acho que(...) isso repercute diretamente na qualidade da assistência que você (enfermeira) presta, você tem vários profissionais atuando no mesmo cliente, seja ele mulher, criança ou adulto e cada um fazendo um pedaço, mas sem se integrar, sem tentar enxergar o que é prioridade para aquele paciente" (Ent1-enf).

Ao falar da desintegração porque vem passando a assistência, a enfermeira refere-se ao paciente, que ele é quem deve definir as prioridades na organização do seu processo assistencial, isso já se configurando numa linguagem diferenciada da médica, pois centraliza-se, define-se em relação à pessoa doente. Mas é um discurso que se choca com as maneiras como se estrutura a prática médica dentro dos serviços de saúde. Se a desintegração da assistência fragmenta a pessoa assistida, esse esfacelamento tem a finalidade clara de manter a forma dominante de assistir no ambiente hospitalar, e essa é a forma médica, é ela que centraliza e determina as maneiras das outras práticas se estruturarem, principalmente a enfermagem.

Há uma pressão para que a enfermagem organize seu saber em torno do saber clínico, pois com isso não só facilita a integração dos saberes como reforça a sua subsidiariedade em relação ao saber médico. Como diz essa enfermeira:

"Eu acho que é uma assistência ainda muito voltada para aspectos clínicos, só se enxerga a patologia, aquela parte doente, não o ser doente inserido numa família ou numa comunidade" (Ent1-enf).

Aqui é necessário voltar aos discursos das mulheres internadas para neles identificar as diferenças que delimitam as práticas médica e de enfermagem no hospital estudado e que estão inscritas de forma objetiva e são estruturantes da realidade social onde estão inseridas essas mulheres. Essas estruturas são anteriores aos sujeitos e se interiorizam neles, como está retratado nessa fala de Maria das Dores que lembra que *"quando os médicos chegam tem que tá tudo limpo né, a gente tem que já estar de banho pronto"*. Esse depoimento é um resumo do pensar dessa mulher sobre a importância do médico no meio hospitalar, pois o ambiente deve, ou melhor, tem que ser limpo para recebê-lo tanto quanto o corpo dela, reduzindo ambos ao mesmo grau: são objetos que devem estar em condições de bem receber a visita do médico.

A diferença que pode ser uma distinção, também pode ser opressiva quando a subjetividade está de tal forma construída, que só pode reproduzir a ordem dominante que além de sexista e excludente, é também reforçada pelas mulheres que trabalham na enfermagem quando usam seu saber para corrigir ou complementar uma prescrição médica, ela diz que:

"Com os professores, os residentes e internos está muito falho, eles não repassam determinadas condutas, como está esta ou aquela paciente, principalmente os internos, esses são os maiores em criar problemas, é muito difícil lidar com eles. As pacientes neste processo todo percebe essas dificuldades e perguntam para nós: olha o médico marcou minha cirurgia para hoje, foi suspensa, o que aconteceu? E as vezes a gente não sabe informar" (Ent.2-enf).

Concordo com BELLATO(1998) quando esta diz que um fato corriqueiro no exercício cotidiano de trabalho das enfermeiras é de que estas tem que despende um tempo importante para dar conta de problemas advindos de falhas no trabalho dos médicos, residentes e internos, para dar conta da assistência como, por exemplo, correr atrás de prescrições incompletas ou não inteligíveis, pedidos de exames que não são corretamente preenchidos ou mesmo que não são feitos, prontuários que somem, cirurgias que são desmarcadas sem aviso prévio ao paciente ou que são decididas sem avisar a enfermagem, que é responsabilizada por não preparar o paciente a tempo, problemas que se multiplicam quando o hospital é de ensino, como bem lembrado pelo caso descrito no trecho acima.

Se a enfermagem 'incorpora' no seu trabalho a tarefa de facilitar a vida dos médicos no trabalho(PEREIRA,1995) o contrário não acontece e um erro de qualquer membro da equipe é motivo de grandes desgastes para todos que a compõe, que devem estar sempre atentos até para não corroborar o erro do outro, como diz essa enfermeira:

"Está muito difícil, volta e meia a gente está atrás deles com prescrição na mão para corrigir, ontem prescreveram adalat retard endovenoso, eu falei 'corrija isto aqui que não existe essa via', aí o residente falou 'ah, que bobeira' e corrigiu. Quer dizer, para eles são 'bobeiras', mas se alguém da enfermagem fizer uma medicação por via errada, conforme

prescrição, aí o erro é da enfermeira que não olhou o erro do interno, como se eles não tivessem professor para verificar isso..."(Ent2.enf).

A enfermagem teoriza sobre uma prática de cuidado que é ainda idealizada, ensina sobre essa teoria, mas *executa a prática cotidiana como pode*, a partir das condições concretas impostas pelas diferentes maneiras como as relações de poder se estruturam no local de trabalho.

É na própria constituição de gênero, no seu exercício diuturno que se estrutura a dominação masculina sobre a mulher, e é no campo de forças do hospital que se encontram os médicos e as enfermeiras que ali desenvolvem suas práticas regidas por diferentes lógicas: tratar é masculino e cuidar é feminino, independente do sexo dos que estão por trás dos que tratam e cuidam (COLLIERE & DIEBOLT, 1988). Por isso os médicos são sempre 'eles' e as enfermeiras são 'boazinhas', o homem na enfermagem acaba sendo também subsumido pelo feminino da prática que executa, o mesmo acontecendo com a médica, que vai desenvolver-se dentro da lógica que rege a sua própria prática.

Na enfermagem, ao contrário dos instrumentos tecnológicos que dão suporte à medicina e à ciência, temos aqueles que são instrumentos técnicos. Esses últimos, segundo CHAUÍ (1998), são considerados como prolongamentos das capacidades do corpo humano, destinando-se a aumentar essas capacidades e aptidões na sua relação com o mundo, o cuidado podendo ser aí situado. Se os instrumentos tecnológicos são definidos como ciência cristalizada em objetos materiais e destinam-se a dominar e transformar o mundo, os instrumentos técnicos teriam uma outra função, que é de facilitar a relação do ser humano com o mundo, uma função aparentemente mais simples mas que não está sendo alcançada com a facilidade que deveria.

Por isso, podemos dizer que na enfermagem há sim o desenvolvimento de um instrumental que pode ser 'apenas' técnico o chamado cuidado, uma vez que visa facilitar a vida de quem está doente, mas por se reger por uma lógica diferente que é centrada na pessoa cuidada e não na doença que ela transporta, encontra dificuldades para sua institucionalização. Isso parece acontecer por vários motivos, mas é significativo lembrar que ao se dedicar ao cuidado como seu objeto e sua finalidade no meio hospitalar, a enfermeira estaria indo ao encontro das hierarquias e dos privilégios que estão instituídos no *habitus* de classe daqueles que ainda são dominantes no hospital e que sabem muito bem usar as qualidades femininas para manter seus privilégios e distinções: os médicos.

Concordo com FONSECA (1996) quando essa diz que há tensões que se originam no processo de assistir que são advindas das diferentes lógicas que definem o tratar e o cuidar, sendo que ambas deveriam ser complementares, mas que tornam-se excludentes a medida que o tratar está sedimentado como uma função da ciência médica, que não mede esforços para manter seu campo de saberes. Pelas muitas dificuldades encontradas pelas enfermeiras para a realização do seu objeto enquanto

categoria profissional, que é o cuidar e o cuidado, pode-se vislumbrar através da extensa produção teórica que vem sendo produzida para qualificar esse objeto, que algumas rupturas estão se dando no ideal científico que até bem pouco animava a produção da enfermagem.

A lógica do cuidado, por ser feminina, interfere na tradição que está a longo tempo vigendo nesse campo de forças chamado hospital, uma área de domínio masculina. Essa lógica transporta consigo, além da tecnologia, os anseios que estão em todas as pessoas que precisam cuidar da própria saúde: elas esperam ser tratadas com boas tecnologias, mas essas devem ser complementadas com interesse, afeto, reciprocidade, que estão se tornando muito mais raros que a própria tecnologia e andam bastante escassos nos tempos modernos(PEREIRA e BELLATO, 1999).

F - O ESPAÇO HOSPITALAR - UM TERRITÓRIO DELIMITADO PELO PODER E PELA VIOLÊNCIA SIMBÓLICOS

É na análise do espaço hospitalar que se situa o mais simbólico e sutil dos muitos elementos que definem o poder e a violência dentro do serviço de saúde estudado. É na pregnância do espaço que os sujeitos criam seus pontos de ancoragem, definindo-os para si mesmos em relação ao poder que possuam ou não na organização (FISCHER,1993).

O ambiente físico, bem como tudo que o compõe, deve ser visto como um construto social, uma vez que é através das diferentes formas de ocupação do espaço que se definem os territórios e, por conseqüência, se qualificam os grupos que ali estão em relação. No espaço estão reproduzidos os valores sociais dos sujeitos que nele vivem e que vão organizá-lo de acordo com esses valores.

O hospital é, de uma maneira muito particular, um território marcado por muitas segmentações, sendo a maior delas, a partir do objeto desse estudo, ser um local de trabalho para alguns e de cura para outros. O fato de ser um local de trabalho para alguns, faz que com essa lógica se sobreponha a qualquer outra, então pode-se dizer que é a lógica dos trabalhadores da saúde que ali impera, sendo que é essa subsume a da cura dos corpos doentes. Então, a medida que os sujeitos/trabalhadores definem e redefinem a organização do ambiente/espaço físico, eles estabelecem também a organização burocrática do seu local de trabalho e, partir daí, por mecanismos de apropriação criam o seu 'território' (FISCHER, 1993).

A etologia é que definiu o conceito de território, que é o estudo dos hábitos dos animais e da sua acomodação às condições do ambiente'. A psicologia ambiental percebeu o potencial desse conceito e vem problematizando e a sua importância também para o estudo dos seres humanos em relação dentro dos grupos.

O ambiente físico então me interessa neste estudo devido a idéia de que nele há elementos importantes que estão relacionados a construção do poder e a instalação da violência simbólicos dentro do serviço hospitalar. O espaço físico ocupado por

médicos, equipe de enfermagem, alunos, pessoal técnico-administrativo, pacientes foi definido dentro do hospital a partir dos saberes que o organizam, sendo o saber médico o principal vetor de orientações nesse sentido.

A triagem obstétrica(TO) é o primeiro local de atendimento médico enfrentado pela mulher que procura o hospital, sendo que antes desse local, ela passa pelo Serviço de Registro(SR), que faz a 'ficha'³⁶ de atendimento e a encaminha para a TO.

Tanto no SR, sendo atendida burocraticamente como na TO, onde é atendida clinicamente, pode-se observar o mesmo: barreiras físicas que delimitam os espaços e os papéis de quem é de dentro e de quem é de fora. No SR são os vidros com pequenas aberturas através dos quais as pacientes ou seus acompanhantes devem passar documentos e informações para preencher a ficha de atendimento e que dificultam a comunicação entre quem está do lado de fora e de dentro. Há ainda uma grade com um guarda uniformizado do lado de dentro, que divide fisicamente o hospital em área externa e interna, sendo que o guarda só deixa entrar quem tiver crachá ou estiver com a ficha de atendimento autorizando a entrada e, a não ser que a paciente precise de apoio para entrar, não é permitida a entrada do acompanhante, ela entra sozinha para ser atendida na TO.

No trabalho de observar o atendimento à paciente no espaço da TO e as relações que nele se estabelecem, pude perceber que:

"A paciente tem grande clareza de que aquele ali não é o espaço dela e sim do pessoal médico e demais pessoas que são do serviço, que reforçam a todo momento essa impressão, circulam com desenvoltura entre as salas, entram, saem chamam os colegas para verem algo que julgam interessante, passam pelas pacientes que aguardam sentadas com absoluta indiferença, raramente lhes dirigindo a palavra ou um olhar mais empático.(OP/TO:19/01/99)³⁷

Como os rituais de atendimento são parte da organização burocrática e essa é definida primariamente pelas formas com que o poder/saber é distribuído no hospital, pode-se perceber que é o saber clínico que determina essa separação entre dentro e fora, entre quem é atendido e quem espera do lado de fora, mesmo porque o acompanhante é visto como alguém que 'atrapalha' os rituais médicos do serviço. A separação da mulher de suas referências pessoais faz parte do processo de despersonalização definido por KITZINGER(1978) que é um dos elementos da objetificação da pessoa atendida. Esses processos somados aos demais que ensejam a hospitalização, como deixar os pertences pessoais, roupas, a retirada de alianças, relógios, esmaltes das unhas, e a colocação da camisola padrão do serviço, produzem efeitos deletérios sobre a identidade da mulher gestante e a fazem adentrar a instituição hospitalar fragilizada, despojada de referências identitárias.

Ela passa então a ser um corpo, com algum problemas de saúde que será alienado ao saber/poder que o solucionará. No local observado a prática médica e,

³⁶ Encontra-se no anexo 5

secundariamente, a dos demais trabalhadores, estabeleceu seus territórios, pois como lembra uma enfermeira

"Então, nesse sentido é uma percepção que eu tenho que posso dizer que é geral. Eu acho que, como todos os pacientes aqui dentro se você for fazer uma análise, a mulher sofre uma série de limites, que a gente poderia estar chamando de violência, mas seriam limites, imposições, regras, que foram criadas não para beneficiar quem está sendo atendido aqui, mas para beneficiar as pessoas que estão trabalhando, né? Os funcionários, os docentes, os técnicos em geral.(Ent1-enf)

Essa profissional está referindo de uma maneira enviesada, que as regras, os limites, as imposições geradas dentro do serviço, beneficiam mais os de dentro, facilitando a sua vida enquanto trabalhadores que são. A funcionalidade do hospital repousa sobre a delimitação entre as práticas que nele acontecem e, mais uma vez, nesse sentido a prática médica sobrepõe-se às demais.

Diz FISCHER(1993) que todo território é marcado social e culturalmente e que, no interior de uma organização, a extensão do território está ligada diretamente ao estatuto social dos diferentes grupos que ali trabalham assim, quanto maior o *status* do grupo maior o espaço ocupado por ele bem como o seu poder na organização em relação aos demais grupos.

Dessa forma, percebe-se que as funções da territorialidade são múltiplas, devendo facilitar a organização e a gestão das atividades que ocorrem em um determinado espaço. Uma das mais importantes funções da territorialidade é a construção dos mapas cognitivos nos indivíduos que ocupam o território e que definem os tipos de comportamentos esperados para cada local desse espaço. Ao deter a função de construir os mapas cognitivos a demarcação da territorialidade serve também para o desenvolvimento da identidade pessoal e social, bem como para definir o *habitus* dos grupos em relação

Dessa forma, percebe-se que as funções da territorialidade são múltiplas, devendo facilitar a organização e a gestão das atividades que ocorrem em um determinado espaço pelo qual o grupo é responsável, por isso:

Durante a observação no TO, pude perceber a ansiedade dos alunos e residentes em preencher papéis, que parecem muito importantes, tão mais importantes que as pacientes que estavam na frente deles, cheias de perguntas, evidenciando que a limitação tanto de uns, como de outros é muito grande. Se as pacientes circulam nos espaços normatizados para elas, os alunos sejam internos ou residentes, também tem rituais rígidos para dar conta bem como espaços que são obrigatórios que eles dêem conta, como é o caso dos papéis.(OP/TO:19/01/99)

À equipe médica cabe escrever a história da doença trazida pela paciente que procura o serviço, fato que é reforçado pelos rituais ligados ao processo de ensino que ali se dá, pois os alunos de medicina devem não só aprender a examinar o corpo, levantar hipóteses diagnósticas como também devem saber fazer a história clínica

³⁷ as siglas nessa categoria serão OP-observação participante, TO-triagem obstétrica, GO-clínica gineco-

dentro dos padrões exigidos pela área a qual pertencem, uma forma de manter as marcações de seu território grupal.

A quase totalidade dos prontuários médicos (e não das pacientes) são preenchidos pelos internos e residentes da medicina, sendo raro encontrar qualquer anotação dos docentes-médicos, sendo que os *internos de medicina chamam os residentes para tirar dúvidas e estes, por sua vez, chamam os docentes quando tem dúvidas*"(OP/TO:19/01/99), mas quem acaba cumprindo os rituais burocráticos mais repetitivos e enfadonhos são os internos .

Embora participem mais ativamente do processo de ensino do que da assistência, os docentes-médicos preservam muito bem seus espaços dentro do hospital, que é fisicamente maior que todos os demais, inclusive os das pacientes. Outro aspecto que me chamou a atenção é a qualidade diferenciada dos espaços médicos, de enfermagem e das pacientes dentro da clínica estudada. O processo de qualificar os espaços ocupados está relacionado ao processo de apropriação, que é definido por FISCHER(1993) como '*uma afirmação de si sobre os lugares*'

Na TO há um local de espera para as mulheres que já passaram pelo SR e esperam para serem atendidas. São cinco cadeiras que ficam há menos de um metro perante a porta das duas salas da TO e as pacientes que já cumpriram os rituais burocráticos de entrada, ficam ali sentadas aguardando serem chamadas pelos internos de medicina. Observei que

"quando eles chamam as mulheres para serem atendidas, eles não olham para elas mas para o papel onde está anotado o nome ou para a parede, é como se a paciente fosse transparente, todos passam sem olhar para o grupo de 5 mulheres que fica sentado no corredor esperando e é um corredor estreito de pouco mais de um metro, não há como não vê-las."(OP/TO:19/01/99).

Essa indiferença dos alunos com o grupo de mulheres que espera o atendimento, exprime, entre outras coisas, um aprendizado de si enquanto futuro médico e, por consequência um aprendizado do outro, enquanto paciente. Aqui já se define a assimetria que marca essa relação e a hierarquia entre quem está dentro e quem está fora do espaço hospitalar. A assimetria é colocada por quem tratará o problema da saúde que aflige a mulher que procurou o serviço, pois como observado durante um atendimento na TO "*Ao chamar uma paciente (com doença trofoblástica gestacional- 'mola') para a TO o interno mostra com a mão o lugar onde ela deve sentar-se e começa a consulta, que é centrada na queixa principal que a mulher refere*". (OP/TO:19/01/99).

Ainda nessa mesma observação pude perceber que o ritual de atendimento clínico é o desdobramento de outros rituais burocráticos e define os sujeitos já nesse primeiro contato dentro do serviço. Dependendo do caso que a paciente traz em seu corpo, o interesse emerge mas pelo problema médico, nunca pela paciente, pela

pessoa portadora do problema, como pudemos ver no caso dessa paciente, no qual todos se interessaram e entraram para ver a coleta de material. Mas a discussão girou em torno da doença 'mola' e nas informações que cada um dos alunos tinha sobre a patologia, nesse meio de tempo a comunicação com a mulher foi feita somente para que ela se adequasse ao exame que estava sendo feito, para que se posicionasse corretamente na mesa ginecológica. Ao terminar a coleta todos os alunos olharam para o frasco e ficaram falando sobre a técnica de coleta e sobre a doença, apenas depois se deram conta que a mulher ainda se encontrava na mesa em posição ginecológica, pediram então que saísse da mesa e se vestisse. Portanto, pode-se dizer que os rituais clínicos não só se sobrepõem, como definem os demais.

O modelo de racionalidade percebido nesse atendimento é o mesmo que neutralizou as qualidades sensíveis do espaço e o adequou a um fim estrito de utilização. A TO é um local de triagem como seu próprio nome diz, por isso é provida com o mínimo necessário para dar conta de sua finalidade, ela está assim moldada, num programa de atividades pré-definido por quem ali trabalha. É um espaço arbitrário, tal como é o modelo clínico, que direciona de todas as formas tanto os territórios de cada grupo em relação ao grupo dominante como também toda a organização burocrática do hospital. Assim, conforme observação percebe-se que:

"O território hospitalar é profundamente marcado pela presença do pessoal da medicina, eles estão em todo lugar o tempo todo, pois são um número grande de pessoas que tomam um grande número de decisões." (OP/TO:20/01/99).

O direcionamento advindo da lógica clínico-burocrática cobre desde a organização da equipe de enfermagem, passa pelo desenho dos impressos do serviço e chega a definir os fluxos de pessoas dentro do hospital. A equipe de enfermagem parece periférica no processo de assistência às mulheres, tanto que na observação feita na TO, onde havia duas auxiliares de enfermagem por turno, pude perceber que estas *"não se envolviam com a assistência se ocupando sobretudo da burocracia no local, como trazer prontuários, buscar material, ajudando só quando solicitadas"*(OP/TO:20/01/99).

O fluxo de pacientes que podem se internar num hospital deveria ser mediado por vários aspectos, dentro eles o número de leitos disponíveis para receber pacientes, mas no dia 20, um outro problema interferiu nesse fluxo:

"A clínica está hoje em um dia atípico por duas razões, a primeira é que o berçário está ainda em obras e amanhã (dia 21/01/99) será feita uma dedetização de caráter obrigatório, (conforme normas da Secretaria da Saúde) no local. Em função desta a clínica de GO estava bastante confusa, com pacientes em licença ou alta hospitalar e as internações estavam suspensas, mas mesmo assim os internos de medicina estavam o tempo todo no posto de enfermagem, avisando que "ia internar paciente", por essa ou por aquela razão"(OP/GO:20/01/99).

A administração/mediação desses aspectos que exigem negociação com as outras equipes como, por exemplo, quais e quantos pacientes a clínica podia receber sempre foi feita pelas enfermeiras supervisoras da equipe, que negociavam com os obstetras sobre as limitações que se impunham para internar, fossem do berçário e UTI neonatal como da própria clínica de gineco-obstétrica. Era a enfermeira quem detinha as informações sobre os limites e possibilidades do seu local de supervisão, pois como lembra essa enfermeira:

Tínhamos uma integração de fato, onde todos os docentes realmente dominavam sua área de atuação, fosse na assistência ou no ensino, claro que tudo foi processo, devagar, mas como havia muito interesse e motivação, todos se esforçavam para acertar, ou para errar o menos possível...(ent 1. Enf)

Hoje isso não ocorre mais, pois as novas enfermeiras são contratadas por tempo determinado, tendo assim um contrato de trabalho precário, não conseguem articular o processo da assistência. Quando as enfermeiras-docentes assumiam a supervisão das clínicas os vínculos inter-equipes eram mais claros e mais fortes mas, com a saída dessas do hospital perdeu-se um espaço concreto e simbólico importante do ponto de vista da ocupação do território hospitalar e a equipe de enfermagem ficou extremamente fragilizada e sem referências no local.

É recorrente no discurso da equipe de enfermagem a lembrança de um passado que era melhor, no qual se trabalhava com mais prazer e empenho, como afirma essa técnica de enfermagem:

"muita coisa do que a gente já fez não faz mais, os cuidados que a gente tinha com as pacientes puérperas de primeira vez, a gente explicava tudinho, sobre higiene, sobre amamentação, os cuidados com os mamilos, a higiene do bebê, o cuidado com o umbigo, era tudo muito diferente...."(E.8.téc).

Essa lembrança parece estar calcada em um outro momento em que a equipe se percebia mais forte, com laços mais firmes em relação ao objeto de seu trabalho, com uma liderança da enfermeira-docente que não só dava respaldo de saber e técnica aos funcionários como fazia os enfrentamentos nas questões de poder interequipes. Esses aspectos relatados estimulavam um outro tipo de subjetividade coletiva na enfermagem, que tinha não só uma identidade grupal mas também um espaço territorial mais definido dentro do hospital. São aspectos que revelam uma auto-referência que está se perdendo, fragilizando a equipe e fazendo-a mais suscetível a sofrer violências no local de trabalho.

Lembra essa enfermeira que:

"toda a assistência foi programada para ter a enfermeira como a referência maior da equipe, a gente sentia muito forte a presença, a figura, o papel da enfermeira no dia a dia do hospital. Ela era uma referência para toda a equipe de saúde que trabalhava no local e para a equipe de enfermagem principalmente. Era uma figura respeitada, tinha um papel muito definido" (ent 1. Enf).

Isso reflete o fato de que o "indivíduo que ocupa um local tende a adotar comportamentos de dominação territorial" passando a exercer mais influência nesse local que em outra parte, é ali que está sua zona de influência e de controle (FISCHER, 1993). Ao mesmo tempo que as enfermeiras-docentes saíram do hospital os médicos fizeram exatamente o contrário, vieram em peso com seus departamentos ocupar mais e mais espaços no local. Se a noção de dominação territorial comporta tanto a função da apropriação como a reafirmação da identidade, pode-se dizer que os docentes-médicos não tem dúvidas de que aquele ali é o seu território, é ali que eles reafirmam sua identidade e seu *habitus* de classe, é ali que produzem seus conhecimentos e reproduzem suas hierarquias, o mesmo porém não ocorrendo com as enfermeiras-docentes.

Do ponto de vista do campo simbólico, pode-se dizer que os médicos definem-se enquanto grupo a partir do trabalho realizado, é nele que eles encontram maneiras de distinguir-se perante os colegas, seja através de discussões feitas cotidianamente sobre os 'casos patológicos' mais especiais, seja através de rituais marcados coletivamente: congressos, simpósios, nos quais destaca-se quem demonstra conhecimentos diferenciados, adquiridos através da pesquisa ou da vivência clínica sistemática. Para um médico ser docente é um acréscimo ao ser médico, sendo a profissão sua distinção maior, pois é ela que lhe traz maior diferenciação social.

No caso das enfermeiras, há diferenças que mostram ser mais importante simbolicamente ser docente do que ser enfermeira, que a ocupação se sobrepõe à profissão, que passa a ser menos referida que a ocupação e, é importante destacar que as enfermeiras deixam de exercer a enfermagem ao assumir um cargo efetivo de docente, perdendo com isso espaços para exercitar os seus conhecimentos no mundo concreto do trabalho. Fogem assim das tensões e enfrentamentos oriundos das diferentes lógicas do tratar e do cuidar, mas perdem autonomia e legitimidade dentro dos espaços que não ocupam efetivamente. Isso podendo ocorrer devido ao fato de pertencerem a uma profissão que transporta alguns estereótipos, como ser desvalorizada socialmente, receber baixos salários, ser uma profissão de mulheres, ser submissa e secundária à medicina, isso tudo somado aos muitos obstáculos com que se defrontam no exercício cotidiano de trabalho, sobretudo com os médicos, que em muito dificultam esse exercício (PEREIRA, 1995; LOPES, 1995; FONSECA, 1996).

F . 1 - O ESPAÇO MÉDICO

UM ESPAÇO MARCADO PELO PODER

Partimos aqui do pressuposto que a lógica do tratar por ser marcada pela lógica cartesiana e científica é masculina, dessa forma é uma prática sexuada como diz LOPES(1996). FONSECA (1996) lembra que o hospital é um local marcado pela divisão sexual do trabalho e também um produtor de assimetrias e de hierarquias entre os diferentes saberes, o que cria um permanente conflito entre esses saberes.

Dessa maneira, por ser um local depositário de significados e práticas sexuais, a ocupação do território hospitalar sofre também influências das assimetrias de gênero e de saberes. No caso aqui estudado, médicos e enfermeiras, por pertencerem às profissões associadas simbolicamente ao masculino e ao feminino, marcam de formas diferenciadas os seus próprios territórios.

Foi GOFFMAN(1973) quem desenvolveu o conceito de marcadores de territórios nas relações sociais, podendo ser esses centrais, fronteiros ou de sinais. Os centrais estão relacionados a uma reivindicação forte de um grupo ou indivíduo em relação a um determinado espaço, os fronteiros indicam os espaços contíguos de separação e reconhecimento, enquanto que os marcadores sinais avisam sobre o que é propriedade pessoal.

Para marcar um território usam-se diferentes processos de apropriação, que são conjuntos de objetos de algum modo identificados ao Eu e que constituem os índices de apropriação. Analisaremos primeiro os mecanismos de apropriação que marcam e constroem os chamados 'mapas cognitivos' dos espaços ocupados pelos médicos. Se apropriar-se quer dizer '*tornar seu, tomar algo como de sua propriedade*' significa também e ao mesmo tempo '*adequar, adaptar, acomodar*' algo ao gosto de quem se apropria.

Através desta adaptação, deste re-fazer o espaço, através do trabalho de 'negociá-lo' com outros grupos, o indivíduo vai construindo os próprios mapas cognitivos, culturais e sociais relacionados àquele espaço, passa a saber 'quem sabe e quem manda', qual é o lugar de uns e de outros, quais os lugares das interdições e quais as permissões para si e para os demais. Neste re-construir o espaço há também marcas que são sexuais, quais sejam, estão relacionadas ao *habitus* da constituição de gênero dos sujeitos, logo o antecedem.

Por isso, a depender de experiências anteriores relacionadas ao espaço hospitalar pode-se deduzir que uns sentem-se mais a vontade nele, por que já o conhecem e aos seus rituais, caso dos trabalhadores, outros sentem-se menos vontade por não conhecê-lo, caso dos pacientes, que veem ali um local de passagem. Outros ainda o conhecem a partir de uma visão dominada, tendo dificuldades para ampliar seus espaços, que mais que conquistados são 'dados' devido às características que envolvem o seu tipo de permanência naquele espaço.

É o caso do posto de enfermagem, que é um lugar aparentemente 'da enfermagem', mas na realidade, é um lugar de todos os que trabalham naquele espaço, sendo que é comum na clínica gineco-obstétrica que os internos ocupem o único balcão para ali fazerem as prescrições e evoluções dos pacientes, ainda que tenham uma sala específica para esse fim. Nesta sala, uma enfermagem readaptada, causa estranheza nos internos e residentes ver alguém que não seja da equipe médica adentrar esse local, mostrando que ali é o lugar deles, por isso há vários marcadores de território espalhados. Essa sala :

"é a sala dos internos, está bastante sub-utilizada, com muito espaço ainda sem ocupação, sendo que os prontuários das pacientes ficam nesta sala, que fica, na maior parte do tempo, com muitos papéis espalhados sobre uma mesa grande, onde tb ficam livros, bolsas, estetoscópios, e um papel me chamou a atenção: ele fica colado na mesa e traz um resumo dos casos das pacientes internadas, bem como sobre as altas previstas e os exames que as pacientes farão naquele dia"(OP/GO:20/01/99).

Os médicos e a sua equipe marcam o seu território através do trabalho, de maneira a deixar seus rastros claramente definidos no espaço hospitalar, que é o local da afirmação de sua identidade profissional. Seja o papel que traz o resumo dos casos das pacientes, sejam os livros e bolsas espalhados, seja o estetoscópio pendurado no pescoço (usá-lo atravessado no pescoço sempre a vista é um dos indicadores no mapa cognitivo local), são identificadores claros³⁸, como era outrora a roupa branca que, por ser por muitos usada, passou a não ser mais distintiva da classe médica.

O território dos profissionais de saúde é muito bem delimitado, não partilhando dos mesmos espaços pessoas de equipes diferentes, havendo mais estranheza quando alguém da enfermagem entra no espaço da medicina do que o contrário, demonstrando isso uma hierarquia de poderes, onde a medicina é mais ciosa na preservação de seus espaços interiores, provavelmente por terem um maior capital simbólico que justifiquem a preservação da sua área de domínio. Democratizar os acessos significa distribuir espaços e também o poder, pois havendo mais olhares, haverá maior possibilidade de controle social sobre a prática de maior domínio, que passa a ser mais questionada e visibilizada em relação às suas possibilidades e aos seus limites.

F . 2 - O ESPAÇO DAS PACIENTES

UM ESPAÇO PAUPERIZADO.

Quanto mais frágil o status de um grupo dentro do hospital, mais suscetível é de ter seu espaço invadido, negociado, diminuído ou mesmo até sujeito a desaparecer em função da recriação de novos territórios. No local estudado é flagrante a apropriação do espaço das pacientes, uma vez que:

Das oito enfermarias que há na gineco-obstetrícia, três que foram readaptadas para o uso do pessoal médico, sendo uma para uso dos professores e outras duas para os alunos. Uma enfermaria de 3 leitos que tornou-se o repouso masculino dos internos de medicina. A enfermaria 227 é a sala dos internos e a 225 transformou-se, pelo uso de divisórias, em 4 ambientes para uso dos docentes médicos, ali funcionando a sala da chefia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, um repouso para o docente médico de plantão, uma sala de informática e uma ante-sala de reunião da equipe de professores da área"(OP/GO:20/01/99).

³⁸ E muito mais usado pelo internos e residentes do que pelos professores médicos que, pelo tempo que ocupam o espaço, já são não precisam mais desse sinal para serem diferenciados dos demais trabalhadores.

A pauperização dos espaços ocupados pelas pacientes evidencia qual é o seu status ali dentro, as reclamações das pacientes vão da falta de ventilação adequada, passam pelo estado precário dos banheiros e chegam a estrutura física em geral, no que são corroboradas pelas funcionárias e enfermeiras que ali prestam assistência:

"Nosso hospital pela estrutura física dele eu acho que já agride as pessoas que chegam aqui pois ele é feio e aqui as pessoas não tem o mínimo conforto. Mesmo as pacientes nas enfermarias só tem um ventilador no meio para 4, 5, 6 leitos e no caso da GO ainda tem os RNs e seus berços e é um calor infernal aqui em Cuiabá e ainda tem mosquitos" (Ent4-enf).

Várias pacientes reclamaram do estado das enfermarias, locais bastante deteriorados, com impressão de pouca manutenção, seja na conservação dos móveis e equipamentos, seja no próprio espaço físico, está tudo muito precário, pintura descascando nas paredes, banheiros com muita umidade e mofo nas paredes, chão muito escorregadio, aspectos que apontam para as pacientes qual o lugar delas ali dentro, pois é:

"A cama é que define o espaço da paciente dentro do hospital, sendo o seu território ali muito bem delimitado, circula do leito ao banheiro e daí para o corredor, quando pode, ou seja não em horário de visita médica ou de procedimentos de enfermagem"(OP/03/02/99)

Observei que quase tudo nas enfermarias foge das determinações mínimas de segurança do Ministério da Saúde para Construção de Instituições Hospitalares. Cada enfermaria de seis leitos é servida por um banheiro de menos de seis metros quadrados, onde há um chuveiro num espaço menor que um metro quadrado e que, sem quaisquer apoio para as pacientes ou mesmo um espaço para colocar os pertences quando vão tomar banho. Neste local há ainda dois espaços de mínimos (menos de um metro quadrado) onde estão os vasos sanitários. No fundo do pequeno corredor há uma pia e lateralmente fica o hamper, um recipiente usado para colocar as roupas sujas de uso do hospital. Como é comum as pacientes virem de outras cidades para submeterem-se à tratamento de saúde, é também comum que tragam algumas roupas para uso no hospital e, como não têm como mandá-las para casa, usam o banheiro para lavar suas roupas íntimas, estendendo-as nas portas ou na cabeceira da cama.

Evidenciando as adaptações que as mulheres vão realizando para enfrentar a hospitalização de que o espaço das pacientes no hospital é despojado de tal forma de quaisquer referências pessoais que se pode afirmar: ali não é o espaço das pacientes, tampouco é um território secundário por ser ocupado provisoriamente, ali é um lugar médico e medicalizado, adaptado para receber corpos doentes e não pessoas em tratamento de saúde. Tudo no ambiente revela essa funcionalidade preta de arbitrariedade: a definição do espaço que a paciente vai ocupar na enfermaria, o horário de visitas, os locais nos quais ela pode circular, a altura das camas, o número de leitos por enfermarias, a exiguidade do armário de cabeceira, onde mal cabem os

pertences das pacientes, o número insuficiente de cadeiras para uso das mulheres, etc. Como pude observar na enfermaria 219:

"Na enfermaria observada há uma só cadeira, que está sendo usada pela mãe que está com seu recém-nascido, as demais tem que usar apenas a cama que é a 'cadeira', a 'mesa', é onde comem, onde dormem onde sentam as visitas. Não tem travesseiros para ninguém, apenas uma paciente tem porque trouxe o seu de casa, as demais usam as próprias roupas para apoiar a cabeça, é isso que resume o espaço das mulheres nas enfermarias do hospital. Vale lembrar que quando o hospital foi inaugurado havia travesseiros, toalhas de banho e de rosto, lençóis de cima e de baixo, além de uma cadeira, uma escada e um armário de cabeceira para cada leito"(OP/GO-01/02/99)

Além da pauperização do espaço, o descaso com o mesmo e com o mobiliário é revelador de uma faceta perversa da violência simbólica que é dizer, sem palavras, qual o valor do outro neste local, que pode até ser funcional para quem assiste ou examina, mas não é de forma alguma ajustado às necessidades das pessoas que ali estão por uma exigência imperativa em função de terem problemas com a própria saúde.

A banalização do olhar cotidiano dos profissionais de saúde sobre o espaço das pacientes revela a naturalização com que estes convivem com essa realidade pois, como bem lembra uma auxiliar entrevistada: *'falta tudo para quem não tem nada'* (Ent6.aux) e pude verificar que realmente estava faltando muita coisa nas enfermarias que, de tão comuns e antigas já não são mais vistas: são colchões com forro plástico rasgados, são as mesas de das pacientes em péssimo estado de conservação e de uso, sem maçaneta nas gavetas e porta, com pintura descascada, superfície irregular e de difícil limpeza, são berços com pintura descascada, são camas já enferrujadas de difícil desinfecção, são ventiladores insuficientes para o tamanho da enfermaria, etc.

Todos esses problemas são velhos conhecidos e foram citados tanto pelas pacientes, como pelas pessoas da equipe de enfermagem, que se incomodam com essa pauperização mas não conseguem fazer muita coisa pela sua fraca representatividade dentro da estrutura do hospital. Uma enfermeira diz que já foi diferente e

"se a gente tivesse criado uma estrutura forte aqui dentro a gente não teria os problemas que temos e acho que isso resultou nesta quebra nesta fragmentação do processo assistencial que redundou na mudança total deste papel da enfermeira que deixou de ser aquela figura de referência, de liderança, aquela pessoa que toma decisões, que responde pela equipe de enfermagem da unidade, ela é hoje apenas mais um elemento a mais na equipe(Ent 1 - enf)

Essa fragmentação tem diversas conseqüências e uma delas é o entrave nos processos comunicativos com alcance na própria assistência. Durante o tempo que ficamos colhendo dados na clínica, faltaram medicamentos básicos, numa evidência que a burocracia as vezes se sobrepõe às necessidades clínicas. Eu conversava com a paciente Rosiane, quando uma aluna de enfermagem se aproximou

lembrando que ainda estava faltando bricanyl endovenos e quase acabando o oral. Foi solicitado a mãe da paciente (em visita) que comprasse a medicação e a trouxesse para a filha, o que me surpreendeu uma vez que essa medicação é padronizada no hospital e de baixo custo. Essa paciente usa regularmente essa medicação pois está em inibição de TPP devido ao volume uterino muito aumentado pela gestação de trigêmeos"(OP/GO-01/02/99).

A justificativa dada pela farmácia pela falta da medicação é de que estavam 'aguardando um volume maior de compras para fazer a licitação, pois o procedimento para licitar é muito caro e não compensa' no caso de uma única medicação. Mesmo que a demora na compra significasse três RNs extremamente prematuros no berçário, com certeza um gasto muito maior, além do risco de perda de vidas e de causar sofrimento desnecessário, tudo por uma questão meramente burocrática, que estava sendo resolvida de uma maneira irregular, que foi solicitar aos familiares a compra do medicamento em falta.

Mas como carências na área clínica não são admitidas por seus gerenciadores, os médicos, esses procuram um jeito de responsabilizar os menos privilegiados na hierarquia do serviço quando o problema bate à porta deles e o fato de estar faltando essa medicação específica tomou uma proporção inesperada e acabou caindo sobre o supervisor médico. Resultou em uma discussão desse com a enfermeira supervisora da clínica que foi diretamente responsabilizada pelo mesmo pela falta da medicação no hospital, mesmo que não seja, nem de longe, uma atividade da sua competência prover medicamentos em falta, embora, em outros tempos, a enfermeira já tenha feito isso.

São fatos que se agravam quando se sabe que os serviços hospitalares dispõem de meios diferenciados para fazer esses procedimentos emergenciais de compra só não recorrendo à eles pela representação que têm da própria clientela: essas mulheres não são clientes são pacientes, não são cidadãs portadoras de direitos, são mulheres pobres grávidas. São representações que revelam o preconceito e o descaso que estão por trás das muitas faltas nos serviços públicos de saúde que atendem à mulher gestante, parturiente e puérpera.

F . 3 - O ESPAÇO DA ENFERMAGEM

UM ESPAÇO CONTROLADO E AMBIGÜAMENTE VIVIDO

Da mesma forma que é frágil o espaço das pacientes, também o é o da enfermagem, embora essa equipe esteja ali dentro as vinte e quatro horas do dia executando o seu trabalho, que é oferecer cuidados às pacientes e apoio para as atividades de tratamento médicos.

Por pertencerem a mais feminina das profissões e também por trabalharem com mulheres percebe-se perpassar nos discursos das enfermeiras e funcionárias da equipe de enfermagem uma solidariedade que é as vezes ginocêntrica(OLIVEIRA,1993)

as vezes mecânica, (MAFFESOLI, 1987). Ela é ginocêntrica quando há identificação de gênero, quando há simetria de relações, quando se sabe de que é uma mulher que está cuidando de outra e esta o faz lembrando-se de que ela é alguém igual a si mesma e que, tanto uma como a outra, são objetificadas pela mesma prática. Ela é mecânica quando quem cuida serializa, homogeniza quem é cuidado e o objetiva, aproximando assim o cuidado ao padrão da prática médica mais técnico, mais científico, mas também mais objetificante.

OLIVEIRA(1993) diz que as mulheres, ao atravessar o território do saber masculino e conhecer suas normas e valores, melhor se situam para criar um território alternativo, mesclado de valores masculinos e femininos, tal como vem se desenhando nos saberes sobre o cuidar, que ainda não está suficientemente estruturado, por isso vem se exercendo de formas um tanto marginais no que diz respeito ao saber científico.

A prática de enfermagem é realizada também na precariedade, em um espaço que é restrito, evidenciando os arranjos que essa equipe deve fazer para dar conta de seu trabalho de cuidar:

"Cada banho de m é feito na cama da mãe pois não há uma bancada onde fazer esse cuidado, assim todo o material é disposto sobre o leito, onde fica a bacia com água, as fraldas, roupas, sabonetes, tudo junto, muitas vezes com a mãe também ali deitada, o que reduz ainda mais o espaço de trabalho"(OP/GO-28/01/99).

Esse problema se soma ao fato de que, por ser a prática médica preponderante e de os médicos terem certeza de que só eles sabem tudo sobre o processo de adoecimento, as enfermeiras tem muitas vezes que trabalhar as cegas, pois não se entende o doente como uma pessoa que tem mais necessidades além dos advindos da terapêutica médica. Essa fragmentação demonstra uma das formas de controlar o acesso à informação, que significa, principalmente, maior autonomia. Como diz essa enfermeira:

Eu vejo que todos deveriam ter o mesmo objetivo, mas não é assim, a medicina se comporta como se a paciente fosse só dela. Tem médico que briga se encontrar os resultados de exame abertos, vem no posto tomar satisfação porque abriram o resultado do exame da 'paciente dele', pode isso?? É como se a gente não pudesse saber nada, tivesse que trabalhar as cegas, se tivéssemos o mesmo objetivo a responsabilidade sobre a paciente seria dividida, as decisões seriam tomadas juntas e cada um faria melhor seu serviço...(Ent 3- enf)

O controle dos ritos relacionados à instituição tratar são ciosamente controlados, como diz essa enfermeira:

"a gente nem consegue dar um atendimento melhor pois não sabe direito porque internou... sei que a gente percebe isso tudo e pouco se faz. Mas sei lá, parece que eles não dizem nada por não quererem que a gente saiba mesmo, outras vezes penso que é porque não sabem mesmo, ou não tem o que dizer ainda. Tem um residente que adora dizer que a conduta é expectante, que só pode dizer algo após os resultados de exames, ele fala

aquilo como se fosse um grande mistério que só ele poderá resolver, ninguém mais...(Ent3.enf)

Dessa forma pode-se dizer que a organização do trabalho da enfermagem é dificultada pela própria maneira como se organiza a prática médica dentro do hospital, extremamente centralizadora e de presença ubíqua em todos os locais. Por ser uma equipe muito grande, está sempre circulando nos diferentes espaços, principalmente através de seus muitos alunos, residentes, que são quase onipresentes em todos os locais do serviço estudado.

A enfermagem também é onipresente, mas pelas características simbólicas e representacionais que essa prática transporta, não detém o mesmo poder de apropriação dos espaços que a medicina, sendo o arranjo de seus territórios sujeitos, em princípio aos interesses da administração e da medicina. Exemplo disso é a distribuição de confortos que, num serviço público que sofre de muitas carências, sinaliza as hierarquias que estão postas e que são concretamente registradas e transformadas nos ambientes.

Se nas enfermarias há só um ventilador para até seis pacientes, não há um só ambiente que seja definido como de permanência dos docentes médicos que não seja climatizado. Esse conforto é realmente uma necessidade em uma cidade que têm uma temperatura média anual acima dos 30 graus. A exemplo dos ambulatorios, dentre eles a própria TO que foi, por um tempo razoável um local que era servido apenas por ventiladores de teto, mas com a presença constante de alunos e docentes da medicina, hoje todo o espaço dos ambulatorios é refrigerado.

Diz FISCHER(1993) que o espaço e os símbolos que o envolvem devem se constituir e evocar imagens às quais os indivíduos adiram e que sejam compatíveis com as necessidades desses, oferecendo alguma plasticidade para a sua transformação em território. O pessoal da enfermagem realiza essa transformação de diversas formas e dentro de seus limites, pois seus espaços no contexto hospitalar são mais controlados que os espaços médicos, mesmo porque são mais 'publicizados', no caso estudado.

Pode-se considerar na enfermaria que os espaços da enfermagem são o quarto de repouso dos funcionários e o posto 'de enfermagem'. Este último local soma tanto a rouparia da clínica como o depósito de materiais e medicamentos de uso contínuo. O posto tem pouco mais de dezoito metros quadrados e comporta cinco ambientes, todos funcionais: a rouparia (que é também local de café), um banheiro pequeno, uma sala de anotações e de prescrições de enfermagem onde fica a geladeira, uma sala pequena onde se prepara medicamentos e uma ante-sala onde fica o bebedouro com água. Há ali duas cadeiras de fio e mais três perante o balcão de anotações, possui um ventilador de teto. O único espaço restrito ao uso da equipe é o repouso, um local que tem em torno de nove metros quadrados com um banheiro privativo, é servido por ar condicionado e tem dois beliches e uma cadeira, sendo esse o único espaço interior da enfermagem na clínica.

CHANLAT(1996), diz que o espaço nos envia aos diferentes lugares que constituem nossa geografia pessoal e social. A enfermagem define a sua geografia no espaço de trabalho quase confundindo-a com a das pacientes, tal a imbricação que há entre o cuidar e o estar junto, e estar junto é o que mais pude observar no trabalho de campo feito dentro das enfermarias, locais privilegiados do encontro entre as auxiliares, técnicas e enfermeiras com as mulheres internadas. A auxiliar lembra que já no momento da internação:

"a gente tenta suprir a necessidade da paciente, conversa bastante com ela, pois os internos e os residentes internam e não dão uma orientação que deixe a paciente satisfeita com o que foi dito. A gente está mais a par dos problemas, pois já está aqui há 14 anos, então a gente procura explicar de uma maneira que não fira a paciente, que a ajude, explicando o tratamento certinho, para ajudar"(Ent1-aux).

O lugar da equipe de enfermagem se estende ao espaço das enfermarias com a familiaridade de que esse é também o seu espaço de trabalho, mas muitas vezes há transposição de espaços das funcionárias com as pacientes, pois é comum encontrar nos horários mais calmos de trabalho, ou as funcionárias sentadas nas enfermarias conversando com as pacientes ou essas no posto de enfermagem conversando com as funcionárias. O fato de serem mulheres cuidando de mulheres cria uma identidade de gênero e amplia as relações entre os dois grupos. Como diz esta auxiliar:

"nós trabalhamos em conjunto, assim a gente chega de manhã, a gente já vai troca todos os leitos das pacientes, conversando, brincando com as pacientes, né? (...) Já estou há três anos nesse horário e a gente toda hora vai no quarto e se está alguém queixando a já toma providência, dá medicação se tiver prescrito, tem os exames de rotina a gente chama o laboratório, encaminha para exames fora, prepara os pacientes, explica como vai ser, a gente tem secretária aqui mas a gente ajuda se puder"(Ent1-aux).

BOURDIEU(1996b) reafirma a força da corporalidade, a dizer que "o corpo inteiro é construído socialmente, exatamente como os órgãos sexuais, eles próprios pela elaboração de esquemas"(1996b:33) que são categorias de percepção comuns às mulheres e funcionárias de enfermagem, por serem socialmente construídas também a partir do saber médico mas dirigidas às mulheres em geral.

O corpo das mulheres é, na clínica estudada, o lugar da identificação feminina, um espaço simbólico que define mulheres e equipe de enfermagem como um grupo e as diferencia do outro, do homem, personificado ali na figura do médico, do aluno, dos residentes. Mesmo que haja diferença entre o médico homem e a médica mulher, como disse uma única paciente entrevistada, não há conjugação de espaços entre a medicina e as pacientes como foi percebido entre essas e a enfermagem, já que é ela que faz a intermediação entre as demandas das pacientes, as diferentes equipes e o espaço hospitalar.

As relações que acontecem entre a equipe de enfermagem e as mulheres internadas revelam que estas se dão de forma muito mais intensa do que com a medicina, tanto no que diz respeito ao número de interações, como de ocupação de território, já que as enfermarias são o local privilegiado de trabalho da enfermagem e onde estão as pacientes. Ao ter um espaço interior pouco definido em relação ao próprio objeto de trabalho, a enfermagem confirma que os lugares e as posições que ocupa enquanto coletivo profissional estão investidas de diversos elementos, dentre eles podemos visualizar elementos afetivos, materiais, simbólicos, profissionais e também políticos (FISCHER,1989).

Estes elementos reafirmam a identidade pessoal e coletiva e são considerados por FISCHER(1993) como fontes de enraizamento espacial podendo ter esse processo caracterizações diferenciadas de acordo com o investimento que é feito. Ao investir-se mais no profissional está se revelando ser essa a identidade grupal mais importante de ser preservada, que é nela que estão os valores simbólicos que importam ao sujeito. Mas ao investir-se no afetivo pode estar se revelando ser o espaço pessoal e identitário o mais significativo para aquele determinado sujeito e o que deve ser preservado.

A enfermagem comparada à medicina no que diz respeito à ocupação dos espaços dentro do hospital, parece ter mais investimentos no afetivo e no relacional dentro das suas relações de trabalho, marcando esse espaço através de uma rede de relações que perpassa e transcende o profissional, enquanto que a medicina investe maciçamente nesse aspecto, o que revela mais uma vez os *habitus* sexuais que perpassam as duas profissões. Como lembra essa enfermeira:

"mas acontecem muitas coisas na equipe de enfermagem, que hoje é mais experiente, mas é uma equipe que enxerga coisas que até o médico não viu, é a equipe que mais considera a fala do usuário, de longe posso dizer isso. Hoje posso perceber que a gente era muito técnica antes e inexperiente também, a gente cresce, casa, tem filhos, tem marido, fica mais crítica, mais solidária, percebe que não consegue dar conta de tudo, vê a paciente no leito pedindo para ver o filho que espera lá fora ou ainda interfere para que ela possa ter uma licença e sair no fim de semana do hospital, a gente muda muito quando tem filhos, começa a perceber muitas diferenças e te fazem refletir mais"(Ent6.Aux).

Ao comparar as duas profissões uma enfermeira acentua as diferenças que já começam a ocorrer no processo de ensino, que envolvem a assistência em um hospital dessa natureza, que devem ser lembradas, diz ela:

"a academia precisa discutir essas coisas, repensar esses atos em prol do 'aprendizado' dos alunos. Eu sei que na enfermagem a gente não coloca a paciente em risco só para o aluno aprender, não pode ser tão dirigido, ou melhor só dirigido em função do ensino, tem uma pessoa ali, alguém que sente dor, que vai dar a luz, que já vai passar por um parto, por que infligir mais sofrimento? (Ent4-enf)

A questão da ética no ensino que vai preparar o futuros profissionais também é uma preocupação que transparece no discurso da enfermeira até porque há

importantes distinções quanto aos aspectos éticos que começam a ser marcados ainda na formação:

"vejo que são feitos certos procedimentos que eu nunca permitiria fazer em mim, vamos supor amniocentese sem sequer fazer um ponto de analgesia, chega a sair lágrimas dos olhos das pacientes, e olha que já virou rotina aqui fazer amniocentese assim no seco, e os alunos acham normal fazer dessa forma... estou dizendo os de medicina...pois os de enfermagem ficam escandalizados, até por ser maioria de mulheres, acho... tem uns médicos que ainda aceitam o anestésico que a gente prepara, enquanto outros ignoram...a paciente fica apreensiva em ver o tamanho da agulha, e muitas vezes é feito para treinar mesmo, pois todos sabem que idade tem o feto, foi feito ultrassom já se sabe tudo, a amniocentese é apenas para o aluno de medicina treinar"(Ent4-enf)

O fato de que as alunas de enfermagem se escandalizam pela exposição desnecessária pelas mulheres internadas a procedimentos médicos é indicativo de que há diferenças que marcam o espaço de ensino da enfermagem e, por extensão, pode-se dizer que estão na própria forma da enfermagem ver-se, pois também no cotidiano da prática há considerações severas sobre a omissão da categoria em relação aos acontecimentos com as pacientes internadas. Como diz uma enfermeira:

"Você veja esse óbito do bebê da Ester, um bebezão e ninguém sabe dizer porque aconteceu, ontem estava bem e hoje morreu. Antes eu criticaria, hoje eu pensaria duas vezes antes de fazer isso, foi uma fatalidade? Não sei. Aconteceu. A gente foi ver o BCF³⁹ dela a noite inteira? Não, não fomos, deixamos para o médico, quantas enfermeiras vêem ainda o BCF, que era rotina para nós? Deixamos prá lá, temos nossa culpa, também, sei que quando se discute a morte materna a gente também tem nossa culpa."(Ent4-enf)

Nessa fala a enfermeira lembra que as enfermeiras deixaram de fazer uma atividade que era um 'rotina' de trabalho para a categoria e que não foi mais realizada porque os médicos também a faziam, mostrando esse acontecimento uma relação com o trabalho fragilizada, na qual pode se abandonar um procedimento por que um outro profissional também o faz. Esse fato pode também ser interpretado com um processo de apropriação em relação ao próprio espaço pouco assentado, no qual as mulheres enfermeiras desistem de elementos relacionados ao seu espaço de trabalho podendo ser estes ou determinados procedimentos como no caso relatado ou mesmo espaço físico já ocupado, que é abandonado para ser ocupado por outros serviços.

As enfermeiras não marcam os territórios que estão usando de maneira forte mesmo porque não os acreditam como seus, isso se dando tanto em relação ao objeto de trabalho como se estendendo para o espaço que está ao seu redor, sendo um bom exemplo desse baixo índice de apropriação no local estudado a mudança freqüente da sala da gerência do serviço de enfermagem e dos repousos dos plantonistas da área. Isso pode ser justificar pelo fato de o hospital, para a enfermagem, um local de enfrentamentos diuturnos que causam muito desgaste emocional e físico, um espaço

³⁹ Batimentos cardio-fetais

do qual as vezes se deseja mais fugir do que conquistar, como pode-se ver nessas falas:

"até pelo tempo e pela nossa forma de abordagem que é mais generalista, conseguimos ter uma visão melhor do caso e do que pode ser feito, mas aí entra a questão do poder médico, como interferir nesta coisa fechada que é poder médico dentro do HU e em todo lugar? A relação é muito desigual"(Ent4-enf)

"a gente deveria Ter uma assistencia mais integral e vendo a pact como um todo, mas como conseguir isso sozinha só dentro da equipe de enfermagem sem a colaboração médica não sei..."(Ent 3- enf)

"o caso de uma mulher que fez cirurgia e que tinha possibilidades de fazer deiscência por uma questão dermatológica, foi dado alta com a ferida ainda drenando então ela foi embora contrariada, fomos atrás do médico ver se dava para adiar a alta dela, mas não conseguiu não, os médicos não ouvem a gente, é falar com surdos.(Ent2-enf)

Com os professores, os residentes e internos está muito falho, eles não repassam determinadas condutas, como está esta pct, principalmente os internos, esses são os maiores em problemas, é muito difícil lidar com eles"(Ent2-enf).

Perante esses depoimentos pode-se perceber que há uma íntima relação entre o espaço físico e o simbólico, o primeiro sendo construído e adaptado a partir das diferentes maneiras como se estrutura o segundo. O espaço da enfermagem dentro do local estudado é um espaço controlado pelas instituição e ambigüamente vivido pelos seus pares, que ora sentem-se perfeitamente entrosados nele, ora rejeitam-no por ser também um espaço no qual pouco podem exercer a perseverança de si mesmos, ou seja, é um espaço que não favorece o exercício da autonomia profissional para o sujeito coletivo da enfermagem.

F . 4 - O ESPAÇO ORGANIZACIONAL E BUROCRÁTICO

COMO ELEMENTO DE PODER E DE VIOLÊNCIA SIMBÓLICOS NO ESPAÇO HOSPITALAR

Meu interesse ao introduzir essa categoria de análise é acrescentar mais algumas observações sobre como o hospital se organiza burocraticamente para atender à clientela em geral e às mulheres, objeto do nosso interesse, em particular. Como há forte imbricação entre as diferentes categorias vários aspectos da violência embutida nos aspectos organizacionais do serviço já foram analisados anteriormente.

Para fazer essa aproximação abordar-se-á o hospital como uma organização que presta serviços e é remunerada por isso, bem como emprega várias categorias profissionais para dar conta de sua missão maior que é atender ao público que o procura para tratar de problemas percebidos em sua saúde, "com qualidade".

O recorte a ser feito dessa categoria em relação ao objetivo da pesquisa será o acompanhamento das vias burocráticas e das portas reais e simbólicas que a mulher gestante, parturiente ou puérpera precisa atravessar para ser atendida ou ainda para internar-se no serviço de ginecologia e obstetrícia. Isso será feito a partir do depoimentos das mulheres entrevistadas, do material colhido na observação participante e das entrevistas feitas com o pessoal de enfermagem.

Resumidamente o atendimento às mulheres gestantes é feito de duas formas: ou elas chegam já em franco trabalho de parto e são admitidas imediatamente, ou cumprem os passos que todos os pacientes fazem para serem atendidas, que são ao chegar no local, apresentar documentos no serviço de registro para fazer a ficha de atendimento e aguardar ser chamada para ser atendida ou na triagem se for intercorrência ginecológica ou na gestação, ou no ambulatório se estiver fazendo pré-natal no serviço. As mulheres que usam regularmente o serviço têm um cartão de atendimento para facilitar a localização do prontuário no Serviço de Registro, que será encaminhado a triagem junto com a ficha de atendimento quando da consulta médica. Como diz essa paciente:

"Para marcar a consulta a gente tem um cartão, da gestante, aí eles mesmo já marca a consulta para a gente, aí a gente vem fica esperando, pará consultar é mais fácil. Na primeira vez foi rapidinho, mas na segunda, foi mais demorado, saí daqui já passava das quatro e meia, porque eles recolhem os cartões das gestantes uma hora da tarde, mas tem que estar aqui antes dessa hora, pois tem um monte de gente para atender e chama um, logo chama outro." (Ent3-pct.Vilma)

Esse ritual de entrada é rigoroso, até pelo fato de o serviço ser uma das referências na cidade para o atendimento à mulher gestante que faz a procura pelo mesmo ser grande. Como diz a mesma paciente:

"eu vim aqui porque todo mundo fala que é o melhor hospital, mas não é tão bom assim como falam... e foi muito difícil conseguir uma vaga aqui, é horrível para conseguir entrar aqui" (Ent3-pct.Vilma)

O ritual de entrada no hospital é marcado por duas lógicas complementares: a médica e a financeira, sendo que a primeira legitima a segunda, por isso a ficha de atendimento deve ser assinada pelo médico para que o hospital receba pelo atendimento feito. Dentro da lógica médica situa-se o processo de ensino que, como é sabido, aumenta os custos hospitalares pela necessidade dos alunos cumprirem os protocolos de atendimento para cada caso específico. Como lembra Vilma:

Desde o dia que cheguei aqui quando fiz a minha primeira consulta de pré natal, foi bom, pediu todos os tipos de exames, só que eu nem cheguei de pegar o resultado, porque demorou muito para chegar, esses resultados demoraram muito para chegar, demais, e era um monte de exames, para ver diabetes, glicose, só que só peguei os principal(Ent3-pct)

Os alunos da medicina cumprem os protocolos de pedidos de exames, fazendo isso em prol de seu aprendizado, pois as pacientes não tem acesso à todos os resultados ou mesmo ao próprio prontuário, uma vez que esse documento circula do Serviço de Registro para a Triagem e daí para a clínica, e dessa para a Tesouraria. Os resultados dos exames pedidos, tanto como os prontuários, não passam pelas mãos das pacientes, eles saem do laboratório e vão direto para as mãos do pessoal médico, sendo que o interno ou residente que os solicitou é o responsável pela sua adição ao prontuário.

A forma de organização do serviço médico determina a organização de todos os demais serviços do hospital estudado, o que evidencia que mesmo não estando em posição de autoridades formalmente estabelecidas, essa equipe detém recursos e poder suficiente para agilizar ou atrasar o processo organizacional de hospital como um todo. Através desses recursos e do poder de barganha que possuem por serem os detentores dos saberes que justificam a existência do hospital, essa equipe cravou uma profunda assimetria nas relações que mantém com os pacientes e com as demais que também atuam dentro do hospital.

Nas relações com as pacientes, essa imposição vai da maneira como é conduzida a consulta e chega até a negação da pessoa consultada, que não pode se manifestar e se o fizer será ignorada, como mostra esse depoimento de uma paciente:

"trouxe um monte de resultado de exames, de sangue, de urina, aquele exame que fala de lâmina, que colhe na vagina, eu tava com corrimento e mostrei os resultados para ela e ela olhou rapidinho e disse 'hoje é só pressão mesmo e seus exames estão normais', porque a gente sabe que não tá tão bem assim, eu tava sentindo uma dor assim e não passei nem dez minutos na sala dela, aí ela foi olhar o meu fichário (o prontuário) que agora tá mais atrapalhado, que eu sei que eles não passaram nada para lá como é que vai saber...(Ent3.pct)

Essa paciente tem consciência que algo está errado em sua gestação, mas a profissional que a atende define que não há nenhum problema, e encerra a consulta sem ao menos anotar os resultados que a paciente trouxe no prontuário, fato que é notado pela mesma, mas como no imaginário médico ele é o dono da consulta e do prontuário ele pode fazer como quiser, não há ninguém para dar satisfações sobre seus atos.

Dessa forma vai se definindo a organização do serviço, sofrendo com as falhas e negligências daqueles que a direcionam, se não anotam no prontuário, os dados se perdem, se não democratizam as informações as demais equipes andam as tontas para dar respostas às pacientes sob seus cuidados e também perdem espaço na dinâmica da assistência, que cada vez é menos conhecida. A maneira como as demais equipes, mormente a de enfermagem, são alijadas do processo decisório sobre a assistência, bem como das dificuldades que são postas no seu caminho quando tentam definir um perfil assistencial próprio, evidenciam que o grupo que ainda organiza o processo de trabalho no hospital não deseja democratizá-lo, pois isso

significa perder poder e ter que impor redefinições numa prática que é tradicional e que não deseja mudanças no seu espaço. Portanto percebe-se que definir espaços de atuação junto à clientela e à própria organização do serviço, é um caminho para modificar as relações que hierarquia médica ainda hoje impõe no ambiente hospitalar. O caminho da autonomia das demais práticas, da democratização das relações junto à clientela, de uma assistência humanizada passa necessariamente pela organização dessas práticas que todos os dias se enfrentam dentro dos serviços públicos de saúde. Como o objetivo de todo trabalho terapêutico deve ser a ampliação da capacidade de autonomia do paciente, os movimentos de redefinição dos serviços de saúde junto com o reforço na redefinição dos papéis profissionais podem apontar novos horizontes nesse sentido, abrindo caminhos para as práticas que se mostram mais flexíveis e solidárias com relação aos usuários dos serviços públicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao optar por esse objeto de estudo, dentro do enfoque teórico escolhido, isso somando-se aos sujeitos que colaboraram na pesquisa e às relações que foram estudadas, pude rever muito da minha vida profissional e também pessoal.

Ao tentar traduzir sob a forma de pesquisa as vivências e relações estudadas, percebi que estive cercada pelas muitas limitações normativas, formais e metodológicas impostas pelo processo de investigar, mas ao finalizar o estudo, pude vislumbrar ser o objeto eleito pleno de possibilidades para entender e, sobretudo, para ampliar as propostas sobre a prática assistencial e a pesquisa nesta área de estudos.

Trabalhar com a temática escolhida foi penoso pois, no desenrolar do processo de análise, evidenciaram-se as muitas faces da violência contra a mulher que procura por assistência nos serviços de saúde. Há ações e práticas de saúde que transportam violência de forma subliminar, não podendo ser identificadas como tal por aqueles que a sofrem e, em muitos casos, tampouco os que a perpetram tem consciência plena de estarem sendo violentos. Esse ocultamento nos reporta ao fenômeno da dominação simbólica, que consegue submissões sem colocá-las em pauta como tais, ou seja, conforma os sujeitos não só a aceitar a dominação mas a vê-la como um bem para si.

Pude perceber também que, diferentemente das prisões ou dos manicômios, nos quais a violência dos presos e dos loucos faz frente ao poder que os oprime, no hospital isso não ocorre. Se naqueles espaços as pessoas são recolhidas contra a sua vontade, ou por terem transgredido normas sociais ou por serem vistas como portadoras de culpas que devem ser expiadas, no hospital isso toma outra configuração. Nesse espaço as pessoas vão por necessidade e livre vontade, acreditando mesmo serem privilegiadas por poderem dispor de um serviço 'gratuito' para cuidar dos problemas de saúde que as afligem.

Bourdieu diz que há algumas palavras que extrapolam seu sentido e tornam-se palavras de ordem, constituindo-se em uma categoria explicativa, ele cita o exemplo da palavra família. Estendemos aqui a sua argumentação para a palavra saúde, na qual também inscrevem-se vários conceitos classificatórios, sendo ela mesma uma descrição e uma prescrição, que não aparece como tal por serem quase universalmente aceitos seus sentidos e significados

O hospital existe para tratar a saúde e, por isso é subsidiário, de certa forma, da polissemia que encerra a palavra saúde. É um espaço onde imperam as relações de dominação, sendo a forma simbólica desta soberana, uma vez que está baseada na necessidade socialmente construída de manter o corpo sadio e apto para o trabalho. Dessa maneira, as relações que se dão entre profissionais e serviço de um lado e pacientes de outro, estão impregnadas pelo poder e pela violência simbólicos, em

processos que são pré-conscientes, pois inscrevem-se nas disposições corporais do indivíduos.

Além dos processos de violência simbólica que se instauram entre profissionais e clientela e que aqui foram estudados, há também diversas manifestações de violência inter-equipes. Um exemplo é a violência de gênero que aqui foi estudada sob a ótica bourdieusiana, que insiste ser a dominação masculina a mais bem acabada forma de violência, por estar inscrita em todas as relações sociais, mormente naquelas profissões simbolicamente masculinas ou femininas. No caso aqui estudado transportamos esses sentidos para as relações que se dão entre a equipe médica e a de enfermagem.

Outro aspecto pelo qual me interessei nessa pesquisa foi o espaço físico e burocrático como lugares impregnados de violência simbólica. Nele há muitas barreiras, portas e restrições que o configuram como um depósito de símbolos diversos que diz às pacientes, o tempo todo e de diferentes formas, que ali não é o lugar delas mas sim um local para cuidar do bem mais precioso que possuem, a vida. Por isso elas devem entregar-se, sem questionamentos ou dúvidas, as infundáveis manipulações médico-tecnológicas em seu corpo que são sempre justificadas pelo valor simbólico da vida e do ser saudável.

Por isso rememoro, ao finalizar esse trabalho, o processo de definição das categorias de análise com as quais pretendia trabalhar. Além de modificá-las e de readequá-las durante o processo analítico, fui percebendo a profunda imbricação que havia entre uma e outra pois, o poder e a violência simbólicos estavam presentes em todas elas, com algumas diferenças na sua configuração. Porém suas manifestações encontravam-se invisibilizados na dinâmica assistencial por quem é de dentro do serviço, tal a sua banalização e naturalização no cotidiano hospitalar.

A banalização e a naturalização da dinâmica da violência dentro dos serviços levam à conformação da mulher como um amontoado de órgãos que transformam o corpo feminino em um objeto que só faz sentido para os profissionais de saúde, nunca para as mulheres. Esses aspectos apareceram nos depoimentos das mulheres e pude observar que elas não só sentem, como percebem e rejeitam serem tratadas apenas como um objeto ou uma coisa pela tecnologia médica.

A condição em que me encontrava por ser 'de dentro' do serviço mas de estar afastada temporariamente dele, por ser mulher e estar estudando mulheres, por ser enfermeira e pesquisadora, se fundiram e se confundiram no trabalho de interpretar os dados. Por isso, esse foi realmente o momento privilegiado dessa pesquisa e nele tentei superar essas e outras dicotomias que me acompanharam na construção do processo de pesquisa que estiveram sempre situadas entre uma objetividade desejada e uma subjetividade latente. Dessa forma, mesmo tendo sempre em mente a possibilidade da "ilusão de transparência", por ser do mesmo grupo e pertencer ao serviço onde fiz a pesquisa por ter grande interesse na temática, não creio ter conseguido a isenção pretendida.

Neste estudo ficou claro que a clientela feminina em situação de gestação, parto e puerpério centraliza muitas demandas que são, em grande parte, médica e socialmente construídas. As mulheres se diferenciam dos demais usuários dos serviços públicos de saúde devido às particularidades impressas pela gestação no seu corpo que, muito mais que os outros corpos, deve submeter-se a um sem número de intervenções para garantir uma prole de qualidade. Pude entender que, nesse aspecto específico relacionado ao corpo e a qualidade desejada da prole, está o principal pilar da dominação e da sujeição ao saber médico pois, para ter filhos sadios e perfeitos, a mulher precisa e recorre a esse saber e às suas muitas tecnologias.

Embora haja muitas formas de se exercer a violência quando se é profissional de saúde, há algumas dessas formas que se mostraram mais significativas que outras para a clientela do serviço estudado. Dentre elas, destacaram-se a precariedade ou mesmo ausência de informações sobre o problema de saúde que as fez procurar por tratamento médico, um reflexo das formas como se estabelece o processo comunicativo entre sujeitos vistos e percebidos como desiguais. Também evidenciou-se que a informação confusa, a informação negada, mal dada ou fragmentada são fatores de estresse para as pacientes, que vêem nesses acontecimentos a reprodução do seu próprio desvalor perante os profissionais que as atendem.

Mas é no cotidiano da assistência que se configuram os atributos que vão qualificar a mulher de uma ou de outra forma. Por ser o médico o profissional que maior poder simbólico agrega dentro do hospital ele é também o mais citado pelas pacientes como sendo aquele que menos informa e também o que está menos disponível para o esclarecimento das dúvidas e medos das mesmas acerca da própria saúde. Também os alunos de medicina, incluídos aí os internos e os residentes, são lembrados como aqueles que mais confundem e fragmentam as informações, reproduzindo o *habitus* profissional da classe a que pertencem.

Por isso ao analisar o espaço físico e burocrático percebi que são os profissionais do grupo médico os que mais estabelecem fronteiras e cravam barreiras reais e simbólicas, dessa forma definem seus territórios de maneira diferenciada dos demais grupos que trabalham no mesmo espaço. Isso ocorre provavelmente porque é o saber médico que dirige grande parte da organização do trabalho em saúde influenciando as maneiras das demais práticas se organizarem e aos seus saberes. Pela sua marcante presença no espaço hospitalar estudado e pelas maneiras como dirigem a sua prática, pode-se dizer que são os que menos contribuem para aumentar a autonomia da clientela feminina no que diz respeito à própria saúde e à relação com os SPS.

A estruturação do processo comunicativo no ambiente estudado pode ou não estimular a autonomia da clientela dos serviços de saúde. Uma comunicação livre de bloqueios que as valorize e que demonstre respeito às suas queixas pode melhorar sua auto-estima e estimulá-las a colaborar mais com a resolução dos seus problemas de saúde. Conteúdos que evidenciam esses aspectos apareceram quando as mulheres

reportavam-se à formas de comunicação que estabeleciam com equipe de enfermagem lembrando que esta não só prestava informações mas que as estimulava a dar mais atenção aos sinais que o seu corpo e que o bebê lhe enviavam.

O estímulo ao auto-cuidado pode deslocar a mulher da periferia para o centro do processo de cura, dessa maneira, pude constatar as diferenças que as configurações de gênero imprimem no processo da assistência. Também pude inferir que a partir das maneiras como se estabelece o processo comunicativo entre clientes e profissionais que se constrói a subjetividade da mulher e que a define ora como cliente ora como paciente dos SPS, sendo que 'paciente' pode reportar a submissão, à sujeição, enquanto que a palavra cliente lembra uma relação na qual ambas as partes tem direitos a serem respeitados.

A relações das mulheres com as enfermeiras e a sua equipe se configuram de formas diferenciadas daquelas já citadas, sendo que as pacientes as citam como as profissionais que mais ajudam, explicam e facilitam a integração das informações, dessa forma facilitam a vida das mulheres e diminuem o desgaste do processo de internação hospitalar. A comunicação entre esses os sujeitos relatados traz ainda um outro aspecto interessante para o objeto estudado: há melhor comunicação entre os que se percebem como mais iguais, por esse motivo os médicos são citados pelas mulheres quase sempre como 'eles', revelando distância e separação, mas as enfermeiras são lembradas como 'as meninas', mostrando uma familiaridade e mesmo proximidade no trato. As mulheres internadas bem como as enfermeiras e sua equipe são, no conjunto, as que respectivamente mais sofrem mais as hierarquias e assimetrias de gênero dentro do hospital, constituindo-se no elo mais frágil dentro das relações estudadas.

Em relação ao estudo do espaço físico, pude perceber que nele se definem e se reafirmam vários aspectos da violência e da dominação simbólicas. Nele está impresso, por exemplo, quem é de dentro e quem é de fora, quem manda e quem obedece, quem dirige a sua organização interna e define as suas normas e regras sendo que, na maioria absoluta das vezes, esse alguém está dentro da equipe médica. Essa equipe, por sua vez, usa o espaço hospitalar como o *seu* espaço e vê os demais profissionais que nele trabalham como se eles ali estivessem, apenas e tão somente, em função de *suas* necessidades específicas e não em função das necessidades das pacientes que estão internadas.

Outros aspectos se evidenciaram na análise da prática médica, como por exemplo, a profunda influência que esta transporta do ideal cartesiano-iluminista de ciência e de trabalho. Nessa tradição repousa a fonte da sua legitimidade, traduzida nas muitas respostas que a medicina dá aos problemas de saúde. O ideal biologicista de ciência está na origem da segmentação do corpo que conduz, em última instância, a objetificação e a desqualificação da mulher como cliente dos SPS.

Pude notar que a proliferação das muitas tecnologias médicas constituem-se como um dos mecanismos de dominação utilizados pela prática médica, fato que ficou

evidenciado nos depoimentos das mulheres e na observação feita no serviço. A tecnologização dos serviços de saúde em muito contribui para a recriação do misticismo de uma prática que tem a pretensão de dar conta de todos os problemas da saúde humana. Ao resolver muito do que aflige as mulheres, a medicina as faz acreditar na generosidade intrínseca e na similaridade da competência entre todos os seus profissionais, mas é um saber que oprime por boicotar sistematicamente as tentativas de construção de saberes sobre saúde e de autonomia sobre o próprio corpo na clientela dos serviços de saúde.

Ficou evidenciado também que os mecanismos de dominação dos quais lançam mão os profissionais médicos se configuram, no campo simbólico, de maneiras distintas mas complementares, sendo a primeira mais relacionada ao processo de constituição da subjetividade sujeitada, que visa apenas reproduzir, nunca criar, símbolos específicos sobre o corpo, a saúde, o adoecer e o morrer. A segunda forma de dominação centraliza-se mais nas maneiras como a prática médica dirige e influencia na conformação da estrutura física e organizacional dos serviços onde atuam, estando aí embutidas a própria estruturação do processo comunicativo entre a medicina, os serviços de saúde e a clientela destes.

São processos eivados de violência e dominação simbólicas pois têm por finalidade cooptar a informação e a comunicação nos serviços e sugerem às mulheres de uma ou de outra maneira, qual o seu lugar nesta relação. Indicam também qual deve o comportamento adequado para uma paciente de um serviço público de saúde, fazendo parte dessa adequação a entrega do seu corpo, sem questionamentos ou dúvidas, ao saber e à tecnologia médicas. São ações estratégicas de grupos profissionais que evidenciam uma face quase 'natural' da violência simbólica pois impedem os movimentos que possam vir a estimular a autonomia da clientela acerca da saúde e ajudá-la a tornar-se sujeito de seu destino.

Evidenciou-se no estudo o que já era sabido de que a prática médica encontra suas raízes na razão instrumental o que já não se mostrou tão evidente no estudo da prática social da enfermagem. Nesta última pude perceber que confundem-se as vertentes teóricas que inspiram seu agir cotidiano, mostrando ser essa prática mais influenciada e mais aberta às novas abordagens que vem se definindo para as ciências, bem como aparentou uma maior flexibilidade para modificar suas práticas e saberes em função das necessidades da clientela que assiste. A flexibilidade foi uma característica marcante nos discursos do grupo de enfermagem que sofre e verbaliza a angústia que sente com a qualidade da prática e com os limites com os quais se deparam no cotidiano de trabalho.

Dentre os diferentes depoimentos emergiram do grupo de enfermagem destacou-se um esgarçamento percebido e referido na identidade da equipe como um todo, isso sendo referido em função da perda da especificidade do trabalho em enfermagem e a imputação e o reforço do modelo biomédico de assistência, que hoje vigora.

Por ter sido um grupo que já se estruturou de acordo com a lógica do cuidar, foi recorrente nos depoimentos da equipe de enfermagem ao referir-se à assistência que desenvolvem no local estudado, a sensação de um passado bom que se perdeu e um presente que se mostra precário em vários aspectos, permanecendo o sentimento de que não há autonomia da enfermagem sobre o seu objeto de trabalho. Pode-se inferir, a partir desse estudo, que onde a lógica do cuidado de enfermagem se estrutura, mostrando as suas qualidades e seu potencial transformador, ela não só amplia como qualifica e redefine a lógica do 'tratar'. Assim, por extensão, pode melhorar a vida de quem está no hospital e transformá-lo enquanto ambiente de trabalho, transformando também a situação do 'paciente' e qualificá-lo como cidadão e cliente.

Há valores intrínsecos ao mundo das enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem que, diferentemente daqueles oriundos da prática médica, se cruzam e se somam aos valores e sentimentos trazidos pelas mulheres internadas, produzindo um sem número de significados, que se imbricam e se confundem por serem mulheres cuidando de mulheres num mundo regido por uma lógica fortemente masculina, tanto no que diz respeito ao tratar/cuidar, como ao administrar.

Bourdieu diz que a aprendizagem de gênero é uma forma paradigmática de violência simbólica e que através dela os sistemas simbólicos cumprem sua função política de instrumentos de imposição e de dominação. Dessa forma, pode perceber que público e privado, político e doméstico, masculino e feminino, real e simbólico, são lógicas que se sobrepõem e convivem diuturnamente no cotidiano de trabalho de um serviço de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Trad.: André Duarte. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 1994.
- ARRUDA, A Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: **Relatório** do Encontro Nacional de Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Brasília: Ministério da Justiça. 1989.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado** - o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBAUT, J. **O nascimento através dos tempos e dos povos**. Lisboa: Terramar, 1990.
- BARROSO, C. Morte materna: uma questão política. In: **Relatório** do Encontro Nacional de Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Brasília: Ministério da Justiça. 1989.
- BELLATO, R. & CARVALHO, E. C. **Insignificâncias essenciais**: a busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar. Cuiabá: Edufmat, 1998.
- BERLINGUER,G. **Questões de vida**: ética, ciência, saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BERRIOT-SALVATORE, E. O discurso da medicina e da ciência. In: DUBY, G; PERROT, M. **História das mulheres**: Do Renascimento à Idade Moderna. Porto: Afrontamento, 1991. Vol. 3.
- BORDO, S. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A M. & BORDO, S. R. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. P.19-41.
- BOULDING, E. Las mujeres e la violencia social. In: JOXE,A. **La violencia y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981.
- BOURDIEU, P et al. Compreender In: BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. 1999 Petrópolis:Vozes. 1999. P.693-732.
- BOURDIEU P. **La domination masculine**. Paris: Seuil, 1998.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. Trad.: Sérgio Miceli e cols. São Paulo: Perspectiva. 1992.
- BOURDIEU, P. **Esquisse d'une théorie da la pratique**. Gêneve: Lib. Droz, 1972.
- BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D. E.; E WALDOW, V; R; **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996b. p.28-40.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: Ortiz, R. **Bourdieu, P**. Coleção:Grandes Cientistas Sociais. São Paulo:Ática, 1994. P. 122-155.

- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Trad.: Mariza Correia. São Paulo: Papirus, 1996a.
- BRASIL - FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem da população de 1996, volume I. Rio de Janeiro, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e padrões de construção em instalações de serviços de saúde**. 2ed, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da saúde, 1993. 138p.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde no brasil**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1997.
- CAMPOS, G. W.; Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. 1997. P.229-266.
- CANESQUI, A.M. **Assistência médica à saúde e à reprodução humana**. Campinas:NEPO, 1987. Textos-13.
- CHANLAT, J-F. Por uma antropologia da condição humana nas organizações. CHANLAT, J-F. **O indivíduo nas organização** - dimensões esquecidas. São Paulo:Atlas, 1996. 3ed. p.21-46.
- CHAUÍ, M. **Participando do debate sobre mulher e violência**. In: Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro:Zahar, 1984. vol 4, p.25-62.
- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo:Ática. 1998.
- CHAVES NETO, M. et al.; Prevenção da morte materna na gestação de alto risco. In: FAÚNDES, A & CECATTI. G.. **Morte materna**: uma tragédia evitável. Campinas:UNICAMP. 1991. P. 101-118.
- CICOUREL, A . Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A . Z. **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro:Francisco Alves. 1990. P.87-122.
- COLLIÈRE, M-F e DIEBOLT, E. **Pour une histoire des soins et des professions soignantes**. Lyon:AMIEC, Cahier 10. 1988.
- COSTA, J. D. et al. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.12, supl.1, p.59-66, 1996.
- CYRINO, A P. P. **Organização tecnológica do trabalho nas reformas das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- D'OLIVEIRA, A F. P. **Gênero e violência nas práticas de saúde**: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo..
- DOMENACH, J. M. La violencia. In: **La violencia y sus causas**. In: JOXE,A. **La violencia y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981. P.33-45

- FAÚNDES, A e CECATTI J. G. A complexidade do problema da mortalidade materna, In: FAÚNDES & CECATTI. **Morte materna: uma tragédia evitável**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991.p.19-30.
- FISCHER, G-N. **Psychologie des spaces du travail**. Paris: Armand Colin, 1989.
- FISCHER,G-N. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, J-F. (coord). **O indivíduo na organização** - dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas. 1993. vol. 2. p. 81-102.
- FONSECA, T.M.G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES,M.J.M.; MEYER, D.E.; E WALDOW,V.R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.p.63-75.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro:Grael,1988.Vol I.
- FOUCAULT, M.. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro:Grael. 1992.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, conventos e prisões**. Petrópolis:Vozes, 1973.
- GOMES, R. A análise de dados na pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis:Vozes. 1994. P.67-79.
- GOMES, R. **O corpo da rua e o corpo na rua: a prostituição infantil feminina em questão**. Rio de Janeiro, 1994. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petropolis:Vozes, 1993.
- HABERMAS, J. O conceito de poder em Hannah Arendt. In: FREITAG, B. ; ROUANET. S. P. **Habermas** – Coleção Grandes Cientistas Sociais(15) São Paulo, Atica, 1980.p.100-118.
- HELLMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1975.
- KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Presença, 1978.
- KNIBIEHLER, Y. La mère définie par les médecins. In: VILAINE,AM.; GAVARINI,; L. LE COADIC, M.; **Maternité en mouvement** – les femmes, la re/production et les hommes de science. Montréal:Ed. Saint Martin, 1986.p.148-151.
- LAGET, M. La détermination des rôles dans l'histoire de l'accouchement. In: VILAINE,AM.; GAVARINI,; L. LE COADIC, M.; **Maternité en mouvement** – les femmes, la re/production et les hommes de science. Montréal:Ed. Saint Martin, 1986.p.152-155.
- LOPES, M. J. M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos. IN: LOPES,M.J.M.; MEYER, D.E.; E WALDOW,V.R. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. P.153-188.
- LOPES, M.J. M.; Imagem e singularidade: reinventando o saber em enfermagem. (1998) Meyer, D.E.; Waldow,V.R.; e Lopes,M.J.M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.p.43-52.
- LOPES,M.J.M.; MEYER, D.E.; E WALDOW,V.R.; **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

- MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense Univ. 1987.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec. 1994.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1993.
- MINAYO, M.C.S. Prefácio: para que serve o método. In: GAUTHIER, J.H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998.
- NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo, Ed. Hucitec. 1994.
- NOVAES, H. M. D. **A puericultura em questão**. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- OLIVEIRA, R. D. de. **Elogio da diferença**: o feminino emergente. São Paulo: Brasiliense. 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito**. 9ª revisão. São Paulo:Centro Brasileiro de Classificação de doenças, 1978. Vol.1.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF - **Estimations Revisées pour 1990 de la mortalité maternelle**: nouvelle methodologie. Avril de 1996. WHO/FRH/MSM/ 96.11.
- ORTIZ, R (org). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1994. Coleção Grandes Cientistas Sociais, n.39.
- ORTNER, S. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO,M. e LAMPHERE,L. **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1979.
- OSIS, M.J.D. **Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Estadual de Campinas.
- PEREIRA W.R. & BELLATO, R. Análise quanti-qualitativa das atividades de enfermagem em duas clínicas de internação em um hospital universitário. IN: Congresso Brasileiro de Enfermagem. Florianópolis, 51. 1999. **Anais**/Associação Brasileira de Enfermagem.
- PEREIRA, W. R. **A enfermeira e seu fazer**: uma abordagem sob a perspectiva do gênero. Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ. Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Urbano, Dados de saúde de 1990.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ. Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Urbano, Fundação de Saúde de Cuiabá, 1994.
- REZENDE, J. **Obstetrícia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1982.
- SAFFIOTI, H. Violência de gênero no Brasil atual. In: **Rev de Estudos Feministas**. N. Esp. CIEC/ECO/UFRJ.1994.

- SAILLANT, F. **CONFERÊNCIA** "Saúde, família e exclusão social" FCL/UNESP Araraquara. agosto de 1996.
- SCATENA, J.H.G. & OLIVEIRA, H.M. **Sistema de informação sobre nascidos vivos:** avaliação dos nascimentos e de condições maternas em Cuiabá, 1997. Fundação de Saúde de Cuiabá, 1998.
- SCAVONE, L. Impacto das tecnologias médicas na família. **Saúde em Debate**, n.40, p-48-73.set. 1993.
- SCAVONE, L.; BRETIN, H.; THÉBAUD-MONY, A. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. **Rev. Estudos feministas**. vol.2, n.2.p.357-72.1994.
- SCOTT, J. Gênero uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade**, FASEC/UFRGS, 16(2): JUL.DEZ.1990.
- SHORTER, E. **Les corps des femmes**. Paris:Seuil, 1984.
- SOUZA-LOBO, E. **A classe operária tem dois sexos**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- TANAKA, A. C. D. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.
- THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis. 1983.
- TUBERT, S. **Mulheres sem sombra:** maternidade e novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- TURNER, B.S. **The body e society** - explorations in social theory. Oxford: Basil Blackwell, 1984.

ANEXOS**ANEXO 1 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM AS MULHERES**

Aprofundar esses conteúdos, conforme forem aparecendo nos depoimentos:

- a experiência da hospitalização dentro daquele hospital.
- a assistência recebida dos(a) médicos(a), nos aspectos bons e nos ruins
- a assistência recebida das enfermeiras (e dos func. de enf) nos aspectos bons e nos ruins, como elas a trataram
- a parte física do local onde você teve seu filho, como você o avalia?
- se você pudesse, tivesse poder mesmo para mudar os locais onde você teve seu parto, em que os mudaria? As pessoas, o ambiente, os equipamentos?
- fale sobre os locais por onde você passou, a TO, o PP a SP e o puerpério no que diz respeito a: limpeza, organização, ordem, condições das camas, macas, lençóis, toalhas, materiais e equipamentos.
- Fale sobre as pessoas que te assistiram nos locais por onde você passou, a to, o pp a sp e o puerpério no que diz respeito ao tratamento que te deram. Teve alguma experiência que vale relatar?

ANEXO 2 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NA TO, SPP, SP

Observar em cada local: espaço físico, mobiliário, materiais e equipamentos.

2.A - espaço físico:

Descrever da forma mais objetiva possível as condições gerais da sala de espera e da sala de exames quanto ao:

- tamanho(adequada ou insuficiente para o fim que se destina?);
- arejamento (é arejada, tem janelas, ventiladores ou é abafada, úmida ou quente demais?)
- iluminação (natural ou artificial, bem iluminada ou não?);
- higiene e limpeza (adequada, inadequada, feita com frequência ou não, com produtos adequados ou não etc.)
- conforto oferecido às mulheres
- impressão visual do observador : boa, regular, ruim.

2.B - mobiliário:

Descrever da forma mais objetiva possível o mobiliário que existe no local e as condições em que o mesmo se encontra: cadeiras, mesas, sofás, armários etc, quanto à: condições de conservação, pintura, funcionamento, adequação ao fim que se destina, etc.

2.C - materiais e equipamentos:

Descrever da forma mais objetiva possível os materiais e os equipamentos que existem no local e as condições, inclusive de funcionamento, em que os mesmos se encontram: esfigmomanômetro, termômetro, aparelhos de tricotomia, fitas métricas, estetoscópio de Pinnard, suportes de soro, biombos, estoques de materiais de uso diário, como soros, roupas de cama, camisolas de uso das pacientes, giletes, equipos de soro, agulhas, scalp, medicamentos comumente usados, etc.

2.D - formulários, prontuários, ficha de atendimento

Fotocopiar todos os que forem de interesse da pesquisa

ANEXO 3 - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

ITENS GERAIS A SEREM OBSERVADOS EM TODAS AS RELAÇÕES:

1. Território e territorialidade – dos prof. de saúde enf e func. De enf. Como é definido o espaço das mulheres em relação à outras pacientes e aos prof. de saúde, uma vez internadas?
2. Posicionamento físico dos prof. e func. É revelador de quê? Proximidade, aceitação do outro ou distanciamento, indiferença?
3. Rituais técnicos

1)assistencias repetitivos (sinais vitais, toque, dinâmica uterina, verificação de perdas vaginais, enc. Para exames, etc.) Qual a frequência, se faz em série ou personaliza, se desenvolve a técnica corretamente, etc.

2)paramentação (dos prof. e da pac.)

3)higiene (da paciente, dos prof., dos func.); frequência, adequação à necessidade do momento, desenvolve de forma correta o ritual de higiene, faz em série ou personaliza, a enfermeira faz ou define os cuidados, ou não?

4)limpeza (mais relacionado ao ambiente, mobiliário, materiais e equipamentos) frequência, qualidade, se é oportuna ou não, uso de materiais e equipamentos adequados, etc.

5)Rituais de comunicação - modalidades de comunicação.

.técnica - indiferente, unidirecional(centrada no linguajar médico), monossilábica

.afetiva - revela interesse, faz perguntas sobre a pessoa, sobre o bebê, sorri ao comunicar-se?

.rude - usa palavras inadequadas desnecessariamente, conversa com outros quando faz perguntas à paciente, revela desinteresse pela sua dor ou queixas?

6)Rituais de gestualidade - como se aproxima da pac., têm contato físico, qual a característica desse contato, o que ele revela? Afeto, compreensão, resistência, indiferença, etc.

ANEXO 4 - FICHA DE ATENDIMENTO.

[illegible]