

**UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DA *RELAÇÃO DE CUIDADO*
ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E A USUÁRIA DE UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA
HOSPITALAR DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DE PERNAMBUCO**

Tathyane Gleice da Silva

**UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DA *RELAÇÃO DE CUIDADO*
ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E A USUÁRIA DE UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA
HOSPITALAR EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof^o Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos

RECIFE

2010

Silva, Tathyane Gleice da

Uma análise institucional da *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a usuária de uma unidade de referência hospitalar em gestação de alto risco de Pernambuco / Tathyane Gleice da Silva. - Recife: O Autor, 2010

200 folhas: Il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia. 2010.

Inclui: bibliografia, apêndice e anexos.

1. Psicologia. 2. Gestantes – Riscos de saúde. 3. Cuidados. 4. Autonomia. I. Título.

159.9

CDU (2. ed.)

UFPE

150

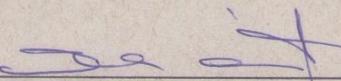
CDD (22. ed.)

BCFCH2010/148

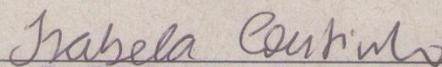
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DA RELAÇÃO DE CUIDADO
ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E A USUÁRIA DE UMA UNIDADE
DE REFERÊNCIA HOSPITALAR DE UMA GESTAÇÃO DE ALTO
RISCO DE PERNAMBUCO**

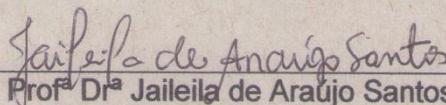
Comissão Examinadora:



Prof. Dr. Aécio Marcos Medeiros Gomes de Matos
1º Examinador/Presidente



Profª Drª Isabela Cristina A. N. C. Coutinho
2º Examinador



Profª Drª Jaileila de Araújo Santos
3º Examinador

Recife, 26 de agosto de 2010

Dedico esta produção científica a duas mães ilustres:

***In memoriam*, à “Dona Joana”,** minha bisavó paterna,
uma parteira leiga de Pesqueira e de Poção.
Contou-me vovó Carminha, que bisa Joana era “uma parteira
de muito bom coração” e bastante respeitada na sua comunidade.
Em troca de seus serviços, costumava receber agradados, como galinhas vivas;
mas os recusava, quando a família tinha maior necessidade financeira do que a dela.
Certa vez, tirou a própria saia branca,
para uso da mãe e do bebê aos quais assistiu,
por testemunhar que não tinham enxoval.
Naquele dia, Dna. Joana voltou para casa apenas com sua anágua,
disfarçada pela blusa.
Por meados da década de 50,
ela teria sido chamada a prestar seus serviços, quando percebeu que o bebê estava
atravessado, recomendando à gestante que procurasse imediatamente o médico da cidade,
porque seria aquele um parto perigoso e que não iria saber conduzir.
Ao saber disso, o obstetra da cidade ficou admirado pela intuição da parteira,
em perceber que aquele era um parto de alto risco.
Então, foi convidada a auxiliar na maternidade de Pesqueira,
porém não pode ficar, porque era analfabeta.

E à vovó Carminha, minha avó paterna,
quem me acolheu de braços abertos em sua casa,
durante a construção de meu mestrado.
E quem, entre tantos cafezinhos que tomávamos à noite,
descreveu-me detalhadamente as histórias gestacionais de nossa família,
falando-me dos “altos riscos”, dos desafios e dos encantos de suas maternidades.
Coincidentemente, contou-me também suas experiências gravídicas
na década de 50, como usuária do mesmo hospital-maternidade
onde eu construí os dados para este trabalho,
detalhando-me os primórdios da humanização desta Unidade de Saúde.
Através das contradições que me confiou, sem nem se dar conta,
proporcionou-me dar outros sentidos às nossas histórias familiares e cotidianas.

AGRADECIMENTOS

*“Eu não sei dizer quem eu sou sem que me recorde de você...
Se da minha vida eu sou o sujeito, você é o adjetivo.
Você me empresta qualidade...”*
(Pe. Fábio de Melo, 2007)

A Deus, por cada conquista de minha vida.

Aos meus pais e a meus irmãos, por me inspirarem a buscar novos caminhos, fazendo-me sentir e entender a família como o eixo de minha vida. **Taciana** e **Baninho**, sou grata pela aposta que fizemos e que, nessa etapa de minha trajetória, demos a iniciativa para realizar.

A minha especial matriz de apoio na escolha do curso do vestibular, nos diversos momentos da graduação e neste mestrado (na minha vida cotidiana), a *“meu amigo de fé, meu irmão camarada”, “JC”*.

Aquele que me inspirou a um mestrado, **ao meu orientador, Prof^o. Aécio Matos**, pela sua paciência inigualável, sincera e constante, respeitando sempre meu ritmo de aprendizagem; oferecendo-me palavras leves e apaziguadoras, quando eu precisei; iluminando meus pensamentos com seu olhar psicossociológico diante da realidade; por ter sido meu mediador na teoria e na prática; pelas suas avaliações dadas ao meu texto; por seu estilo compreensivo e sua disponibilidade surpreendente (nas férias, em feriados e dias santos). Minutos de orientação pareciam horas, pelas inúmeras contribuições que surgiam de seu jeito simples e inteligente de ver as coisas, mediante sua elegância científica e humana que, desde a graduação, eu admiro. Não posso deixar de dizer ainda, por me levar ao encontro com as ideias de Castoriadis. Conseguimos chegar à dissertação, professor, superando as “pedras no meio de meu caminho”. E jamais eu teria chegado aqui, sem o apoio do senhor. Gostaria de ter aproveitado mais, mas me consolo, acreditando que tudo foi “infinito enquanto durou” e perdurará para sempre em mim... Meu eterno “muito obrigada!”

À professora Brena Melo (tocoginecologista que trabalha no mesmo hospital onde a pesquisa foi desenvolvida), por ter aceitado colaborar com o estudo, acompanhando-o de perto, exercendo para mim uma função de coorientadora. Seu apoio foi valioso, sempre pronta para sugerir encaminhamentos e levantar questões. Também sou grata por sua dedicação, cordialidade, delicadeza, sensibilidade e disposição.

Às usuárias e aos profissionais de saúde (“deusas, ninfas e herói”) que se disponibilizaram a compartilhar comigo afetos e ideias; confiando-me histórias preciosas que me levaram a novos saberes e garantiram o conteúdo deste estudo. E ao hospital que aceitou participar da pesquisa (**às tocoginecologistas** que apoiaram o estudo no processo de anuência).

Aos amigos que me estimularam a concorrer à vaga de mestrado, **Thaís Lins, Edélvio Leandro, Telma Avelar, Luiz Felipe e Zélia Alves**.

Thais, sua companhia nas leituras de Maturana fez a diferença em meio às colocações cordiais e incentivadoras de **Dona Tereza Lins**.

Edélvio, sou grata pelas palavras de reanimação, pelo seu bom “colo” amigo, desde as origens – 1º período de graduação – aos últimos parágrafos desta dissertação, até os próximos capítulos de minha história de vida.

Telma, professora maternal, orientadora e amiga, minha gratidão a você é peculiar, por ter apresentando-me o Maravilhoso Mundo da Pesquisa em Psicologia. (De igual modo, **ao GEOP/UFPE** – Grupo de Estudos e Orientação Psicopedagógica – pelas pesquisas que desenvolvemos no passado).

Duplamente, **a Luiz Felipe** (meu anjo protetor) e **à Zélia Alves**, preciosos amigos. Vocês me propiciaram nas discussões psicanalíticas e nos jantares inigualáveis à beira-mar o prazer de refletir a vida através dos Seminários Lacanianos. Sou grata por terem estendido seus braços, brincando de convocar-me como “*mais um*” na admirável dupla; e entendido minha ausência na saudosa mesa de estudos - assim que o mestrado se fez realidade - reservando meu lugar em suas lembranças, como a sua “Tatí”.

Ao Profº Wilher Nogueira, pelas vezes em que nos encontramos por acaso, no CFCH, reativando as memórias da graduação, enquanto ríamos de meus desesperos no mestrado.

A João Cavalcanti e à Alda Araújo, porque foram atenciosos, ágeis nas informações e nos processos, cordiais, pacientes e acolhedores. Em destaque, pelo estilo alegre de Alda (Espero ter sido perdoada pela unanimidade com que interrompi seus horários de almoço!).

A Jorge (Depto. de Sociologia), por disponibilizar de modo tão gentil, por intermédio do Profº. Aécio, o banco bibliográfico do Núcleo de Cidadania e Mudança (NUCEM) sobre o SUS.

Às professoras. Dr^{as}. Jaileila Araújo e Karla Adrião pelas contribuições na qualificação, refinando o quadro metodológico da pesquisa.

Ao Colegiado, pelo empenho diante do Curso, também pelas avaliações e decisões tomadas com relação a esta pesquisa.

À Fernanda, Pedrinho e Ju Brasilino, pela responsabilidade em que nos representar junto ao Programa, mantendo a turma informada sobre as decisões do Colegiado. (Em destaque, à Fernanda, pela atitude ética, digna de reverência, enquanto representante de turma e “protetora das finais da turma 3”. Obrigada por sua solidariedade!)

Aos amigos revisores de texto, Ana Luiza Correia, Auryneide Alves, Edélvio Leandro, José Clerinaldo, Ju Lucena, Ludmila Sousa e Paula Houly.

À Rosângela Félix, mestre em Letras, por ter feito a revisão final do texto.

Aos professores do mestrado, pelos novos conceitos que me propiciaram, por cada ato pedagógico, em meio aos esforços em contribuir com os projetos tão diversos da turma, mostrando a possibilidade de diálogo entre tantas psicologias.

Aos colegas da encantadora 3ª turma de mestrado em Psicologia da UFPE, pelo clima contínuo de parceria, pelas trocas de conhecimento, pelas sugestões bibliográficas, pelas palavras de apoio, pelas caronas, pelos bastidores no “Pai D’égua”, no “Cinema da Fundação”, no “Alto da Sé”, no “Recanto da Várzea” e no “Chef Platão”. E pelos inesquecíveis e-mails de “saideira”, criando um espaço virtual de terapia de grupo.

Distintamente, **à turma AI 2009** (disciplina Análise Institucional), pelas discussões calorosas, pelo setting grupal que ficará comigo para sempre, nas lembranças e em minha prática Psi.

E à turma da disciplina Interação Social e Desenvolvimento Humano, através da qual pude conhecer Jerome Bruner e a riqueza teórico-metodológica das “Narrativas de História de Vida”, em meio aos adocicados lanches coletivos.

Não poderia deixar de mencionar minha gratidão **aos meus anjos do mestrado. Rafa**, obrigada pelos estudos, parceria, encorajamento. **Paula**, agradeço as visitas na minha casa, a postura prestativa e paciente, os palpites, as palavras de força e fé, por ter aberto docilmente a porta de sua residência com aqueles bons lanches de final de tarde – junto com sua poodle - e compartilhado comigo nossas reuniões de Orientação. Eu pude contar muito com sua presença, até mesmo na revisão textual deste trabalho. Tinha que ser você: fomos verdadeiramente duas irmãs na relação com nosso orientador!

À Ludmila Sousa pela cumplicidade e “puxões de orelha” na reta final do mestrado: foi confortante nossa identificação, Lud. Guardo comigo seus cômicos telefonemas, recoberto por seu particular senso de humor e, mais do que isso, sua disposição a fazer o bem.

Às minhas chefas de trabalho, porque compreenderam minhas necessidades de mestranda, **Andrea Escheverria, Deborah Foinquinos, Dra. Geisy Lima, Dra. Tarciana Duque**. Em especial, a minha chefe **Yara Alencar**, pelo apoio significativo na última fase deste trabalho.

Mais ainda, **à Deborah Foinquinos**, por suas supervisões clínicas no começo do mestrado (suas delicadas e acertadas intervenções ressoam em mim como inspiração e ideal); pela disposição a ajudar, levando-me a um dos clássicos de Eugène Enriquez.

À amiga de trabalho, Janaina Viana, pelas renegociações quanto às nossas tarefas na assistência neonatal, a partir de minhas disponibilidades de horário no Canguru.

À Vicentina Barbosa e à Socorro Trindade, porque nas eventualidades de nossa vida no trabalho, estreitamos nossos laços e estudamos juntas sobre as “Equipes de Saúde” e a “Política de Humanização”. Obrigada por suas valiosas contribuições na teoria e na prática!

À Carmem Guimarães, pois me incentivou a conhecer o movimento das “doulas” do Brasil.

À Dra. Geisy Lima, uma pediatra-mãe, ao me influenciar na escolha desta temática de estudo. Quando eu redesenhava o projeto, você me presenteou com a pergunta: “Por que você não estuda as gestações patológicas?!” Também, pelas ricas oportunidades que me proporcionou em 2009/2010: foram momentos ímpares que apontaram lacunas no meu

conhecimento, permitindo-me reavaliar minha prática e conquistar laços profissionais, através do investimento institucional pela humanização da saúde dos bebês pré-termo.

À Cida - “providência do Canguru” - pela solicitude, apoio burocrático e espírito samaritano.

À Cecília, Dr. Fernando Menezes e Camila, pelo papel exercido nos processos de meu afastamento temporário da assistência hospitalar.

A minha amiga nutricionista, **Marcela Moreira**, por seu estilo contagiante, humilde, corajoso e parceiro. Obrigada pela energia positiva e “por me abrir os olhos”, em várias ocasiões.

A Pe. Vicente Laurindo, Marlene e Clerinaldo, porque me impulsionaram nesse caminho da Psicologia, com suas palavras de incentivo e seus gestos marcantes.

À vovó Carminha, por compreender minhas ansiedades, minhas crises, minhas necessidades de estudo, ofertando-me palavras de conforto, com seu cuidado e sua “sabedoria anciã”. Vó, a senhora se tornou uma verdadeira fortaleza para mim, nesse curso do mestrado.

À tia Graça, agradeço suas orações, alegria, cobranças de visita, tendo sempre torcido por mim, ofertando seu sorriso e seu abraço. **À tia Neném**, meu exemplo inspirador na batalha pela qualidade de vida, agradeço sua prontidão a me hospedar em sua casa – um “pé de serra” por excelência –, dizendo-me “estou torcendo por você, viu, Thyane!” **À tia Beth**, pela virtude em rir da vida, sendo minha tia-mãe-irmã-cumadre-amiga e, nessa mistura calorosa, ter sido um bom estímulo à dissertação. E **à tia Dete**, pelas orações e torcida na reta final.

A minha princesinha Beatriz, por sua inteligência emocional, seu jeitinho carinhoso e sapeca, sempre me trazendo a graça infantil. Sem saber o que significa mestrado, ela me enchia de vida, com suas graciosidades, até mesmo na hora de me cobrar a companhia: “Pedi a Jesus prá sonhar com minha madrinha, ai, não é que sonhei! Sonhei com a senhora, no computador!”

A Wesley, pois sua inocência, suas curiosidades infantis, sua dedicação na tabuada e seu desejo de se tornar um leitor, amenizaram minha tensão nos últimos segundos deste trabalho. Foi prazeroso competir com você quem terminaria a lição primeiro!

Àquela “fuga aventureira, curta e edificante” em direção ao **Museu da Santa Casa de Misericórdia, em Salvador – BA**, particularmente, ao porão onde foi uma das primeiras enfermarias femininas do Brasil. Foi inspirador observar aquelas escadas que davam acesso ao subsolo de uma antiga Sacristia e imaginar o passado da Saúde da Mulher no Brasil.

À Biblioteca do CFCH, pela qualidade do acervo e apoio de seus bibliotecários.

Ao Depto. de Psicologia da UFPE por tudo o que já vivi e aprendi nas salas de aula, nos laboratórios, na copa do 9ª andar, nos corredores, durante os últimos 10 anos.

Sou grata a todos os atores sociais que se fizeram presença na elaboração deste trabalho; o mesmo se integrou à minha vida como uma renovação do juramento feito em 2007.

*“E assim, viu no outono a primavera
Descobriu que é no conflito que a vida faz crescer
Que o verso tem reverso
Que o direito tem o avesso
Que o de graça tem seu preço
Que a vida tem contrários
Que a saudade é um lugar que só chega quem amou
E o ódio é uma forma tão estranha de amar
E o perto tem distâncias
E o esquerdo tem direito
E a resposta tem pergunta
(...)
E que o amor começa aqui,
No contrário que há em mim
E que a sombra só existe quando brilha alguma luz
Só quem soube duvidar
Pode enfim acreditar (...).”
(Pe. Fábio de Melo)*

QUE

*“A curiosidade é substituída pela esperança de criar” .
(BACHELARD, 2002, p.05)*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Representação Gráfica 01 – Fluxograma de captação dos participantes

Representação Gráfica 02 - Os três níveis centrais de análise e suas repercussões

Representação Gráfica 03 - Tendência Psicossociológica Decrescente

Representação Gráfica 04 - Tendência Psicossociológica Oscilante

Representação Gráfica 05 – Tendência Psicossociológica Constante

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Caracterização das usuárias, conforme fatores de alto risco gestacional, AMUL, Recife, 2009 – 2010.

Tabela 02 – Caracterização da História Materna das Usuárias, tendo em vista o bebê atual. AMUL, Recife, 2009-2010

Tabela 03 – Caracterização das Profissionais de Saúde. AMUL, Recife, 2009-2010

Tabela 04 – Número de Relatos de Vivência com as usuárias, conforme setores da AMUL.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMUL	Amigo da Mulher (Nome fictício da Unidade de Referência que participou do estudo)
EGAR	Enfermaria de Gestação de Alto Risco
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH ou HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
REHUNA	Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT

INTRODUÇÃO	16
1. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA HUMANIZADA À GESTANTE DE ALTO RISCO ----	21
1.1. Os três tempos simbólicos do “corpo da mulher grávida”	22
1.2. O itinerário do hospital-maternidade e seus aspectos macrossociais	25
1.3. O paradigma da promoção de saúde	31
1.4. O SUS: surgimento, avanços e fragilidades	32
1.5. A mulher grávida de alto risco no discurso da PNH	37
1.6. O “ser mãe” e as subjetividades em volta da gestação de alto risco	40
1.7. <i>A relação de cuidado</i> no cenário de hospitalização	43
1.8. A questão e os objetivos da pesquisa	46
2. A ABORDAGEM TEÓRICA	47
2.1. O sujeito social autônomo	49
2.2. Análise Institucional	53
2.2.1. O fundamento epistemológico da Análise Institucional	54
2.2.2. O fundamento teórico da Análise Institucional	56
2.2.2.1. As instituições	57
2.2.2.2. As Organizações	61
2.2.2.2.1. A Organização como sistema sociomental	62
2.2.2.2.2. A Organização como sistema cultural, simbólico e imaginário	64
2.2.2.3. O simbólico e o imaginário das práticas sociais	66
2.2.2.4. O <i>habitus</i> nas Organizações	67
2.2.3. O fundamento metodológico da Análise Institucional	67
3. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	72
3.1. Escolha metodológica	73
3.2. Contexto de investigação	74
3.3. Critérios de Elegibilidade dos atores sociais de AMUL	76
3.4. O perfil dos participantes	79
3.4.1. Usuárias	79
3.4.2. Profissionais de Saúde	84
3.5. Instrumentos de Operacionalização	84
3.5.1. As entrevistas	85
3.5.1.1. Os Relatos de Vivência das Usuárias	85
3.5.1.2. As entrevistas com os profissionais de saúde	88
3.5.2. A observação de campo	88
3.5.3. A coleta documental	89
3.6. A qualidade situacional das informações	89
3.7. Aspectos éticos	89
3.8. Estruturação para a análise de dados	91
4. A IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA NA PESQUISA	96
5. A ANÁLISE INSTITUCIONAL DA <i>RELAÇÃO DE CUIDADO</i> NA AMUL	102
5.1. PRIMEIRO NÍVEL: As singularidades das usuárias	105
5.1.1. As vivências maternas	105
5.1.1.1. Artêmis	105
5.1.1.2. Atalanta	107
5.1.1.3. Demetra	108
5.1.1.4. Helena	109
5.1.1.5. Hera	110

5.1.1.6. Niké -----	111
5.1.1.7. Pala -----	112
5.1.1.8. Reia -----	113
5.1.2. A relação mãe-bebê na gravidez -----	115
5.1.3. O “ser gestante de alto risco” na visão das usuárias -----	118
5.2. SEGUNDO NÍVEL: A inscrição das usuárias nos serviços da AMUL -----	121
5.2.1. O acesso ao serviço e a acessibilidade do serviço -----	121
5.2.2. As tendências psicossociológicas da trajetória de hospitalização-----	127
6.2.2.1. O desconhecimento -----	133
6.2.2.2. O <i>habitus</i> em torno da expectativa do trabalho de parto e do parto -----	136
6.2.2.3. A singularidade da Sala de Pré-parto -----	142
6.2.2.4. A política de parto normal: entre a imposição e as formas de transgressão-----	144
6.2.2.5. As performances das práticas de cuidado -----	148
6.2.2.5.1. Foco na usuária -----	148
6.2.2.5.2. Direito em saúde-----	151
6.2.2.5.3. A heteronomia da <i>relação de cuidado</i> -----	153
6.2.2.5.4. O afeto na <i>relação de cuidado</i> -----	154
6.3. TERCEIRO NÍVEL: Os estilos interativos dos grupos sociais da AMUL -----	156
6.3.1. As implicações da psicodinâmica da gravidez e do puerperio na <i>relação de cuidado</i> -----	157
6.3.2. A dinâmica do grupos de usuárias -----	158
6.3.3. A dinâmica do grupo de profissionais-----	160
6.3.4. A função paterna da AMUL -----	164
6.4. REPERCUSSÃO INSTITUCIONAL: A Política de Reconhecimento Social na <i>relação de cuidado</i> -----	165
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	169
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	170
GLOSSÁRIO -----	176
APÊNDICE -----	
APÊNDICE A - Fatores de Riscos à Gestação de Alto Risco -----	II
APÊNDICE B - Significados e Justificativas de Codinomes dos Atores Sociais da Pesquisa-----	V
APÊNDICE C - Trajetória das Usuárias na AMUL-----	VIII
ANEXOS	
ANEXO A – Modelo do Aviso Anexado à Capa dos Prontuários das Usuárias-----	XIV
ANEXO B – Protocolo Observacional Descritivo -----	XV
ANEXO C – Lista de Computação dos Episódios Observacionais -----	XVI
ANEXO D – Carta de Anuência -----	XVII
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	XVIII
ANEXO F – Modelo de Gráfico de Interpretação -----	XIX

RESUMO – A fim de contribuir com a Saúde da Mulher, esta é uma pesquisa social em saúde, situada na interface entre a Psicologia da Saúde, a Análise Institucional e a Obstetrícia. Seu objetivo foi analisar a dinâmica da *relação de cuidado* entre a gestante de alto risco e sua equipe de saúde, focando as repercussões desta relação na qualidade do processo de hospitalização da usuária. Para isso, a base teórica englobou o *Paradigma da Complexidade* (MORIN,1990); o *Modelo Sociomental* (MAX PAGÈS, 1993); a *Teoria das Instâncias* (ENRIQUEZ, 1991/1997); o *conceito de autonomia* como projeto revolucionário (CASTORIADIS, 2007); o *conceito de Habitus* (BOURDIEU, 2009); o *agenciamento do sujeito na saúde* e o *controle social* (FOUCAULT, 2004/2008). Como o objeto de estudo foi a *relação de cuidado*, o estudo contou com a participação de oito usuárias e oito profissionais de saúde de um centro de referência hospitalar. As técnicas utilizadas para a construção dos dados foram entrevistas, observação de campo e análise de documentos, que tiveram como métodos–teóricos a análise do sistema dialético (MAX PAGÈS, 1993) e a análise institucional sincrônica (BARBIER, 1985). Os resultados evidenciaram que, antes de engravidarem, essas gestantes já adjudicavam ao bebê um lugar de agressividade. Logo, viviam a gravidez com medo de morte devido ao quadro clínico, mas também com o sentimento de culpa, somado à situação de estresse pelo cotidiano hospitalar e pela psicodinâmica gestacional e puerperal. Todavia, nem sempre encontravam na equipe de saúde o suporte afetivo necessário para ressignificar o lugar dado ao bebê e diminuir o sofrimento. A *relação de cuidado* era fragmentada, com posturas centradas na usuária e outras que lhe impediam o processo de protagonização em saúde, compondo assim as especificações da prática social da Organização hospitalar, neste trabalho entendidas por *habitus*. Por efeito, as usuárias apresentaram três tendências psicossociológicas na trajetória de hospitalização, nas quais preponderou: 1) relação de amor com a Organização; 2) relação de ressentimentos; 3) rejeição e ódio dirigidos pela usuária ao hospital. Associado a isso, identificaram-se dificuldades interativas da equipe de saúde, com suas relações verticais e de dependência, em meio ao estresse no trabalho. E a função paterna da Organização de saúde mostrou-se central nesses problemas, em seu modo de controlar a autonomia das usuárias e dos profissionais de saúde. Ainda assim, esse grupo social era mediado por uma política de reconhecimento, que apareceu implícita às contradições Organizacionais, garantindo, mesmo que isoladas, a efetivação de práticas solidárias em saúde. No geral, espera-se que o estudo possa interessar para o aprimoramento das práticas em saúde voltadas à gestante de alto risco.

Palavras-chave: gestante de alto risco; *relação de cuidado*; análise institucional; autonomia; *habitus*.

ABSTRACT - Aiming to contribute to Women's Health, this social health study is situated in the interface of Health Psychology, Institutional Analysis and Obstetrics. It aimed to analyze the contradictions of the *care relationship* between the hospitalized high-risk pregnant woman and the your health team. For that, the theoretical foundation included the *Paradigm of Complexity* (MORIN,1990); the *Sociomental Model* (MAX PAGÈS, 1993); *Theory of Instances* (ENRIQUEZ, 1991/1997); the *concept of autonomy* as a revolutionary project (CASTORIADIS, 2007); the *concept of Habitus* (BOURDIEU, 2009); the subject's agency in health and social control (FOUCAULT, 2004/2008). The study's object was the *care relationship* and had the participation of eight users and eight health professionals from a hospital center of excellence. The following techniques were used to collect data: interviews, field observation, and analysis of documents whose theoretical methods were analysis of the dialectic system (MAX PAGÈS, 1993) and synchronic institutional analysis (BARBIER, 1985). The results evidenced that these women already awarded to their babies a place of aggressiveness even before becoming pregnant. Hence, they experienced their pregnancy fearing death, due to their clinical condition, and also felt guilty; these feelings were summed to a stressful situation accruing from the hospital routine and the gestational and puerperal psychodynamic. However, they did not always find in the health team the necessary affective support to help them to re-signify the baby's place and consequently diminish suffering. The care relationship was fragmented with postures focused on the users and other postures that impeded them to be protagonists in the health process, which composed a *habitus* around care. Consequently, the users presented three psycho sociological tendencies concerning the hospitalization experience preponderated: 1) the relationship of love with the Organization; 2) the resentment's relationship; 3) the rejection and hatred and which was directed by the user to the hospital. Associated with all these, interactive difficulties were identified in the health team, with its vertical relationships and relationships of dependency, amidst stress at work. The Organization's paternal function was central in these problems in its way of controlling the autonomy of users and health professionals. Still, this social group was mediated by a recognition policy that seemed implicit to Organizational contradictions, ensuring that, even though isolated, joint health practices were implemented. This study is expected to help improving health practices directed to high-risk pregnant women.

Keywords: high-risk pregnant woman; *care relationship*; institutional analysis; autonomy; *Habitus*.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi definida na interseção entre a Psicologia da Saúde, a Análise Institucional e a Obstetrícia. Teve o objetivo geral de analisar a dinâmica da *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco de uma Unidade de Referência de Pernambuco, focando suas repercussões na qualidade do processo de hospitalização da usuária. A ideia foi investigar para além do que se evidencia no plano empírico, com atenção no que há de implícito neste tipo de relacionamento, incluindo seus equívocos discursivos.

Assim, esclareço de partida que a equipe de saúde e esta gestante são os atores sociais que dão sentido ao presente trabalho, configurado em três conceitos básicos: *relação de cuidado*; gestação de alto risco e hospitalização. A *relação de cuidado*, um tipo de relação humana, é uma trama interativa construída entre o sujeito cuidado e o sujeito cuidador, que juntos são influenciados por seu contexto psicossocial. Assim, esta relação revela o que há de particular e de universal no estilo interativo desses sujeitos e é regulada pela Organização¹ onde eles estão inseridos, através do vínculo que esta mantém com os sujeitos, interferindo no modo deles inventarem seu cotidiano (ENRIQUÈZ, 1997/2001; MARTINS, 2009). Considera-se gestação de alto risco aquela em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto indicam maiores chances de sofrer complicações, do que a média das experiências gestacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). E a hospitalização foi aqui

¹ Neste trabalho, toda vez que o termo Organização e seus derivados estiverem escritos com a primeira letra em maiúsculo, estará referindo-se à estrutura hospitalar, uma Organização do setor saúde. Quando em minúsculo, terá o sentido comum da palavra, uma ordenação regular, própria de algo organizado, associado, constituído.

entendida enquanto um evento psicossocial, pois, envolve processos objetivos e subjetivos, como burocracias e relação de afeto, respectivamente, que sustentam o itinerário da pessoa hospitalizada na trama interativa, com seus cuidadores (ANGERAMI-CAMON, 1995).

No conjunto desses conceitos, optei por desenvolver uma análise dialética dessa *relação de cuidado*. Afinal, no ambiente hospitalar, esta relação é contextualizada por processos objetivos e subjetivos, organizados por ambiguidades e antagonismos próprios ao sistema Organizacional (PAGÈS, 2001). Salienta-se, a visão dialética serviu como um novo olhar sobre os processos Organizacionais, diferenciado da visão funcionalista que orientou a psicologia nesse campo, centrada na harmonia e no equilíbrio da dinâmica do sistema social. A visão que orientou este trabalho está embasada epistemologicamente na Filosofia da Complexidade, explicada por Edgar Morin (1990). E permite compreender a Organização hospitalar como uma estrutura constituída por relações psicossociais, tendo assim um caráter contraditório. Por exemplo, uma Organização de saúde pode provocar nas pessoas a sensação de segurança e acolhimento através de seus dispositivos tecnológicos e humanos, em simultâneo e de forma antagônica, provocar a sensação de insegurança e desamparo nos atores sociais envolvidos, por razão de algumas das características desses mesmos dispositivos. Uma contradição como esta implica a máxima psicanalítica de que toda relação humana é conflitiva, marcada por amor e ódio. Acreditando nisso, questioneei a contradição dialética da *relação de cuidado* presente no campo da Saúde da Mulher, no que diz respeito à assistência à gestante de alto risco hospitalizada.

Essa escolha temática teve vários motivos. Um deles adveio de minhas experiências profissionais com o Método Canguru, voltado aos cuidados do bebê prematuro, mas iniciado já no apoio às gestantes de alto risco². Em minha prática junto às mães desse bebê, deparava-me com os sentimentos antagônicos das parturientes para com o hospital-maternidade onde trabalho. Essas mães revelavam nos atendimentos psicológicos o sentimento de amor e de ódio que dirigiam ao hospital.

Desta maneira, eu quis estudar a relação de cuidado vivida pelas gestantes de alto risco, no intuito de ampliar minha visão na assistência; uma vez que tais antagonismos me

² As discussões recentes da Área Técnica da Criança, no Ministério da Saúde, reformularam o nome do “Método Mãe Canguru” para “Método Canguru”, fazendo referência ao papel da família nos cuidados com o bebê. E vem sendo assinalada a importância deste Método ser visualizado já nos cuidados à saúde da mulher grávida de alto risco. Esta ideia foi assinalada nos Cursos de Capacitação para o Método Canguru, em 2009/2010, nos diferentes Centros de Referência do território nacional.

remeteram às disciplinas da Graduação, especificamente, Psicologia Institucional e Psicologia Social das Organizações. Através delas, entendi que a relação estabelecida entre o indivíduo e a Organização é sustentada por uma rede de contradições; sendo tarefa do profissional de psicologia questionar os jogos contraditórios atuantes nessa dinâmica. Para compreender isso, entrei em contato com as teorias de Max Pagès (1993) e Eugène Enriquez (1997), que desenvolveram estudos na linha da *Análise Institucional de orientação psicanalítica*³. Esses autores entendem que estudar os fenômenos sociais da Organização requer um olhar que articule o sistema social e o sistema psíquico, incluindo aquilo que está evidente e o que está implícito em sua dinâmica.

Percebi esta orientação psicossociológica como apropriada para se investigar os conflitos do processo de hospitalização da mulher em uma circunstância peculiar: além de estar hospitalizada, encontrar-se em alto risco gestacional. E me lancei a construir um estudo que promovesse um espaço de fala às usuárias e aos profissionais de saúde. Deste modo, estive atenta ao fato de que, enquanto eles verbalizassem seu cotidiano em nome próprio, expressariam as particularidades da Organização hospitalar.

Nessa trajetória metodológica, foi necessário considerar a Política Nacional de Humanização (PNH), que recomenda acolher integralmente a história de cada mulher grávida, a partir do relato que ela traz, devendo ser incluído nesta narrativa o que a equipe de saúde percebe a respeito. Tal estratégia é um caminho para reconfigurar a *relação de cuidado* em saúde, por servir de incentivo para as usuárias se perceberem corresponsáveis na produção de saúde (BRASIL, 2005).

Pelo exposto, justifica-se a *relação de cuidado* como o objeto desta pesquisa. Eis um objeto histórico-social, pois se sustenta, de um lado, nas redes discursivas da Organização, tais como políticas de saúde, a noção de usuário, de equipe e do feminino no âmbito hospitalar; de outro, nas práticas concretas que animam o cotidiano de suas enfermarias.

O diferencial desta pesquisa é que não apenas reconhece os fenômenos emocionais ou psicossomáticos da mulher em circunstâncias de gravidez de alto risco, mas busca focar um ponto não muito abordado pelos saberes que atuam na Saúde: as questões institucionais que sustentam a *relação de cuidado* entre essa gestante e a equipe de saúde.

³ Eis a abordagem teórico-metodológica que embasou a presente pesquisa, pertencente ao campo da psicossociologia, que assume um olhar dialético. Isto será esclarecido no capítulo dois deste trabalho.

Aliamo-nos à tendência de pesquisa qualitativa em Saúde, o que é recente no Brasil. A Medicina ainda se concentra na epidemiologia, nem sempre abrangendo os aspectos sociais da saúde, como se nota na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Notável é o investimento da Enfermagem em pesquisas sobre a *relação de cuidado*, como consta na Biblioteca Virtual em Saúde, no Scielo e no Google Acadêmico. Porém, em seus limites epistemológicos, aborda a *relação de cuidado* no plano comunicacional, no ato visível do acolhimento, onde se limitam os enunciados da fala. O ponto de contribuição deste estudo está em escutar os equívocos do discurso, as contradições desse jogo interativo, que diz respeito às manifestações do inconsciente⁴.

Ao pretender nesta introdução dar uma ideia do conjunto de que trata a pesquisa, para favorecer a leitura dos capítulos que seguem, sublinho que a temática do estudo situa um processo de reformulações institucionais que vem agenciando de forma sócio-histórica as práticas focadas na saúde da mulher grávida.

Neste contexto, o primeiro capítulo apresenta a problemática da pesquisa. São abordados nesse momento os seguintes temas: a) a institucionalização da Saúde Pública e a questão da hegemonia médica, levando em conta a noção de controle social em Michel Foucault (1926-1984); b) as novas configurações da Saúde, como a proposta de trabalho em equipe, incluindo a Política Nacional de Humanização (PNH); c) as orientações desta Política ao atendimento à gestante de alto risco; d) a articulação entre o lugar que a mulher-mãe ocupa na sociedade e a psicodinâmica da gravidez, focando a gravidez de alto risco; e) as questões da *relação de cuidado* no processo de hospitalização, com a perspectiva de saúde centrada no usuário. A partir de tais reflexões, foi estabelecida a questão de pesquisa que levou aos objetivos expostos no final do capítulo.

O capítulo dois explana a abordagem teórica, em que foi situada a autonomia como uma construção coletiva do sujeito social, perspectiva que deu sentido ao trabalho. Eis um olhar consonante com os fundamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos que orientam a Análise Institucional, visão psicossociológica assumida neste estudo.

⁴ O inconsciente – um dos conceitos fundamentais da psicanálise - é uma instância psíquica não acessível, o “isso” que escapa à consciência do sujeito. Da ordem do insabido, é a instância do desejo, do impossível de ser decifrado. Ainda assim, o inconsciente manifesta-se na realidade, através dos equívocos do discurso do sujeito. Quando um sujeito fala, não expressa somente o que pretende dizer, seu discurso deixa escapar algo da ordem do “não dito”, que faz menção ao conteúdo do inconsciente, mas não é ele próprio (KAUFMANN, 1996).

O capítulo três detalha a trajetória da pesquisa, com a descrição dos dispositivos metodológicos escolhidos, clarificando-se a maneira que a abordagem dialética adotada facilitou a análise dos dados.

No capítulo quatro, com a implicação da pesquisadora, esclareço a marcação política de meu posicionamento neste trabalho, uma reflexão primordial, considerando tratar-se de uma pesquisa psicossociológica.

No capítulo cinco, os resultados são expostos através de categorias temáticas que possibilitaram imprimir a análise institucional da *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a usuária de uma Unidade de Referência em gestação de alto risco.

Por último, apontam-se algumas considerações finais, na tentativa de arrematarmos algumas implicações do presente estudo.

Capítulo 1:
**A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA
HUMANIZADA À GESTANTE DE ALTO RISCO**

*“Os homens foram, individual e coletivamente, esse querer, essa
necessidade, esse fazer, que de cada vez se deu um outro objeto e
através disso uma outra definição de si mesmo. (...)
A humanidade é aquilo que tem fome.
(CASTORIADIS, 2007, p. 163)*

1.0. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA HUMANIZADA À GESTANTE DE ALTO RISCO

Entendemos nosso objeto de estudo – a *relação de cuidado* – como um fenômeno sócio-histórico, construído na relação contraditória entre o poder das normas e a força das ações sociais anticonservadoras, sendo esse jogo de contradições fundamental para a singularidade da Saúde Pública. Isso significa dizer que as mudanças da prática de cuidado em saúde apresentam dimensões micro e macroestruturais da institucionalização do Saber em Saúde, incluindo as mobilizações políticas, ideológicas, econômicas e psicossociais. Como nosso interesse foi focar a *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco, concebendo-os como atores sociais que se sustentam e se apropriam das Organizações de saúde, escolhemos começar refletindo sobre as significações sociais dadas ao corpo da mulher grávida, focando suas complexidades sócio-históricas.

1.1. Os três tempos simbólicos do “corpo da mulher grávida”.

O modo como o Ocidente situa o corpo da mulher grávida, está intrínseco nas representações simbólicas das práticas da vida privada e coletiva. Ao longo da história, os saberes popular, religioso e científico capturaram linguisticamente este corpo, impregnando-o de crenças e valores, na fronteira entre a coisificação do corpo feminino e a condição sujeito da mulher. Isso fica nítido na abordagem dos três tempos simbólicos dados ao corpo grávido: tempo mitológico, tempo biológico e tempo polissêmico¹.

No tempo mitológico, o processo reprodutivo da mulher era explicado através de elementos sobrenaturais, como a influência da lua e do vento. A simbologia mítica torna-se a referência para a minimização dos mistérios do corpo humano, da diferença entre sexos, gravidez e parto, por exemplo. Vale dizer, as sociedades arcaicas convocavam os mitos a fim de significar a realidade, assim, minimizar a angústia humana diante do desconhecimento. Os mitos têm essa função: organizar as experiências do cotidiano. Pois, o mistério em torno do corpo grávido possibilitou o desenvolvimento de explicações poéticas sobre o mesmo, a ponto de associar a mulher grávida à “mãe-natureza” (MARTINS, 2005).

No advento do cristianismo, o corpo grávido foi simbolizado como “corpo sagrado”, à semelhança da Virgem Imaculada Conceição. Ou, como “corpo do pecado”, à semelhança de Eva. Corpo, saúde, doença e gravidez receberam o crivo da santidade e do pecado, sob a perspectiva criacionista. A mulher grávida era socialmente reconhecida, se fosse casada. Por outro lado, o corpo da grávida podia ser visto como prova do pecado, quando associado aos “maus” comportamentos sexuais da mulher, de modo que os problemas de saúde advindos do processo gestacional eram explicados como castigo divino (CAMAROTTI, 2002).

Essa distinção foi efetiva, uma vez que a explicação religiosa no Ocidente agia de forma repressora para com o corpo da mulher, ao atribuir o tom de impureza ao ato sexual. No processo de ruptura com as explicações sobrenaturais, a ciência apropriou-se do discurso de que a atividade sexual tinha como fim a procriação. O modelo sexo-procriação foi o modelo binário do patriarcalismo, limitando o lugar social da mulher à reprodução. Nesse patamar, a lógica da ciência diferenciou-se da lógica do cotidiano e acabou produzindo uma assistência repressora em saúde, ao negligenciar a autonomia da mulher sobre o próprio corpo (LUZ, 1979; COELHO; FILHO, 2002; HELMAN, 2003; ÁVILA, 2003).

No tempo biológico, a repressão da religião foi substituída pela repressão da ciência, que simbolizou o corpo da mulher grávida como estritamente orgânico. Como diz Rezende

(2010), os tratados de obstetrícia dos Séculos XVIII e XIX revelaram um saber especializado e objetivo, o que favoreceu à visão naturalista, adotando-se o modelo da homologia sexual, sob a noção de feminino como imperfeição. Foi adjudicado ao corpo da mulher as qualidades de perigoso e frágil, estando as doenças da mulher determinadas pelo aparelho sexual. E as mudanças fisiológicas da gravidez dividiram posições científicas, entre este corpo revelar ou não um estado doentio, principalmente quando em alto risco gestacional (MARTINS, 2004).

Aos poucos, foi possível à Ciência perceber que o corpo da mulher grávida não se reduz à função biológica, devendo ser focado na pessoa, não nos órgãos. Czeresnia (2007) apontou a mudança conceitual a partir da epidemiologia, no Século XIX, que posicionou o outro como entidade “periculosa”, sob a materialização do corpo humano.

Mas surgiu no Século XX, ainda segundo esta autora, um movimento de contrarreforma do corpo como um todo, interferindo na significação social dada ao corpo grávido. Teria sido a partir da Biologia Molecular, que a causa da doença incluía fatores ambientais, psicossociais e epidemiológicos de riscos. A gênese da doença foi relacionada ao estilo de vida do indivíduo, desde então, responsabilizado pelo próprio estado de saúde. E a genética estabeleceu novos esclarecimentos sobre as malformações fetais e infertilidades. No mais, as Ciências da Saúde e as Ciências Humanas dialogaram através da psicossomática, que diz ser as patologias orgânicas desencadeadas ou ativadas por motivos subjetivos. Por exemplo, como consta em Baptista e Dias (2010), a Psicologia da Saúde ganha força na década de 1970, em sintonia com políticas nacionais de saúde, com orientação para o estilo de vida das pessoas, seu contexto e a organização da prática do cuidado de si, de maneira que a subjetividade começa a fazer parte do universo das discussões sobre saúde e doença. O psicossocial tornou-se cada vez mais pauta das questões de Saúde Pública.

Apesar disso, Czeresnia (ibid) frisou como necessário mais outra reviravolta semântica, para que se construam alteridades em Saúde: ampliar o corpo contextualizado para corpo histórico-cultural, pautado na interação e na contingência dos sujeitos. Essa nova perspectiva de saúde e doença faz parte de um movimento anticonservador sobre o corpo humano, demarca o tempo polissêmico: o corpo da grávida seria histórico-cultural, simbolizado através das interações vividas pela mulher. Analisar a qualidade de seu campo

interativo vem sendo defendido como um recurso apropriado para se definir e redefinir de a terapêutica do sujeito.

Situados os três tempos simbólicos do corpo da mulher grávida, vale percorrer um pouco o itinerário da Organização de saúde voltada para a gestante.

1.2. O itinerário do hospital-maternidade e seus aspectos macrossociais

O hospital-maternidade no Brasil teve sua origem na encruzilhada entre a hegemonia das parteiras e a hegemonia médica, sob a influência europeia, revelando-se também aqui as tensões entre o saber científico e o popular em saúde. Para melhor entendimento, vale apontar antes um pouco da história das Organizações de saúde no Ocidente.

As primeiras práticas ocidentais de assistência à saúde foram realizadas por civilizações antigas, antes de Cristo, no formato de auxílio a enfermos e desamparados, com tratamentos gratuitos e de fundamento religioso. Há registros de que Moisés, legislador do povo Hebreu, ampliava suas orientações, interferindo na higiene individual, familiar e comunitária, prescrevendo nos casos de doenças contagiosas, mas também com instruções voltadas às mulheres durante a menstruação, à gravidez e ao puerperio (CAMPOS, 1944).

Das primeiras civilizações, não há registro sobre complexos hospitalares. Uma das primeiras dessas organizações foi descrita por Heródoto, ao se referir a mercados públicos, onde doentes informavam suas doenças à população, recebendo dela sugestões de cura. Na Grécia Antiga, o primeiro hospital foi um templo religioso. Diante do grande número de enfermos que iam ao local pedir cura a Deus, sacerdotes reformaram a estrutura física, para melhor acolher os doentes, dispondo fontes de águas terapêuticas no novo espaço (ibid).

E o conhecimento médico da Antiguidade foi guardado nos mosteiros medievais, a fim de não ser transformado em heresias ou práticas pagãs. Sendo assim, na Idade Média, os hospitais, *hospitale* ou *Domus Dei*, eram casas religiosas onde se amparavam os doentes, por via de tratamento sanitário e profilático; compondo-se de ferramentas dualísticas de cuidado. O Clero, figura principal da prática de cuidado, acompanhava os doentes do espírito, enquanto os *medicus* eram responsáveis por tratar os acometidos dos males do

corpo, principalmente no final da Idade Média, com a fundação da Escola de Medicina de Salerno, na Itália. Em geral, os *medicus*, os sacerdotes e as irmãs hospitaleiras¹¹, estavam sujeitos ao contágio, caracterizando o ato penitencial de seu serviço caritativo. A estrutura era desigual e discriminatória na Europa: os tratamentos dos servos eram mais longos, com administração de medicações pouco onerosas. Já a hospitalização da nobreza era de curto prazo, com medicamentos mais efetivos (SAUNIER, 1985).

Na Idade Moderna, o hospital foi um espaço de recolhimento e proteção populacional, caritativo, filantrópico, assistencialista e excludente, alimentado pela política de desigualdades. Os doentes de baixo poder aquisitivo foram rotulados como portadores de doenças contagiosas, devendo ser excluídos da sociedade que lhe ofertava compaixão. Nesse período, a clientela do hospital compunha-se de indigentes, prostitutas, moribundos e loucos, todos concebidos em condições terminais, despojados de assistência material e espiritual. Essa Organização era um “morredouro”, ritual de passagem para a morte: o foco não era a cura, mas a caridade; a assistência hospitalar era um espaço digno para leigas e religiosas salvarem a própria alma e a dos hospitalizados (SAUNIER, 1985; FOUCAULT, 2008).

No Brasil, a primeira Organização hospitalar foi a Santa Casa de Misericórdia de Salvador, fundada em 1549, instituída pela coroa portuguesa, funcionava sem auxílio do governo, em condições sanitárias desumanas, sendo um complexo mantido como “filantropia social e congregação de fiéis” (CABRAL, s/d).⁵ Outros hospitais foram sendo construídos no Rio de Janeiro e no Recife, mantidos pela Igreja, pelo exército ou pela beneficência portuguesa. No geral, tais Organizações acolhiam pobres, órfãos, viajantes e mães solteiras (FERREIRA, 2008).

Como se observa, esses hospitais não eram uma Organização médica. Foi no Século XVIII que, na França, os médicos mantiveram o controle da vida pública e privada, detendo o saber em saúde e fazendo da medicina o fundamento do hospital. Tal reformulação deu-se pelas artimanhas do mercado. O crescimento da industrialização acentuou um processo não planejado de migração urbana, por conseguinte, a desigualdade social qualificou o sentido de “doença”. Signo da ausência, a enfermidade foi vista como efeito da falta de trabalho, de alimentação, de cuidados, de felicidade. A assistência hospitalar era um serviço marginalizado, voltado ao “miserável” e ao “infeliz”. Como a doença acusou o caos sócio-

⁵ Cf. <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/stcasaba.htm>. Acesso aos: 05.10.2009, às 20:18h

demográfico, a pobreza foi utilizada como justificativa para a necessidade de uma reorganização do espaço social. Foi assim que moral burguesa categorizou os pobres, nomeando uma parcela deles de “ociosos voluntários”, outra, de “desempregados involuntários”. Esse crivo da ociosidade minimizou a leitura sacralizada da pobreza e a culpa social diante da miséria, formando mão de obra barata. Ainda, a ascensão sócio-econômica era projetada como uma garantia para que o indivíduo financiasse os custos do próprio tratamento médico. Segundo Foucault (2004), houve uma aliança entre as necessidades industriais de produção, o fenômeno do adoecimento do pobre, o imperativo do trabalho e a prática médica.

Deste modo, no Século XVIII, a França deu início à gestão participativa em Saúde dissimulando os interesses burgueses. Nesse jogo conflitivo, o hospital voltava-se mais à saúde da população do que à normatividade, pois o movimento higienista investiu na saúde do corpo físico, para melhoria das condições de vida do corpo social. A assistência deixava de ser caritativa e se tornava dever da polícia médica que usaria de estratégias disciplinares para higienizar o social, porque a doença passou a ser vista como problema geral da população, com ações de massa, verticalizadas, impositivas e centradas no diagnóstico e na medicação. Em linhas gerais, a Saúde Pública surgiu enquanto agência moral e científica “secretamente econômica”, sustentada na governamentalidade do capitalismo. A pauta o discurso médico era a “morbidade urbana e uma vigilância médica de todo um conjunto de disposições, de construções e de instituições” (FOUCAULT, 2008, p. 201).

Todavia, neste período, alguns fatores contribuíram para denegrir a imagem social dos hospitais: infecção hospitalar, terapêutica dispendiosa, superlotação, dificuldades no acesso ao serviço e na eficácia do tratamento. Assim, os hospitais foram direcionados a um processo de reforma especializado, os médicos tornaram-se responsáveis direto pelo controle da saúde, a rede hospitalar foi voltada aos tratamentos complexos. Todavia, essas reformas eram burocráticas, econômicas e espaciais, aprisionadas na visão biológica e na moral burguesa (FOUCAULT, *ibid*), como ocorreu no Brasil.

Por razões conservadoras, até a primeira metade do século XIX, não havia uma unidade hospitalar brasileira que dividisse seus serviços por gênero sexual. Aliás, nem se tinha médicos especializados nas doenças das mulheres. A Obstetrícia é uma ciência médica que, Segundo Rezende (2010), enfrentou o desconhecimento das parteiras sobre as

complicações do parto, a discriminação de gênero, as crendices populares, incluindo a noção de que a gravidez e o trabalho de parto não demandariam atenção médica especializada.

As parteiras eram especialistas no cuidados com a saúde das mulheres, responsáveis no tratamento de doenças relacionadas à sexualidade e à genitália feminina. Geralmente, eram mulheres casadas ou viúvas, de várias classes sociais e que tinham essa atividade como um dom e ofício duradouro. Especialistas na gravidez, parto e puerpério; orientavam sobre amamentação, ciclo menstrual; eram peritas de exames para investigar a virgindade; prescreviam ervas para complicações puerperais; atuavam em caso de morte materna; batizavam natimortos; e em épocas de epidemias, atendiam a todas as pessoas enfermas, independente de gênero. A Organização das parteiras detinha um saber empírico sobre a arte da cura, transmitido entre gerações, através de sua rede de solidariedade feminina, marcada pelos padrões socioculturais e construindo uma relação horizontal com sua clientela. Foi ainda uma Organização escravocrata, pois algumas hospedaram negras na sua casa, e em troca, alugavam-nas como amas de leite (BARRETO, 2008).

A obstetrícia começou a ser reconhecida socialmente, através da ascensão da ciência médica no Século XX, também da acusação de que as parteiras seriam feiticeiras, aborteiras, ignorantes no saber formal sobre o corpo e responsáveis por mortalidades materno-neonatais. Declarou-se um *front* de guerra no Rio de Janeiro e em Salvador, entre o saber e a ignorância, perpassando na disputa conteúdos moralistas, patriarcais e positivos. Enquanto isso, a gravidez e o parto oscilavam entre ser um evento natural ou fisiopatológico. Em paradoxo, os médicos acabavam buscando orientações com as parteiras, como vetor resultante das deficiências das academias de saúde (VIEIRA, 2002).

Como resultante, houve um processo de oficialização da arte de partejar. As parteiras dividiram-se em ocasionais, as que ministravam partos esporadicamente, e as de profissão. Estas últimas subdividiram-se em: a) leigas, que detinham apenas o conhecimento empírico-sensorial; b) examinadas, que haviam submetido-se à prova de título, avaliada por cirurgiões. Recebiam uma carta de autorização para partejar, emitida por um organismo fiscalizador em saúde, o Fisicatura-mor; c) diplomadas, as que cursaram obstetrícia na Faculdade de Medicina (ibid).

O primeiro curso de partos foi em 1832, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, aberto a candidatas a parteiras e a estudantes de medicina. Por ser um curso teórico, houve

reivindicações de aulas práticas na disciplina de gestações patológicas, para o exercício supervisionado do acompanhamento gestacional, auscultação obstétrica e toque. Então, em 1876, foi criada a primeira enfermagem especial de partos e doenças de mulheres no Hospital São Cristóvão. Porém, as grávidas não aderiram ao serviço, e as mulheres hospitalizadas portavam de enfermidades dissociadas do processo gravídico. Ele foi fechado, devido à baixa adesão, à insalubridade, a pouca ventilação e aos riscos bacteriológicos. Após 1880, com o advento da Bacteriologia, foi possível controlar febres puerperais, entre os processos infecciosos, o que possibilitou o desenvolvimento dos hospitais e sua credibilidade social. Sendo assim, em 1893, foi inaugurado o Hospital Santa Isabel, equipado com enfermarias femininas, em local isolado do centro urbano, separando o espaço das gestantes, das puérperas com quadro infeccioso. Em 1910, houve a inauguração do primeiro hospital-maternidade brasileiro, a Maternidade Climério de Oliveira, em Salvador - Bahia. Já em 1911, no Rio de Janeiro, foi instituída a Escola Brasileira de Obstetrícia, criada por Fernando Magalhães (1878-1944).

Ainda assim, a clientela continuava rara, pois as parteiras permaneciam atuantes e o pudor com o corpo impedia mulheres de procurarem a assistência com médicos homens. Aliás, havia dentro da própria medicina uma discriminação no que se refere ao médico ginecologista e obstetra. Este era um ofício considerado indigno, devido a sua tradição feminina, apropriado às práticas domésticas. Apesar disso, alguns médicos passaram a usar de intervenções educativas, por meio de periódicos, informando sobre sua função, sua ética profissional e suas orientações aos cuidados com a saúde da mulher, assim conquistando a confiança da população, no que toca ao saber em obstetrícia e ginecologia. Em contrapartida, isso fez do processo gestacional, parto e puerpério um evento hospitalocêntrico, apoderado pela masculinidade, pelo científico e pelo instrumental (VIEIRA, 2002; BARRETO, 2008). Nesse momento, o corpo grávido era um corpo exclusivamente biológico, como abordado antes.

Houve um processo de ruptura da arte de partejar como de responsabilidade de parteiras. Em 1922, a Escola de Enfermagem Ana Neri incluiu na grade curricular a disciplina “enfermagem obstétrica”, a partir de então, não demorou para que o curso de parteiras fosse extinguido (LIMA, 1997). Neste início de século, 91,5% dos partos ocorrem em hospital, ou em espaços equipados pela obstetrícia humanizada. Mesmo assim, estima-se existir

partos domiciliares assistidos por parteiras leigas, nas zonas rurais, atuando sem apoio dos serviços de saúde que sequer têm noção do número preciso delas (MS, 2004) ⁶.

Além disso, o conhecimento obstétrico, a Ciência da Mulher – a Ginecologia, por influências europeias, dedicou-se a ultrapassar as questões restritamente anatomoclínicas, em diálogo com o arcabouço da natureza feminina, sinalizando o compromisso social do discurso médico-científico, incluindo-se em debates sobre gênero, raça e família. O diferencial da tocoginecologia^{III}, comparado a outras especialidades médicas, é que ela manteve inicialmente a lógica do mistério e do milagre quanto ao nascimento do bebê, tendo assim nascido implicada de valores socioculturais. No início, houve médicos que receitavam óleo santo para evitar as dores de cabeça da gestante, prevenindo maus partos. Sob influência sociológica e filosófica, este saber passou a questionar o Estado sobre a responsabilidade dele para com a saúde da mulher, contribuindo com as reconstruções sócio-históricas sobre o feminino e a capacidade reprodutiva (MARTINS, 2004, 2005).

As reformulações traçam a importância de que esses complexos Organizacionais, como os hospitais-maternidades, construam uma relação horizontal, adjacente a das parteiras⁷, no sentido de serem acolhedores à mulher-usuária. Os problemas dos serviços de saúde quanto ao cuidado com a mulher grávida, levaram a um movimento de retomada da presença do saber popular na parturição, como ocorre no programa de doulas.

Em 2001, em São Paulo, houve o primeiro curso de formação de doulas no Brasil. Elas são acompanhantes do parto, que ofertam apoio emocional a mulher antes, durante e após o parto. Antes, são responsáveis por informar à grávida sobre os procedimentos do parto e favorecer a elaboração de suas expectativas com relação ao parto. Prestam informações educacionais sobre o parto e o pós-parto. Como são familiarizadas com os procedimentos de assistência ao parto, elas tem competência para orientar a mulher, o acompanhante, além de usar técnicas diversas de alívio da dor no trabalho de parto. No pós-parto, a doula visita a família, para orientações no cuidado com o bebê.

⁶ Está sendo discutido atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS) uma “política de inclusão do parto domiciliar no SUS”. A discussão está embasada na estimativa do Ministério da Saúde de que esteja ocorrendo no Brasil, em torno de 40mil partos por ano, orientados por parteiras. Cf. www.saude.gov.br

⁷ Winnicott (2006) afirmou que as parteiras mantinham uma relação de proximidade com as gestantes, perpassada por questões afetivas; e que sabiam usar a relação para amparar a grávida na hora do parto, seja respeitando o tempo de independência da mulher, seja permitindo sua dependência no trabalho do parto. Por tolerar isso, as parteiras favoreciam condições saudáveis de parturição. “Isto é em grande parte, uma questão de senso comum, de saber harmonizar a necessidade com a ação adequada ou a inação deliberada” (p.67).

Assim como as parteiras, há uma hierarquia entre as doulas. Há as doulas leigas, semelhantes às parteiras leigas. E as doulas comunitárias, também conhecidas como institucionais, geralmente trabalham como voluntárias de unidades de saúde da rede pública. Elas têm a função de apoiar as mulheres que chegam ao hospital-maternidade, assim não conhecendo as gestantes antes, para um prévio trabalho educacional. Geralmente não tem formação na área de saúde, mas são treinadas pela equipe hospitalar. Como geralmente as mulheres chegam ao hospital sem a presença de acompanhante, as doulas oferecem suporte afetivo e educacional no trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto.

Para o MS (2001), o trabalho das doulas é complementar à ação da equipe de saúde, sendo eficaz no apoio familiar. Além disso, entre os benefícios do trabalho das doulas, são citadas a queda das taxas de cesarianas, da duração do trabalho de parto, das anestésias, do uso de oxitocina^{IV} e de fórceps^V. Porém, o setor saúde não tem condições sociopolíticas atuais de definir a presença das doulas nas unidades de saúde como uma rotina.

Os conflitos até aqui descritos em torno da assistência obstétrica refletem as tensões institucionais do setor saúde em geral, ao se evidenciar a necessidade urgente da presença do sujeito no cenário da Saúde Pública. Conforme Martins (2003), o individualista, parasita social do capitalismo, acabou percebendo a carência social de uma individualidade reflexiva. No espaço da medicina oficial, indivíduos ficaram frustrados, insatisfeitos e inseguros, exigindo um sistema de saúde solidário e pluralista. De um lado, há uma força reivindicando a presença do sujeito criativo em saúde. De outro lado, outra força coibindo o plano afetivo da sociedade moderna, em um movimento repressor do corpo singular. Toda essa tensão revela um cenário apelativo às relações complexas no cotidiano da prática de cuidado em saúde. Não somente isso, pois como sinalizam Martins, Matos e Fontes (2008), é digno afirmar que o discurso democrático é um dos discursos que impulsionam os avanços da Saúde Pública, ao revisitar as práticas humanas. Sendo assim, os mesmos autores reconhecem que não se trata de desvalidar a competência da medicina, a missão coletiva é encorpá-la a outras fontes de saber, para que respondam juntos ao corpo biopsicossocial.

Após esse resgate histórico, social e político, circunscrevendo a constituição da assistência em saúde voltada à gestante, fica pertinente voltar à discussão de superar o reducionismo biológico do corpo grávido. Para isso, é necessário olhar a saúde da mulher grávida em sua dimensão social, como possibilita o Paradigma da Promoção de Saúde.

1.3. O paradigma da Promoção de Saúde

Este paradigma abre caminhos para se pensar e criar novos sentidos em torno da mulher, do corpo gravídico, na intenção declarada de visualizá-la como uma cidadã que fez a escolha de se tornar mãe em um momento específico de sua vida social. Nesse sentido, a saúde da mulher grávida é um fenômeno social.

Martins (2009) explicam que pensar a saúde como fenômeno social, é reconhecê-la como uma construção da vida social, incluindo os bens materiais e simbólicos dos laços interativos. Trata-se da ampliação da noção de saúde, abrangendo alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Lefevre e Lefevre (2004) acrescentam que esta nova lógica nega a dualidade simplória entre saúde-doença. A doença passa a ser entendida como uma denúncia dos desarranjos sociais, agindo na dialética com a saúde, devendo a patologia ser socialmente enfrentada com medidas de cuidado pluralista. Em suma, a coletividade foi acionada, de maneira que a saúde se torna um fenômeno polissêmico, resultante da articulação entre o orgânico, o psicológico e a participação política.

Sendo assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos imprimiu um conceito renovado de saúde, que seguidamente apareceu na Constituição brasileira.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (REPÚBLICA BRASILEIRA, 1988)

E a Lei Orgânica 8.080 de 1990 entende saúde como de responsabilidade pública, envolvendo a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade. E isso, em termos de assistência, implica uma prática de saúde que considere a condição humana do outro. Essa nova concepção demarcou o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale então refletir a partir deste ponto de discussão os alcances e limites do SUS, bem como suas iniciativas em prol da saúde da gestante de alto risco, tendo em vista que a presente pesquisa está centrada nesta usuária.

1.4. O SUS: surgimento, avanços e fragilidades

As normativas de Saúde Pública no Brasil, ao contrário de antes, consideram a dimensão social da enfermidade, revelando uma abertura aos questionamentos das Ciências Humanas. Segundo Spink e Corrêa (2007), a Psicologia colaborou com isso, propondo visualizar a subjetividade do sujeito e suas multidimensões. Para Fontes e Martins (2008), a Sociologia favoreceu o entendimento de saúde como fenômeno produzido pelas interações complexas da vida social. Mas houve mesmo uma conjuntura sócio-histórica propícia à revolução do sistema de saúde brasileiro, reconfigurando suas bases conceituais. De um lado, o movimento sanitarista era oneroso, com suas medidas de recuperação da doença. De outro, surgiu a ideia de promoção e prevenção primária em saúde, com menor custo financeiro. Inspiradas no processo de redemocratização brasileira, estas últimas foram então racionalizadas para reduzir os riscos de adoecimento da população. Como uma das estratégias de base, a descentralização dos serviços de saúde foi constituída em 1988.

Nesta Constituição, o SUS foi fundado como política de interesse social, cabendo ao Poder Público o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços em saúde. Com sua instituição, em 1990, esse sistema apresentou a meta de reduzir as disparidades regionais na atenção em saúde, para que as práticas fossem acessíveis e igualitárias às diversas camadas sociais. As instâncias de Governo assim deveriam compactuar da nova lógica com corresponsabilidade, partindo da visão de que o fundamento do SUS é seus atores sociais, entendendo-se como ator social aquele que participa da reformulação, do planejamento, do monitoramento e controle do SUS (MS, 2009).

Tratava-se de um projeto de reorganização político-administrativa, direcionando o poder da federação para uma rede participativa, onde as três esferas do governo interviriam de modo interdependente, conforme suas especificidades e competência hierárquica. A descentralização então surgiu com o objetivo de reduzir as disparidades regionais, para melhor adequação do SUS ao universo sociocultural dos usuários. E a assistência foi distinta em níveis de baixa, média e alta complexidade, para enfrentamento dos problemas de saúde da população brasileira. Fundou-se a Rede Básica em saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF), também as assistências secundárias e terciárias, como hospitais-maternidades especializados às grávidas de alto risco e aos bebês prematuros.

No geral, o SUS foi consagrado um modelo diferenciado para o processo de socialização da saúde, como denota seus três princípios (MS, 1990):

- a) Universalidade: como a saúde é direito humano fundamental, deve ser garantido ao usuário o acesso universal e indiscriminado nos diferentes níveis de complexidade da assistência, de acordo suas necessidades individuais e coletivas. Qualquer brasileiro tem o direito de acessar as ações e projetos do SUS, com qualidade no serviço, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- b) Equidade: este princípio define que o SUS atua sem privilégios ou preconceitos, reduzindo e erradicando as desigualdades já existentes na atenção à saúde brasileira. Prevê que Governo, sociedade civil, comunidade científica e outras lideranças sociais comunguem da efetivação de práticas igualitárias em saúde; devendo existir uma distribuição equânime entre serviços, profissionais e recursos de trabalho. Os serviços de saúde devem prezar por ações justas, conforme as carências individuais e coletivas dos usuários e seu grau de complexidade. Busca-se também extinguir situações de exclusão social, no que tange a grupos negros, ciganos, ou de orientações sexuais das mais diversas.
- c) Integralidade: questiona-se a prática de saúde focada na doença e o usuário é visto no plano individual, grupal e institucional, abarcando sua singularidade e seu contexto de vida - família, comunidade. A assistência aglutina ações interligadas, de enfoque preventivo e curativo, individualizado e coletivo. O foco é o usuário em sua totalidade biológica, cultural, econômica e psicossocial.

Atualmente, esses princípios são os desafios da prática, pois estão condicionados a uma mudança de cultura na saúde pública do Brasil, que ainda tem influências da hegemonia médica, da precariedade reflexiva da população e do adoecimento dos profissionais de saúde, devido ao estresse no trabalho. Em 2003, esses problemas justificaram a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), enquanto veículo primordial para se enfrentar os pontos de inaplicabilidade do SUS, em paralelo, para que as pessoas se vejam como corresponsáveis da produção de saúde coletiva.

Importa clarificar, a *humanização* é uma atitude que favorece a autonomia dos sujeitos, garantindo atendimento de qualidade, com uma participação integrada entre gestores, técnicos, pacientes e família. Os atores sociais compõem desta maneira uma rede de construção dos laços de cidadania. A tarefa é mudar a cultura de atenção aos usuários e a de gestão do processo de trabalho: construir atitudes éticas, estéticas e políticas que vejam o sujeito como protagonista de sua história de vida situada na coletividade (MS, 2004b).

Nesse sentido, a PNH é transversal e questiona as verticalidades, as desigualdades e as discriminações sociais. Seus princípios são: criar e garantir a construção de sujeitos autônomos em saúde, através de ferramentas terapêuticas como comunicação, vínculo afetivo, acolhimento e laços de solidariedade. Nesse sentido, defende as relações horizontais entre gestores, equipe de saúde e usuários, posicionando-os como protagonistas e produtores de saúde coletiva, nos diversos níveis de assistência^{VI} (MS, *ibid*).

Sete anos após a PNH, observam-se suas ações de aprimoramento do SUS, como a execução de projetos terapêuticos nos vários níveis de assistência em saúde, valorizando a condição de sujeito do usuário. Contudo, muito ainda precisa ser feito para que o SUS seja de fato centrado no usuário. Segundo o MS (2009), o acolhimento nem sempre é adequado, a valorização do trabalho em saúde continua precária e os vínculos estão fragilizados, com relações submissas ao poder médico. Matos (2009) apontou ainda dissociações institucionais entre o que é preconizado pelo SUS e o cotidiano das práticas de saúde: a) a prática preventiva, os laços de confiança, o protagonismo e a intersetorialidade não acontecem como recomendados; b) as condições da vida social não coincidem com o acesso às informações de saúde, ou seja, a linguagem usada pelo Sistema ainda não se adequa ao universo simbólico dos usuários, sendo isso um ruído notável para impossibilitar o diálogo e a incorporação de uma saúde humanizada.

E a população continua desconhecendo os princípios e as diretrizes deste Sistema, assim não se posicionando como protagonista da saúde. Os indivíduos não assumem a saúde como uma questão social, de responsabilidade coletiva. Ao contrário, a instituição pública de saúde é sentida pela população brasileira como um serviço voltado aos excluídos do sistema social. Matos (2009) constatou no PSF uma fragilização da autoestima dos usuários, que disseram usar o SUS por falta de alternativa. Não tendo condições financeiras de pagar um plano de saúde, submetiam-se a uma assistência deficitária, gratuita e voltada aos pobres.

Por outro lado, o conjunto das normativas do SUS permite mudanças contínuas nas ações desse Sistema. Segundo o MS (2009), o modelo de gestão participativa prevê ações pedagógicas e avaliativas em saúde, a fim de tornar as ferramentas do SUS mais apropriadas aos usuários e profissionais. Em parte, isso abre a possibilidade para o desenvolvimento de uma cidadania ampliada. Por outro lado, a construção de cidadania não depende só de investimentos educativos⁸, no sentido da pedagogia tradicional^{VII}, requer mais profundamente uma mudança de atitude social. Antes mesmo do SUS, Luz (1979) já alertava que viabilizar um ambiente físico e interpessoal seguro ao usuário exige principalmente rever as condições da população se apropriar, produzir e reproduzir vida coletiva.

E um problema possivelmente relacionado às dificuldades de efetivação do SUS é o descrédito da população com a efetividade de um serviço que se anuncia democrático, como argumentam Martins, Matos e Fontes (2008). Segundo os mesmos, a desesperança parece resultar da história social de corrupções, com um sistema educacional que boicota a reflexividade dos sujeitos, provocando uma espécie de desencanto social frente ao ideal democrático. Ainda que a democracia no Brasil seja um fenômeno irreversível para esses autores, eles reconhecem a carência social de instrumentos mais apropriados à ampliação dos jogos democráticos, ultrapassando-os da condição representativa - parlamentar.

Porém, a situação do SUS não é tão trágica, ao considerar a história da Saúde Pública, sendo o próprio SUS uma conquista social⁹. À título de exemplo, conforme Martins, Bezerra e Nascimento (2009), há unidades de saúde que conseguem no seu cotidiano favorecer aos usuários a apropriação dos dispositivos do SUS. Há serviços que contam com grupos voltados a facilitar a *relação de cuidado* e a participação em saúde. A diferença desses grupos é que suas atividades regulares de orientação educativa são somadas ao estabelecimento de laços interativos entre os usuários. Esses serviços tem a singularidade de promover ações centradas no grupo comunitário, conseguindo assim estimular um processo de negociações entre os atores sociais. Sua prática de cuidado é realizada através do favorecimento de

⁸ Uma das diretrizes do SUS é garantir que o usuário seja informado sobre riscos e agravos de sua saúde, sobre o potencial dos serviços prestados, seus limites e formas de utilização. A desinformação é percebida como aquilo que impede a participação comunitária, favorece a alienação dos usuários no sistema: busca de atendimento inadequada aos níveis de complexidade; superlotação de serviços; aumento orçamentário. O SUS já produziu milhares de documentos informativos, campanhas publicitárias, conferências, entre outros dispositivos pedagógicos e a população ainda desconhece suas diretrizes e princípios.

⁹ Os tópicos anteriores deste capítulo demonstram um pouco disso.

trocas de experiências gratificantes e solidárias. O fato é que essas ações são realizadas por grupos específicos de atendimento. De qualquer maneira, já revelam como possível a formação de uma sociabilidade solidária em saúde: exemplos assim provam que a democracia não é toda parlamentar. O desafio social está na ampliação dessas ações.

E o espaço pensado aqui, como local de exercício das práticas sociais humanizadas, é o hospital-maternidade voltado à saúde da gestante de alto risco. Inserido no campo da Saúde da Mulher, é atribuído a esse hospital o exercício de respeitar as diferenças das grávidas, como pontua Ávila (2003), nas suas condições de promoção de saúde, com ações humanizadas, abordando a sexualidade e reprodução como dimensões da vida democrática.

1.5. A mulher grávida de alto risco no discurso da PNH

Como já descrito, a Saúde da Mulher nasceu restrita à biologia da gravidez e do parto, sendo isto reflexo do estereótipo social feminino (mãe, educadora e doméstica). Com a ampliação de seu papel social no Brasil, a mulher foi sendo declarada sujeito de direitos¹⁰. Por igual razão, tornou-se impreterível a reorganização de ações em saúde, para contemplar a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e atender as várias necessidades de saúde das usuárias. O SUS defendeu as mulheres como protagonistas, apontando as responsabilidades sociopolíticas perante as dificuldades de saúde. E se incumbiu de enfrentar e reduzir o mal-estar social quanto à desigualdade e discriminação por gênero e raça, prezando as várias esferas da vida das mulheres. Ávila (ibid) alertou que superar as heranças autoritárias e patriarcais da prática de saúde voltada à mulher, demanda antes democratizar o cotidiano, construir um novo imaginário social sobre relações sexuais, vida reprodutiva, relações amorosas e cidadania; traçar intersecções entre Saúde, Políticas Públicas e vida social.

¹⁰ Em capítulo constitucional dos direitos e deveres individuais e coletivos, decretou-se que homens e mulheres têm os mesmos direitos perante a Lei. Também, foi afirmada uma proteção à gestante no que se refere aos termos de direitos sociais e de previdência social. Instituiu-se a condição cidadã da mulher, ainda que não constassem neste documento quaisquer especificidades sobre seus direitos a um serviço de saúde de qualidade e capacitado para as necessidades femininas. Foi em 2000 que uma Emenda Constitucional alterou alguns artigos, acrescentando assegurar os recursos mínimos para financiar ações e serviços públicos de saúde, em favor ao atendimento da mulher. Cf. BRASIL. Constituição Federal. Brasília, 1988. Disponível em: www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988. Acesso em 03.04.2010, às 12:02h.

Em 1984, antes da institucionalização do SUS, foi criado o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), questionando as ações verticais em saúde e já propondo um olhar diferenciado às mulheres. Naquele momento, o PAISM não obteve muitas conquistas. No início do século XXI, o programa adotou os princípios de humanização e de qualidade na atenção em saúde: focou a satisfação e a autonomia das usuárias, em respeito à diversidade socioeconômica e cultural, buscando aproximar a saúde da realidade local delas. Entre suas metas, o PAISM estabeleceu “ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS”(MS 2004, p.62-3).

Em 1993, foi criada a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), formada pela sociedade civil organizada, profissionais de saúde e de outras áreas, além de executores de políticas públicas em saúde. Entre os objetivos da Rede, listam-se “incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seu corpo e seu parto” e “resgatar práticas humanizadas tradicionais de parto e nascimento, aliadas aos conhecimentos técnicos, também científicos sistematizados e comprovados”. Uma de suas estratégias de ação foi implantar as ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), quanto à humanização da assistência à gestação, parto e puerperio. A REHUNA trata-se de uma proposta de ampliação até mesmo dentro da própria assistência voltada às questões da gravidez e do parto, reestruturando serviços, para que promovam saúde à mulher com mais qualidade tecnológica e humana.

Nesse sentido, foi identificado um grupo de mulheres com necessidades específicas de acompanhamento gestacional, suscetíveis a um desenvolvimento gravídico adverso, por motivos particulares ou decorrentes de algum agravo em saúde. São gestantes que sofrem de alto risco gestacional devido alguns fatores intercomunicantes, tais quais, características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez ou intercorrências clínicas.¹¹ Destaca-se, o conceito de gestação de alto risco¹² revela certo reposicionamento da assistência de saúde voltada a esse público, provocando as equipes de saúde na reelaboração de sua prática de cuidados. Foi observado que esse grupo de gestantes requer um tratamento mais especializado, pois alguns dos casos não se dissolvem na assistência primária, mas demandam ações complexas dos níveis secundário ou terciário, com equipe multidisciplinar.

¹¹ Ver Apêndice A sobre Fatores de Riscos à Gestação de Alto Risco.

¹² Vide “Introdução”, p. 16

Nesse sentido, nasceu em 1998 o *Mecanismo de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco*, buscando-se uma modernização no atendimento à demanda das gestantes. Foram criados centros de referência secundários e terciários em cada estado brasileiro, organizando e hierarquizando os níveis de complexidade em atenção a tais gestantes. Esses serviços possuem tais estratégias políticas e de gestão: a) serviço de pré-natal e de planejamento familiar; b) postura de escuta e acolhimento nas ações; c) informatização dos serviços de informação; d) modernização da central de vaga e de sistema de regulação; e) comitê de mortalidade materna e neonatal; f) garantia de equipamentos médico-hospitalares específicos e seus materiais permanentes; g) ampliação de leitos em UTI neonatal, pediátrica e adulta, além de unidades intermediárias de berçário; h) mecanismos de monitoramento e avaliação permanentes; i) implantação ou implementação de Casa das Gestantes de Alto Risco, como recurso facultativo de apoio às necessidades assistenciais destas gestantes, em caso de precisarem de acompanhamento prolongado na Organização de saúde, sendo esta casa estruturada em área física própria, dispondo de equipe de saúde na rotina diária (MS, 2001b).

Estas Organizações são instituídas pela PNH, visando a autonomização da mulher em condição de gravidez de alto risco. Mas a Saúde voltada às grávidas e puérperas em geral depara-se com muitas deficiências evidentes, com fatos de expressivo agravamento à Saúde Pública, como a mortalidade materna^{viii}. Esse é um problema que denuncia a débil qualidade de vida social. Entre 2000 e 2005, o Nordeste obteve um acréscimo da razão de mortalidade materna^{ix} de 57 a 67 mortes maternas para cada 100.000 bebês nascidos-vivos, sendo o de maior índice, comparado às demais regiões. O Sudeste foi o de menor razão, com uma queda de 48 a 40 óbitos maternos para cada 100.000. (MS/SUS/DASIS/SIM, 2008, *apud*, REZENDE, 2010). E as principais causas de tais óbitos são as mesmas consideradas evitáveis, se a mulher tiver acesso a serviços de saúde qualificados: estados hipertensivos, infecção, hemorragia e complicações no aborto (REZENDE, *ibid*).

A mortalidade materna é um problema social e ocorre no mundo todo, conforme a realidade social de cada país. Portanto, entre os *Objetivos do Milênio*, lançados em 2000, pela OMS, a serem alcançados até 2015, foram definidas as seguintes metas: “melhorar a saúde das gestantes” e “reduzir a mortalidade materno-infantil”.

Em 2004, o Brasil assinou o *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*, focando a preservação dos direitos humanos de mulheres e seus bebês. Algumas das estratégias estabelecidas pelo Pacto foram: praticar o acolhimento ao parto; ampliar os centros de partos normais; garantir atenção humanizada ao aborto; organizar o acesso e adequar a oferta de serviços; promover educação permanente aos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal.

Em suma, o SUS possui ferramentas racionalizadas para a humanização do pré-natal ao puerpério. Nas bases preventivas, há técnicas de avaliação de riscos, entendendo-se que toda gravidez, mesmo sendo um evento natural, necessita do mapeamento no pré-natal das condições de risco. Todavia, falhas das Rede Básica de Saúde^x inibem a identificação precoce e unânime dos riscos gestacionais (MS, 2004).

Percebe-se o avanço histórico nas normas do SUS, quanto à atenção obstétrica, com iniciativas instituídas de humanização à gestante e à puérpera. Promover saúde às gestantes de alto risco soa assim como promover acolhimento digno à mulher e ao recém-nascido, percebendo a usuária como sujeito e o bebê, como um sujeito em formação, através de uma significação polissêmica do corpo gravídico. Então, não se pode desconsiderar neste estudo sobre a *relação de cuidado* as subjetividades em torno da gestação de alto risco e o lugar da equipe de saúde na PNH, os dois temas ainda necessários nesta problemática, para que possamos, a partir desse conjunto de ideias, apontar a questão-problema da pesquisa.

1.6. O “Ser mãe” e as subjetividades em volta da gestação de alto risco

Algumas simbologias do corpo da mulher grávida foram explanadas no início deste capítulo. Agora, a reflexão será em torno das significações sociais da maternidade, observando-se o modelo idealizado do “ser mãe”, uma referência de ternura incondicional. Este assunto nos facilitará perceber as subjetivações da gestante de alto risco.

Segundo Badinter (1985), até o século XX, ser mãe ou educadora eram condições que promoviam realização pessoal e reconhecimento da sociedade. Outros autores apontam que isso estava ancorado em interesses sociopolíticos. Duby, Perrot e Thebaud (1991) esclareceram que a Igreja exaltou na mulher a virtuosidade da aptidão procriadora, assim mantendo os princípios do cristianismo na educação das crianças. Del Priore (1994) apontou

a vertente econômica: a valorização da natalidade gerou abandono de crianças, por efeito, o reconhecimento social das famílias de criação e mão de obra barata; ou gerou mortalidade materna e infantil, devido à precariedade assistencial do pré-parto ao puerpério e vida neonatal. Para Ávila (2003), o conservadorismo nutriu o binômio sexo-procriação, impondo uma sujeição à mulher, que tinha sua sexualidade inibida por dispositivos culturais, para só se devotar ao dom da maternagem e dos serviços domésticos.

Para Stern (1997), a gravidez promove uma nova organização psíquica, denominada de “constelação da maternidade”. Neste estado, a gestante posiciona-se em três discursos: em sua relação com a própria mãe, questionando o tipo de mãe que teve quando criança; um discurso próprio, tendendo a questionar seu estilo materno; também um discurso com o bebê. Essa trilogia compõe assim o eixo da vivência materna, permitindo à mulher efetuar uma reelaboração mental e experimentar novas tendências transitórias de ação.

Por ora, vale detalhar as reações emocionais típicas ao período gestacional (MS, 2005). No primeiro trimestre, a mulher apresenta muito mais instabilidades afetivas, com dualidades na aceitação da gravidez. É comum ela desejar e, simultaneamente, não desejar ter o bebê, devido a suas fantasias psíquicas e às preocupações reais a respeito das mudanças de sua vida, após a chegada do filho. Desta maneira, surgem ansiedades típicas, acompanhadas de irritabilidade e alterações orgânicas, como náuseas e sonolências. No segundo trimestre, a gestante começa a perceber os movimentos fetais, evidenciando sua condição materna, o que lhe favorece idealizar o bebê, atribuindo sentidos ao mesmo, supondo seu estilo de personalidade ou características físicas. A mulher tende neste período à introspecção, à passividade e à reorganização da representação de si e do próprio corpo, havendo a possibilidade de experimentar alterações no desejo e desempenho sexual. Já no terceiro trimestre, são intensas as expectativas para com o parto, o medo da dor e da morte, além de ansiedade. As idealizações sobre o bebê diminuem, um recurso inconscientemente protetivo, para que a mulher tenha condições de construir uma relação de amor com o filho, não se frustrando com o bebê da realidade, diferente do bebê sonhado na fase antecedente. Nesse período final, as grávidas costumam dizer que querem apenas que o filho venha com saúde, não importando as características físicas, dizendo aceitá-lo do jeito que ele vier.

E o sentido que ela elabora sobre sua gravidez tem efeitos em sua saúde puerperal, bem como na constituição orgânica e psíquica do bebê, considerando-se que a

maternidade da mulher é caracterizada por sua postura diante das necessidades do neonato (SALES, 2000). No puerperio, a mulher está ainda mais vulnerável psiquicamente. Ela mantém a relação simbiótica com o bebê, mas vivencia o luto do corpo gravídico e a frustração por não recuperar de imediato o corpo pré-gestacional. Estranha a separação mãe-bebê, enquanto sente medo de se perder na dependência com o filho, não mais recuperando seu estilo de vida anterior à existência dele. Nessa fase, as mulheres estão suscetíveis ao *baby blues*^{XI}, à depressão pós-parto^{XII} ou a quadros ansiosos (MS, 2005).

Diante de tais vulnerabilidades e da visão sócio-histórica de que o corpo feminino era essencialmente suscetível a doenças, a gravidez foi impregnada pelo sentido de riscos. O desconhecimento científico sobre o funcionamento do corpo da mulher, o discurso da fé cristã e o pensamento patriarcal contribuíram para a presença dos mitos no cotidiano das grávidas. A “parturição”, a “maternidade” e a “maternidade de alto risco” foram dotadas de valores socioculturais (MARTINS, 2004; HELMAN, 2003).

Segundo Del Priore (1994), na Idade Moderna, o saber popular justificava a gravidez de alto risco através dos fenômenos da natureza, capazes de interferir no corpo gravídico, vulnerável aos riscos do ambiente, segundo as crenças. Ainda, havia uma explicação de ordem religiosa: os partos chamados “desgraçados” eram vistos como um castigo divino, punindo-se as mulheres que tinham práticas sexuais errôneas na ótica social. Nesse aspecto moral, as práticas sexuais eram vistas como causa de danos gravídicos, porém, a gestante era orientada a apenas moderar a atividade, não deixando o marido em abstinência sexual.

Do ponto de vista científico, ainda há imprecisões na caracterização dos riscos gestacionais, apesar da classificação de risco descrita pelo SUS¹³. Segundo Gomes *et al* (2001) o sentido do alto risco gestacional mantém um perfil quantitativo e organicista, merecendo ser pensado na articulação de várias disciplinas, para uma melhor avaliação dos riscos gestacionais.

Czeresnia (2007) concorda e discute a importância do profissional de saúde favorecer à gestante a construção de sentidos criativos para sua experiência gravídica, de modo a que faça escolhas compartilhadas sobre seu corpo. Segundo a autora, enquanto a medicina controla os picos hipertensivos, cabe à equipe fornecer através da *relação de cuidado* um espaço de escuta e acolhimento, para que a gestante encontre do ponto de vista subjetivo

¹³ Vide Apêndice A - Fatores de Riscos à Gestação de Alto Risco.

outras formas de enfrentar sua realidade, que não seja correndo o risco de morrer ou de matar seu bebê. Do contrário, evitar os riscos de modo autoritário e organicista é incorrer o perigo de agravá-lo. Se “correr riscos” servir ao sujeito como uma saída inconsciente para lidar com sua realidade, seja ao menos na condição de ganho secundário, o risco tem assim um fator de proteção subjetiva, ainda que de forma prejudicial. Pois, livrar o sujeito bruscamente dessa saída psicológica, sem lhe oferecer alternativas, é também uma forma de piorar seu estado de saúde. Então, erradicar ou minimizar as condições de risco de um usuário requer procedimentos que permitam estabelecer negociações.

Para isso, vale tomar ciência de que a grávida de alto risco tende a construir uma autoimagem de fracasso, com dificuldades na elaboração de sua maternalidade. Apresenta intensificada dificuldade de adaptação emocional, quando comparada às gestantes de baixo risco. O estado de alto risco gestacional suscita fantasias de morte e destruição na mulher, podendo indicar complicações de estrutura psíquica, com prejuízo dos laços afetivos nos diferentes grupos sociais, como na vivência da hospitalização. Ainda que a internação seja vetor dos cuidados obstétricos, a mulher pode tomá-lo como estressante, o que pode comprometer o processo de maternagem, por efeito, na constituição do bebê enquanto sujeito em formação (TEDESCO, 1997; COSTA, 2002; ZEN, 2006).

Sittner, DeFrain e Hudson (2005) acrescentaram que o estado de alto risco gravídico tanto pode interferir no psiquismo da mulher, quanto provocar um impacto psicossocial na dinâmica familiar. Eles verificaram a vulnerabilidade das famílias a alterações de conduta, indicadoras do momento de crise e estresse, devido ao sentido que o grupo familiar constrói acerca da vivência do alto risco gestacional. Esse problema somente acentua a função mediadora dos profissionais de saúde na atenção à mulher e ao seu campo social.

Sendo assim, para finalizar o capítulo, importa aprofundar nossa reflexão sobre a *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco hospitalizada, dando ênfase ao fato do processo de hospitalização já ser um fator de vulnerabilidade emocional.

1.7. A relação de cuidado no cenário de hospitalização

Apesar dos esclarecimentos acima sobre a subjetividade da gestante de alto risco, não foram encontradas na literatura especificações sobre os comportamentos desta mulher

durante o internamento hospitalar, em uma Unidade de Referência. Mesmo assim, como a pesquisa situa esta mãe em sua condição de usuária do setor saúde, é apropriado pensar o que acontece do ponto de vista psicológico com uma pessoa em processo de hospitalização. Isso permitirá melhor entender a *relação de cuidado* em seu contexto hospitalar, ampliando a visão sobre a especificidade a que nos propomos investigar.

Vimos nos tópicos anteriores a mudança conceitual das políticas públicas acerca da saúde. E isso se relacionou ao aprimoramento da noção de sujeito, que o SUS defende como um protagonista: esta visão é a perspectiva de saúde centrada no usuário. O doente é convidado a exercer sua autonomia na produção de saúde, sair do lugar de sujeição, antes adjudicado no setor saúde (ROMANO, 1999).

Entretanto, o processo de hospitalização em si mesmo dificulta um projeto de autonomia em saúde. Inevitavelmente, o período de internamento configura-se um *tempo de suspensão* desconexo do ciclo vital do sujeito. Hospitalizado, o usuário exerce uma nova função dentro de seu ciclo de vida: submeter-se a rotinas e normas hospitalares, conviver com estranhos, sofrer a evidência real e imaginária de perdas, como da saúde, do convívio familiar, da privacidade, do seu estilo de vida (ROMANO, *ibid*).

Não se pode deixar de considerar a atuação de vários fatores: história pessoal, crenças, circunstâncias sociais, estrutura psicológica, apoio familiar, ambiente hospitalar, significado construído socialmente sobre sua hospitalização e quadro clínico. Entra em jogo nesse momento alguns mecanismos psicológicos, tais como: negação; culpa; autodepreciação; medo de morte e de represália; raiva pelo estado de dependência. O usuário reage tanto ao perigo real (intercorrência clínica), quanto a uma ameaça no nível da fantasia. E a equipe corre o risco de ser contaminada por essas questões, se não perceber que o usuário deposita nela temores, esperanças e fantasias. Ele geralmente espera encontrar na equipe uma capacidade de maternagem – através de uma relação que alivie as fantasias de destruição incitadas pelo adoecimento, tornando-as suportáveis-, ou de paternagem - em uma relação investida de controle dos perigos externos e hábil para fortalecer o usuário (BOTEGA, 2006). Portanto, o recurso para a hospitalização ser vivida de modo criativo é o apoio social, de maneira que cabe ao hospital assegurar um ambiente de acolhimento (ANGERAMI-CAMON, *ibid*). A necessidade de tal ambiente justifica a presença da equipe enquanto cuidadora, com fins de facilitar o protagonismo do usuário.

No entanto, o processo de inserção da equipe de saúde nos espaços de atendimento esbarrou com o lugar-tenente da medicina, que se posicionou com a *alma professoral* de Bachelard (2002), traçando a hegemonia do discurso médico, focado no corpo biológico.

Moretto (2001) esclarece, todavia, que o médico precisa em alguma medida silenciar a fala do sujeito, enfocando o sintoma (não o sofrimento subjetivo desse sintoma); do contrário, não traduzirá um diagnóstico nas queixas do usuário, tampouco definirá um tratamento. É necessária uma cota de exclusão para que se estabeleça o laço médico-terapêutico. O problema é que a medicina foi ao extremo, negou a obviedade desta relação que ela mesma produzira: a *relação de cuidado* em saúde. Para Clavreu (1983), o médico e o doente acabaram vivenciando um laço incapaz de estabelecer negociações, porque o tratamento do doente era focado na cura da doença, resumindo o doente ao corpo fisiopatológico.

Mas diante das reformulações políticas em saúde, a equipe de saúde, incluindo nela o médico, foi convocada a trabalhar na horizontalidade do Saber, construindo alternativas para se viver a cidadania na *relação de cuidado*. O discurso médico não poderia mais agir isoladamente, vendo-se que “onde só opera a ordem médica, [...] é um caos humano” (MORETTO, *ibid*, p. 66). E o SUS conceituou que a equipe não é recurso humano, nem o usuário é público-alvo: profissional de saúde e usuárias são protagonistas de ação em saúde.

Nessa perspectiva, a recomendação do MS (2009) é que a equipe de saúde compreenda os significados que a mulher grávida elabora junto à família, sobre a gestação, estando ciente de que o contexto gestacional influencia o desenvolvimento da gravidez e da construção da maternidade^{XIII}. A tarefa é, através da *relação de cuidado*, acolher a biografia da gestante, com oferta de suporte afetivo a esta mulher. E Romano (1999) alertou que exercer um trabalho em equipe não é simples, requer dos sujeitos disponibilidade a negociações. Afinal, a *relação de cuidado* é construída através de jogos de identificação e afinidades, crises de confiança, jogos de poder, entre outros aspectos sócio-interacionais.

(...)

Ao longo deste capítulo, observam-se dificuldades encontradas pelos atores sociais, para o exercício de sua autonomia em saúde, o que residem em questões sociopolíticas da construção do Saber em saúde. Quanto às gestantes de alto risco, as dificuldades também se esbarram nos simbolismos dados ao corpo, demarcando inclusive conflitos políticos internos

à instituição, como os desacertos entre parteiras e os obstetras. Nesse contexto sócio-histórico, a *relação de cuidado* é pensada como uma ferramenta terapêutica que deve a todo custo se desfazer das falhas, dos silêncios, das disputas. Mas esse movimento de “virar a página”, através de um ideal de harmonia na *relação de cuidado*, não tem sido garantia da efetivação da PNH, apesar de seus sucessos apontados nesta contextualização. Sendo assim, a presente pesquisa faz um convite: olhar de frente as contradições que possam existir na *relação de cuidado* e, a partir disso, refletir sobre seus processos de mediação.

No interesse de aprofundar o assunto, nossa pesquisa foi desenvolvida através de uma questão norteadora, a partir da qual definimos nosso objetivo geral e os específicos:

1.8. Questão e objetivos de pesquisa

Questão de pesquisa:

Quais as contradições e os processos de mediação da relação de cuidado entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco no cotidiano de sua hospitalização em uma Unidade de Referência?

Objetivo Geral:

Analisar a dinâmica da *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco de uma Unidade de Referência de Pernambuco, focando as repercussões dessa relação na qualidade do processo de hospitalização da usuária.

Objetivos Específicos:

- a) Descrever as ações interativas entre a gestante de alto risco e a equipe de saúde no contexto da hospitalização;
- b) Descrever o lugar que a grávida de alto risco exerce no cotidiano de um hospital;
- c) Comparar o modelo de cuidado preconizado por uma Unidade de Referência com o estilo da prática de cuidado objetivado em sua vida cotidiana;
- d) Identificar as possíveis contradições e os processos de mediação que circulam e organizam a vida social de uma Unidade de Referência.

Capítulo 2:
A ABORDAGEM TEÓRICA

*“Este sujeito ativo que evoca, estabelece, objetiva,
olha e coloca à distância (...)
Ele é olhar e suporte do olhar,
pensamento e suporte do pensamento,
é atividade e corpo ativo – corpo material e corpo simbólico.”*
(CASTORIADIS, 2007, p. 127)

2.0. A ABORDAGEM TEÓRICA

Visando alcançar os objetivos delineados no capítulo anterior, com foco na trajetória terapêutica de pessoas singulares, decidimos estabelecer como fundamento de base a concepção de sujeito social desenvolvida por Castoriadis (2007). Esta tomada de decisão definiu nosso posicionamento psicossociológico diante da questão-problema deste trabalho.

Ora, para este autor, a articulação do sujeito individual e o do sujeito coletivo (na *relação de cuidado*, por exemplo) inscreve-se na perspectiva social que compreende as singularidades das gestantes de alto risco e da equipe de saúde, mas também as contradições que sustentam a Unidade de Referência onde esses atores sociais estão inseridos. Isso significa olhar o institucional da *relação de cuidado*: um caminho baseado na Análise Institucional, referencial dialético, psicanalítico e sociológico, capaz de situar o sujeito como produto e como produtor do espaço social.

Sendo assim, este capítulo começa esclarecendo o que significa a *autonomia* do sujeito social. Em seguida, expõe os fundamentos epistemológico, teórico e metodológico da Análise Institucional. Feito isto, haverá condições para se descrever o desenho metodológico da presente pesquisa, a ser apresentado no capítulo quatro.

2.1. O sujeito social autônomo

Antes de qualquer coisa, é necessário estabelecer o protagonismo que os profissionais de saúde e gestores exercem no contexto da Organização estudada. Para iniciarmos esses referenciais estabelecendo as bases teóricas que fundamentam o conceito de sujeito social nos planos individual e coletivo.

Como acenado na introdução acima, o sujeito social autônomo é aquele que tem sua vida socialmente inscrita nas instituições sociais, com abertura e iniciativa para as reconstruir. Nessa concepção, a condição de sujeito não implica em liberalismo ou descompromisso social, mas em uma construção individual e coletiva socialmente engajada, individualmente consciente. De acordo com Castoriadis (2007), o sujeito social autônomo é aquele que toma decisões conscientes sobre si mesmo e sobre a realidade, a partir de suas relações sociais. E isso ocorre justamente porque a autonomia é uma construção individual e coletiva.

Para que essa questão seja melhor entendida, é preciso esclarecer ainda, que o sujeito em Castoriadis (ibid) inspira-se na visão psicanalítica de sujeito, conforme a teoria freudiana, segundo a qual o sujeito é estruturado na relação conflituosa entre duas instâncias, o *id* e o *superego*. O *id* é a instância do desejo inconsciente e absoluto, onde há a máxima do prazer, designado por Freud (1920) como o *princípio do prazer*. O *superego* surge como a instância que se contrapõe ao *id*, apresentando a norma social, como *princípio da realidade*, demarcada por limites e punições. O *ego*, como sujeito singular, é então constituído na mediação desse conflito: sentir prazer na realização do próprio desejo, em contraposição aos limites da repressão social. O *ego* representa assim uma instância resultante da negociação: ele garante a formação da sociedade, ao permitir que o sujeito obedeça ao social, mas também se aproxime de algo que faça uma representação do desejo. Em outras palavras, o consciente insinua o que antes era desejo inconsciente.

Eis uma conceituação basilar de nossa pesquisa, ao acreditarmos que o espaço psíquico e social, onde se manifestam essas contradições e mediações, precisa ser entendido na sua complexidade, seja pelas referências inconscientes que constituem o imaginário dos atores sociais, seja pelas relações simbólicas que se sedimentam no espaço social.

Por isso, desenvolver o conceito de autonomia nesse contexto teórico, é trabalhar o universo e a linguagem onde se processa o desenvolvimento do indivíduo social. Esse universo permite ao inconsciente se manifestar na inscrição do sujeito, em um mundo das representações simbólicas, que servem de base para a regulação social, também para garantir níveis satisfatórios de realização individual e coletiva.

Ao insistir em vir à tona, as fantasias inconscientes – do campo imaginário – encontram saídas de expressão através do campo simbólico, o da representação do imaginário. Por isso mesmo, cada símbolo produzido pelo sujeito – um documento normativo, um estilo de conduta - está inscrito em uma cadeia de significantes, dizendo o que sugere dizer e camuflando o que não pode ser dito abertamente. Um significante está sempre fazendo referência a outro significante, sempre circulando ao redor do “não dito”, que permanece oculto. Essa cadeia não se fecha, ficando em torno de algo que a razão não dá conta e que é, em certa medida, simbolizado. Portanto, o campo simbólico permite ao sujeito se tornar engajado, questionar e dar sentido à vida, ser sujeito de linguagem, o falante (LACAN, 1998). E foi este o motivo do simbólico ter sido essencial ao nascimento das relações sociais como a que pretendemos estudar nesta pesquisa – a *relação de cuidado*.

Nessa conjuntura, entende-se que o indivíduo, como sujeito social, é constituído “em razão da presença manifesta da relação entre sujeitos” (LACAN, *ibid*, p. 529). Quando diz isso, Lacan não está falando apenas da relação entre um sujeito e *outro* sujeito, no plano da realidade, muito mais, refere-se à invocação inconsciente que o sujeito faz a um *Outro*¹⁴.

Agora, chegamos ao momento da discussão em que é apropriado explicar o que Castoriadis (2007) concebeu como plano individual da autonomia do sujeito. Quando o bebê está na relação primária com sua mãe, vive um estado de heteronomia constitutiva^{XIV}, alienado na relação com o *Outro*, que exerce uma função imaginária, a função materna. Depois, surge um processo de diferenciação, mais precisamente demarcada pela interdição que exerce a presença paterna. Tal diferenciação entre o discurso do sujeito e o discurso do Outro é necessária, do contrário, o indivíduo estará condenado a ficar fora da realidade, em simbiose com a mãe, no estado a-histórico. A partir dessa diferenciação que a função paterna promove, o sujeito assume um discurso que acredita ser dele próprio; simultaneamente, segue sob o domínio do discurso paterno, que exerce uma função

¹⁴ Em psicanálise, lê-se “grande outro”.

simbólica, determinando o que é a realidade e o desejo do sujeito. Diferenciado, o sujeito acredita que o discurso próprio resulta exclusivamente de sua vontade individual.

Por concordar que uma parte significativa do discurso do *Outro* é registrado no inconsciente, Castoriadis (2007) pontuou que a lógica psicanalítica situa o advento do sujeito social autônomo, envolvido no discurso do outro semelhante, mas também se diferenciando do mesmo, a partir de conflitos de identidade inseridos na trama social. O sujeito então fica sob o domínio do *Outro* social, como uma extensão das funções materna e paterna, inicialmente estabelecidas. Sem negar o discurso do outro, a formação do sujeito autônomo passa pelo esforço de construir um olhar crítico sobre aquele discurso, na busca de constituir um discurso próprio, e assim, dar sentido à vida singular. E conceitua a autonomia como:

meu discurso deve tomar o lugar do discurso do Outro, de um discurso estranho que está em mim e me domina: fala por mim. Esta elucidação indica de imediato a dimensão *social* do problema (pouco importa que o Outro de que se trata no início seja o outro “estreito”, parental; por uma série de articulações evidentes, o par parental remete, finalmente, à sociedade inteira e à sua história (CASTORIADIS, 2007, p. 124).

Até porque a sociedade é mantida por mediações de conflitos imaginários, sendo o imaginário social um dominante do discurso do sujeito. Quando este discurso toma o lugar do discurso do *Outro* social, há a autonomia individual, ponto de partida para uma autonomia coletiva.

Esta surge quando o sujeito elabora um discurso seu a partir do reconhecimento do discurso do outro, também da capacidade de questionar esse discurso externo. Nesse processo autônomo, o sujeito preocupa-se com o social e aí constrói um novo discurso; o discurso renovado é uma construção coletiva através do conflito instaurado entre a norma social e sua antinorma. Isso explica a formação de grupos organizados, em que os membros traçam um objetivo em comum e lutam juntos para alcançá-lo, focando as causas coletivas, construídas num ambiente de autonomia.

De maneira semelhante, Morin (1990) pensa a autonomia como um fenômeno que depende de condições socioculturais e da apropriação da linguagem realizada pelo sujeito. Afirmou que a autonomia é exercida pela competência do sujeito em tomar decisões conscientes sobre a própria vida, em negociação com sua coletividade. E observou a

contrapartida: enquanto o sujeito se disponibiliza a negociar com o social, é preciso que este tenha condições de agenciar as negociações.

Nessa linha de raciocínio, Foucault (2008) argumenta que a sociedade controla o sujeito, assumindo sobre o mesmo uma “força global de repressão”, dificultando que ele fale em nome próprio e consiga questionar o sistema de poder centralizador. A lógica do poder social minimiza a força política do sujeito, tornando-o dócil aos interesses da sociedade. A disciplina então aparece como um dispositivo de controle das ações humanas, sem impedir que o homem produza a própria realidade. Sendo assim, o sujeito é um transmissor do poder, deixando-se dominar, mas também resiste às imposições sociopolíticas, e isso é permitido em uma medida que não esgote as forças do sistema dominante.

Essa problemática permite questionar a funcionalidade do SUS. Mesmo este Sistema vir encaminhando uma negativa à disciplinarização do espaço médico, com o lema da autonomia e protagonização do sujeito, tem também revelado deficiências. Pode-se questionar nisso os interesses de manutenção hegemônica do Saber em saúde, com suas formas de regular a liberdade do usuário, em contraposição à força que visa a autonomização do sujeito em saúde.

A reflexão feita até aqui sobre o sujeito autônomo e as relações de força do social permite questionar se a *relação de cuidado* em saúde tem sido praticada de maneira a favorecer a autonomia da gestante de alto risco em situação de internamento hospitalar. A pesquisa foca essa questão, vendo que o conceito de sujeito autônomo em Castoriadis (2007) tem aproximações com a perspectiva de usuário centrado em saúde. Esta perspectiva embasa a *relação de cuidado* como uma relação intersubjetiva, unindo o saber profissional e tecnológico, também os desejos e a demanda do outro (PINHEIRO, SILVA JÚNIOR, 2009, p. 40).

E o cuidado integral requer a participação ativa dos atores sociais, incluindo gestores, profissionais de saúde e usuários, preocupados com o bem-estar dos indivíduos e dos grupos. Estes são vistos nas normas do SUS como aqueles que merecem ter garantido o direito de emitir juízos sobre quais seriam suas próprias necessidades em saúde, sendo então posicionados como outro-sujeito e não como outro-objeto. Igualmente, Castoriadis (ibid) diz que esse outro-sujeito é um projeto revolucionário possível de ser realizado, apesar das técnicas de heteronomia do sistema social.

Vimos no capítulo anterior, que esta noção de sujeito em saúde foi um salto nas políticas públicas. Acrescenta-se aqui, que a noção de sujeito social autônomo representa o salto epistemológico em relação às teorias psicológicas tradicionais no ramo das Organizações, definido pela emergência da Análise Institucional.

2.2. A Análise Institucional

Frequentemente, a preocupação das pesquisas organizacionais de cunho funcionalista foca-se na efetividade do trabalho humano e na produtividade econômica. As Organizações eram pensadas pela psicologia do Século XIX até os nossos dias, através de uma leitura reducionista dos comportamentos humanos e de sua adequação à funcionalidade empresarial. Entre as décadas de 1960 e 1970, surgem tendências alternativas em consonância com os movimentos de contestação política e cultural na Europa, nos Estados Unidos e na América do Sul. Uma dessas tendências se desenvolve sob a orientação da Análise Institucional, demarcando uma ruptura epistemológica, como um olhar revolucionário, com base na visão dialética da realidade, questionando conceitos fundamentais, tais como autonomia, linguagem, o papel social do indivíduo, a articulação entre Organização e instituição¹⁵. Nascia assim uma abordagem que ultrapassou as explicações psicológicas, articulando-se a outros saberes, como o social, o político, o psicanalítico e o histórico, possibilitando um novo modo de perceber a vida humana (BARBIER, 1985; RODRIGUES, 2007).

A Análise Institucional teve seu marco histórico no movimento de contestação que eclodiu na França, em Maio de 68¹⁶ e se expandiu por todo o mundo, em defesa dos direitos sociais e questionando as discriminações, a corrupção e a ditadura, com o objetivo de

¹⁵ Na perspectiva psicossociológica, Organização é diferente de instituição. A primeira é a estrutura física, envolvendo a burocracia e as relações interpessoais. A segunda são as políticas e os discursos que sustentam a Organização. Por exemplo, uma Unidade de Referência é uma Organização do setor saúde, sendo sustentada por várias instituições, como família, a política de humanização, os Direitos da Criança, o discurso da maternidade, etc. As duas serão melhor explicadas ainda neste capítulo, no tópico do fundamento teórico.

¹⁶ “Maio de 68” ocorreu em 22.03.1968. Foi um movimento revolucionário materializado na greve geral estudantil e de trabalhadores operários franceses, aproximando etnias, culturas e classes sociais frente a uma ideologia reformista. Seu declínio foi devido a forças políticas do partido comunista de orientação stalinista, mas sua ação instituinte remodelou o espaço científico, em especial, as roupagens da Análise Institucional. Cf. Rodrigues (2007).

promover mudanças sociais. Através de intervenções de grupo, propunha a construção de sujeitos preocupados com a causa coletiva, críticos-reflexivos de sua realidade: sujeitos conscientes, autônomos.

A Análise Institucional constitui-se assim uma postura epistemológica, teórica e metodológica de base psicossociológica. E se mostra válida a investigações focadas nas práticas sociais, como é o caso do presente trabalho de pesquisa.

2.2.1. O fundamento epistemológico da Análise Institucional

Para fazer uma leitura dialética da realidade estudada, partimos do referencial epistemológico baseado na Filosofia da Complexidade desenvolvida por Morin (2002) com base no qual fundamentamos a Análise Institucional que tratou da *relação de cuidado* como um objeto complexo, estruturado por uma série de contradições que se expressam nas condutas, nos sentimentos e nas ideias dos atores sociais envolvidos nesse tipo de relacionamento humano.

Morin (1990) argumenta que as ambiguidades são a essência da dinâmica do cosmo. Os elementos do universo assumem entre si conflitos inevitáveis, reunindo simultaneamente dissociações e complementaridades. Para este autor, a dinâmica social que envolve as contradições entre as estruturas instituídas da sociedade e a sua contestação por importantes segmentos sociais, está na base das mudanças e dos avanços sociais.

Não há uma situação de equilíbrio puro na vida, com relações humanas harmônicas, como proclama a lógica funcionalista da escolha racional que está na base da psicologia organizacional mais tradicional. O Paradigma da Complexidade mostra que a organização e a desorganização compõem os fenômenos sociais, de maneira que as relações entre os sujeitos são contextualizadas e impulsionadas nesse jogo dialético.

Complexidades são assim sistemas onde os fenômenos se relacionam de modo quantitativo e qualitativo, por interações não controladas e contradições mediatizadas. Para Morin, o pensamento complexo se estrutura em três princípios complementares:

- a) O princípio dialógico revela que os fenômenos são antagônicos, compostos por dualidades que se negam e se complementam. Por exemplo, viver implica seguranças e inseguranças, satisfações e insatisfações.

- b) O princípio da recursividade diz que os fenômenos se constituem da reciprocidade entre causa e efeito, não de sua linearidade. A coisa produtora em dado momento, pode ser a coisa produzida em outro. O social é produto e produção das interações humanas, sendo o homem auto-organizativo.
- c) O princípio hologramático mostra que os fenômenos interagem em um sistema onde o todo e a parte são comunicantes e intercessores. Assim, os atores sociais são partes de um todo organizacional, mas cada ator tem em si a representação do todo, um não pode ser entendido sem o outro, tampouco sem as instituições que lhe constituem e lhe são dependentes.

Para o pensamento complexo, esses princípios são complementares, indissociáveis e interdependentes. Servem para explicar a vida social: o sujeito e sua coletividade. Possibilitam juntos entender que a autonomia do sujeito se produz na dinâmica de desintegrações e de ligações, haja vista, o sujeito moriniano tem função autopoietica¹. Ele é um aglomerado de complexidades, um sistema auto-organizado; é reflexivo; sistema em aberto, criador de novos saberes, à medida que enfrenta lutas entre forças opostas.

As relações humanas são assim contraditórias, construídas entre a ordem e a desordem. Como a Organização é constituída dessas relações, há na sua base os mal-entendidos e as incompletudes, circunscritas pelo sistema social, com seus imprevistos, repetições e irregularidades. A completude desta máquina é uma aspiração, constituída por verdades e não verdades. Nas vicissitudes das complexidades, é que os indivíduos, os grupos e as organizações toleram a desordem, sendo esse grau de tolerância o que viabiliza a tomada de iniciativas inaugurais, na busca pela regularidade (MORIN, 1990).

Isso pode ser compreendido através da lógica das situações mediatizadas que Barbier (1985) explica. Para este autor, as práticas sociais resultam da dominância das instituições sobre o indivíduo e sobre o grupo, dando aos atores sociais uma predisposição a funcionarem em conformidade à instância constituída. Nesse estado de alienação, forças ocultas surgem na tendência de negar o já estabelecido, em confronto com o mesmo, provocando um estado de instabilidade. Essas forças instituintes são as da contestação, no

momento em que o sujeito se evidencia em processo de autonomização diante de seu ambiente social. A criatividade ou o mal-estar dos grupos sociais diante desse cenário dialetizado depende do processo de mediação entre o universal e o particular da vida em sociedade. Esse processo pode ser mais consciente, racional, quando os grupos conseguem investir na autonomia dos indivíduos, tomando consciência das discontinuidades de ações grupais. Ou então, o processo de mediação pode gerar um sistema social preponderantemente manipulado, em que os grupos se posicionam de modo dependente.

A lógica de contradições foi usada para compreender o dinamismo da Unidade de Referência que aceitou participar deste estudo e que, a partir de agora, chamaremos de AMUL¹⁷. Diante dos investimentos técnico-científicos nacionais no campo da saúde da mulher grávida de alto risco, apontados no capítulo anterior, este estudo levanta um questionamento sobre as contradições e as mediações da *relação de cuidado*. Este é um problema presente na perspectiva teórica da Análise Institucional, como se notará no tópico seguinte e que acompanhou o desenvolvimento desta produção científica.

2.2.2. O fundamento teórico da Análise Institucional

Pode-se falar em fundamentos teóricos da Análise Institucional, devido à diversidade de correntes: *Análise Institucional Socioanalítica*, *Esquizo-análise*, *Sociopsicanálise Institucional* e *Análise Institucional de Inspiração Sociológica* (BARBIER, 1985).

Elas têm em comum, uma epistemologia dialética, uma leitura supra disciplinar, com ênfase para o foco sócio-histórico da sociologia e da antropologia e para as referências subjetivas da psicanálise; tudo isso associado a uma postura politicamente engajada com a autonomia dos sujeitos individuais e coletivos. Esse engajamento pode resultar ou em uma atitude de pesquisa-ação dirigida para apoiar grupos e movimentos sociais em suas ações políticas; ou na preocupação de engajamento em uma análise crítica, sem um compromisso imediato com a mudança social.

Foi nesta última perspectiva, que pudemos justificar essa pesquisa como um estudo acadêmico, comprometido com uma análise crítica do quadro em questão, sem um

¹⁷ Este é o nome fictício escolhido, com o propósito de preservar a imagem da Organização de saúde participante. A escolha do codinome faz alusão ao título Hospital **A**migo da **M**ulher.

compromisso objetivo com uma intervenção ativa. De acordo com Rodrigues (2007), este aspecto é característico de uma pesquisa de *Análise Institucional de Inspiração Sociológica*.

A nossa intenção aqui é analisar a relação entre o sujeito e a instituição, como fez Bourdieu, que estudou a violência simbólica da instituição educacional, desenvolvendo nesse esforço teórico o conceito de *habitus*, usado nesta pesquisa e que será esclarecido ainda neste capítulo. Como se nota, a *análise institucional* possibilita desenvolver análises em diversas realidades organizacionais, o que justifica a opção teórica desta pesquisa que analisa a interatividade na AMUL.

No geral, as quatro correntes são avaliadas na literatura¹⁸ como responsáveis por evidenciar a instituição como uma entidade discursiva e ideológica, diferenciando-a da materialidade organizacional. Esse caminho proposto pela *análise institucional* nos permite aprofundar a relação que os homens mantêm com as instituições.

2.2.2.1. As instituições

Com base na referência teórica da *Análise Institucional*, conceitua-se o que está sendo compreendido por *instituição*^{xv}, o que ajudará ao entendimento sobre as contradições institucionais que sustentam uma Organização.

Do latim *institutio*, as instituições condicionam a existência da sociedade, tendo a função de manter e transmitir um Estado, ao regulamentarem e orientarem os laços sociais. Como dito antes que os laços sociais são ancorados por ambiguidades afetivas e envolvem questões primitivas, as instituições acabam também cumprindo um papel antagônico: camuflar e expor os conflitos e as violências da sociedade.

Este autor esclareceu que as instituições são constituídas de uma rede tensa de significações que legitimam e dão sentido a uma Organização. Essa rede possui um saber incontestável e se representam como um ideal da sociedade, sendo imprescindível que os indivíduos e os grupos interiorizem este saber. Por exemplo, o SUS possui como um princípio que a saúde é um direito de todos. Esse saber é a causa de existência do SUS, de modo que, se a saúde não for mais entendida como um direito universal, essa instituição de saúde não

¹⁸ Cf. Lourau (1975); Barbier (1985); Rodrigues (2007).

fará mais sentido. O SUS então luta no seu cotidiano para que os indivíduos e os grupos assumam em seus comportamentos a máxima de direito universal, sendo isso imprescindível para a legitimidade do Sistema. Então, as instituições são reprodutoras dos comportamentos sociais, em função de uma atividade educativa autoritária, no sentido de causar no outro a necessidade de tomar o saber institucional como o ideal da vida individual e coletiva. O que está por trás disso é a função paterna da instituição, ou seja, sua maneira de fazer interdições, de instaurar as regras, regulando o pensar, o sentir e o agir das pessoas. As instituições exercem uma espécie de violência simbólica^{XVI} disfarçada, no sentido de Bourdieu (2007), com o lema de estarem a favor do bem, despertando o amor dos indivíduos que passam a assumir uma submissão amorosa suficiente para a instituição cumprir de fato o que cobiça, o reconhecimento social.

Sendo caracterizadas por uma rede simbólica, as instituições tem característica dialética, isto é, constituem-se de forças contraditórias. São demarcadas pela ordem do instituído, das normas prescritas e pela ordem do instituinte, que diz respeito à negatividade dessas normas, seu potencial de sua contestação. O defensor dessa ideia foi Castoriadis (2007), que afirmou ser a instituição da ordem do vivido, pois, mereceria uma análise do sistema de significações contraditórias - de temas econômicos, funcionais, simbólicos e imaginários -, inscritas no imaginário social.

Para Lourau (1975) essas significações podem ser entendidas como células discursivas, que se visualizam nos três momentos institucionais, compreendidos aqui como centrais de toda a reflexão desta pesquisa:

- a) O momento da Universalidade - as instituições são sociais e montadas por ideias universais e abstratas, visíveis nas Leis da Organização. Por exemplo, que *todo usuário de saúde tem direito à visita familiar* é uma sentença universal, presente nas políticas de humanização em saúde e que orienta a rotina de vida hospitalar.
- b) O momento da Particularidade - a exceção das normas aplicada na vida do sujeito. Se, por algum motivo interno ou externo ao hospital, uma gestante em específico for impedida de receber visita familiar, ocorre nisso a negação

da universalidade. Assim, a totalidade da norma é parcial, comportando brechas para a desobediência.

- c) O momento da Singularidade – a concretização institucional, através da mediação entre o instituído e o instituinte, enquanto referências abstratas. É a realidade das instituições, sua objetivação, provando que a negativa da norma não torna inviável o funcionamento da sociedade. Mesmo que as usuárias não recebam visita familiar, o hospital pode encontrar outras estratégias que minimizem o sofrimento dessas protagonistas, como fornecer um corpo de voluntários, para realizar tarefas ocupacionais com as usuárias.

Na junção desses momentos, percebe-se que em toda norma há o que é possível de ser cumprido – a universalidade – e o que não se submete à realização – o descumprido. Entende-se, por exemplo, que o sistema de saúde funciona entre o direito social do usuário e o que é possibilidade realizar na esfera social e, em particular na esfera pública. A legislação e as políticas em saúde acabam assim não sendo aplicáveis na íntegra, na prática de saúde; por mais que pareçam apropriadas à realidade, diversos fatores sociais, políticos, econômicos, culturais que se apresentam como instituintes, terminam por minar essa universalidade. Ainda assim, a exceção da norma viabiliza a ação de elementos que irão mediar formas sociais singulares, como é o caso do corpo de voluntários do exemplo acima. O terceiro momento entrecruza e serve de mediação para as contradições institucionais, sancionando a relação entre a ação imposta e a ação idealizada, dando origem à singularidade organizacional, ou seja, ao conjunto de suas ações possíveis. Pode-se imaginar uma Unidade de Referência criando artifícios próprios de regulação e práticas, para dar conta de um “não todo universal”, sem se paralisar na desordem.

Esse pensamento dialético contribui com a análise de um estudo da natureza deste, que tem um objeto complexo como a *relação de cuidado*, pois leva à compreensão de que a interação entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco está demarcada por um jogo de contradições que diz respeito não apenas aos sujeitos singulares, mas também ao sistema institucional de que faz parte.

Na sua dinâmica dialética, esses momentos são inseparáveis e justificam que as instituições compartilham entre si de um sistema discursivo. Afinal, as singularidades

institucionais estão limitadas a um conjunto de ações que respeitam o propósito organizacional. Seguindo o mesmo exemplo da visita familiar, até mesmo quando uma Organização se vê impedida de aceitar esse dispositivo, por razões epidemiológicas, ela pode aceitar algum elemento mediador, afinal, o apoio da rede social é acreditado pelas instituições de saúde como valioso para a recuperação de uma pessoa hospitalizada. Por mais distintos que sejam os complexos organizacionais, em sua arquitetura e dinâmica, eles se agrupam em algum ponto em comum do sistema social, como a ideologia de que o usuário é digno de qualidade na assistência.

Resumindo: o momento da universalidade dá condições para a instituição exercer seu poder sobre o social, assim relativizando a autonomização do sujeito. A universalidade leva a Organização a agir sim como um sistema de práticas totalitárias, que são necessárias à vida social, como explica Pagès (1993). Uma Organização hospitalar tem um conjunto de tarefas, com controle de normas, apoiado nas decisões políticos-institucionais, influenciadas pela cultura, pelo jogo de poder e interesses, também por ideologias dominantes, com o princípio de promover saúde e salvar vidas. Os indivíduos então assumem a lógica oficial sobre a saúde; por conseguinte, são capturados pelas hierarquias, pelo corporativismo, pelo mercado, que legitimam o corpo social. O hospital define-se pelos serviços que presta; mas em relevo, pelos modelos comportamentais que produz e reproduz, a fim de manter sua norma social. Na organização, há um sistema educativo que vigia a aplicabilidade das normas na divisão de trabalho, na produtividade e nas relações de poder. O usuário de um hospital, no momento em que é atendido, torna-se receptáculo desse sistema educativo que oficializa o modelo de saúde hospitalar e todo seu conjunto de sentidos construídos historicamente.

Nesse passo, à proporção que o sistema global gerencia as relações interpessoais hospitalares, depara-se com forças instituintes e cria a singularidade do serviço. O hospital incorpora o modelo reivindicado pela sociedade, enquanto oscila entre a norma e o desejo de transgredi-la. O jogo de forças que busca negar a norma é central em Lourau (1985) e sinaliza um estilo de pensar a vida social. Um estilo que optamos para pensar a *relação de cuidado* que a gestante de alto risco vivencia na AMUL. Um sujeito social necessita dessa negativa para que construa sua autonomia, ainda que relativamente. Isso porque, são as

negociações do jogo contraditório que estruturam a singularidade das práticas sociais, orientadas pelo sistema de poder da Organização.

2.2.2.2. As Organizações

A Organização é um sistema de autoridade, através do qual as instituições (políticas ideológicas^{XVII}) são expressas, produzidas e significadas. É formada pela divisão de trabalho, pelas “relações cotidianas de força, das lutas implícitas e explícitas e das estratégias dos atores” envolvidos (ENRIQUEZ, 1997, p. 81). Assim, ela é sustentada por contradições dialéticas, o que faz da Organização um objeto complexo, no sentido dado por Morin (1990).

Para Matos (2003), pode-se distinguir três níveis diferenciados, complementares e imbricados na estrutura do processo de **Organização da sociedade civil**: a Organização de base, a Organização de massa e a Organização política e institucional. As Organizações de base, integradas por pequenos grupos com maior autonomia, porque conseguem elaborar histórias individuais e coletivas sustentáveis. São os grupos comunitários, os laços de vizinhança e outras relações de proximidade que compõem a base social, lugar onde ocorre a formação da consciência cidadã, constituída a partir dos vínculos democráticos e solidários, movidos pela reflexão coletiva. Em outro nível estão as Organizações de massa, onde o individual é diluído na sua singularidade diante da energia coletiva, representam as mobilizações sociais, em que os membros lutam por uma causa pluralista, de modo impessoal. Suas condutas são alimentadas por processos de liderança e por ideologias. E o terceiro nível são as Organizações de caráter institucional, cujo exemplo é a Organização da nossa pesquisa, a AMUL. Elas se formalizam em contratos sociais e apropriam-se de ideologias, o que lhes garantem certo grau de estabilidade.

Portanto, analisar um fenômeno Organizacional, como a *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco hospitalizada, é partir da noção de atores sociais como diretamente implicados nos processos de mediação que fornecem a durabilidade da Organização onde estão inseridos. E isso implica em analisar os sentidos divergentes que circulam na vida de uma Organização como a AMUL. Em outras palavras, perceber que a cena do dito e a cena do “não-dito” confundem-se, sendo a justificativa dessa confusão

apresentada por Pagès (1993), através do modelo sociomental; também por Enriquez (1997) que aborda a Organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário (ENRIQUEZ, 1997). Esses dois pensamentos complementares são esclarecidos a partir desse ponto.

2.2.2.2.1. A Organização como sistema sociomental

Pagès (ibid), ao analisar os processos organizacionais em empresas multinacionais, que ele mesmo designou de hipermodernas, refere-se à existência de uma autonomia particularmente entre aqueles dirigentes de mais alto nível. Sua teoria especifica que a contradição “autonomia – controle da autonomia” condiciona a sobrevivência do complexo Organizacional. Sua diferença com relação aos demais teóricos utilizados neste estudo é o fato de ter aprofundado a análise do ponto de vista psicanalítico, com relação à dominação psicológica que a Organização exerce sobre os indivíduos, com fins de transformá-los em dispositivos reprodutores dela, capazes de mantê-la funcionando. Ele desenvolveu assim uma referência teórica a um sistema sociomental que lhe permite entender as interações entre os indivíduos e a Organização, particularmente útil à análise das relações de poder.

Esta leitura complexa do sistema sociomental permite compreender que a relação entre indivíduo e Organização está condicionada por fatores materiais, morais, econômicos e ideológicos, fortalecida pelo laço psicológico. Isso porque, tanto a Organização, quanto o indivíduo são estruturados por laços inconscientes do imaginário e por referências simbólicas no plano organizacional. O que dá sentido às estruturas psicológicas individuais e às estruturas sociais são as mediações das contradições que produzem a economia dos conflitos, estabelecendo espaços de convivência fundados pelas normas instituídas, mas também em ideologias de onipotência, em processos de projeção^{XVIII} e identificação^{XIX} com os modelos de referência. Assim, as estruturas psicológicas individuais e as estruturas sociais assumem uma influência dialética uma sobre a outra.

E a Organização exerce sobre o indivíduo uma influência social, enquanto manipula seu inconsciente. Essa manipulação ocorre, quando ela reforça as ansiedades e angústias mais arcaicas do sujeito, relacionadas às experiências com seus pais e, ao mesmo tempo oferece os meios de defesa contra essas angustias, frequentemente associados a processos de adesão cada vez mais efetivos. O indivíduo deseja a onipotência, a segurança afetiva, a

satisfação completa no amor. Por esse motivo, ela consegue manipulá-lo, toca no seu ponto fraco, no que ele luta por não reconhecer em si mesmo, sua condição de falta. E ela só o faz, porque também deseja essas mesmas coisas. Ela inventa uma situação de amor incondicional, propondo-se como objeto de amor e como amante, buscando saciar a falta que ela e o indivíduo recalcam. O que a Organização mais faz, segundo Pagès (1993, p. 178), é uma “chantagem de amor”, a fim de ser o objeto de investimento amoroso do indivíduo.

Mas também é uma máquina de angústia. Ao fazer altas exigências ao indivíduo, relacionadas à carga horária de trabalho e rendimento financeiro, entre outros aspectos, ela mesma se expõe à possibilidade de fracasso. Como saída, desenvolve um sistema de controle muito consistente, com formalizações, protocolos atualizados, demarcações hierárquicas nítidas, aperfeiçoamento de seus *staffs*. Então, quando uma Organização exige o cumprimento de normas, não é sua obediência que ela está impondo, mas por trás disso, é o amor do outro (PAGÈS, 1993).

Assim as práticas sociais mantidas dentro de uma Organização, como uma *relação de cuidado*, são constituídas por dispositivos – acordos, instrumentos de ação – que escondem e evidenciam o tempo inteiro seus “*não ditos*” psicológicos, tanto o da Organização, quanto de seus indivíduos e grupos.

Desse modo, ela consegue atrair os indivíduos; o inverso a colocaria à mercê das particularidades dos indivíduos, não podendo ter mais do que objetivos temporários. Nesse sentido que as Organizações recusam a morte como uma necessidade vital, produzindo os próprios valores e ideias e lutando para que os atores sociais os incorporem. E isso controla a autonomia do indivíduo, de modo que este aos poucos se percebe que pensa e sente a sua vida, em conformidade com a Organização.

Comparando essa teoria com a de Castoriadis (2007), é possível dizer que a Organização articula uma relação de heteronomia com os indivíduo. Pagès (1993), nomeia isso de “personalidade emprestada” assumida pelo indivíduo. Ou seja, seu discurso não é um discurso próprio, mas o discurso de um outro incorporado.

Muito embora o modelo sociomental foi elaborado para explicar o funcionamento das empresas hipermodernas, ele serve de referência para um tipo de Organização como a AMUL. Afinal, a AMUL é um sistema organizado, com divisões de trabalho e uma filosofia de vida, assume o posto de referência em saúde, como será melhor descrito no capítulo

seguinte. Usar esse referencial para analisar uma Organização de saúde é pertinente e o próprio Pagès (2001) entendeu isso, dispondo-se a realizar uma consultoria em uma unidade hospitalar, atividade que resultou em um *modelo sociomental hospitalar*.

Nesse trabalho, ele verificou que o contato cotidiano dos profissionais de saúde com o sofrimento, a morte e a demanda dos usuários reativava seus conflitos infantis arcaicos, sendo isso determinante para as condutas interativas da equipe de saúde. Ela vivenciava conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, através do amor, do ódio e da inveja, refletindo um sistema sociomental hospitalar que Pagès (2001) nomeou de repressivo-defensivo. A Organização tinha um estilo autoritário marcante e os profissionais desenvolveram comportamentos defensivos que atingiam a qualidade de sua relação com os usuários, também a saúde dos profissionais.

Em suma, o modelo sociomental mostra a família como uma instituição que está na base da estruturação inconsciente e da estrutura social, implicada em outras instituições sociais. Nessa conjuntura, a Organização sobrevive como uma extensão da instituição familiar, ativando no indivíduo seus complexos familiares^{xx}. Isso só reforça a ideia que posteriormente Enriquez (1997) desenvolveu sobre a Organização, como segue abaixo.

2.2.2.2. A Organização como sistema cultural, simbólico e imaginário

Na leitura de Enriquez (ibid), a Organização é um sistema cultural, porque oferece uma estrutura de valores e normas, ou seja, no espaço Organizacional circula uma rede de significações sócio-historicamente produzida e que legitima a Organização, na medida em que os indivíduos aceitam e incorporam essa rede. Então, sua estrutura operacional - com os regimes de cargos, carreiras, papéis a cumprir e condutas aparentemente estabilizadas – diz da estrutura cultural da Organização, situada no tempo e resultante da ação coletiva. Isso porque os indivíduos da Organização se comportam tendo como referência o modelo de socialização que ela lhe prescreve. Os indivíduos cumprem o modelo, pois o sentem como uma condição de permanência no corpo Organizacional. Dessa maneira, a Organização

estabelece sua própria identidade, o que garante que os seus funcionários e sua clientela a percebam com clareza e aceitem as determinações que ela impõe.

É um sistema simbólico, porque, para garantir que seus membros incorporem de fato a rede de significações que ela impõe, a Organização convoca mitos e institui rituais. Por exemplo, pode narrar continuamente sobre a figura de um herói escolhido pela mesma e que viverá na memória coletiva, como dispositivo de sedução que liga o indivíduo à ordem Organizacional. O herói, o ritual ou o mito são assim um sistema de legitimação, através do qual a estrutura Organizacional se oferece como objeto de desejo do outro, que então lhe incorpora e se empenha orgulhosamente a cumprir a função que ela lhe designou. A Organização cria seu sistema simbólico, principalmente quando ela se vê ameaçada: a fim de não esmorecer, ela controla o indivíduo no plano afetivo e no intelectual. Ao convocar um sistema simbólico, ela sensibiliza o indivíduo, que já seduzido, comporta-se em conformidade com a Organização. Ao mesmo tempo, esses símbolos são expressos por um arranjo conceitual que leva os membros da Organização a pensar ações que movimentem a vida Organizacional, garantindo os interesses político-econômicos dela (Enriquez, 1997).

E é um sistema imaginário, porque exerce um poder sobre o aparelho psíquico dos indivíduos, sendo através desse sistema imaginário que os dois sistemas acima funcionam. Especificamente, as organizações usam de um imaginário enganador: ela captura os indivíduos no ponto de fragilidade psíquica (ENRIQUEZ, *ibid*). Os indivíduos carregam feridas do ponto de vista inconsciente, necessitando de reconhecimento, estando carentes de amor. Sendo assim, a Organização se oferece como protetora, uma mãe benevolente e nutriz, atendendo as demandas de seus membros, atingindo-os no que eles têm de mais primitivo; em outras palavras, ocupando a totalidade de seu espaço psíquico. Reeditando a promessa de atender ao apelo deles, ela os domina e mostra sua outra face: uma mãe devoradora e um pai castrador, sufocando-os perversamente. Enriquez (*ibid*) acrescenta que restou à Organização agir através do imaginário enganador, porque não é apenas o indivíduo que se sente carente e desprotegido diante dos riscos sociais, também ela, a organização tem suas fragilidades. O que ocorre é que ela domina, antes que seja dominada.

Temerosa da perda de amor, ela sente perigoso exercer um imaginário motor (BARBIER, 1985; ENRIQUEZ, *ibid*). A função imaginária motora de uma Organização dá abertura para que os indivíduos usem da imaginação criativa e não se sintam reprimidos

pelas regras Organizacionais. Isso se a Organização lhe der abertura para introduzir o não canônico, repetindo na diferença; para a expressão espontânea e inventiva; para romper com o já estabelecido e elaborar novas configurações interativas. Se a Organização assume o imaginário motor, ela possibilita a autonomia dos indivíduos e, portanto, sente-se insegura. Afinal, como dito no início deste capítulo, o sujeito autônomo é capaz de acionar a coletividade para reformular as normas. Sendo imaginário motor, a Organização corre o risco de ser outra-reformulada; sendo imaginário enganador, ela controla a liberdade dos indivíduos e se mantém no domínio, camuflando as próprias carências, como diz o modelo sociomental. Nessa complexidade, a Organização reflete sua dinâmica institucional.

2.2.2.3. O simbólico e o imaginário das práticas sociais

Um pensamento central na teoria de Castoriadis (1999/2006/2007) é que as sociedades estão alienadas às suas instituições, que exercem sobre aquelas uma função vital; mas também as sociedades são capazes de inventar e reinventar tanto as instituições, quanto a si mesmas. É o que ele chama de campo sócio-histórico em que as instituições se localizam e regulamentam as práticas sociais.

Um dos motivos disso é que as instituições são desenvolvidas enquanto um sistema simbólico. Elas dão sentido à sociedade e aos grupos sociais à medida que unem seus significados aos seus significantes, isto é, o simbólico ao símbolo. Tomando como exemplo o SUS, esta instituição de saúde associa o conjunto de suas representações em uma logomarca oficial, uma cruz azul de origami. Essa ligação só foi possível através de algumas operações simbólicas, que incluíram seus princípios e suas diretrizes. O símbolo então não é o SUS em si, mas dá representatividade ao mesmo. Os detalhes desse símbolo têm uma referência racional, justificado no instituído, mas essa justificativa é não toda. Castoriadis (2007) explicou que a escolha de um símbolo não é aleatória, nem é toda determinada pela lógica-racional. A explicação racional deixa resíduos, um furo, no sentido psicanalítico. A outra face da explicação é simbólica. A cruz de origami diz mais do que quer dizer, assume uma lógica própria, reflexo do simbolismo da vida social brasileira e as implicações da saúde pública.

Mas nunca será possível dizer de fato a essência mesma da escolha desse símbolo, isso porque a instituição, além de ser escrita no simbólico, ela é também uma instância

imaginária. E Castoriadis (1999) esclareceu o que está posto na realidade institucional são as manifestações do imaginário instituinte da sociedade, não a coisa em si que manifestam. Esse imaginário pertence ao campo de criação sócio-histórica.

Assim, ele cria o social através do “anonimato coletivo”, com algumas condições, como a inscrição das significações imaginárias sociais. Essas significações dão sentido à vida e à morte individual, reeditando historicamente o social, constituído de tradição e passado. As instituições e as significações imaginárias são assim coerentes, mas incluem as lutas internas entre a contradição imaginária social instituinte e a imaginária social instituída.

O imaginário social instituinte é ocultado pela ação da heteronomia social. Assim, pensar a instituição é entender o processo de alienação, condição para a autonomia das instituições. É da luta de forças que o social se impulsiona para o novo e exerce no plano da singularidade do sujeito uma auto-instituição, uma reedição da realidade. Assim, por mais que o instituído mine a inventividade, ela encontrará expressão na força do sujeito coletivo.

Em suma, as práticas sociais são desenvolvidas dentro de campo simbólico e imaginário. E esta leitura psicossociológica permite situar o *cuidado* como uma significação imaginária social que foi sendo reestruturada ao longo da história, dando sentido e identidade à vida no setor saúde. A *relação de cuidado* é, nessa lógica, uma prática social, que tem a característica de ser dialética, situada entre o instituído e o instituinte do setor saúde. Ao buscar analisar as contradições dialéticas e os processos de mediação da *relação de cuidado*, este estudo busca assim perceber suas mediações, sua singularidade; ou seja, as formas em que o grupo social da AMUL cria essa trama interativa.

Embora o pensamento de Castoriadis (2007) possibilite de fato entender a figura da gestante de alto risco e sua equipe de saúde como criadores sociais, protagonistas da história particular e coletiva. Mas também não podemos desconsiderar os limites disso, motivo da pesquisa ter feito uso do conceito de *habitus* proposto por Bourdieu (2007/2009). Através da noção de *habitus*, é possível questionar na *relação de cuidado* de que aqui se trata, a influência das diferenças de classe entre a equipe de saúde e a gestante de saúde, isto é, pelas distinções de suas formas de enxergar a realidade, pois, de se posicionar nela.

2.2.2.4. O *habitus* nas Organizações

De etimologia grega, *hexis* foi o termo usado pela filosofia aristotélica, no sentido de estado adquirido e determinante do caráter moral, influenciando sentimentos e condutas humanas. Tomás de Aquino traduziu para *habitus*, do verbo *herbare*^{XXI}, a predisposição que o homem tem para o crescimento. O termo foi usado pela psicossociologia, sendo Pierre Bourdieu quem o tornou um conceito primordial contra as dicotomias entre indivíduo – sociedade e objetivo-subjetivo (SETTON, 2002).

O *habitus* foi visto como apropriado para explicar as condutas e as atitudes de qualquer grupo social, mas esse conceito será pensado, focando a análise da contradição dialética da *relação de cuidado* da AMUL.

Trata-se de uma matriz cultural, sistema de disposições duráveis, transponíveis e inevitáveis, através do qual a lei social é incorporada. Essa matriz determina o modo em que as pessoas pensam, agem e sentem sua realidade. Desde modo, o estilo de vida de cada indivíduo está limitado ao social, sendo a sociedade determinante dos comportamentos do indivíduo. Por exemplo, a maneira como usuárias de saúde vivem seu cotidiano hospitalar, denuncia a classe social de que ela faz parte, uma vez que sua estrutura social é mentalizada. O estilo interacional da usuária reconheceria, para Bourdieu (2009), uma trajetória pessoal que está inscrita em um campo social específico.

O *habitus* é assim um princípio de socialização e de individuação, tendo algumas propriedades específicas. É um *dispositivo* contextualizado, pois as aptidões sociais das pessoas estão situadas no tempo, no lugar e na distribuição de poder. Apresenta pontos de coerência e coesão, pois ele atinge vários domínios do cotidiano; o social está expresso no jeito de se vestir, na maneira de falar, nas escolhas políticas de um indivíduo. E mesmo que duráveis e inevitáveis, essas disposições podem apresentar pontos de incoerência, levando o próprio social a alterá-lo; o que explica as inovações da sociedade e o fato de que o objeto padrão de uma classe social hoje, pode adiante não mais ser seu signo de identificação e estar sob as esquematizações de outro campo social. Por exemplo, quando um profissional de saúde convive com usuários de condições socioculturais diferentes da sua e busca minimizar essas disparidades na prática de cuidado, corre o risco de ser discriminado pelos seus colegas, devido ao uso de uma linguagem inadequada ao seu campo social. O *habitus* estrutura-se assim por determinações historicamente situadas; como um capital acumulado

que está na base da história social dos indivíduos. Isso pode ajudar a entender porque duas mulheres grávidas hospitalizadas em um mesmo serviço, por igual tempo de internamento e condições econômicas semelhantes, nem sempre usam as mesmas estratégias de ação.

A teoria do *habitus* é disposicional, ou seja, localiza os indivíduos no seu campo social, esclarecendo de outra forma a *autonomia relativa* das pessoas. Enquanto Castoriadis (2007) acredita na possibilidade do sujeito inventar para si um outro espaço social, Bourdieu e Passeron (2009) entende que essa invenção está limitada aos próprios interesses econômicos, políticos e ideológicos que constituem as estruturas simbólicas da classe à qual pertence cada grupo de indivíduos, sujeitados às suas fronteiras de significações. Para que tenha essa função limítrofe, o *habitus* resulta de dois processos simultâneos e complementares: a interiorização do social e a incorporação da persona social. Nesse sentido, é que esclarecer o conceito de *habitus* requer ao menos sinalizar sua atuação no espaço de disposições sociais. O espaço social é quem retraduz continuamente as tomadas de posição dos indivíduos, através da intermediação do *habitus*.

Um espaço social é constituído por classes, que estão em constante construção individual e coletiva, envolvendo a cooperação e o conflito. Os conflitos são oriundos das diferenças nas representações desenvolvidas nesse espaço, constituídas por distinções capitais e simbólicas. E cada um toma para si uma posição social e luta na intenção de conservar ou transformar seu espaço social.

Analisar a *relação de cuidado*, como um sistema dialético, é importante observar a influência do campo social nos antagonismos presentes na vida da Organização. A noção de *habitus* foi necessária à análise institucional conduzida nesta pesquisa. Esse conceito foi utilizado em contraposição à noção de sujeito social autônomo, considerando que este último teria a capacidade de questionar o Outro, como representante de uma classe social e desenvolver um projeto próprio para se determinar a si mesmo, aberto à trocas sociais, seguro e inseguro das ideias que tem (CASTORIADIS, 2006).

Esta foi a perspectiva em que se contextualizou a *relação de cuidado* na pesquisa, recebendo este objeto de estudo um tratamento metodológico ancorado na Análise Institucional, para que possamos melhor questionar a trama relacional que vem sendo escrita e vivida pelas gestantes de alto risco no espaço de hospitalização.

2.2.3. O fundamento metodológico da Análise Institucional

Em sintonia com os referenciais teóricos acima expostos, a pesquisa usou a *Análise Sincrônica do Campo Dialético da Instituição nos Grupos e nas Organizações*, orientando uma abordagem da *Análise Institucional de Inspiração Sociológica*, com foco na análise do processo organizacional institucionalmente situado no contexto hospitalar (BARBIER, 1985).

Ela é *sincrônica* porque está sociologicamente embasada em procedimentos que priorizam a estrutura contraditória da realidade social, através da objetivação e da interpretação desta realidade historicamente situada. E é *dialética*, porque seu método dá conta da relação de forças entre o instituinte e o instituído no processo de institucionalização. No geral, seu propósito é reconhecer, decodificar e decifrar a singularidade do campo institucional no qual as contradições são mediatizadas com foco no processo de mediação das contradições instaladas. Ao conseguir cumprir esta meta, este método-teórico leva à compreensão da complexidade das práticas desenvolvidas pelos grupos sociais em questão (BARBIER, 1985).

Para realizar esse objetivo procura-se articular três campos de análise na estrutura conceitual intitulada como a Teoria do Triângulo em Ciências Humanas:

- a) O campo psicobiológico: é a dimensão da individualidade, do desejo, das particularidades do humano. Nesse campo, o homem é biologia, razão e inconsciência.
- b) O campo estrutural-grupal: é a dimensão que expressa a sociabilidade do homem, campo onde se organizam as relações sociais, incluindo os papéis sociais e a prática de reconhecimento. Aqui, evidenciam-se os produtos, as práticas e dos discursos dos grupos e suas organizações.
- c) O campo histórico-social: é a dimensão da transversalidade dos fatores econômico, político e ideológico. Este é o campo institucional, o da célula simbólica do grupo social; pois é neste campo onde se encontram as contradições insolúveis, os contrapontos macrosociais.

Barbier (ibid) esclarece que as experiências concretas dos grupos sociais são especificadas através da instabilidade, da interconexão e da relação dialética mantida por

esses três níveis de análise, sendo que o segundo deles se expressa como uma singularidade objetiva na aglutinação dos demais. Entender essa dinâmica é essencial para a compreensão de que a *Análise Sincrônica* possibilita ao trabalhar os grupos sociais no nível de suas produções cotidianas, mas também no patamar de suas invisibilidades.

Sendo assim, a *Análise Sincrônica* busca reconhecer e decodificar as coisas visíveis – o campo institucional mediatizante – e as coisas ocultas – o campo institucional mediatizado. Primeiro, reconhece a singularidade do grupo social estudado: suas produções provisórias, resultantes de um processo de mediação entre o instituinte e o instituído, que atuam na articulação dos três campos acima descritos. É esse primeiro momento que permite compreender o fato social investigado, decodificando o *Campo Institucional Mediatizante*, composto por um conjunto de instituições intermediárias que estabelecem relações de força entre o instituinte e o instituído, e que são percebidas nas produções cotidianas do grupo social. O segundo momento é o da decifração do *Campo Institucional Mediatizado*, o campo oculto do processo dialético, do “não dito” da Organização, como esclarece Barbier (1985).

Orientando-nos nesta perspectiva, focamos as singularidades da *relação de cuidado* vividas no contexto hospitalar, enxergando a grávida de alto risco como usuária da instituição SUS. O que justifica nosso fundamento epistemológico, teórico e metodológico assumir nesta pesquisa o compromisso da psicologia com o social, referenciando-se no processo de reflexão das políticas públicas voltadas à Saúde da Mulher. Este foi o compromisso situado ao longo deste trabalho, que buscou dar conta da análise das experiências interativas cotidianas de uma Unidade de Referência, percebendo o processo dialético do cuidado em saúde, aquilo que costumeiramente não é dito. Em outras palavras, a trajetória de nossa pesquisa, detalhada no capítulo seguinte, montou-se na ideia de que:

A Análise Institucional visa trazer à luz as condições institucionais de existência de qualquer tema ou problema: a cada momento, desprende-se dos campos de intervenção instituídos – clínico, escolar, laboral, comunitário, de saúde, de saúde mental – para gerar/inventar campos de análise desnaturalizadores. Assim procedendo, tenta talvez o impossível, (...) esse *desencaminhamento*, voltado à construção coletiva da autonomia e da liberdade (RODRIGUES, 2007, p.560).

Capítulo 3:
A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“A metodologia constitui uma prática teórica pensada”

(BOURDIEU, 1972)

3.0. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Como afirmado anteriormente, a trajetória desta pesquisa foi um jogo científico. No mesmo, buscamos usar instrumentos de investigação que de fato nos permitisse uma análise dialética das tramas interativas de um hospital-maternidade voltado à assistência de alto risco gestacional. Foi assim que o presente estudo, de perfil qualitativo, caracterizou-se uma pesquisa social em saúde¹⁹, que compreendeu o fenômeno saúde – doença em sua interface com os múltiplos atores sociais que compõem o campo material e simbólico das instituições, da Organização e dos indivíduos. Um conceito que circundou as escolhas e o caminho teórico-metodológico seguido.

3.1. Escolha metodológica

Na definição deste método, cogitou-se que escutar tanto a usuária, quanto os profissionais de saúde seria um caminho eficaz, para analisar em seus discursos as contradições dialéticas da *relação de cuidado* que estabeleciam no cotidiano da AMUL²⁰, a Unidade de Referência estudada. As narrativas desses atores sociais foram estudadas como

¹⁹ Como dito no primeiro capítulo desta dissertação, p. x, este é um conceito trazido por Minayo (2006).

²⁰ O significado do codinome foi exposto na fundamentação teórica. Vide nota de rodapé, p.62

uma construção sociológica com foco no ciclo de vida hospitalar de cada um e nas subjetividades de seu grupo social, incluindo suas incompletudes, contradições e ambivalências. Assim, buscamos manter coerência com o Paradigma da Complexidade, que entende o corpo individual como um espaço de inscrição do social, ao expor os limites coletivos e o imaginário dos grupos.

Importa esclarecer que optamos pelo uso de narrativas, porque elas apresentam a vantagem de ser inerente à vida humana, pois o homem tem a necessidade de narrar histórias, recordar acontecimentos, organizá-los, ao construir sua vida individual e coletiva. Eis o motivo das narrativas há muito serem empregadas enquanto método de investigação por vários saberes, como psicologia e ciências sociais (QUEIROZ, 1991; BAUER, 2005).

Principalmente, nossa escolha pelas narrativas partiu da ideia de que a ação de relatar é complexa: os relatos surgem como uma expressão da ordem da consciência, mas por serem metafóricos, enunciam conteúdos que não são notados pelo narrador. Ao construir a narração, o sujeito diz o que pensa em dizer e desvela o que não sabe sobre seu espaço social. O sujeito narra, supondo falar em discurso próprio, mas seu discurso se fundamenta nas trocas sociais que ele estabelece com o outro: o sujeito faz referência ao discurso do outro – seu grupo social. Em síntese, o discurso que é expresso como particular - o discurso próprio do sujeito – denuncia na narrativa de sua história vivida o campo sociocultural e suas formas de produção das práticas cotidianas (DE CERTEAU, 2000; CASTORIADIS, 2007). Portanto, a experiência vivida pelas usuárias e pelos profissionais de saúde no contexto hospitalar foi entendida como uma prática relativamente individual, ou seja, prática igualmente coletiva.

3.2. Contexto de investigação²¹

AMUL foi escolhida como participante da pesquisa, por ser uma Organização social do setor hospitalar; voltada ao ensino, à pesquisa e à extensão comunitária; contratualizada pelo Ministério da Saúde. Desse modo, é uma Organização que aprimora cada vez mais seus investimentos técnico-científicos, garantindo seu perfil de hospital humanizado, amigo da

²¹ Informações colhidas nos documentos de publicação e no censo interno da AMUL.

criança e amigo da mulher. Levou-se em conta na escolha pela Organização, também o fato deste hospital-maternidade compor uma hiperestrutura de atenção à gestante de alto risco, do pré-natal ao acompanhamento ambulatorial pós-parto, compondo vários setores. É importante compreender essa divisão dos serviços, porque a análise institucional desta pesquisa considerou os trajetos de hospitalização das usuárias nesses serviços:

- a) Maternidade Dia – Espaço ambulatorial voltado às gestantes de alto risco, com sistema de internação 24h, para realizar exames clínicos e avaliação médica. Atende mensalmente mais de 500 mulheres com complicações na gravidez.
- b) Emergência – uma triagem obstétrica, de onde as gestantes são encaminhadas ou não ao internamento hospitalar. Atendia uma média diária de 80 usuárias.
- c) Enfermaria de Gestação de Alto Risco (EGAR) – área composta por 28 leitos distribuídos em 08 salas. Uma delas era específica da Medicina Fetal, com 04 leitos. Então, 24 leitos seriam para as grávidas com outras doenças clínicas que não a malformação fetal. As gestantes provinham da emergência ou de outras enfermarias do hospital, assim que diagnosticado o alto risco gravídico, com indicação de internamento. Dos critérios de admissão, exemplificam-se trabalho de parto prematuro, pré-eclampsia e infecção urinária. O setor atende em média, 150 usuárias mensalmente.
- d) Sala de Pré-parto – Sala de preparação para o parto. As mulheres que ficam neste setor geralmente estavam em trabalho de parto, recebendo medicamentos para indução ou inibição do mesmo. Comporta 19 leitos, sendo 14 deles para atender às gestantes de alto risco e os demais, para as de baixo risco. Em casos de superlotação, usuárias ficavam neste setor, aguardando vaga nas enfermarias.
- e) Sala de parto – onde ocorrem partos, cirúrgicos ou não, com média de 5.000 partos anuais.

- f) Alojamento Conjunto – composto por 9 salas, totalizando 33 leitos, voltado às puérperas e seus recém-nascidos. Onde há todo um trabalho de estimulação do contato pele a pele mãe-bebê e da amamentação livre.
- g) Alojamento Tardio – setor composto por 09 leitos, específico aos casos em que a mãe já está de alta, mas seu bebê ainda necessita de intervenção pediátrica hospitalar.
- h) Enfermaria de Infectados – espaço de 11 leitos, onde são assistidas gestantes com quadro infeccioso em fase pós-cirúrgica, sendo estas usuárias oriundas de quaisquer serviços internos do hospital.
- i) Unidade de terapia Intensiva Obstétrica – composta por 12 leitos exclusivos para gestantes e puérperas de alta gravidade clínica.
- j) Casa das Mães²² – instalada nas dependências da AMUL; possuía sala, cozinha, 05 quartos (18 camas), sendo 02 suítes, 02 banheiros, terraço e área de serviço. Alojava as usuárias de alta hospitalar, que tinham seus bebês internados na UTI Neonatal.

E este Órgão hospitalar contava com uma estrutura operacional hierarquizada, composta pelas seguintes especialidades: medicina, psicologia, enfermagem e nutrição.

3.3. Critérios de Elegibilidade dos atores sociais de AMUL e a composição da amostra

A seleção dos participantes visou à heterogeneidade dos casos, no sentido de alcançar uma abordagem ampla das singularidades institucionais. Portanto, foram estabelecidos alguns critérios de inclusão para:

²² Esta casa é prevista como facultativa pela política de humanização do parto e nascimento, tendo como objetivo garantir a construção do vínculo mãe-bebê, minimizando a separação nos primeiros períodos de vida, garantindo uma qualidade de tratamento ao recém-nascido. AMUL dispõe a casa para mães do interior do Estado. As da capital recebem ajuda de custo para transporte urbano.

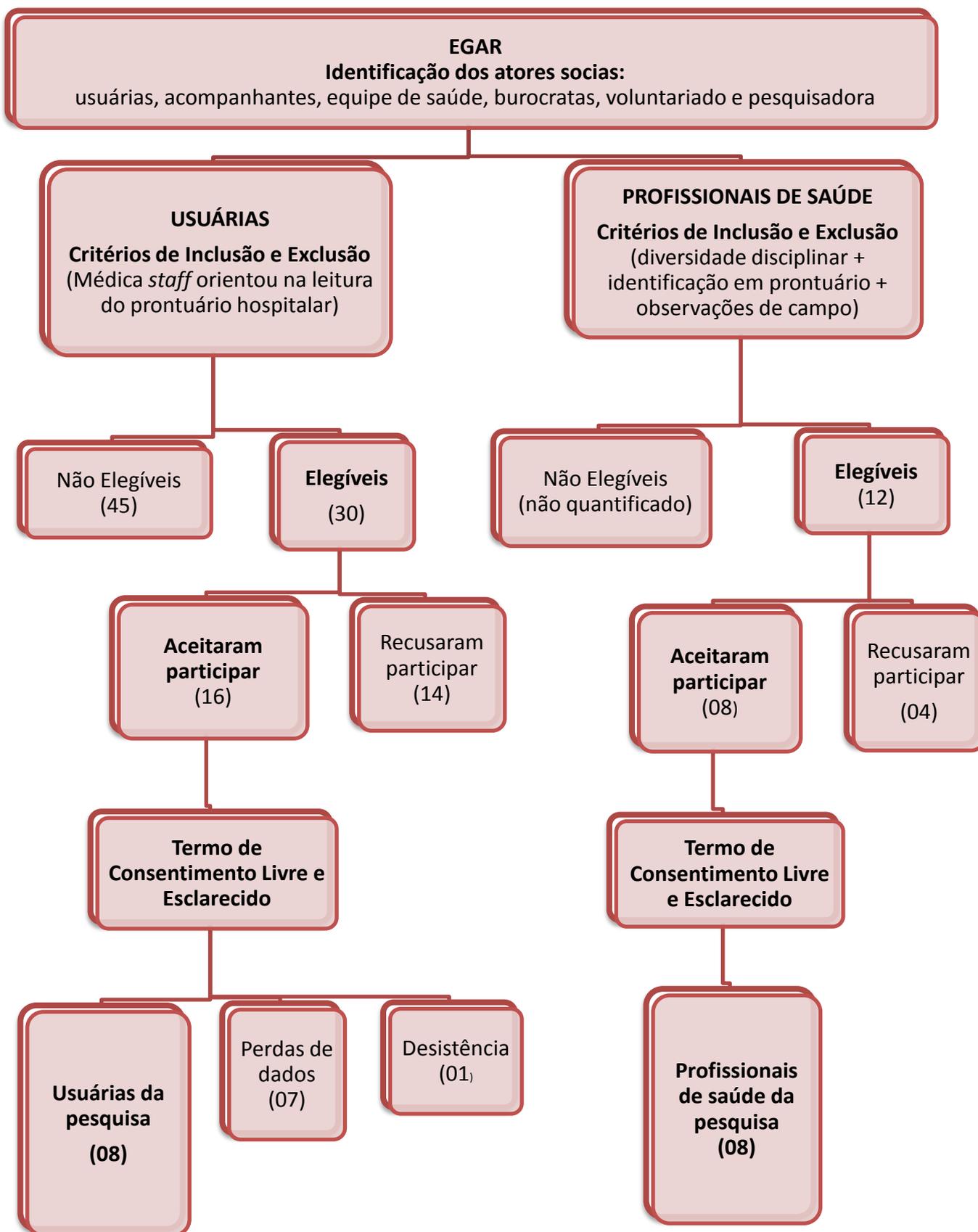
- a) **As usuárias:** gestantes de EGAR, que os nomes constavam no censo, no momento de construção da pesquisa. A seleção foi realizada através dos prontuários, considerando o tempo de gestação ≥ 24 semanas, idade acima de 12 anos e que estivessem internadas na EGAR da AMUL, sem perspectiva de alta. Da primeira lista de gestantes selecionadas, escolheu-se aleatoriamente contemplar as diversidades de quadros clínicos, para que o estudo não se especificasse a uma patologia clínica, mas à condição de alto risco gestacional. Contava-se ainda com a disponibilidade da usuária em participar do estudo.
- b) **Os profissionais:** aqueles que trabalhavam na AMUL, nos mesmos setores onde as gestantes da pesquisa foram assistidas durante a hospitalização. E se buscou abarcar certa multidisciplinaridade.

Como ilustra a Representação Gráfica 01, houve 18 recusas em participar do estudo. 14 usuárias alegaram insegurança quanto ao uso dado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou desconforto porque a pesquisadora era uma psicóloga. No caso dos profissionais, um deles afirmou não se sentir à vontade para ser entrevistado e os demais alegaram indisponibilidade de horários.

Ao todo, participaram oito profissionais de saúde. E das 16 usuárias que assinaram o TCLE, apenas oito compuseram a amostra. Havendo o propósito metodológico de mais de um contato com cada usuária, foi usado um documento em prontuário, Anexo A, para obter apoio da equipe de saúde. Porém, esta nem sempre informava à pesquisadora sobre a mudança intersetorial ou a alta hospitalar das usuárias da pesquisa. Então, não aconteceram mais de uma entrevista com sete das usuárias. Este problema foi resolvido somente quando as usuárias passaram a avisar por telefone suas transferências ou previsão de alta.

E ocorreu uma desistência, pois a usuária se sentiu prejudicada por uma ação da pesquisadora, junto a um profissional de saúde. Esta pediu ao profissional para esperar o término da entrevista com a mãe e, somente depois, realizar a avaliação da usuária. Chateado, o profissional demorou a atender a gestante, enquanto folheava uma revista de cosméticos. Percebendo esta dinâmica, a mãe se recusou a estabelecer qualquer outro diálogo com a pesquisadora, apesar das tentativas de reaproximação.

Representação Gráfica 01 – Fluxograma de captação dos participantes na execução da



3.4. O perfil dos participantes

3.4.1. Usuárias

Oito usuárias participaram do estudo, reconhecidas aqui pelos seguintes codinomes²³, a fim de preservar sua imagem: Atalanta, Artemis, Demetra, Helena, Hera, Niké, Pala e Reia. A história de vida de cada uma será descrita no próximo capítulo. Por ora, ilustra-se na Tabela 01 sua caracterização sociodemográfica e história clínica²⁴.

No geral, a idade delas variou entre 22 e 35 anos. Deram entrada na AMUL, por volta da 24ª até a 37ª semana gestacional. Reia morava na capital; Demetra e Helena, na Região Metropolitana; as demais, no interior do Estado. O grau de instrução variou do analfabetismo ao Ensino Técnico Completo. Artemis era estudante, e Demetra, Helena e Niké trabalhavam fora da residência, como técnica em enfermagem, auxiliar de administração e auxiliar de estampa, respectivamente. A condição econômica foi de um a quatro salários mínimos, algumas recebiam o apoio financeiro de outros membros da família, ou benefícios do Governo. Hera, Niké e Pala eram casadas, as demais estabeleciam relação consensual, sendo que todas moravam com o pai do bebê.

Quanto à vida reprodutiva, Hera e Pala havia engravidado de outro bebê há menos de dois anos, enquanto Reia tinha mais de cinco anos de intervalo gestacional. Demetra, Hera, Niké e Pala possuíam história anterior de aborto. Além disso, quatro das usuárias já portavam doença obstétrica ou problemas clínicos antes da gravidez atual: cardiopatia, diabetes mellitus tipo A1, trombose ou útero bicornado²⁵.

E o itinerário terapêutico das usuárias variou de nove a 44 dias, todas receberam visita familiar durante a hospitalização, incluindo visita e telefonema do pai do bebê. É preciso esclarecer ainda, Artêmis e Demetra tiveram um internamento antecedente na AMUL, durante a gestação atual, mas quando ainda não faziam parte da pesquisa. Quanto à Hera, Pala e Reia, viveram história de internamento anterior no setor de obstetrícia da AMUL.

²³ Para a escolha dos nomes, a pesquisadora se inspirou na história das deusas gregas, comparando-as com a história de vida das participantes e com a relação de pesquisa. Vide Apêndice B.

²⁴ Vide Apêndice A – Descrição dos fatores de risco para gravidez de alto risco.

²⁵ Idem

Quadro 01 – Caracterização das Usuárias, sua Análise de Risco Gestacional e tempo de hospitalização. URHSTGAR, Recife, 2009-2010

Epíteto, idade, IG (USG)	Características individuais e condições sociodemográficas							Vida reprodutiva anterior		Doença obstétrica na gravidez e Intercorrências clínicas atuais (Motivo da hospitalização)	Período e tempo no hospital
	Biotipo	Procedência	Instrução/Ocupação	Apoio financeiro ou emocional	Suporte social	Renda Familiar	Estado civil	Problemas	Intervalo entre gravidez		
Artemis (21 anos) 36ª sem	1,57m 58,7Kg	Arcoverde (PE) Pajeú	Ensino Médio incompleto/ Estudante	Mãe, sogra e parceiro (pai do bebê)	Não	1 a 2 salários mínimos	Solteira	Nenhum	Nenhum (1º filho)	Diabetes Mellitus Tipo A1	Setembro a outubro 2009 (15 dias+ 13 dias de alta provisória + 17 dias)
Atalanta (28 anos) 37ª sem	1,66m 95,8Kg	Itambé (PE) Mata Norte	Analfabeta / Do lar	Parceiro (pai do bebê)	Bolsa Família	1 salário mínimo	Solteira	1º filho foi prematuro (mortalidade perinatal)	01 ano	Diabetes Gestacional e HIV	Novembro 2009 (25 dias)
Demetra (28 anos) 32ª sem	1,65m 67,8Kg	São Lourenço da Mata (PE) Região Metropolitana de Recife	Ensino Médio e Técnico/ Técnica de Enfermagem	Mãe, tia, parceiro (pai do bebê) e Colegas de Trabalho	Não	2 a 3 salários mínimos	Solteira	Aborto, devido mola hidatiforme	02 anos	Hipertensão Gestacional, doença do sistema urinário	Outubro 2009 (22 dias)

Helena (31 anos) 24ª sem	1,65m 69Kg	Jaboatão (PE) Região Metropolitana de Recife	Ensino Médio e Nível Técnico em Marketing	Parceiro (pai do bebê), irmãs, pais	INSS dos pais	3 a 4 salários mínimos	Separou do 1º marido	Nenhum	Nenhum (1º filho)	Trombose	Outubro 2009 e Janeiro 2010 (44 dias)
Hera (25 anos) 27ª sem	1,59m 52,4Kg	Paudalho (PE) Mata Norte	Ensino Médio incompleto / Do lar	Esposo, irmãs.	Não	3 a 4 salários mínimos	Casada	Aborto, devido útero bicorno	<01 ano	Útero Bicorno, Brida Amniótica	Outubro a novembro 2009 (21 dias)
Niké (29 anos) 28ª sem	1,52m 57,6Kg	Caruaru (PE) Agreste Central	Ensino Médio Incompleto / Auxiliar de Estamparia	Esposo, tias	Não	2 a 3 salários mínimos	Casada	Aborto espontâneo	04 anos	Ruptura das membranas	Setembro 2009 (9 dias + casa das mães + canguru)
Pala (35 anos) 34ª sem	1,52m 52Kg	Xexeu (PE) Mata Sul	Ensino Fundamental 1 /Do lar	Esposo, sogra	Não	1 mínimo	Casada	Abortos espontâneos	<01 ano	Disfunção Cardíaca, Hipertensão arterial	Novembro 2009 (15 dias)
Réia (29 anos)	1,57m 84,4Kg	Recife (PE) Capital	Ensino Fundamental 1/Do lar	Parceiro (pai do bebê), mãe, irmã	Não	1 a 2 salários mínimos	Solteira	Hipertensão	06 anos	Hipertensão Gestacional	Setembro 2009 (23 dias)

Acrescenta-se, as oito mães experimentaram conflitos familiares e instabilidades na relação afetiva, com o bebê, durante o processo gestacional. Conforme Tabela 02, foi estabelecida uma caracterização da história materna das usuárias, com foco no bebê atual.

Artêmis e Helena estavam grávidas pela primeira vez; Demetra, Hera e Niké encontravam-se na segunda gestação; Reia, na terceira; Atalanta, na quinta; e Pala, na décima.

Todas procuraram a assistência pré-natal logo que tomaram ciência da gravidez. Quatro realizaram seu pré-natal na AMUL, valendo destacar que Helena manteve dois tipos de acompanhamento pré-natal, naquele hospital público e na rede particular. Artêmis e Niké fizeram o acompanhamento na unidade básica de sua cidade. Somente Reia fez o pré-natal em outro hospital-maternidade do Estado, por não conseguir vaga no ambulatório da AMUL.

Aquelas que faziam pré-natal em AMUL, foram encaminhadas pela Maternidade Dia à hospitalização. As outras três chegaram à Emergência de AMUL com encaminhamento de prontos-socorros de sua cidade de origem. E Reia procurou à Emergência da AMUL espontaneamente, com intenção declarada de viver seu parto nesta Organização.

Nenhuma planejou a gravidez atual, embora o desejo de gerar um bebê fosse citado como sempre presente, com excessão de Pala e Reia.

Quando souberam da gravidez, seus sentimentos variaram da rejeição à felicidade. E suas reações relacionavam-se à aceitabilidade do parceiro com relação à paternalidade, exceto no caso de Artêmis, que sua rejeição pareceu ter relação direta com o modo como a usuária convivia com a diabetes mellitus.

Somente Demetra não apreciou de imediato o sexo do filho. A amostra somou um total de dois bebês do sexo feminino e seis do masculino.

A via de parto de Niké, Pala e Reia foi normal, enquanto as demais vivenciaram a cesariana. Acrescenta-se que todos os bebês nasceram vivos, e que dois deles precisaram de suporte da Unidade Canguru, dirigindo-se da sala de parto à UTI Neonatal, o bebê de Hera e o de Niké.

Tabela 02 – Caracterização da História Materna das Usuárias, tendo em vista o bebê atual. AMUL, Recife, 2009-2010							
Usuária	Ordem de gestação atual/ Número de Filhos vivos anteriores/ Número de Abortos	Serviço onde realizou o Pré-natal	Planejamento do bebê	Reação paterna diante da notícia da gravidez	Reação materna diante da notícia da gravidez	Satisfação diante do sexo do bebê	Tipo de Parto
Atalanta	5/3/0	AMUL	Não	Aceitação	Aceitação	Sim (♂)	Cesárea
Artemis	1/0/0	Unidade Básica	Não	Felicidade	Rejeição	Sim (♂)	Cesárea
Demetra	2/0/1	AMUL	Não	Felicidade	Negação, medo	Não (♂)	Cesárea
Helena	1/0/0	AMUL	Não	Aceitação	Felicidade, medo	Sim (♂)	Cesárea
Hera	2/0/1	AMUL + plano de saúde	Não	Medo	Medo	Sim (♀)	Cesárea
Niké	2/0/1	Unidade Básica	Não	Felicidade	Felicidade	Sim (♂)	Normal
Pala	10/7/2	AMUL	Não	Aceitação	Aceitação	Sim (♀)	Normal
Reia	3/2/0	Maternidade de baixo risco	Não	Felicidade	Desespero	Sim (♂)	Normal

3.4.2. Profissionais de Saúde

Os oito profissionais receberam os seguintes nomes fictícios²⁶: Dafne, Hércules, Dríade, Hespéride, Hamadriade, Napeia, Nereida e Pegeias. Foram um médico obstetra, uma nutricionista, uma enfermeira e cinco técnicas de enfermagem. Quanto à experiência profissional, foram classificados em Júnior (tempo de atuação ≤ 2 anos); Pleno (2 anos > tempo de formação ≤ 10 anos) e sênior (tempo de formação > 10 anos), conforme Tabela 03.

Tabela 03 – Caracterização das Profissionais de Saúde. AMUL, Recife, 2009-2010

Caracterização das Profissionais de Saúde			
Codínome	Sexo	Especialidade	Experiência Profissional
Dafne	F	Técnica de Enfermagem	Pleno
Hércules	M	Tocoginecologista	Sênior
Dríade	F	Técnica de Enfermagem	Júnior
Hespéride	F	Nutricionista	Pleno
Hamadriade	F	Técnica de Enfermagem	Pleno
Napeia	F	Técnica de Enfermagem	Sênior
Nereida	F	Técnica de Enfermagem	Pleno
Pegeias	F	Enfermeira	Pleno

3.5. Instrumentos de Operacionalização

Segundo Minayo (2006), a escolha metodológica precisa articular os pressupostos epistêmicos ao desenho de operacionalização, incluindo nesse contínuo a criatividade reflexiva do investigador. Assim, entre setembro de 2009 e junho de 2010, foram realizadas entrevistas, observação de campo e análise documental, sendo esses instrumentos adaptados à realidade da pesquisa.

²⁶ Foram sete codinomes de ninfas gregas e um codinome de herói grego, com o objetivo de garantir a preservação da imagem dos participantes, como se fez no caso das usuárias. Vide Apêndice B – Significados e justificativas dos codinomes dos atores sociais da pesquisa.

3.5.1. As entrevistas

As entrevistas foram realizadas com usuárias e profissionais de saúde, entre setembro de 2009 e maio de 2010. Foram não estruturadas, individuais e audiogravadas. Sendo não estruturadas, sua condução deu-se por meio da “escuta clínica” da pesquisadora.

Houve um diferencial nas entrevistas com as usuárias. Cada usuária foi entrevistada por várias vezes, sendo feito assim um acompanhamento de sua trajetória desde a admissão na EGAR até a alta hospitalar materna. Devido ao caráter sequencial destas entrevistas, oportunizando às protagonistas relatarem vários episódios de sua vivência extra-hospitalar e hospitalar, serão chamadas a partir de agora de “relatos de vivência”.

3.5.1.1. Os Relatos de Vivência das Usuárias

A utilização de relatos de vivência justificou-se nos detalhes próprios do comportamento emocional de usuários hospitalizados. A Psicologia Hospitalar afirma que o processo de hospitalização acentua no sujeito hospitalizado uma tendência à instabilidade emotiva, que acompanha consonante ou discrepante à qualidade dos acontecimentos cotidianos, como visita familiar, notícia de diagnóstico ou prognóstico, entre outros fatores. O estado emocional do usuário depende de sua estrutura psíquica, em conjunto com esses aspectos circunstanciais (ANGERAMI-CAMON, 1995). De parte da suscetibilidade a distorções temporárias de conceitos e sentimentos das usuárias para com o grupo hospitalar, foram estabelecidos os Relatos de Vivência. A fim de ser percebido o estado psicológico das usuárias nos episódios do internamento, incluindo seu trajeto intersetorial, elas foram acompanhadas desde a EGAR ao pós-parto, nas circunstâncias de observação para a alta hospitalar materna, ou já na condição desta alta.

Em setembro de 2009, com o apoio de uma tocoginecologista da EGAR, elencou-se um grupo de gestantes de alto risco, conforme os critérios de inclusão: idade gestacional, sanidade mental, condição clínica do bebê, motivo de internamento. Desta seleção, nem todas participaram do estudo²⁷, repetindo-se o procedimento por mais quatro vezes. A última seleção ocorreu em novembro de 2009, e uma das usuárias selecionadas em outubro

²⁷ A explicação encontra-se na página 77

de 2009 foi acompanhada até fevereiro de 2010, quando recebeu alta definitiva no pós-parto²⁸.

No geral, os Relatos de Vivência duraram em torno de 40 a 60 minutos cada. O primeiro contato com a usuária era feito em EGAR, na ocasião em que ela assinava o TCLE e dava início ao Relato, a partir da proposta: *“Me fala sobre teu dia-a-dia, aqui, no hospital.”* A cada novo setor²⁹ da AMUL, para onde a usuária fosse encaminhada, a entrevistadora procurava a participante para registrar outro relato de vivência. E lançava a proposta sequencial: *“E aí, como você está?! Me fala como está sendo o dia de hoje, aqui, para você.”*

Importa esclarecer, a condução dos relatos de vivência dependiam de dois aspectos. O primeiro deles, a disponibilidade circunstancial da protagonista: em algumas ocasiões, os relatos foram adiados, porque a usuária estava dormindo, ou com mal-estar físico, ou na expectativa de encontrar a médica para reavaliação clínica, ou simplesmente sem vontade de conversar no momento. O segundo era o evento de transferência intersetorial: as usuárias eram procuradas assim que a pesquisadora tomava ciência da transferência clínica, recebendo a informação da equipe de saúde, ou da própria usuária que telefonava para a pesquisadora. Algumas vezes, a pesquisadora soube do evento, ao realizar visita espontânea no local de investigação. Mesmo assim, nem todas as usuárias foram escutadas em todos os setores onde estiveram internadas. De qualquer maneira, elas fizeram referência ao seu cotidiano em cada setor por onde passaram.

Em alguns casos, foi necessário realizar em EGAR mais de um relato de vivência, com o objetivo de melhor colher as informações, porque a pesquisadora decidiu ser mais cautelosa na apuração dos fatos, no primeiro contato com as mães, tendo em vista o estado emocional dessas gestantes de alto risco. E um dos relatos foi interrompido, devido à fragilidade emocional da gestante, a pesquisadora voltava em outra ocasião, para dar continuidade ao trabalho. Só no caso de Helena, ele relatou seu cotidiano hospitalar por duas vezes, no Alojamento Conjunto, ocorrendo o segundo relato em período de reinternação daquele Alojamento, após período de hospitalização em UTI Obstétrica, na fase puerperal.

²⁸ Esta usuária recebeu a primeira alta hospitalar no mês de outubro/2009, retornando à Maternidade Dia, onde ficou até dezembro/2009. Em acordo com a pesquisadora, a usuária permaneceu na pesquisa. Por meio de contato telefônico, a pesquisadora confirmou a previsão de data do reinternamento, sendo seguidamente informada pela usuária sobre o nascimento do bebê. E foram construídos seus últimos Relatos de Vivência.

²⁹ Os mesmos descritos nas páginas 75 e 76.

A Tabela 04 especifica o número de relatos que as usuárias construíram com a pesquisadora, em cada setor. Salienta-se, o relato não foi produzido nos setores onde a pesquisadora não chegou em tempo, estando os locais indicados na cor cinza. Também, nos setores onde não as usuárias não foram internadas, sendo escrito “não admitida”.

Tabela 04 – Número de Relatos de Vivência, conforme setor da AMUL.

Usuárias	Serviços da AMUL							
	EGAR	Sala de Pré-parto	Sala de Parto	Alojamento Conjunto	Alojamento Tardio	SIGO	UTI Obstétrica	
Atalanta	02			01	Não admitida	Não admitida	Não admitida	
Artêmis	01			01	Não admitida	Não admitida	Não admitida	
Demetra	02	01		Não admitida	01	Não admitida	Não admitida	
Helena	02			02	Não admitida	Não admitida		
Hera	01	01		01	Não admitida	01	Não admitida	
Niké	01		Não admitida	Não admitida	Não admitida	01	Não admitida	
Pala	01	01	Não admitida		Não admitida	Não admitida	Não admitida	
Reia	01		Não admitida	01	Não admitida	Não admitida	Não admitida	
Subtotal	11	03	0	06	01	02	0	
Total								23

3.5.1.2. As entrevistas com os Profissionais de Saúde

As entrevistas com os profissionais ocorreram de setembro de 2009 a maio de 2010. Cada profissional foi entrevistado uma vez, em serviço, com duração de 30 a 60 minutos, de acordo com a disponibilidade do protagonista. Inclusive, uma das entrevistas foi

interrompida: o entrevistado precisou atender uma urgência clínica, permanecendo ocupado nela até o final do expediente, dando-se continuidade a seu discurso em outra data. E um profissional não permitiu a audiogravação, mesmo tendo sido explicado o tipo de estudo e a forma da entrevista. Neste caso, a entrevista foi manuscrita.

A questão de partida dessas entrevistas foi: *“Pelo que você observa no seu cotidiano de trabalho, fala-me sobre duas coisas: o modo como a gestante de alto risco se comporta no hospital e como a equipe de saúde reage diante desses comportamentos da usuária”*.

3.5.2. A observação de campo

De setembro a dezembro de 2009, ocorreu a observação de campo em EGAR, com total de 112h de carga horária, de caráter complementar aos dados da entrevista, também servindo para melhor contextualizar a realidade estudada, assim objetivando uma melhor compreensão do campo social em que se estabelecia o cotidiano hospitalar das gestantes. Foi escolhida a observação participante, por ser um dispositivo que tende a minimizar problemas advindos da presença do observador como um estranho e garante o critério interacional da pesquisa (BOURDIEU, 1998; MINAYO, 2006). Com a permissão dos atores sociais envolvidos, a pesquisadora integrou-se às cenas observadas, ao participar de atividades ocupacionais corriqueiras à rotina do setor, conforme o interesse circunstancial das usuárias: envolveu-se em jogos interativos, tal qual o jogo de dominó; assistiu TV com as mesmas; ou apenas ficou conversando com algumas delas na mesa de atividades do grupo de voluntários do hospital.

Baseando-se em De Certeau (2000), a pesquisadora fez uso de protocolo observacional descritivo dos acontecimentos (Anexo B), elegendo-se para cada descrição uma cena situacional. Ao total, foram registrados 29 episódios do cotidiano hospitalar, conforme lista em Anexo C. E os registros tiveram como foco as interações “gestante de alto risco-gestante de alto risco”; “gestante de alto risco – profissional de saúde” e “profissional de saúde – profissional de saúde”.

3.5.3. A coleta documental

A coleta documental incluiu os dispositivos burocráticos para encaminhamento da trajetória terapêutica (levantamento da estrutura operacional do Órgão, termo de internamento hospitalar, prontuários e materiais publicitários da AMUL). A pesquisadora conseguiu uma cópia xerocada ou impressa desses materiais, exceto os prontuários, que foram lidos várias vezes, para melhor se entender a trajetória das usuárias, sua história clínica e condições de saúde durante a hospitalização. Também, identificou os momentos em que a equipe fazia referência aos comportamentos e ao estado emocional das usuárias.

3.6. A qualidade situacional das informações

Os conteúdos das entrevistas e dos relatos de vivência foram analisados como situacionais, delimitados pela relação de pesquisa entre a pesquisadora e os protagonistas, inscritos no cenário das enfermarias de AMUL. Os dados foram construídos por tais atores sociais, conservando-se a figura da mesma pesquisadora. Esta procurou deixar os participantes o mais à vontade possível no curso da coleta, respeitando a disponibilidade de cada um. Na validade interna dos dados, buscou-se certo grau de heterogeneidade nas informações. Ainda, cada sujeito foi visualizado como protagonista do SUS e as inferências a respeito de seus discursos foram orientadas pela visão psicossocial.

3.7. Aspectos éticos

O estudo adequou-se às Normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da AMUL, que assinou a carta de Anuência (Anexo D). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Anexo E.

As usuárias do estudo revelaram-se vulneráveis à fragilidade emocional, chorando durante os relatos de vivência, dependendo dos conteúdos que evocavam, como a vontade pela alta, as saudades dos filhos mais velhos, o medo de perder o bebê. Portanto, a

pesquisadora manteve-se atenta a adequar suas questões, em observância ao estado psicológico da usuária, por vezes, dispondo de palavras de fortalecimento, para restabelecê-la emocionalmente, assim dando continuidade ao relato, ou o interrompendo.

Para aprofundar os conteúdos relatados pelas usuárias, a pesquisadora emitia perguntas conforme o tempo subjetivo da relação de pesquisa, assim respeitando a vontade da protagonista em não responder certas questões. Uma usuária podia estar mais receptiva a falar sobre a vida conjugal do que outra; uma delas somente aos poucos ficava mais propícia a verbalizar sobre sua relação com o bebê, e assim por diante.

E como já sinalizado no capítulo anterior, a pesquisadora acionou a equipe de saúde da AMUL, sugerindo intervenção psicológica hospitalar para as usuárias que indicavam a necessidade desse apoio emocional. Também, sugeria à própria gestante buscar o apoio clínico; usando da mesma conduta quando esta mesma solicitava o suporte psicológico. Ainda assim, a pesquisadora realizou tal intervenção por duas vezes, quando avaliou a urgência subjetiva e verificou que não havia outro psicólogo naquela Organização.

Em outro caso, percebeu no conteúdo do relato uma necessidade psicoterápica envolvendo a relação da usuária com sua filha mais velha que estava em casa. Uma problemática que inclusive se relacionava à vivência do alto risco gravídico. Como a necessidade se apresentou voltada à intervenção ambulatorial, sugeriu à usuária procurar um serviço de psicoterapia infantil e emitiu encaminhamento psicológico ao caso.

Ao final da pesquisa, cada gestante recebeu uma encadernação com as transcrições de seus relatos. A capa foi intitulada “Meus relatos no nascimento de meu bebê”, seguida de uma foto da usuária no hospital e de um trecho de suas narrativas. Por exemplo, “... *Minha expectativa era o meu bebê, graças a Deus, tá tudo normal com ele.*” A contracapa constava uma identificação - “Relato de (nome da usuária), durante sua hospitalização na AMUL, onde nasceu aos (data) seu bebê, (nome do bebê), fruto de sua relação conjugal com (nome do pai)” - e uma dedicatória da pesquisadora. Somente Atalanta e Pala não receberam este material. A primeira, por ela ser analfabeta, não iria poder ter controle sobre o que estava transcrito³⁰. Quanto à Pala, ela recebeu alta antes da pesquisadora concluir as transcrições e o número de telefone que ela forneceu estava inoperante. Contudo, todas foram orientadas a procurar a pesquisadora, caso tivessem interesse de acessar o material.

³⁰ Somente após perder o contato com esta usuária, a pesquisadora percebeu que poderia ter fornecido uma cópia audiogravada.

3.8. Estruturação para a análise de dados

O primeiro passo de organização dos dados foi o processo cuidadoso de transcrição das entrevistas. A pesquisadora ouviu por várias vezes os relatos, atenta às entonações de voz e aos equívocos de linguagem, verificando já nesse início algumas das contradições do discurso dos participantes a respeito da *relação de cuidado*.

E como esse trabalho buscava analisar essas contradições e seus processos de mediação, o método teórico que se mostrou apropriado foi a *Análise Sincrônica do Campo Dialético da Instituição nos Grupos e nas Organizações* (BARBIER, 1985), como justificado no capítulo anterior. Mas sua pertinência metodológica só foi válida após ser desenvolvido o *estudo dialético do sistema*, como descrito em Pagès (1993).

Segundo este autor, uma narrativa é tecida por contradições discursivas que se relacionam e são organizadas através de processos mediadores, que equilibram o sistema sociomental e mantêm a coerência do discurso no plano da explicitação, ou seja, na ordem do que é dito conscientemente. Mas essas contradições não se limitam ao plano racional, porque o indivíduo fala “o que quer dizer” e não estabelece controle sobre o “não dito” que lhe escapa à palavra, como já explicado no início deste capítulo. Sendo assim, o sistema é também composto por contradições ocultas, da ordem do “não dito”. Nesse sistema contraditório, composto por temas explícitos e implícitos, há contradições dominantes, centrais nas narrativas e nas práticas sociais do narrador. Logo, as contradições dominantes são referência de uma cadeia de contraposições e de elementos mediadores, provando que todo sistema é articulado entre organizações e desorganizações, como Morin (1990) explica em sua filosofia da complexidade.

O método dialético consegue identificar as relações entre essa contradição e seus elementos mediadores operantes no sistema que esteja sendo investigado (PAGÈS, *ibid*). Seu ponto de partida é a delimitação das unidades de discurso (palavras, frases, parágrafos), das “unidades intencionais dos temas de análise”. O caráter de intencionalidade justifica-se no fato desses trechos de narrativa indicarem potencialmente em suas entrelinhas os conflitos conscientes e inconscientes do sistema. Por isso, mais do que identificar as unidades de discurso, é preciso clarificar seu encadeamento, as relações que elas mantêm

entre si. O que só ocorre se as relações forem entendidas como uma resposta às contradições do discurso, por efeito, das práticas sociais; não como uma coisa ou um conjunto de dados isolados.

Isso está de acordo com o conceito de Organização que foi apresentado no capítulo anterior e que se constitui na dinâmica de respostas às mediações. Para que uma Organização seja entendida nesta perspectiva, é imprescindível analisar as relações entre as contradições dialéticas dos laços sociais que mantêm a própria Organização. Nessa complexidade, perceber a relação mútua que também é estabelecida entre os domínios de mediação. Ao se analisar o entrelaçamento das contradições e de suas instâncias mediadoras, entende-se a maneira da Organização disfarçar suas próprias tensões, como um sistema coerente e controlado.

A fim de entender essa dinâmica, Pagès (1993) recomendou o uso de “gráficos de interpretação”, uma técnica capaz de operacionalizar a estruturação das relações acima referidas. Com o gráfico, sugere que se identifique primeiro a “contradição dominante” onde as unidades de registro estão centradas. Depois, que se delimitem os subtemas, construindo hipóteses teóricas e confrontando-as.

Esta pesquisa usou a técnica, construindo um gráfico para cada participante. A título de exemplo, encontra-se em Anexo F a cópia ilustrativa do gráfico de Niké. Para a montagem dos gráficos, seguiram-se os princípios:

1. Leituras flutuantes das transcrições, grifando-se os trechos que mantinham algum elo com a *relação de cuidado*. As unidades foram escolhidas e relacionadas, até serem estabelecidas a contradição geral (tema de dominância) – “*o amor e o ódio dirigidos à AMUL*” – e alguns subtemas.
2. Classificação dos subtemas, agrupando-os ou diferenciando-os às instâncias econômica, política, ideológica e afetiva. Essa classificação teve com referência a contradição geral, que foi posicionada no centro da folha do gráfico.
3. Identificação de dois tipos de relação entre os temas: ou de ligação (concordância, causalidade), ou de contradição. Identificou-se ainda se cada relação era explícita no discurso, ou era implícita e inferida pela pesquisadora.

4. Leitura e reflexão acerca de cada gráfico, analisando um a um; sendo este momento o início do aprofundamento teórico sobre os dados de pesquisa.
5. Os gráficos foram então comparados entre si, demarcando dois conjuntos de gráficos, os das usuárias e o dos profissionais de saúde. E foram comparados aos registros de observação e aos documentos.

Para que fique claro o estabelecimento das relações entre os temas, exemplifica-se com um fragmento da entrevista de Reia:

Reia: Minha filha, pegar uma ficha aqui, só Deus! Eu vim prá pegar a ficha, tinha que chegar aqui cedinho, ai pronto. Só que eu não sinto esse sintoma (hipertensão), de lá prá cá, eu já vou prá triagem, é mais fácil. Prá você pegar uma ficha prá fazer o pré-natal é muito difícil aqui. Muito difícil. Só se for socorrida na AMUL, se não... é difícil. Ai eu tentei, mas eu não consegui. Ai eu disse 'Ah! Eu vou fazer na (outra Maternidade) mesmo, depois eu venho prá cá, quando for ter! Pronto.' [...] Eu não arriscava ir a uma maternidade que não tivesse os equipamento que aqui tem. [...] Voltei (para a AMUL). Porque quando eu venho, eu venho com dor, contrações, tudinho, já com delatção, eu acho que, ou eles me transferem, só se eles não me conhecer, né, porque eu tenho meu prontuário aqui, desde os 9 anos. Ai pronto, fica tudo arquivado. (...) E isso é ótimo! A prioridade, né. Porque assim, 'não, ela já teve esse aqui' né, tudinho, eu sei que aqui, sei lá! Uma coisa tão estranha prá mim, não sei nem explicar. É estranho. (O que é que seria estranho?) Incrível! Eu cheguei aqui, desse menino, tinha meu nome há 9 anos atrás, ela puxou no computador, tava lá, eu disse 'que coisa!' Eles guarda, né, uma coisa, então, isso ai prá eles é importante, porque eles deixa lá, arquivado. 'Você ainda tá nesse lugar?' 'Não'. Tava lá nome de pai, tudo. Você faz só o básico, pronto. A sua mesma ficha continua. (...) Mas também, vixe Maria, aqui você só morre se tiver de morrer! Eu acho assim, porque é muito bem, cuidam muito bem de você, muito médico, são muito atenciosos, com esse caso, principalmente. Poxa, a gente não tem sossego no quarto.

A temática desta unidade de registro foi a contradição de dominância. A usuária tinha a Organização como objeto de seu desejo, buscando ser reinserida em AMUL a todo custo; continuar assim ocupando um suposto lugar de privilégio, já que ela "prá eles é importante". Na dimensão oculta de uma estratégia administrativa (o sistema informatizado de cadastro), a AMUL provocava em Reia a fantasia de ser um sujeito desejado. Por outro lado, conseguir merecer esse amor era quase impossível ('...só Deus!'), pois a política de admissão esbarrava-se com o caos social em matéria de Saúde Pública.

Nesse patamar econômico, a contradição oculta de Reia revela a dificuldade da AMUL em dar conta da demanda social, perante o limite de custos para cumprir por completo sua razão de existência e acolher às necessidades de saúde da população. Apesar da contradição com o domínio ideológico, o hospital conseguia mediar o conflito, ao contar com o serviço de triagem. Quando Reia percebe isso, é estabelecida uma relação de ligação explícita, ela decidiu ir a outro hospital provisoriamente e procurar a AMUL somente em estado de sofrimento, com as dores do parto. Passamos então a uma ordem política: a demanda social é grande, a Saúde Pública é deficitária, mas a AMUL contava com diversos mecanismos de admissão, pois se tratava de uma Organização que exercitava seu compromisso com a Saúde. E a instância política mantém relação de ligação oculta com o plano afetivo: porque Reia internalizava que a equipe de saúde de AMUL era boa e que os equipamentos eram eficazes, assim lutava por merecer o amor da Unidade de Referência. Porém, foi formada a contradição explícita do domínio afetivo. Mesmo acreditando que a AMUL protege, guarda a usuária na memória e é atenciosa, Reia sentiu como excessivo e perigoso se manter no lugar de objeto de desejo. Ela não tinha sossego, sentia-se sufocada com a vigilância dos profissionais e controlada pelo sistema de arquivamento que a AMUL possuía. Sua autonomia estava sob o controle da AMUL, logo, o vínculo entre a Organização e a usuária ganhou sua parcela de desamor, tanto que Reia não conseguia nem explicar o desconforto, por ter sua ficha completa na posse do outro.

Nesse sistema complexo que explana o limiar entre o amor e o ódio, os paradoxos eram mediados pelo atalho que Reia estabeleceu, com fins de comover a AMUL e conseguir vaga. Ligada explicitamente a essa mediação afetiva, agia a mediação ideológica: a AMUL era competente e comprometida em cuidar do outro. E estruturadas essas relações, verificou-se nesta unidade intencional de Reia a presença do tema “*a função paterna da Organização*”.

Como se nota, os procedimentos deste estudo não se limitaram à constatação empírica, indo em busca das contradições subjacentes. Por esse mesmo motivo e tendo como base as orientações de Barbier (1985), a leitura dos gráficos subsidiou nossa Análise Sincrônica, ao encontro dos dois campos institucionais da AMUL: o mediatizante (das coisas explícitas, das normas) e o mediatizado (da ordem do “não dito”, das antinormas).

Enquanto as unidades de discurso estavam sendo escolhidas, ocorria a decodificação e o reconhecimento do campo institucional mediatizante da AMUL. Este campo compunha a

realidade objetiva, com a identificação da política e da prática em saúde do hospital. Dizia respeito ao que a Organização tinha de mais evidente, suas ações provisórias desenvolvidas entre a força do instituído e do instituinte.

A coerência provisória do campo institucional mediatizante foi decodificada e reconhecida na transversalidade dessas vertentes. Houve assim uma compreensão da dialética do objeto de estudo, montando-se o sistema de contradições da *relação de cuidado* na AMUL. Chegou-se ao quinto princípio do Gráfico de Interpretação, com tais tópicos de análise: a) A história de vida e a história gestacional das usuárias; b) A relação mãe-bebê; c) O “ser gestante de alto risco” na visão das usuárias; d) O acesso ao serviço e a acessibilidade do serviço; e) As tendências psicossociológicas das trajetórias de hospitalização; f) O grupo de usuárias; g) A relação de trabalho; h) A *função paterna* da AMUL.

Faltava encontrar o campo institucional mediatizado. Para isso, os temas foram agrupados nos três níveis de análise defendidos em Barbier (1985): psicobiológico, histórico-social e estrutural-grupal³¹. Este autor argumentou que a demarcação dos níveis é necessária a todo estudo dialético sobre grupos sociais, pois esses grupos tem a característica de se inscrever nos níveis aqui abordados. Através desse nivelamento, a pesquisadora conseguiu perceber um ponto de explicação diferenciado nos gráficos. Esse ponto sinalizou algo da ordem do “não dito”, assim fazendo a pesquisa destacar a suposta estrutura institucional englobante mais significativa para a instituição mediatizante. Ficou então decifrado o campo institucional mediatizado.

Algo deste campo foi interpretado nas entrelinhas do sistema dialético da *relação de cuidado*, ampliando um pouco a leitura da instituição mediatizante decodificada em AMUL. Foi a trajetória descrita neste capítulo que levou às reflexões das páginas que o seguem.

³¹ Estes níveis foram explicados no capítulo anterior, o da Fundamentação Teórica. Vide p.68

Capítulo 4:

A IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA NA PESQUISA

*“O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente”.*

(Fernando Pessoa)

4.0. A IMPLICAÇÃO^{xxii} DA PESQUISADORA NA PESQUISA

Antes de apresentar a análise dos dados, justificamos a importância de percebê-la influenciada pelo discurso de um outro – a pesquisadora. Pensar sua implicação na pesquisa faz jus ao tipo de análise que nos dispomos a realizar, focada na contradição dialética de um objeto de estudo que é sócio-histórico e construído de interatividade.

A mestranda e o processo de pesquisa foram aqui vistos como interdependentes: a primeira foi um ator social presente na produção de um saber que implicou em uma produção científica que é este estudo. Portanto, a pesquisadora influenciou o trajeto metodológico e a interpretação dos dados. Os resultados e as conclusões da pesquisa foram entendidos como uma verdade situada na mediação entre o estilo científico da pesquisadora e seu conhecimento sobre o tema. Esta atitude está de acordo com Martins (2009), para quem a análise psicossociológica de um contexto gerado por atores sociais, exige figurar o pesquisador como um dos protagonistas implicados nesse cenário, principalmente se o estudo for relacionado às práticas interativas. Sendo assim, nosso objeto de estudo – a *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco – justificou a importância de tratar a implicação da pesquisadora como um conteúdo do conhecimento.

Esta forma de proceder em pesquisa diferencia-se do objetivismo radical, que pratica a exclusão do cientista. Segundo Bourdieu (2009), Bachelard (2002) e Minayo (2006), ao excluir as motivações do cientista na produção de saber, guiando-se pela obsessão da verdade absoluta, o cientificismo defende que o universo seria regido por uma lógica

clássica, regular e simplificada. A exclusão sustenta uma pedagogia autoritária, tal como se vê no Positivismo Sociológico, fazendo do pesquisador um receptáculo da realidade. Aliás, a realidade é algo extrínseco a ele, e algo de que ele precisaria se apropriar. O silêncio do pesquisador social seria, portanto, ponto de partida e essência metodológica dos estudos sobre os fatos sociais.

Esta noção objetivista perdurou até o final do século XX, quando se observaram os prejuízos da neutralidade axiológica. Enquanto o cientificismo constituía as ações sociais à revelia dos valores do observador e da experiência popular, era provocada uma cisão entre o cotidiano e o saber racional, assim negligenciando a contingência dos fatos sociais. Inclusive, Matos (2009) explicou essa problemática como um dos obstáculos aos avanços das políticas públicas, já que a ciência se excluiu de dialogar com o saber popular. Não que a implicação do pesquisador seja da ordem do senso comum, mas igualmente se alia a questões subjetivas que ultrapassam a racionalidade e nela se apresentam. Para Morin (1990), a dicotomia entre sujeito e objeto elabora sistemas fechados, enrijecidos e tautológicos, impedidos de visualizar a dinamicidade contraditória do real.

Bourdieu e Passeron (2009) salienta que se desconsiderou o contraditório da própria gratuidade das ações humanas. Aponta, ainda, que o cientista está envolvido de interesses, havendo um mínimo de motivo para a elaboração de um problema de pesquisa. Afinal, interesse é um investimento relacionado à libido^{xxiii}, do latim *illusio*, o mesmo que estar envolvido em um jogo. Isto significa, que fazer ciência, seria fazer parte de um jogo social; levando-o a sério, ao se implicar nele e reconhecer o valor do jogo em si e o valor do conjunto de seus alvos. Pelo inverso, na indiferença, o sujeito não notará o que está posto em jogo, tampouco a delimitação das estratégias de seu campo lúdico, o científico.

As contribuições da literatura permitiram-me supor, que clarificar este jogo corresponderia trazer à luz uma parte invisível do objeto de estudo, seu “não dito”. Durante todo o processo que leva o objeto passar do estado visível ao invisível, o cientista é levado a se engajar na busca pelo conhecimento. Isso aconteceria, porque a pesquisa se constitui de alteridade, é uma coprodução guiada pela tática do pesquisador. Subjetivamente envolvido, o cientista depara-se com um furo no saber, buscando assim escapar desse desconhecimento. E ao refletir suas implicações, já nos primeiros passos da pesquisa, o cientista inicia a análise da invisibilidade do fenômeno estudado.

Então, a implicação da pesquisadora influenciou de partida sua escolha pela AMUL como Organização-participante do presente estudo. Justifica-se assim a importância de que este engajamento seja detalhado, o que será feito a partir de agora, através de três níveis de implicação (BARBIER, 1985): o psicoafetivo, o histórico-existencial e o estrutural-profissional.

O primeiro diz da cota libidinal da pesquisadora e de suas questões de transferência na e pela investigação. Diz de seu desejo inconsciente na investidura científica. Não há dúvidas de que as afetações da pesquisadora atravessaram o rumo deste estudo, semelhante ao que ocorre na clínica. O analista, além de refletir acerca do lugar simbólico que ocupa, pensa no que pode ser o próprio desejo. Em resumo, “o que quer a pesquisadora”, uma mulher solteira que ainda não tem filho, ao estudar uma “maternidade de alto risco”?! Esta questão circundou todo seu desempenho no mestrado.

É uma psicóloga que se deu conta de seu interesse pelo campo materno-infantil no Ensino Médio, seguindo na graduação com certa curiosidade científica acerca da vida fetal. Nesse período, teve acesso à informação de que as instituições se montam sob a égide das funções materna e paterna, assim como o compreende a abordagem psicossociológica. E aglutinou seus interesses no campo da psicologia hospitalar, especificamente, nos cuidados com bebês prematuros. Não por coincidência, busca tornar-se mestre na análise das complexidades interativas de um hospital-maternidade especializado em alto risco gestacional. Empenhada no suposto encontro com o saber sobre a *relação de cuidado*, as questões intrapsíquicas da pesquisadora também fizeram parte da trajetória desse estudo.

Circunscrever isso não paralisa a cientificidade do trabalho, inversamente, pode ser útil à comunicação científica, como o diz Barbier (1985). Assumir as implicações foi um modo de se autorizar ao risco da práxis, escolhendo os instrumentos necessários para trabalhar o objeto. Tomar ciência dessa dimensão foi inevitável para observar suas expectativas diante dos caminhos metodológicos seguidos, policiando seus conhecimentos prévios sobre o contexto estudado e do qual ela faz parte, independente da pesquisa. Trabalhando com bebês prematuros, encontrava-se com as mães na fase puerperal, escutando suas insatisfações, ambiguidades e angústias. Na pesquisa, ela apenas antecipou esse encontro, pois as mulheres são as de mesmo perfil. Portanto, foi quase que impossível deixar de estabelecer alguma expectativa, mas se direcionou à curiosidade pelo desconhecido que também lhe é companheiro na prática assistencial.

E não esteve sozinha neste processo, assumindo sua implicação histórico-existencial. Neste segundo nível, ficou claro que a prática de pesquisa é um investimento coletivo que revela uma história de vida no espaço científico. Alves-Mazzoti e Gewandsznajder (1998) reforçam que o saber é construído através dos diálogos feitos e refeitos entre o sujeito, o objeto e a presença de Um terceiro (comunidade acadêmica, cultura, sociedade, entre outros sistemas). Enquanto sujeito social, a pesquisadora adequou-se às normas do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE, que influenciou sua visão de mundo e de sujeito muito antes do mestrado, quando fazia parte da graduação desse Departamento, desenvolvendo pesquisas de iniciação científica. Também, o estudo foi instigado pelo círculo profissional da mestranda, aproximando-a de discussões que inclusive, algumas foram trazidas no capítulo anterior, a respeito da Humanização em Saúde Materna e Neonatal. Essa foi a temática também de atividades de tutoria e consultoria promovidas pelo MS em 2009 e início de 2010, nas quais a mestranda se inseriu. Ainda, o estudo mobilizou-se pelos anseios dela à docência. Em síntese, houve uma articulação técnico-científica entre a pesquisa, a escuta clínica no hospital e os projetos de vida da pesquisadora.

O terceiro nível de seu investimento revelou a coerência do estudo com a linguagem científica historicamente situada e com o campo social da pesquisadora atuante na área de Saúde Pública. Como exposto no capítulo um, nosso objeto e tema de pesquisa são pertinentes na atualidade, em que o espírito coletivo parece inibido no campo social, sendo válidas pesquisas atentas às questões da coletividade e da autonomia, assim investindo em políticas públicas. A pesquisadora não se isentou de interiorizar tais exterioridades institucionais, envolvendo-se no sistema de crenças e valores de seu tempo sócio-histórico. Isso atende ao que disse Minayo (2006): o saber científico está em função da vida, devendo favorecer alternativas de ações sociais, cabendo ao pesquisador falar como cidadão.

Nesse contexto, foi observada a interpenetração dos três níveis de engajamento, a fim de não incorrer na descaracterização de sua prática científica. A implicação da pesquisadora se concentrou no estado de fusão dos três níveis, estando a mestranda envolvida do ponto de vista sistêmico e libidinal. Mesmo assim, houve momentos tensos entre a implicação histórica - existencial e a estrutural – profissional.

Por questões particulares à sua carreira, a vida no trabalho e na pesquisa delimitaram pontos contraditórios. E isso acabou edificando sua relação com a AMUL: saiu de um lugar

supraidealizado para o que uma idealização consciente, somente construída quando a posição científica lhe fez experimentar intensamente uma ambiguidade afetiva.

Os dados também promoveram momentos opostos entre o segundo e o terceiro nível, aos revelarem problemáticas contrastantes da filosofia profissional da mestranda. Em certas ocasiões, ela chegou a interferir no contexto social pesquisado, alterando-o, guiada pela fusão dos dois primeiros níveis. Como exemplo disso, no segundo relato de vivência de Demetra, ela estava em crise psicológica, apresentando infantilismo, porque não via seu bebê desde o parto, estando o neonato sob cuidados intensivos e a mãe, na Sala de Pré-parto, aguardando vaga na enfermaria. A pesquisadora então interrompeu o relato de vivência e levou a usuária até a UTI Neonatal.

Vale dizer, foi inevitável à pesquisadora promover apoio psicológico em algumas circunstâncias da construção dos dados, pois a pesquisa incluía atores sociais em condições vulneráveis do ponto de vista emocional (grávidas de alto risco hospitalizadas). Mesmo assim, quando o fez, ela não perdeu de vista os pormenores investigativos.

O que acontecia é que os protagonistas desta pesquisa criaram uma relação de troca multidimensional. As gestantes e os profissionais de saúde reconheceram o espaço de desabafo e de acolhimento durante as entrevistas. E a pesquisadora também foi pega por efeitos terapêuticos no processo do estudo. E nesse clima de troca, informou à equipe de saúde sobre a necessidade de algumas usuárias obterem apoio psicológico hospitalar.

Pelas implicações descritas, as produções dessa pesquisa ganhou transitoriedade, como solicitaram Ferreira, Calvoso e Gonzales (2002): evocou uma verdade contextualizada nas contingências que qualificaram o momento dessa produção científica. Os interesses e os desejos da mestranda dialogaram com o problema de pesquisa, influenciando a representação da realidade pesquisada e resultando dela.

Segundo Morin (1990), não há objeto que se identifique com a realidade sem a interferência do sujeito, de modo que as práticas de objetivação englobam o conhecimento científico e o popular, incluindo o mundo simbólico do pesquisador. Amparada pela teoria, a pesquisadora lançou-se à curiosidade, consciente de sua busca por reconhecimento e da possibilidade de fracasso. O lance do jogo científico foi dado no intuito de transgredir o hábito, de interditar a invisibilidade.

Capítulo 5:
**A ANÁLISE INSTITUCIONAL
DA RELAÇÃO DE CUIDADO NA AMUL**

*“O olhar que observa, só manifesta suas virtudes em duplo silêncio:
o relativo, das teorias, das imaginações e de tudo o que constitui obstáculo ao
imediato sensível e o absoluto, de toda linguagem que seria anterior ao visível.*

*Na densidade desse duplo silêncio,
as coisas vistas podem ser finalmente ouvidas,
e ouvidas apenas pelo fato de que são vistas.”*

(FOUCAULT, 2004, p. 118-19)

5. ANÁLISE INSTITUCIONAL DA *RELAÇÃO DE CUIDADO* NA AMUL

Depois de discutir teoricamente o objeto de estudo e os dispositivos metodológicos escolhidos para seu tratamento nesta pesquisa, são apresentados os resultados em torno da *relação de cuidado* na AMUL e a análise institucional desenvolvida.

Salienta-se, que nesta análise do sistema da *relação de cuidado*, não optamos por focar a individualidade de cada troca social diática, como se fossem estudos de caso. Nossa decisão foi analisar os acontecimentos interativos do grupo social em foco, constituído por usuárias e equipe de saúde, considerando-os como protagonistas da prática de cuidado da AMUL. E do conjunto desses acontecimentos, delimitamos três níveis centrais de análise:

a) **O nível das singularidades das usuárias:** referiu-se à dimensão psicobiológica de nossa análise, sendo descrita a história de vida das gestantes de alto risco, incluindo sua relação de afeto com o bebê e os sentidos que elas davam a sua condição gravídica. Foi evidente que essas vivências maternas de algum modo delimitavam o estilo interativo das usuárias frente aos profissionais de saúde. Portanto, a compreensão deste nível de análise foi fundamental para se qualificar o posicionamento delas durante sua hospitalização na AMUL.

b) **O nível da inscrição das usuárias nos serviços da AMUL:** explanou a dimensão sócio-histórica do sistema de cuidado desta Organização. Nesse patamar, foi

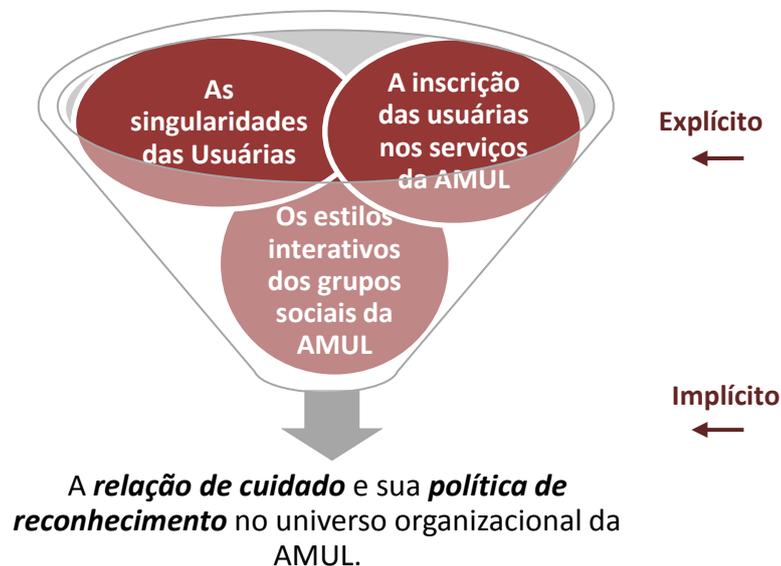
identificado o acesso ao serviço: o processo de admissão das gestantes de alto risco na AMUL, também os elementos constitutivos e constituintes da Organização, como sua imagem social e as articulações com outros serviços de saúde. Em paralelo, foi observada a acessibilidade da AMUL, isto é, sua capacidade de adaptação às necessidades das usuárias. Inspirando-se em Pinheiro e Martins (2009), este estudo não poderia desconsiderar estes dois dispositivos institucionais, porque eles dizem da inserção do usuário no SUS e englobam variáveis como acolhimento, vínculo, integração e estratégias de fluxo nos níveis de atenção em saúde. Assim, eles favoreceram esquematizar as tendências psicossociológicas da trajetória de hospitalização das usuárias, o que subsidiou a reflexão sobre a interatividade do grupo social estudado.

c) **O nível da interatividade entre a equipe de saúde e as usuárias:** foi o da dimensão estrutural-grupal, onde se verificou os pormenores da *relação de cuidado*. Notou-se que, associado aos fatores socioculturais, os comportamentos das usuárias no hospital refletiam o processo de elaboração da maternidade e seus laços sociais construídos dentro da AMUL. Em paralelo, os conflitos interpessoais da própria equipe de saúde estabeleciam uma situação de estresse no trabalho, assim fragilizavam a percepção dos múltiplos sentidos das condutas das usuárias. No conjunto dos vetores que se alinharam a esta questão, a *relação de cuidado* pareceu indicar a função paterna que a AMUL assumia com as usuárias e a equipe de saúde. A vida hospitalar pareceu movida por uma fragmentação da prática de cuidado, dividida entre ações centradas na usuária e condutas que prejudicavam a possibilidade desta se situar como sujeito na produção de saúde.

A exposição da análise seguiu esta sequência, a fim de destacar a performance interacional da AMUL como inscrita em um sistema dialético. Vale esclarecer, a realidade Organizacional não apresentou tal ordenação, mas esta serviu para avançar nossas ideias, analisando as repercussões da *relação de cuidado*, implícitas na articulação dos níveis, vide Figura 02. A política de reconhecimento simbolizada em AMUL assim surgiu como nossa

conclusão institucional, relacionada aos não ditos institucionais, de acordo com o olhar psicossociológico adotado neste trabalho.

Representação Gráfica 02 – Os três níveis centrais de análise e suas repercussões



5.1. PRIMEIRO NÍVEL: As singularidades das usuárias

As gestantes de alto risco foram percebidas como sujeitos singulares, que construíam sua maternidade influenciada por seu universo microssociológico, marcado por conflitos familiares. Este mesmo universo revelou o posicionamento das usuárias diante da relação com o bebê, no período gestacional e acerca do alto risco gestacional. Para compreender esta questão, iremos primeiro conhecer um pouco da vida dessas mães.

5.1.1. Vivências Maternas

5.1.1.1. Artêmis

Artêmis, 21 anos, era de Arcoverde, região do Pajeú Pernambucano, estudava o 2º ano do Ensino Médio, católica, dona do lar, não fumava, nem usava álcool ou outras drogas.

Aos 12 anos, soube da Diabetes Mellitus Tipo 1A³². Sua mãe sentiu-se culpada, justificando a doença pela negligência materna quanto aos hábitos alimentares da filha. E passou a superproteger Artêmis, construindo com a mesma uma relação de heteronomia.

No geral, elas se tornaram cúmplices no tratamento e sua mãe se dedicou exclusivamente à filha. Nesse percurso, como se a protegesse e punisse, proibia Artêmis de engravidar. A mãe de Artêmis usava a diabete para coibir o poder de escolha da filha sobre o próprio corpo. Segundo a usuária, a relação materna ficou intolerável.

Aos 19 anos de idade, cinco anos após sua menarca, Artêmis estabeleceu a primeira relação sexual e fugiu de casa com o namorado, um agente de saúde. O casal residia em casa de aluguel, de alvenaria, com dois quartos, saneada e abastecida por energia elétrica e hidráulica. Sua renda era de um salário mínimo, somada à ajuda financeira da família.

Às escondidas, os dois compactuavam da vontade de ter um filho. Artêmis dividia-se entre atender às imposições da mãe e ao próprio desejo materno, além de almejar satisfazer o companheiro. Ela convivia com as ameaças da mãe: Artêmis não deveria engravidar, senão morreria. Nesse jogo, engravidar era romper o pacto materno e assim cortar seu próprio cordão umbilical, já que se sentia sufocada na relação simbiótica com a mãe.

O casal negava socialmente sua vontade de ter um filho e não se preveniam. Engravidaram, negando que tivessem planejado o bebê. O pai ficou feliz com a notícia, mas a usuária rejeitou inicialmente o filho, pois temia a evolução do quadro clínico e a reprovação materna. Esconderam a gravidez até o primeiro trimestre. Ao saber, sua mãe ficou desesperada. A gestação foi então desenvolvida por ressentimentos e medo de retaliação.

Artêmis foi à AMUL na 33ª semana gestacional, com encaminhamento da Rede Básica. Chegou à Emergência com episódio de hipoglicemia e ficou internada. Na primeira quinzena de hospitalização, teve alta com retorno programado. Na 37ª semana gestacional, retornou à AMUL, quando foi inserida na pesquisa, vivendo uma trajetória da EGAR ao Alojamento Conjunto³³. O bebê nasceu por cesariana, com 4.230Kg e Apgar^{xxiv} 8/9. Após 32 dias dos dois internamentos, mãe e bebê receberam alta definitiva.

³² As patologias citadas nas “Vivências Maternas” estão descritas em Apêndice A.

³³ Em Apêndice C, encontra-se a ilustração de seu itinerário terapêutico na AMUL. Inclusive, os trajetos das demais usuárias também estão aí desenhados.

5.1.1.2. Atalanta

Atalanta, 28 anos, residia em Itambé, Mata Norte de Pernambuco, dona do lar, analfabeta, não tinha religião, não fumava, nem usava álcool ou outras drogas.

Sua menarca foi aos 15 anos e, aos 16 anos, época de sua coitarca, foi expulsa de casa, porque estava grávida. Perdeu o primogênito que faleceu por consequência da prematuridade. Separou-se do parceiro, estabeleceu outra relação consensual, mas revoltada com os enganos amorosos, optou pela vida promíscua até os 24 anos, quando engravidou outra vez. Aceitou manter um terceiro relacionamento consensual.

Ele era dezessete anos mais velho do que ela, concluíra o Ensino Fundamental 1 e trabalhava como descarregador em armazém de açúcar. A renda familiar, advinda do armazém e do Benefício Bolsa Família, somava um salário mínimo. A casa de alvenaria onde moravam com os dois filhos possuía ligação elétrica e hidráulica, com dois quartos. A rotina de vida de Atalanta voltava-se aos serviços domésticos e a sua devoção à maternagem.

Aos 27 anos, teve a quarta gestação e descobriu ser portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Atalanta entendeu a soropositividade como uma maldição resultante de *“uma vida errada”* que teve. O companheiro dizia-se não portador, mas se recusava a usar preservativos, de modo que Atalanta não entendia a razão do marido correr tamanho risco, passando a fantasiar que isso seria uma prova de amor.

A usuária procurou um ginecologista na Unidade Básica. Na consulta, soube da presença de vários cistos em seu útero e que isso lhe impediria de engravidar. Apesar de se dizer conformada com o fato, ela foi a outro serviço de saúde para nova consulta, como se buscando por uma negativa, como ocorreu de fato. O segundo médico informou que ela poderia sim engravidar outras vezes. E Atalanta recebeu amostras de anticonceptivos, sem ficar atenta à indicação do tratamento medicamentoso. Tomou o remédio até mesmo depois de passada a validade e engravidou.

Esta mãe insinuou como insuportável a ideia de que seu capricho de se ver grávida nem que fosse pela última vez, se tornasse causa de uma doença incurável no filho. Sentia culpa, mas amenizava este sentimento com o analfabetismo, pois, seu lugar alienado. A fragilidade de sua autonomia servia aqui como um ganho secundário^{xxv}.

Estava com 28 anos, na quinta gestação, quando a Unidade Básica encaminhou a usuária à Maternidade Dia da AMUL. Durante o pré-natal, constatou que além de soropositiva, adquiriu Diabetes Gestacional do tipo A2. Na 37ª semana de gestação, foi encaminhada à Emergência Obstétrica, para internamento na EGAR. Em menos de 24h na Emergência, foi à Sala de Pré-parto, para aguardar vaga na enfermaria. No dia seguinte, foi à EGAR, onde começou a fazer parte desta pesquisa e passou 19 dias, até retornar à Sala de Pré-parto, para interrupção da gravidez. Teve parto cesárea, o bebê de sexo masculino nasceu com 3.670Kg e Apgar 9/10. Após 23 dias na AMUL, a díade mãe-bebê recebeu alta.

5.1.1.3. Demetra

Demetra, 28 anos, residia em São Lourenço da Mata, Região Metropolitana de Recife, era técnica de enfermagem, católica, não fumava, nem usava álcool ou outras drogas.

Sua menarca foi aos 15 anos e a coitarca, aos 19 anos. Desde o início da adolescência tinha uma vontade intensa de ser mãe. Aos 25 anos, engravidou do segundo parceiro sexual, sofrendo um aborto, devido a ocorrência de Mola Hidatiforme. Aos 28 anos, estabeleceu uma segunda relação consensual com um colega de profissão, técnico de enfermagem.

O casal residia na casa da mãe de Demetra. A casa de alvenaria tinha dois quartos, saneada e com energia elétrica. A renda familiar era de dois salários mínimos.

No início da vida marital, o parceiro cobrou-lhe um filho. Demetra recusou a ideia, mas para diminuir os conflitos conjugais, supôs haver um período de desintoxicação, fantasia que lhe viabilizou a aceitar racionalmente a interrupção do anticoncepcional. Sem ajuda psicológica, ela não conseguiu ressignificar sua maternalidade antes de engravidar outra vez e se defendeu inconscientemente: negou a gestação, fazendo tratamento contra “*o verme do bucho d’água*”.

Já na Maternidade Dia, convivía com o medo de que o feto se transformasse na Mola: ‘Dra., meu bebê ainda tá com-PLETO?’ Foi diagnosticada doença no sistema urinário, com indicação de tratamento com nefrologia no puerperio. Encaminhada à Emergência Obstétrica, ficou em torno de 24h na Sala de Pré-parto, aguardando vaga na enfermaria. Após a primeira semana em EGAR, Demetra recebeu alta hospitalar.

Na 31ª semana gestacional, a Maternidade Dia diagnosticou proteinúria e pré-eclâmpsia em Demetra. Foi hospitalizada, ficou três dias na Sala de Pré-parto, novamente à espera de vaga em EGAR. Evoluiu com pré-eclâmpsia e sangramento vaginal, ficando em EGAR por 13 dias, período em que começou a fazer parte desta pesquisa. Foi outra vez à Sala de Pré-parto, mas se constatando alarme falso, voltou logo à enfermaria, solicitando que a transferência à Sala de Pré-parto não mais ocorresse, pois lhe angustiava ainda mais. A equipe respeitou o pedido, baseando-se na gravidade. Ela permaneceu em EGAR até a interrupção gestacional. Após várias tentativas de estímulo ao parto normal, a equipe transferiu a gestante à Sala de Pré-parto, depois, à Sala de Parto. O bebê nasceu de parto cesárea, com 2.110Kg, Apgar 6/8, sendo encaminhado à UTI Neonatal, enquanto a puérpera voltou à Sala de Pré-parto, com indicação de ser medicada na UTI Obstétrica, onde não havia vaga no ensejo. Em 48h, a díade foi ao Alojamento Tardio. Os dois internamentos contabilizaram 25 dias na AMUL.

6.1.1.4. Helena

Helena, 30 anos, oriunda de Jaboatão, Região Metropolitana de Recife, técnica em Marketing, trabalhava como auxiliar de administração, católica, ex-fumante de nicotina, usava bebida alcoólica, não consumia drogas ilícitas.

Teve sua menarca aos 12 anos e a coitarca aos 14. Sem se preocupar com doenças sexualmente transmissíveis, recusava-se ao uso de preservativo em suas relações sexuais, com o objetivo de engravidar. Casou-se com o segundo parceiro sexual fixo aos 19 anos, um laço marital que durou quase 11 anos de sua vida, sem filhos. Helena afirmou que nunca viu naquele parceiro a figura do pai de seu bebê. Aos 30, separou-se do marido e namorou o colega de trabalho, um frentista. Novamente, não usou preservativo, justificando que era estéril, mesmo sem diagnóstico médico a respeito.

Invejava as mulheres que eram mães. Foi no início da nova relação amorosa, que ela decidiu fazer um Plano de Saúde com cobertura de parto, dizendo-se preocupada com um problema de saúde em sua mama. Recusou-se a procurar o SUS, por acreditar na morosidade deste Sistema. Questiona-se se a pressa de Helena seria mesmo com relação ao

tratamento mamário. Disse não ter planejado a gravidez, mas no terceiro mês de namoro, o casal estava grávido de um menino e aceitando a parentalidade.

O parceiro foi morar na casa dos pais de Helena, casa de alvenaria, abastecida de energia elétrica, saneada, de três quartos. A renda familiar era de quatro salários mínimos.

Helena fez o pré-natal no Plano de Saúde e na Maternidade Dia simultaneamente. Na 24ª semana gestacional, a Emergência da AMUL diagnosticou trombose venosa profunda, ficando Helena hospitalizada na UTI Obstétrica. Seguiu à EGAR, época em que foi inserida na pesquisa. Após quinze dias, EGAR emitiu alta definitiva à gestante que permaneceu na Maternidade Dia, com planejamento de reinternação no trabalho de parto.

Na 40ª semana gestacional, Helena foi readmitida, sendo encaminhada à Sala de Pré-parto. O parto foi cesárea, o bebê nasceu com 3.620Kg, Apgar 8/10 e recebeu alta do Alojamento Conjunto. Porém, a mãe apresentou sangramento abundante, retornou à Sala de Pré-parto, para vigilância clínica, depois, à UTI. Mesmo de alta, o bebê permaneceu no hospital, ficando junto a outros bebês que também aguardavam a recuperação de sua mãe. Após 44 dias em AMUL, considerando os dois internamentos, houve alta materna.

6.1.1.5. Hera

Hera, 25 anos, procedente de Paudalho, Zona da Mata pernambucana, não concluiu o Ensino Médio, dona do lar, católica, não fumava, nem usava álcool ou outras drogas.

Sua menarca foi aos 15 anos e a coitarca, aos 20. Aos 23 anos, casou-se, indo morar em casa de aluguel, de alvenaria, com água tratada, energia elétrica, dois quartos. O esposo era caminhoneiro, por isso só se encontravam poucas vezes, ao mês. Sua renda mensal não fixa era de quatro salários mínimos. Hera passava o dia cuidando dos pais que eram doentes.

Após dois anos de vida conjugal, Hera e o esposo planejaram a primeira gestação. Na 24ª semana gestacional, a usuária apresentou sangramento e procurou a AMUL, descobrindo-se portadora de Útero Bicornio, logo depois, abortou. Ficou 35 dias internadas na AMUL, vividos como *“uma tortura muito grande psicológica (...) Aquilo mexeu comigo”*.

Desenvolveu quadro depressivo no período de luto. Não procurou suporte psicológico para enfrentar o período de crise e, como saída psíquica, foi morar próximo a casa de seus pais. Aos dois meses de luto, esqueceu de usar o anticoncepcional, por efeito,

engravidou outra vez. Em choque, o casal recusou inicialmente o bebê. O desejo materno e paterno eram antagônicos ao medo de um novo aborto.

Acompanhada na Maternidade Dia, sua gravidez desenvolvia-se sem intercorrências. Hera renovou as esperanças, ao descobrir que gestava uma menina. Após um ato sexual na 27ª semana gestacional, procurou a Emergência Obstétrica apresentando sangramento vaginal. Além do útero bicornio, foi diagnosticada brida amniótica, além de avaliada a ameaça de trabalho de parto prematuro. Após 28h na Emergência, foi transferida para EGAR. Na mesma semana desta admissão, a usuária aceitou participar da pesquisa.

Os episódios de dor foram recorrentes, com persistência do sangramento vaginal. No 5º dia em EGAR, a usuária foi à Sala de Pré-parto, onde afirmou sentir medo de perder o bebê, que nasceria prematuro, revivendo as experiências anteriores naquela mesma Sala.

Após quatro dias na Sala de Pré-parto, foi indicado o parto cesárea. A filha de Hera nasceu com 1.540Kg, Apgar 4/8, sendo encaminhada à UTI Neonatal. A mãe foi ao Alojamento Conjunto, onde ficou por 8 dias, fazendo tratamento de infecção, pois não havia vaga na Enfermaria de Infectados. Após superar o quadro infeccioso, foi àquela enfermaria, onde continuaram os curativos em cirurgia aberta, por três dias. Recebeu alta na mesma data que a filha saiu do berçário. O trajeto em AMUL totalizou 21 dias de hospitalização materna.

6.1.1.6. Niké

Niké, 25 anos, oriunda de Caruaru, Agreste Central de Pernambuco, Ensino Médio incompleto, trabalhava em fábrica de estamperia, católica, não fumava, nem ingeria bebida alcoólica, tampouco consumia drogas ilícitas.

Sua menarca foi aos 11 anos e a coitarca aos 19 anos. Aos 20 anos, vivenciou um aborto, sem causa esclarecida. Após três anos, casou-se com o quarto parceiro sexual.

Morava com o marido em casa de alvenaria, alugada, de dois quartos, com suporte hidráulico e elétrico. O casal trabalhava no ramo de tecelagem, tendo a família uma renda mensal de menos de dois salários mínimos.

Mantinha com o esposo um laço de cumplicidade, compartilhando seu medo de engravidar outra vez. Apesar das medidas anticonceptivas, aos 25 anos, Niké engravidou. Embora não tivesse planejado o bebê para aquele momento, ficou em estado de felicidade.

Decidiu abandonar o emprego, devido às condições de seu trabalho que lhe expunha a produtos químicos e exigia esforço físico. Cada vez mais se sentia ansiosa pela chegada do filho, tanto devido ao medo de perdê-lo, quanto angustiada por estar sem trabalhar.

Na 31ª semana gravídica, apresentou sangramento vaginal, sendo encaminhada de uma policlínica de Caruaru para a Emergência da AMUL. Nesta Emergência, onde passou 24h, foi diagnosticado Amnorrexe Prematura. A usuária seguiu à EGAR, no mesmo dia em que começou a fazer parte desta pesquisa. Niké mantinha uma postura corresponsável com sua produção de saúde, seguindo todas as orientações médicas. Todavia, não foi possível conter satisfatoriamente a perda do líquido amniótico. Em paralelo, a gestação precisou ser interrompida por causa da infecção urinária de Niké. A mãe foi transferida à Sala de Pré-parto, depois, à Sala de Parto, para realização da cesariana. Seu bebê nasceu com 1.730Kg e Apgar 8/9 e foi levado à UTI Neonatal, enquanto Niké esteve na Enfermaria de Infectados. Após alta materna, cumprindo quatro dias de hospitalização, Niké continuou na AMUL por quase um mês, acompanhando seu bebê na Unidade Canguru.

6.1.1.7. Pala

Pala, 35 anos, vivia em Xexeu, Mata Sul de Pernambuco, católica, cursou incompleto o Ensino Fundamental 1, dona do lar, não fumava, nem consumia álcool ou outras drogas.

Sua menarca foi aos 12 anos e sua coitarca, aos 14 anos, com o mesmo parceiro com quem estabeleceu vida conjugal. Os dois construíram uma vida pacata, eram parceiros e mantinham um conformismo diante da realidade social, segundo o depoimento de Pala.

O casal residia em casa de alvenaria, com abastecimento hidráulico e elétrico, de dois quartos. O imóvel pertencia à usina onde seu esposo era cortador de cana de açúcar. A renda familiar era de um salário mínimo, resultante do serviço no canavial.

Tinha sete filhos vivos, todos do sexo masculino, mas sofreu dois abortos ao longo de suas vivências gestacionais. A usuária não planejava outra gravidez, desistindo da ideia de

ter uma menina, mas ela e o esposo não se preveniam sexualmente. Ao se descobrir grávida novamente, a família recebeu a notícia com muita alegria.

Na 20ª semana gestacional, a Unidade Básica encaminhou Pala à Maternidade, por constatar a cardiopatia da usuária. Na 35ª semana, esta mãe foi transferida à Emergência, para internamento. Em EGAR, sentia saudades dos filhos e sofria com a dissociação entre a vida no Engenho e a no hospital, mas contou com o apoio do marido. Nesse período, começou a fazer parte da pesquisa.

Em trabalho de parto, Pala foi encaminhada à Sala de Pré-parto, onde apresentou desconforto respiratório. Dizia-se apavorada, tinha medo de morrer e não poder mais ver seus filhos. Foi entrevistada nesta ocasião, quando manteve contato telefônico com sua família, conversando com os familiares como se fosse uma despedida.

Seu parto foi normal e sem intercorrências. A díade mãe-bebê foi encaminhada ao Alojamento Conjunto e passadas 48h de observação, receberam alta hospitalar.

6.1.1.8. Reia

Reia, 29 anos, da Região Metropolitana de Recife, estudou até o Ensino Fundamental 1, dona do lar, católica, não fumava, nem usava drogas ilícitas, apenas ingeria bebida alcoólica, embora interrompia o consumo, ao constatar sua gravidez.

Sua menarca foi aos 13 anos e coitarca, aos 14 anos. Da primeira relação consensual, teve três filhas, todas em AMUL. Na primeira gestação, teve um parto difícil, por causa da eclampsia. E ficou ressentida com a primogênita que foi educada e amada pela avó materna.

Segundo Reia, seu companheiro não era bom marido, nem bom pai. Então, ela decidiu pela separação e retornou a casa da mãe, passando a trabalhar como doméstica. Na segunda relação consensual, com um funcionário de restaurante, ela foi morar em casa de aluguel, com dois quartos, com suporte elétrico e hidráulico. A renda familiar era pouco mais de um salário mínimo.

Os dois mantinham um vínculo harmonioso, até que o parceiro passou a cobrar um filho a Reia. A usuária recusava-se a engravidar, usando anticoncepcional. Em discordância, seu parceiro não usava preservativo, escondia a medicação de Reia e não fornecia dinheiro para a compra do remédio. Ela permaneceu lutando contra as imposições dele, justificando o trauma resultante da primeira gravidez. E se desesperou com a notícia da terceira

gravidez, ao contrário do companheiro que reagiu com felicidade, era o primeiro filho dele. Reia só aceitou a gravidez aos poucos, quando percebeu que ele se tornou cúmplice e afetuoso, acompanhando-a nas consultas pré-natais. Com isso, ela tinha a sensação de viver sua primeira gravidez. Todavia, não deixou de fantasiar a morte nas expectativas do parto. Embora esta fantasia seja uma estratégia psíquica comum a toda mulher no processo gestacional, no caso de Pala, ocorria de modo intenso e obsessivo.

Na 27ª semana gestacional, apresentou cefaleia persistente. Procurou o serviço onde fazia o pré-natal, mas a Organização estava em greve e sugeriu que a usuária fosse à Emergência da AMUL, que diagnosticou pré-eclampsia. Após três dias em terapêutica medicamentosa, Reia recebeu alta da Emergência, sendo encaminhada à Maternidade Dia.

Posteriormente, em iminência de eclampsia e em trabalho de parto prematuro, ficou reinternada por nove dias na Emergência Obstétrica, sendo transferida à EGAR. Ao sentir dor em baixo ventre, Reia foi encaminhada à Sala de Pré-parto. No dia seguinte, superou os sintomas e retornou à EGAR. Na 29ª semana gestacional, voltou a apresentar sinais de pré-eclampsia, superou outra vez os sintomas e recebeu alta de EGAR.

Na 36ª semana gestacional, retornou à Emergência Obstétrica, seguindo em poucos minutos à Sala de Pré-parto, onde viveu o parto normal. O bebê nasceu com 3.705Kg, Apgar 8/9. A díade foi ao Alojamento Conjunto, recebendo alta após 02 dias. O percurso de Reia em AMUL contabilizou 24 dias, considerando os dois internamentos.

(...)

As histórias singulares destas usuárias em torno da maternalidade incluíram os relatos da vida extrahospitalar, mas também seu cotidiano vivido na AMUL, relacionando-se esses contextos. O universo macrossociológico das gestantes de alto risco, incluindo condições de educação, habitação e renda, somavam-se às variáveis microsociológicas, laços de afeto, desejo materno e paterno, história amorosa, que acentuavam nessas mulheres seu estado de fragilidade emocional durante a gestação. Isso já é evidente na literatura sobre o assunto, mas o que a pesquisa apontou em paralelo foi uma singularidade em torno do que as gestantes de alto risco em geral depositavam subjetivamente no bebê.

5.1.2. A relação mãe-bebê na gravidez

Aborda-se aqui uma relação materna em que não há ainda o bebê da realidade, ele está em processo de formação, não sendo pois um bebê-sujeito. Todavia, é possível falar do feto como um sujeito em constituição, capaz de reagir ativamente aos estímulos intrauterinos, apresentando como respostas reações motoras, afetivas e anatômico-fisiológicas. O que ocorre na medida em que essa relação de afeto tão original é perpassada pela realidade biopsicossocial da mulher grávida. Ou seja, o bebê de que aqui se fala já é depositário dos sentidos que sua mãe lhe dirige. E tratar desse assunto é supor entre outros aspectos a implicação da imagem materna, elaborada pela mulher desde sua infância. Destacamos, a pesquisa permitiu pensar mais precisamente a relação mãe-bebê a partir do impacto das usuárias diante da notícia da gravidez.

Como já esclarecido, eram grávidas com problemas na história gestacional anterior, ou com uma dificuldade psicoafetiva para engravidar. Assim, o estado de choque que elas ficavam perante a notícia da gravidez e as ambiguidades emocionais desenvolvidas em torno do bebê imaginário^{XXVI} seriam apenas constitutivas do desenvolvimento gestacional, caso as experiências obstétricas anteriores não tivessem deixado tamanhas marcas subjetivas.

Hera: Quase que eu enlouqueço! Porque eu fiquei com muito medo de passar por essa situação novamente (do óbito fetal). (...) Então assim, fiquei naquele suspense. Até pensei em tirar...

A indisposição inicial quanto à notícia da gravidez é uma problemática subjetiva própria do processo de se tornar mãe. Enquanto uma mulher deseja ser mãe, depara-se inconscientemente com a negativa desse desejo (BRAZELTON, 1988). A contradição provoca-lhe o medo de que algo ocorresse à saúde do bebê, antagônico ao medo de livrar-se do filho: e a ansiedade era uma resultante desse circuito. A mulher sofre entre querer e não querer o bebê, adaptando-se à própria realidade grávida e puerperal. A fala de Artêmis ilustra isso, ao proferir a denegação^{XXVII} “*eu não queria aceitar, não*”: sem se dar conta, ela insinua o que não poderia ser dito, pois a afirmativa iria ferir o excesso de amor de sua própria mãe. Em geral, a análise dos dados indicou serem esses problemas geridos pelos desarranjos da história de vida da mulher, com efeitos no lugar subjetivo dado ao bebê.

Assim, as oito gestantes de alto risco depositavam no filho atributos representativos de um mal do corpo. O bebê ocupava um lugar falóforo^{xxviii}, significando agressivamente a condição de falta da mulher, tornando-se fonte intensa de desprazer para essa mãe. Na teoria psicanalítica, o bebê é sempre o significante da falta, uma presença material que inscreve a imagem de uma falta (DOR, 1997), como já esclarecido no capítulo da problemática. Quanto às usuárias em foco, sofriam com as falhas de seu próprio corpo, como se sentissem o bebê como prova da possibilidade de uma falta eterna. É provável que tenha sido esse o motivo de Demetra confundir o bebê com o “verme do bucho d’água”, como ela mesma nomeou.

Resgatando as vivências maternas, percebe-se que o bebê era sinônimo de traição, de morte materna, de malformação, de perda por aborto. Atalanta gerou o filho como símbolo de uma traição reprodutiva oriunda da imposição de seu parceiro que queria ser pai a todo custo. Artêmis tinha o filho como representante do risco de morte materna, sendo a relação mãe-bebê ameaçada pela diabetes. Inclusive, ela expressou o medo de que o filho nascesse “MAL (formado)”: por trás da referência ao aspecto orgânico, sinalizava outro tipo de malformação, os desarranjos interativos que serviram de cenário para sua gravidez. Demetra também significava o bebê como suposto “MAL (formado)”, passível de se tornar Mola Hidatiforme. E o peso desse atributo foi revelado na primeira expressão dela diante do filho na incubadora - “ele é tão *inofensivo*” - como se o primeiro encontro entre mãe e bebê contrariasse toda a simbologia antes produzida em torno do feto.

Em contraposição às fantasias acerca de um “bebê agressivo”, havia o *desejo de ser mãe*. Afinal, Atalanta resumia sua vida à arte de maternar e precisava de mais um bebê para dar provas de que o HIV não lhe roubaria sua feminilidade; Artêmis insistia em se libertar de sua mãe, ao buscar construir a própria família; Helena passou 11 anos de sua vida à procura de alguém que pudesse ser o pai de seu bebê; Hera e Niké buscavam ser iguais a outras mulheres procriadoras; Pala sonhava em ter uma menina; Reia encontrava no bebê as chances de reconstruir sua história familiar.

Então, essas usuárias conviviam com o sentimento de culpa, já que o próprio corpo materno colocava em risco a saúde do filho que elas também amavam. Nesse sentido, Demetra teve experiência de crise psíquica no pós-parto imediato, quando a fantasia de ter um filho morto levou a usuária ao infantilismo^{xxix}. O “bebê - verme do bucho d’água”

merecia morrer. Todavia, a suspeita de realização do desejo de morte era insuportável e acentuava sua culpa, pois ela desde a adolescência sonhava em ter um bebê. Demetra precisou ver com os próprios olhos que ele estava vivo na realidade, ignorando a partir de então os sentimentos dirigidos a um “bebê - mola hidatiforme”.

Esses aspectos subjetivos interferiam no modo como as gestantes de alto risco se dirigiam ao bebê em formação. Elas se referiam comumente ao mesmo com pronome de tratamento demonstrativo: “esse bebê”, “essa do bucho”. Inclusive, a filha de Pala não tinha nome próprio até a alta hospitalar. Notou-se certo distanciamento relacional com o bebê.

Em parte, esses mecanismos pareciam recursos para as mães se protegerem do bebê imaginário. Por outro lado, não se pode excluir desta análise que esse distanciamento relacional devia-se também às influências socioculturais. O que ficou nítido no discurso de Pala, a mais desfavorecida economicamente entre as usuárias deste trabalho. Ela sentia vergonha de dirigir a palavra no espaço hospitalar ao nascituro e desconhecia a importância dos investimentos afetivos maternos na fase gravídica para o desenvolvimento do bebê.

Pala: Conversar com a do bucho?! Eu não! Ela não entende! (risos) (Mas será que ela sente alguma coisa?) E eu sei! Acho que não. (...) Aí as pessoa vai dizer (...), ‘oxe, ela é doida, conversando só, aí!’ (riso)

Recorde-se, a relação materno-fetal importa para a qualidade do desenvolvimento do bebê e da criança. Estudos como o de Conde e Figueiredo (2005), apontaram que as situações de grande estresse pré-natal e quadro de ansiedade materna elevada no período gestacional podem comprometer o estado de saúde da mulher, bem como o do bebê. O neurocomportamento fetal pode ser atingido pela sintomatologia ansiôgena da mãe, com alteração morfológica, fisiológica e do funcionamento cerebral do feto, a longo prazo, do bebê e da criança. Trabalhar a relação afetiva mãe-nascituro é apontado como um dos caminhos para amenizar ou erradicar tais comprometimentos. Nesse sentido, destaca-se a importância de uma avaliação continuada dessa relação que se desenvolve em EGAR.

Em suma, os significantes que as usuárias depositavam subjetivamente no bebê revelaram o antagonismo da relação materna, influenciado por problemas biopsicossociais próprios da vida dessas mulheres. Como veremos no tópico seguinte, a construção da

maternidade – incluindo os sentidos atribuídos ao bebê, também envolvia os significantes em torno da condição de risco gestacional e do setor onde estivessem hospitalizadas.

5.1.3. O “Ser gestante de alto risco” na visão das usuárias

Neste tópico temático, o foco será o impacto vivido pelas mulheres, ao constatarem sua condição de alto risco gestacional, além do que já vimos sobre a ligação entre o impacto frente à notícia da gravidez e os simbolismos atribuídos ao nascituro.

Ao receberem um diagnóstico que apontava o quadro de alto risco grávidico, as usuárias ficavam em estado de choque e com sentimento de inferioridade, vendo-se uma estranha entre as mulheres. E se reconheciam fragilizadas psicologicamente por essa razão.

Demetra: Foi uma coisa chocante.

Hera: Quando o médico disse que eu tinha útero bicornio, eu me senti arrasada, diferente das outras mulheres (...) Então, isso abaixou muito minha autoestima. [...] Você fica transtornada (...) Não é fácil saber que tem uma gestação de alto risco. [...] Isso meche com o psicológico da gente.

Deste modo, elas experimentavam um medo de morte, sofrendo por antecipação, preocupadas com a própria saúde, a saúde do bebê e sua dinâmica familiar, principalmente, quando a realidade Organizacional denotava os perigos reais de uma gravidez de alto risco.

Hera: A gente curte, mas fica com aquele medo de que possa vir a acontecer alguma coisa.

Artêmis: ‘Será que eu vou perder esse bebê?’ ‘ALTO risco’, ai eu só pensava besteira - que eu ia perder, ou então, que ia nascer com probleminha.

Pala: Eu penso muita coisa! (sorri e enxuga as lágrimas) (...) Penso de morrer e deixar meus fi.(...) Muita coisa mesmo passa em minha cabeça. (voz de choro) (Mas alguma vez a médica já te disse que teu problema traz riscos de morte?) Nunca Che-gou a falar, mai... com certeza corre, né?! (silêncio) Com certeza, corre muito risco (tom de voz baixo).

Reia: Sou paci-ente grave, né. Se eu fosse uma paciente NORmal, sem ser de alto risco... (...) Eu tenho medo, porque (...) isso é um negócio perigoso, ai, prá meu transtorno, ontem (...) escutei uns gritos, a moça tinha morrido, justamente disso (hipertensão), ai pronto, eu fiquei mais nervosa ainda.

Nesse contexto, surgia o “sentimento de não pertença” como um recurso inconscientemente que elas utilizavam, para se defender de sua realidade clínica. No exemplo abaixo, Atalanta fala da gravidez de alto risco como se não estivesse vivendo-a.

Atalanta: (Gravidez de alto risco) deve ser ruim, não deve ser bom. Deve ser muito triste saber que vai passar por uma cirurgia e que tá arriscado.

E isso aparecia disfarçado na pouca clareza das usuárias sobre sua realidade clínica.

Atalanta: A diabetes é de alto risco? (...) Não, eu nem imaginava.

Helena: Será que eu to com alto risco mesmo?!

Foi contraditório que elas não soubessem que seu problema clínico era de alto risco, pois a leitura dos prontuários e a observação de campo, somadas à análise dos relatos de vivência, evidenciaram que os profissionais de saúde informavam diariamente a todas as oito gestantes desta pesquisa sobre o estado de saúde gestacional delas. Pode-se até contrargumentar que há uma diferença entre receber uma informação e compreendê-la, principalmente em se tratando de pessoas de universo sociocultural distintos, como os médicos e as usuárias da AMUL. Ainda assim, salienta-se que essas usuárias estavam cientes de que as gestantes hospitalizadas na AMUL conviviam com o risco de perder o bebê, ou ao menos, de que ele nascesse prematuro. Ainda, elas diziam que o motivo de terem procurado a AMUL, foi o estado de alto risco gestacional.

Reia: Eu sabia do alto risco que eu tinha (...), meu filho eu vou ter na AMUL.

Também, elas sinalizavam uma para a outra essa condição clínica, como se observa no episódio “tu passa mal lá fora”.

ROC 6 (Episódio “tu passa mal lá fora”): A pesquisadora jogava dama com uma usuária. Uma técnica de enfermagem pediu licença para interromper e aferir a pressão da gestante. Somente quando a técnica se afastou, aproximou-se uma mãe e disse irritada, não aguentar tanto tempo dentro da AMUL, estava pensando em fugir. A parceira de jogo da pesquisadora aconselhou: ‘mulher, tem paciência, tu é doida, tu vai simhora, aí tu passa

mal lá fora, não chega nem lá embaixo, na praça (risos). Te aqueta ai, pede a Deus. Fazer o que, se a gente precisa ficar aqui. Vem jogar, joga aí com ela, que eu já tô cansada.’

O episódio mostra que tomar consciência do fato era angustiante. Salienta-se, a parceira da pesquisadora parecia interessada no jogo de damas, até reconhecer o motivo de sua hospitalização e desistir da brincadeira. Interpreta-se então que as usuárias se isentavam transitoriamente de um saber sobre seu alto risco gravídico. E encontravam no sentimento de não pertença e na negação uma forma de enfrentar sua realidade e a culpa sentida.

Helena: Não acho que eu seja de gravidez de alto risco.

Artêmis: Só vim prá cá, prá prevenir; se caso ele precisar de UTI Neonatal na hora do parto, por causa de hipoglicemia. Só por isso.

Em complemento, a racionalização^{xxx} surgia como uma forma inconsciente de refutar à ideia de viverem um quadro de alto risco, como demonstra Helena.

Helena: Não acho que sou de alto risco. Eu acho que só to aqui, porque não tem leito prá mim; porque to gestante, tenho que ficar aqui. (...) Se eu não tivesse grávida, tava em outro lugar. Agora, pode ser... que o medicamento que eu tomo pode afetar a criança. Por isso, que de instante em instante, eles (a equipe) podem tá nesse policiamento.

E as usuárias esqueciam a especificidade de “EGAR”, não se evidenciando nos relatos de vivência desorientação espacial por tempo prolongado de internamento ou quadro de hospitalismo^{xxxI}. Apenas se esqueciam ou diziam nunca terem sabido o nome do local onde estavam internadas, sabendo apenas de que era uma enfermaria para grávidas da AMUL.

Hera: Não me lembro do nome dessa enfermaria...

Em síntese, nem sempre as usuárias se reconheciam no estado de alto risco gravídico, tampouco a especificidade do setor onde estavam internadas. Usavam de mecanismos como negação, racionalização e esquecimento, minimizando as fantasias de morte e o sentimento de culpa. Entender os aspectos psicológicos relacionados às vivências maternas, possibilitou compreender em paralelo seu fundamento sociológico. Este primeiro nível de análise constatou que as gestantes de alto risco davam entrada na AMUL

angustiadas pelo modo como sua maternalidade vinha sendo construída, de maneira que seu contato com a Unidade de Referência fazia um apelo aos cuidados orgânicos, de mesmo modo, a um fortalecimento emocional, no sentido de reposicioná-las diante de sua gravidez e do futuro bebê. Era mesmo preciso compreender o que havia de singular nas narrativas das usuárias, tomando as próprias gestantes de alto risco como ponto de partida, para melhor investigar a *relação de cuidado* no hospital: dessa maneira foi possível pensar diferentemente o segundo nível de análise, que se inicia abordando as questões sociopolíticas em torno do lugar que a gestante foi ocupando na AMUL.

5.2. SEGUNDO NÍVEL: A inscrição das usuárias nos serviços da AMUL

Os estilos de inscrição das usuárias dizem respeito ao nível sócio-histórico desta análise. Eles são discutidos aqui, através da dialética mantida no acesso ao serviço, na acessibilidade do serviço e nas *“tendências psicossociológicas da trajetória de hospitalização”* dessas mães. Juntos, os três temas denotaram o contexto da *relação de cuidado*, também seus efeitos. Segue-se com a caracterização do acesso e da acessibilidade.

5.2.1. O acesso ao serviço e a acessibilidade do serviço

O *acesso ao serviço* foi caracterizado inicialmente pelas formas em que se deu a entrada hospitalar das usuárias da AMUL. Os mecanismos de admissão foram viabilizados por diferentes Redes Sociais: os laços familiares; os círculos de amizade; a vida profissional; os PSFs e organizações hospitalares. Helena e Niké relataram que sua família tinha experiências anteriores de tratamento em AMUL, histórias reativadas na sua entrada hospitalar. Niké foi ainda encaminhada por outros serviços de saúde para a AMUL, assim como Atalanta, Artêmis, Pala e Reia. Hera e Demetra foram incentivadas a procurar a AMUL por uma amiga e pelo círculo profissional, respectivamente.

Vale esclarecer, a porta de entrada foi a Maternidade Dia ou a Emergência Obstétrica. Atalanta, Demetra, Helena, Hera, Pala e Reia fizeram o pré-natal na Maternidade

Dia da AMUL, sendo encaminhadas pelo ambulatório à Emergência Obstétrica, para fins de internamento. Helena manteve duplicidade de acompanhamento, na AMUL e no Plano de Saúde. As demais, Artêmis e Niké, realizaram o pré-natal na Rede Básica de sua cidade de procedência, sendo transferidas à Emergência da AMUL, em situação de urgência clínica.

Esse processo de entrada revelou a imagem social que cada usuária portava sobre a AMUL. Demetra, Hera, Pala e Reia já tinham experiências anteriores de internamento na Unidade, por motivo gestacional. Artêmis foi a única que desconhecia o serviço. Mas todas afirmaram ter dado entrada nesta Organização de saúde com uma ideia positiva em relação ao hospital (“bom”, “escola”, “referência” e “especialista em criança”), mesmo nenhuma delas tendo referido nesse momento a competência da AMUL no campo da Saúde da Mulher. Os adjetivos indicaram a expectativa das usuárias quanto à qualidade do atendimento, sugerindo que a imagem sobre a Organização servia como motivo de esperança para com a saúde e a vida do bebê, também como um mediador da aceitação inicial a respeito do internamento.

Pala: Achei ruim (no ato do encaminhamento), eu não queria vir, aí depois comecei a botar na cabeça ‘é melhor prá mim, (suspiro) é o melhor prá mim, eu vou’. Eu já tinha escutado falar que é um hospital bom (...) Eu resolvi vir.

Ainda, a imagem social da AMUL foi indicada no poder de escolha de algumas usuárias que decididamente optaram por ser acompanhada neste hospital, como fizeram Helena, Reia, Hera e Demetra. Elas deram sinais de seu protagonismo em saúde, ao usar de estratégias específicas para ser inserida nesta Organização hospitalar.

Helena iniciou seu pré-natal na Rede Suplementar de Saúde^{xxxii}. Sua expectativa era vivenciar o parto normal, mas a médica obstetra do Plano de Saúde buscou induzi-la a planejar uma cesariana. Esta conduta médica fragilizou o laço de confiança terapêutica, levando Helena a almejar ser acompanhada na AMUL, ciente do reconhecimento social da Unidade, quanto à titulação de “Amigo da Criança”. O acontecimento mostrou uma negativa do discurso preconizado sobre a humanização do parto e nascimento, ao revelar que a prática do parto normal, mesmo sendo a mais defendida em termos de qualidade de saúde da população, ainda se esbarra com o discurso mercadológico da medicina. Porém, o fato também expressou a autonomia inicial da usuária em decidir sobre o próprio corpo,

interiorizando de modo consciente o discurso da humanização em saúde, provavelmente movida pela sua relação de amor com o bebê. E ciente da dificuldade em conseguir vaga na Maternidade Dia, pelo procedimento padrão de entrada, Helena usou da prática do clientelismo para ter acesso à Unidade de Referência, uma prática que inclusive põe em questão o compromisso dos profissionais de saúde com os princípios do SUS.

Helena: meu marido tem um conhecido aqui, ai disse 'ô, vamos lá, vê se consegue um encaixe na AMUL'. Ai pronto, a gente conseguiu, porque o certo é para a consulta ser... porque quem consegue o cadastro é daqui há UM MÊS, mas (...) no mesmo dia que ele falou com um amigo, me consultei.

Curiosamente, seu acompanhamento pré-natal na AMUL revelou uma contradição institucional. A humanização do parto normal foi sentida por Helena como algo impositivo, uma prática autoritária na Saúde Pública. Isso a deixou em posição intermediária entre aderir à assistência nesta Unidade ou à proposta de cobertura privada para cesariana. Sua história gestacional foi então marcada pela duplicidade na assistência.

Helena: eu queria mesmo é ficar sem o plano, parar de pagar. Mas (...) também eu morro de medo, de chegar na hora de ter a criança; (...) eu também vejo esse lado, às vezes, o médico força muito fazer normal. (...) A sobrinha do meu marido tem problema até hoje por causa disso. Demorou demais, forçou muito, ai quando nasceu, teve falta de oxigênio.

Ainda quanto à dificuldade de vaga na Maternidade Dia e o interesse das usuárias em fazer parte dos cuidados da Organização, Reia estabeleceu um pacto mantido por nove anos com a ginecologista que acompanhava os pré-natais de Reia em outro hospital-maternidade: a médica deveria encaminhá-la à AMUL, quando Reia estivesse em trabalho de parto. Ou a própria usuária, nessas condições, iria diretamente à Emergência da Unidade. O acordo servia à gestante como uma suposta garantia e autorização para dar à luz na AMUL, afinal, tratava-se de uma relação de confiança terapêutica.

Reia: Prá pegar uma ficha aqui, só Deus! (...) Ai eu disse: "Ah! Vou fazer na (outra Maternidade) mesmo, depois, eu venho prá cá, quando for ter!" Ai (...) venho prá triagem, é mais fácil. (...) O que foi que eu fiz? Fiz o pré-natal na (outra maternidade). Ai, minha doutora disse: 'Se aumentar a pressão, a gente volta pra AMUL, mas continua baixa, tudinho, você faz o pré-natal aqui'. Eu continuei lá... MAS EU DIZIA A ELA: "Meu filho, eu vou ter na AMUL! Quando for no final, eu quero que a senhora me encaminhe pra AMUL!"

Para Reia, a AMUL era o único hospital que lhe inspirava confiança no trabalho de parto, tendo em vista o quadro de hipertensão gestacional dela. Ainda, seu discurso indicava uma diferenciação dos níveis de complexidade em saúde. Aliada a tal distinção, surgia seu laço de amor para com o hospital.

Reia: A AMUL só atende caso grave.(...) Eu gosto muito daqui.

Na contrapartida, a gestante estabelecia uma relação de dependência, assim lutando por se manter na Unidade. A Análise sugeriu que Reia necessitava da AMUL como condição para esta mãe não falhar na hora do parto. Em outras palavras, ela temia fracassar perante o alto risco desse momento de corte e perda simbólica. Essa relação de dependência foi possivelmente instaurada na Sala de Parto, quando teve sua primeira filha. Recordou-se de que quase não conseguira sobreviver naquele parto, precisando de cuidados intensivos no puerperio imediato. A frase que lhe teria marcado foi dita pela obstetra: *“faça força, mãe, senão morre você e sua filha”*. A função simbólica desta frase resultou no sofrimento intenso de Reia. Nove anos depois, quando na posição de narradora, nesta pesquisa, Reia relatou aquele episódio com muito sofrimento, choro e pedido para não continuar a falar sobre o assunto. O sentido que a gestante deu a essa frase indicou certa intolerância entre a autonomia de dar à luz a um bebê e a dinâmica vida-morte. Provavelmente, estava inserido nisso a construção da maternalidade de Reia, a ponto dela desenvolver para com a AMUL uma relação de amor e ódio. Reia era grata à Organização por lhe garantir a vida; mas a usuária também guardava um ressentimento por se sentir aprisionada à AMUL. Ter um filho para Reia era sinônimo de hipertensão arterial, por decorrência, de precisar da AMUL, onde viveu uma experiência de parto que nomeou como *“horrível”*.

A dualidade pareceu evidente no preenchimento da ficha de entrada na Emergência. Ao se dirigir à recepção, Reia não precisou dizer todos os seus dados cadastrais, mas apenas confirmá-los ou corrigi-los, porque AMUL tinha seu nome no cadastro de usuárias do serviço. A usuária inicialmente se surpreendeu com o poder de organização instrumental e a capacidade de acolhimento da Unidade de Referência.

Reia: Eu já tenho meu prontuário aqui, desde os 9 anos. Ai pronto, fica tudo arquivado. (...) (o que te representa esse arquivamento?) Ótimo! A prioridade, né. Porque assim, ‘não, ela já teve esse aqui’ né, tudinho, eu sei

que aqui, sei lá! Uma coisa tão estranha prá mim, não sei nem explicar. É estranho. (O que é estranho?) Incrível! Eu cheguei aqui, desse menino, tinha meu nome há 9 anos atrás, ela puxou no computador, tava lá, eu disse 'que coisa!' (...) Eles guarda (...). Então, isso prá eles é importante, porque eles deixa lá, arquivado. 'Você ainda tá nesse lugar?' 'Não'. Tava lá nome de pai, tudo. Você faz só o básico, sua mesma ficha continua.

Por outro lado, ter o privilégio de ser reconhecida como usuária da AMUL, através de uma identidade na Saúde, soou estranho a Reia. Em parte, pode-se questionar se ela não seria acostumada com gestos como esse na sua vida cotidiana, de perceber que tem um outro que lhe arquiva na memória, porque Reia “*é importante*”. Talvez ainda, tenha sido confuso perceber que esse gesto partira de uma Organização pública em saúde, levando em conta as deficiências históricas deste setor. Além disso, o gesto acolhedor parecia sufocante, pois reafirmava o aprisionamento que ela havia instituído para com a AMUL. Reia se sentia sufocada pelo reconhecimento de usuária da AMUL, uma vez que a relação vivida com Unidade a fazia reeditar uma experiência dolorosa e não ressignificada até então, motivo pelo qual a gestante se empenhara para que seus partos só ocorressem nesta Maternidade.

Reia: POR MEDO, (...) só queria ter aqui. Fazia o pré-natal naquela maternidade, mas minhas contração do pré-parto, eu corria práqui.

No geral, formava-se então uma unidade entre a autonomia das usuárias em escolher a AMUL e a dependência delas para com a Organização. Uma dependência desencadeada por fatores estressores, relacionados a sua produção de saúde, às experiências prévias e à construção de sua maternalidade. Nesse conjunto, era mediada por elementos desagregadores (o reconhecimento da Unidade era vivido por Reia como reativação de uma experiência dolorosa e que acusava o risco de seu fracasso), ou por elementos agregadores (Helena procurou a Unidade porque entendia que esta praticava a humanização em Saúde).

Por outro lado, o estilo de admissão interferia decisivamente no posicionamento da gestante de alto risco dentro da AMUL. Quando Artêmis saiu da Emergência Obstétrica e foi direcionada à Sala de Pré-parto, por motivo de não haver vaga em EGAR, essa transferência se deu de maneira que a usuária sentiu-se desprotegida e desprovida de autonomia.

Artêmis: A primeira impressão, eu disse 'meu Deus do Céu, eu vou ficar presa aqui dentro!' Primeiro, quando eu entrei, ela (funcionária) disse logo:

‘não entra isso, não entra aquilo, nem celular entra, nem nada’. Ai eu fiquei agoniada, aqui dentro deste hospital, que não conheço ninguém!

Essa descrição de Artêmis aponta que, apesar das condutas da AMUL em cumprimento às recomendações da Política de Humanização, escapava também a esta Organização ações impregnadas de uma prática tradicional na assistência em saúde, como o é o problema da despersonalização do usuário na história dos cuidados nos hospitais. E o fato da realidade associava-se às fantasias de retaliação da usuária, por ter desobedecido a sua mãe, ao engravidar. Sentir-se aprisionada na AMUL, levou-a ao desespero.

Diante do que insistia em permanecer no mesmo, a AMUL manifestava suas inquietudes filosóficas, revelando uma disposição a mudanças situacionais e focadas na qualidade da Saúde Pública. A institucionalização do Saber humanizado em saúde foi nítida na *acessibilidade* da AMUL, que acumulava readaptações, com fins de atender às diferentes necessidades das usuárias, assim garantindo os princípios do SUS.

Entre as estratégias Organizacionais de acessibilidade, podem ser citadas: a) a hiperestrutura da AMUL – os serviços eram rigorosamente demarcados segundo a realidade clínica das usuárias, conforme exposto na descrição do contexto de investigação, no capítulo anterior; b) as reformulações da ordem de atendimento – o hospital incorporou um sistema de identificação de usuárias, classificando-as de acordo com sua urgência clínica de atendimento, reorganizando a fila de espera, como recomenda o SUS; c) o dispositivo de alta provisória – a Unidade autorizava alta de poucos dias às gestantes que estivessem em estado de estresse, o que era feito dependendo das condições orgânicas da usuária e tinha o objetivo de fortalecê-la emocionalmente; d) o sistema de internamento social – algumas usuárias não apresentavam necessidade clínica de internamento hospitalar, mas suas condições socioeconômicas a colocavam em situação de vulnerabilidade, com alto risco à saúde gestacional, de modo que a equipe médica optava por manter a gestante hospitalizada, sob um enfoque preventivo e uma noção de saúde ampliada; e) a permissão de visita do pai do bebê fora do horário padrão de visita familiar – o horário de visita do companheiro da usuária era individualizado, coerente com as condições de visita dele; f) a garantia de permanência da mãe junto ao bebê – a AMUL contava com a Casa das Mães, que é de caráter facultativo nas normas, além disso, a Enfermaria de Infectados e o Alojamento Conjunto davam suporte quando a Casa estava lotada.

Neste tópico temático, constatou-se que a AMUL investia na qualidade da assistência voltada à Saúde da Mulher e que algumas das usuárias apresentaram certa autonomia no seu direcionamento à Unidade de Referência. Por outro lado, forças de dependência atuavam no processo de autonomização, sejam geradas pela própria AMUL, ou pelo arcabouço psicossocial das gestantes. Portanto, vale aprofundar essa ambiguidade, enquanto uma característica associada aos domínios de acesso e acessibilidade do sistema. Esse aprofundamento será desenvolvido através da análise da trajetória de hospitalização das usuárias na AMUL, detalhando-se as contradições e os processos mediadores.

5.2.2. As tendências psicossociológicas da trajetória de hospitalização

Três estilos de trajetória de hospitalização foram evidenciados ao longo desta pesquisa, revelando as configurações da *relação de cuidado* na AMUL. O estado de estresse das usuárias no cotidiano hospitalar, desde a admissão até o momento da alta, serviu como referência para delimitar esses estilos. Foi considerado como estado de estresse um conjunto de reações que as usuárias apresentavam, como impaciência, irritabilidade, insatisfações, constantes cobranças por alta hospitalar, facilidade de desentendimentos e agressões verbais dirigidas à equipe. É necessário ainda esclarecer, não se aplicou para isso nenhuma escala de estresse, mas o tratamento qualitativo dos relatos e dos comportamentos observados permitiu identificar os momentos de mudança no estado emocional das usuárias.

Observou-se que o trajeto de entrada na Emergência era influenciado pelas preocupações antes descritas, medo de perder o bebê, de morrer, sentimento de incompetência materna, entre outras questões. No decorrer da estadia no hospital, elas tendiam a evitar a transferência para a Sala de Pré-parto. As expectativas do trabalho de parto e do parto eram vividas com ansiedade e pavor, não só pelo conteúdo subjetivo que é próprio da experiência de dar à luz. Esta pesquisa verificou que a dinâmica interativa da AMUL sustentava de certo modo o mal-estar das usuárias, em torno dessas expectativas. Todas as gestantes de alto risco revelaram sintomatologias ansiogênicas nesse período, com

condutas de enfrentamento das mais diversas. Depois do parto, o estado de estresse era minimizado ou acentuado, dependendo da *relação de cuidado* vivida com a equipe.

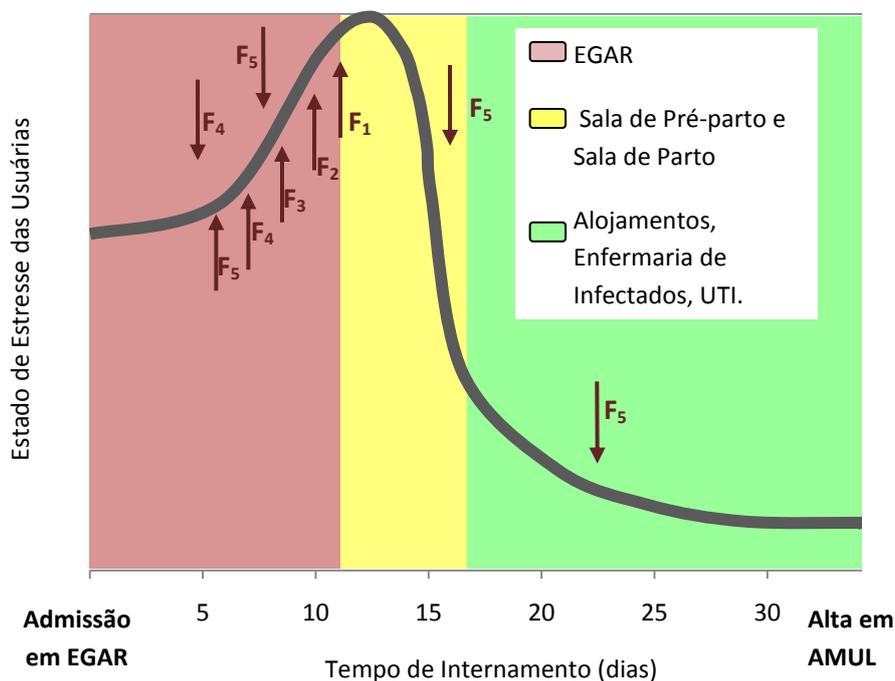
Tais especificidades foram aqui analisadas como *tendências psicossociológicas da trajetória de hospitalização*, porque envolviam relações de forças dialéticas estabelecidas entre: o desconhecimento das usuárias (F_1); o *habitus* em torno da expectativa do trabalho de parto e do parto (F_2); a singularidade da Sala de Pré-parto (F_3); a política de parto normal agenciada por imposição, em contraponto às formas de transgressão das usuárias (F_4); ainda, as performances das práticas de cuidado (F_5). Notou-se que as relações estabelecidas entre essas forças, estavam implicadas diretamente no lugar que a usuária ocupava na Organização e na ideia que a puérpera passava a ter do hospital.

Ao todo, esta pesquisa identificou as tendências decrescente, oscilante e constante. Cada uma delas será apresentada primeiro de modo sintético, apenas para que se perceba a dinâmica contraditória das tendências psicossociológicas. Logo após sua descrição, ficará possível o detalhamento de cada força dialética atuante que as comportam.

a) Tendência Decrescente

Esta é a tendência da Representação Gráfica 03 e vivida por Hera, Niké, Reia e Pala.

Representação Gráfica 03 – Tendência Psicossociológica Decrescente da Trajetória de Hospitalização



As gestantes de alto risco viviam a hospitalização em EGAR, desesperadas perante a ideia de que seriam transferidas à Sala de Pré-parto, um setor que tinha para essas usuárias uma conotação negativa. E isso provocava tanto desconforto nas gestantes que elas tendiam a evitar ou adiar o evento, por exemplo, omitindo a sensação de dor e mentindo nas avaliações de rotina da equipe. Percebeu-se, que o simbolismo desta Sala resultava da relação de contradição dialética estabelecida entre as forças F_1 , F_2 , F_3 , F_4 e F_5 . Ainda assim, as próprias performances da relação de cuidado (F_5) fortaleciam as usuárias que se disseram acolhidas pela equipe de EGAR, descrita como “atenciosa”, “legal” e que “conversava com a gente”. Mas não era somente essa força contrária (F_5) que as faziam conviver com o medo diante da ideia de internamento na Sala de Pré-parto. As usuárias criticavam certa imposição no cuidado da AMUL e assim desenvolviam formas de transgredir à norma Organizacional (F_4). A imposição tinha o ato infrator como contrapartida, causando prazer nas usuárias, que se sentiam vingadas pelo tempo de hospitalização e suas discordâncias para com a AMUL.

As expectativas do trabalho de parto e do parto envolviam o medo das usuárias de perder a própria vida e a do bebê, além da fantasia de vir a sofrer com condutas agressivas da Sala de Pré-parto. Essa fantasia era possivelmente alimentada pelo mecanismo de projeção, já que a experiência de parto evocava suas experiências arcaicas; mas a análise revelou que se devia também ao reforço da realidade. Então, o pico de tensão das usuárias pareceu ser atingido no ato do encaminhamento à Sala de Pré-parto. Em algumas ocasiões, isso chegava a contagiar o grupo social da AMUL. Por exemplo, Hera ficou tão fragilizada emocionalmente na hora desse encaminhamento, a ponto de mobilizar vários profissionais de saúde, de serviço geral e administrativo, além de outras usuárias. Todos ficaram apreensivos, com faces de preocupação, ao redor dela, que estava chorosa e na maca, aguardando o elevador. Foi evidente a compaixão e os gestos solidários dirigidos à Hera.

No entanto, a ideia negativa que tinham sobre aquele serviço foi desmistificada, quando as usuárias se depararam com a humanização da equipe da Sala de Pré-parto e de Parto. As insatisfações, irritabilidades e inseguranças das usuárias foram cada vez mais sendo minimizadas no puerperio imediato. Vale dizer, que forças contrárias continuavam atuando, como F_2 e F_5 , porém o apoio que as puérperas recebiam da equipe foi capaz não apenas de minimizar os desconfortos delas no ambiente hospitalar, como lhes permitiu

concluir sua trajetória de hospitalização com uma ideia positiva sobre a AMUL, como se percebe nas falas de Niké, comparando-se seu primeiro e último relato.

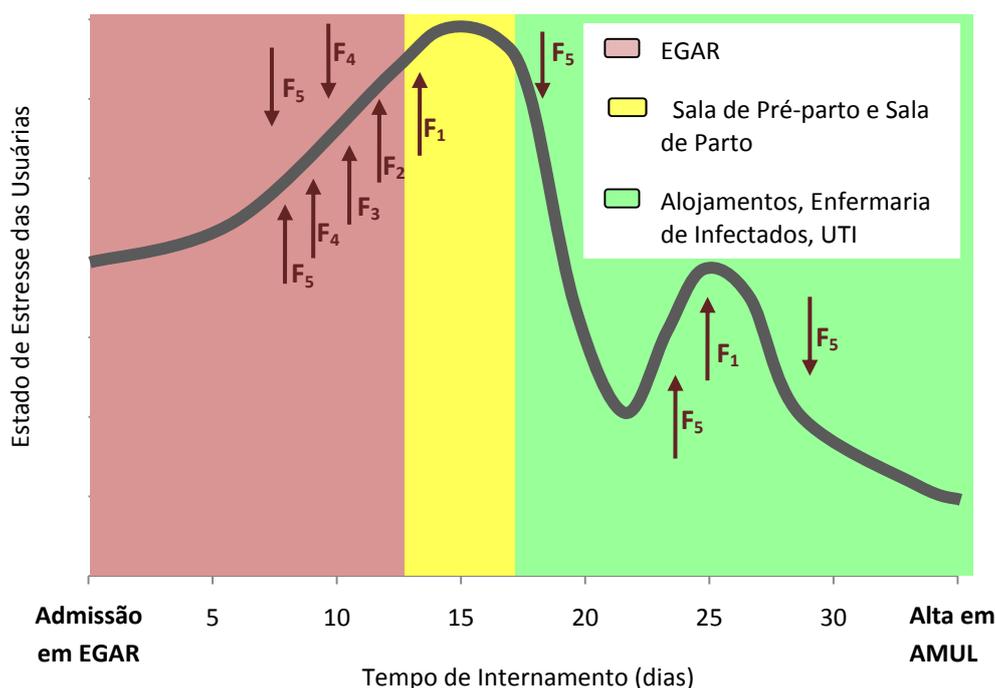
Niké (no primeiro relato): Eu fiquei tão desesperada (quando soube que vinha para a AMUL). (...) Depois, eu disse, 'não (...) lá deve ser bom'. (...) E logo no primeiro dia que eu cheguei, ela (enfermeira) veio, conversou comigo (...) sabe, me deixou mais calma. (...) (o que mais te acalmou?) (...) Quando ela disse a mim que eu não me preocupasse, que eu aqui ia está sendo bem acompanhada, que qualquer coisa que acontecesse, eles estavam aqui, para se responsabilizar, né. (...) Foi. Ela disse assim, 'não fique nervosa, se você ficar nervosa é pior, se acalme, não se preocupe, a gente ta aqui...' (...) Elas são muito atenciosas aqui.

Niké (no último relato): Me cansou um pouco (suspiro), o que eu venho passando, (...) a minha trajetória! (...) Uma coisa em cima da outra! (...) (Nessa trajetória, qual a imagem que fica prá você do hospital?) Que foi bom, eu tenho uma imagem boa do hospital. (...) Se alguém falar agora, eu vou poder dizer assim 'não! É um hospital bom prá gestante, prá criança', esta parte eu conheço. Foi tudo muito bom aqui.

b) Tendência Oscilante

Esta tendência, vivida por Demetra e Helena, é a da Representação Gráfica 04.

Representação Gráfica 04 – Tendência Psicossociológica Oscilante da Trajetória de Hospitalização



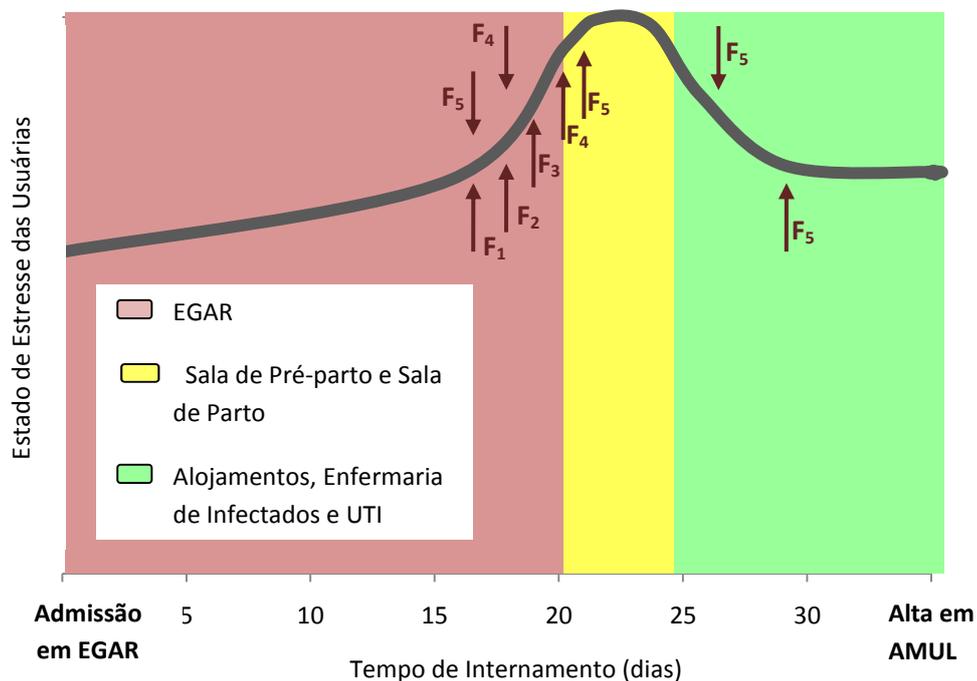
Nesta tendência, a etapa entre EGAR e a Sala de Pré-parto ou Sala de Parto foi experimentada de forma semelhante à tendência decrescente. A diferença foi que Demetra e Helena se revelaram mais ansiosas em EGAR do que as usuárias da tendência anterior, sendo as duas gestantes que mais discordaram da conduta de parto normal, junto com Artêmis, quem realizou a terceira tendência. Outra distinção ocorreu no pós-parto, quando a força F_5 , aliada à F_1 , provocaram o estado de estresse. Todavia, as usuárias encontravam profissionais que agiram em sentido contrário, facilitando a qualidade de hospitalização delas, através de escuta e do acolhimento. Ao final da hospitalização, as usuárias recordavam-se dos episódios de desconforto interativo, dando sinais de ressentimento, mas também reconheciam a AMUL como um lugar onde podiam encontrar amparo e saúde.

Demetra (no último relato): Realmente, aqui é um lugar, acho que dos melhores, prá se ganhar um bebê (...) O cuidado deles, a atenção em cima de você o tempo todo, realmente, aqui é amigo da família, e da mulher também. É muito bom, é o lugar que eu voltaria novamente, prá ter (...) Não deixou de ter aquela coisa toda antes, né. Mas...

c) Tendência constante

Já Artêmis e Atalanta, embora tenham ido à Sala de Pré-parto do mesmo modo que as anteriores, finalizaram o trajeto hospitalar, dirigindo à AMUL os sentimentos de raiva e ódio, como é possível perceber na tendência hipotética de estresse ilustrada na Representação Gráfica 05.

Representação Gráfica 05 – Tendência Psicossociológica Constante da Trajetória de Hospitalização



A experiência de parto de Artêmis foi muito sofrida, desde então não conseguindo mais confiar na equipe de saúde da AMUL. Viveu uma trajetória puerperal estressante no hospital, devido às lembranças de um parto ruim, à relação de transferência desenvolvida com a equipe e as interferências de sua própria mãe, que estava sendo a acompanhante.

Assim como Artêmis, Atalanta passou a não se sentir acolhida pelos profissionais de saúde. Diferentemente, Atalanta guardava boas lembranças de seu parto, reconhecendo a competência e a atenção da equipe de parto. No entanto, na fase puerperal, deparou-se com profissionais que não dispunham a ajudá-la, tampouco ser mediadores da relação mãe-bebê, conforme avaliado no discurso da usuária. Começou então a se sentir desconfortável no ambiente da AMUL. Sua relação com a equipe foi ficando cada vez mais difícil, principalmente ao se deparar com as fragilidades das relações de trabalho da própria equipe de saúde, como será explicado no terceiro nível de análise desta pesquisa.

Pelo exposto, a sensação de aprisionamento desencadeada na época da admissão hospitalar e o medo de morte mantido no percurso de hospitalização, foram transformados no sentimento de ódio para com o hospital, no período da alta.

Atalanta (no primeiro relato): O atendimento aqui é bom, as enfermeiras aqui são ótima. Tudo aqui é bom, agora, que ninguém gosta de ficar PRESA, ninguém gosta de ficar internada, ai todo mundo acha chato, porque um dia aqui, parece com um ano. (...) Ai fica muito difícil.

Atalanta (no último relato): Por que falo diferente do que falava antes?! (riso irônico) Lá embaixo, ainda era melhor o atendimento, com toda derrota, ainda era melhor! (...) O atendimento é péssimo aqui! Vixe! Não sei prá que! [...] Em casa, eu tenho quem me ajude. Aqui, não. [...] Oxe! Não vejo a hora de sair daqui e ir me bora. Prá mais nunca mais, meu Deus, prá se internar aqui, eu quero mais nunca! Vixe! Não foi como eu pensei, foi ruim demais (...), foi muito diferente.

As *tendências psicossociológicas* mostraram que o itinerário de cada usuária foi vivido por meio de contradições Organizacionais, de maneira a atingir a qualidade de vida na hospitalização, logo, da relação materna. Essa afirmação se baseia no que conceberam Conde e Figueiredo (2005) sobre os efeitos da sintomatologia ansiogênica ou depressiva materna. Embora a ansiedade seja um estado psicológico comum ao processo gestacional, o problema é quando ela é intensa, porque pode comprometer a saúde da díade mãe – bebê. Segundo os autores, as emoções maternas interferem no comportamento fetal, com consequências para o desenvolvimento cognitivo, motor e emocional do bebê, no período gravídico, no puerperal e ao longo de sua história de vida. A própria Artêmis não conseguia deixar o bebê confortável nas horas de amamentação.

Portanto, o fato desta pesquisa ter identificado as *tendências psicossociológicas* e seus fatores causais, aponta a necessidade de na prática se encontrar formas para: a) minimizar o estresse vivido até a Sala de Pré-parto; b) enfraquecer as tendências oscilante e a constante, com o objetivo de evitar maiores complicações na vida materno-infantil. A presente pesquisa não tem a pretensão de fazer recomendações práticas, mas detalha esses fatores percebidos e aqui considerados como forças dialéticas.

5.2.2.1 O desconhecimento (F₁)

Vimos que o bebê da gestante de alto risco era depositário do ódio, mas também do amor materno, de maneira que as usuárias se submetiam a uma rotina de hospitalização, com o objetivo de produzir saúde para o filho. Todavia, quando o hospital solicitava a

corresponsabilidade das mães na produção de saúde, elas desconheciam os princípios e as diretrizes do SUS. Aliás, sua participação em saúde era demarcada pela alienação. As gestantes assinavam um termo de admissão na AMUL, afirmando estarem cientes de seus deveres e direitos em saúde, embora não soubessem quais seriam os mesmos.

Declaro estar ciente dos direitos e deveres durante o período de internamento de acordo com as Normas de Rotina da AMUL, apresentando plena concordância ao mesmo e compromisso formal de respeito às disposições nele contidas, inclusive, alta administrativa **(trecho do documento hospitalar)**.

Pala: Seu eu tenho direitos aqui? Sei não quais são os meus direitos, não.

Um problema que confirma uma das maiores dificuldades do SUS, conseguir com que os usuários interiorizem os princípios e diretrizes, como exposto no primeiro capítulo desta dissertação. A própria Helena reconheceu que nunca buscou ler informações sobre o SUS, afirmou não gostar, nem ter o hábito de leitura, embora tivesse fácil acesso à internet. Disse que lia apenas o que lhe interessava, indicando que ler sobre os direitos em saúde não seria um bem simbólico de peso no seu campo social. Foi somente durante a hospitalização, que a temática fez parte de seus interesses, revelando que a Saúde não tem sido na prática uma causa coletiva, no sentido de Castoriadis (2007). Helena só teve interesse em conhecer o Sistema ao se ver precisando dele, ou seja, para resolver seus interesses pessoais.

Vale ainda pontuar, o segundo desconhecimento observado foi as usuárias não saberem da existência da Carta do usuário do SUS sobre os direitos e deveres do cidadão em Saúde (MS, 2006). Isso confirmou o que Matos (2009) argumenta sobre a deficiência dos recursos linguísticos usados pelo SUS para a publicação de suas diretrizes e ações.

E desconhecer os direitos em saúde implicava na dependência das usuárias para com a AMUL, gerando nelas a ideia de receberem um favor. Hera relatou que seus direitos em saúde eram garantidos pela AMUL, porque os profissionais estavam de prontidão, enquanto ela ficava só de repouso, motivo pelo qual não podia reclamar. A usuária sinalizou um antagonismo em sua noção de direito: porque precisava dos cuidados da equipe, decidiu silenciar o que pensava sobre a mesma, com receio de perder os cuidados recebidos. Seguiu a hospitalização com muita obediência, sentindo vergonha diante dos profissionais, com sentimento de inferioridade para com todos que ela nomeava de “doutora”.

Observou-se que o desconhecimento delas acerca do SUS influenciava as significações imaginárias construídas em torno do hospital. As usuárias internalizavam que a operacionalização do cuidado especializado à gestante de alto risco seria de autoria da AMUL, atribuindo à Organização um caráter benevolente, em paralelo, ignorando que suas ferramentas cumpriam normas de políticas públicas em saúde, aliadas aos avanços técnico-científicos da AMUL e das Ciências da Saúde. Em paralelo, as gestantes julgavam inadequadamente outros níveis de assistência, queixando-se da incompetência deles. Esse foi o terceiro desconhecimento identificado.

Demetra: (AMUL) tem a MELHOR assistência.

Pala: Lá (Unidade Básica) é um bando de burro, não sabe tratar caso grave.

A posição queixosa de Pala pode estar relacionada à descrença das usuárias nos serviços públicos, no sentido exposto por Martins, Matos e Fontes (2008), e reforçada talvez pelo despreparo de alguns profissionais de saúde da Rede Básica. Além dos direitos e dos níveis de complexidade, o quarto desconhecimento foi apontado com relação às abordagens previstas na Política de Humanização ao Parto e Nascimento, por efeito, elas acabavam desdenhando algumas ferramentas terapêuticas usadas pela AMUL, com fins de um atendimento ao parto humanizado.

Artêmis: Não tem a sala do pré-parto lá embaixo, né? (...) Dizem que tem mulher que fica lá sofrendo muito e os médicos nem liga, deixa lá. A bola, ou não a bola, não sei que bola é essa, que as mulher fica em cima dessa bola e a médica diz 'vá, minha filha! Não tá na hora, ainda não! Pode ficar aí em cima da bola ainda!' Ai, meu Deus, se eu tiver que ficar em cima dessa bola... (risos)

Como se nota, Artêmis desconhecia a funcionalidade da “bola” que tem por objetivo minimizar a dor do trabalho de parto, uma das maiores preocupações da gestante. Ela temia a dor do parto normal, por isso, torcia para viver um parto cesárea e, em contradição explícita entre os domínios afetivo e político, não se dispunha ao procedimento clínico. Por efeito, a bola ganhava uma significação imaginária social dissociada dos benefícios terapêuticos.

Um quinto desconhecimento detectado referiu-se às diferenças entre o parto normal e a cesárea. Elas não sabiam dos benefícios que um parto normal poderia causar ao seu bebê. Diferenciavam os tipos de parto apenas com as variáveis dor e tempo de recuperação da mulher. Em contrapartida, Helena sugeriu que, se elas soubessem sobre esses benefícios, é possível que seu comportamento evitativo para com o parto normal fosse minimizado.

Helena: Todo mundo sabe que a melhor coisa é o natural. [...] Eu sei assim, que o parto normal é rápido, a recuperação é muito rápida. Já o cesáreo, já mexe mais, tem que tomar anestesia local, ou geral, tem que tomar a tal da raque, a recuperação tem que ser bem demorada, tem que ter repouso, não é isso? (Isso prá você. E para o teu bebê?) Prá o meu bebê... Eu não sei... Oxe, como! Tu acredita que eu não sei! Agora, tu me fizesse uma pergunta que ninguém nunca me fez! Esse tempo todo, eu só pensei em mim. Infelizmente. (Infelizmente?!) Porque eu não pensei no meu filho, porque, se eu vou ter, tudo bem, maravilha prá mim. E meu filho?! O que vai ser com ele?! Vou ter que pensar nele também! Não é, não?! Agora, você me pegou! Deixou com uma pulga atrás da orelha! Como será que vai ser pro meu filho, uma cesariana? (...) Eu sei que no parto normal, também é complicado, pelo tempo de ficar esperando, perder líquido, essas coisas, oxigênio. Eu fiquei preocupada. [...] Se perguntar à doutora, ai, 'não, parto normal'. Se ela tivesse aquela disponibilidade de chegar e falar tudo isso...

No geral, o desconhecimento das usuárias mantinha uma relação de ligação com as fantasias em torno do parto e contribuía para sua alienação no contexto hospitalar. Isso somava-se à cultura da AMUL quanto ao parto normal, o que será explicitado no próximo tópico temático. Como veremos, essa cultura interferia diretamente no processo de preparo de parto, delimitando a maneira das gestantes se posicionarem na Unidade.

5.2.2.2. O *habitus* em torno da expectativa do trabalho de parto e do parto (F₂)

Analisar o *habitus* em torno das expectativas das mães acerca do trabalho de parto e do parto é referir-se a seus modos de pensar, agir e sentir, também considerando as disposições da equipe de saúde frente ao assunto. E um dos pontos sugestivos nesta análise foi a reativação de experiências arcaicas destas mães. As mães relataram a expectativa da experiência da dor do parto e o medo da passagem do bebê pelo órgão reprodutor feminino.

Demetra: Todo mundo tem medo da dor, eu tenho medo da passagem, (...) aquela cabecinha saindo.(...) 'Ai, Meu Deus, aquilo ali deve ser horrível!'

Segundo Freud (1925/1926), a experiência do parto é vivido como um evento traumático de repercussões psíquicas contundentes. Para o autor, o parto reedita na mulher angústias primitivas de desintegração, reativando a experiência de um corte simbólico. Assim, a preparação para o parto é também um momento de preparação para lidar com a angústia pela ameaça de uma perda anterior. Nesse sentido, interpreta-se que as reações emocionais vividas pelas usuárias foram apropriadas à sua circunstância psicobiológica.

Mas os dados evidenciaram outra questão. As gestantes contavam com a prontidão da equipe de saúde de EGAR, que se colocava em alerta, para fornecer às mesmas o suporte terapêutico necessário, em caso de complicações clínicas. E cada usuária contava com seu profissional de referência que as atendia diariamente. Apesar dessas garantias, as gestantes demonstraram não se sentirem à vontade para compartilhar suas expectativas do parto com a equipe de saúde. Por exemplo, Hera imaginava que seu profissional de referência iria desvalorizar os sentimentos e as ideias dela acerca do parto.

Hera: ela (a médica) vai achar que é besteira minha, eu tenho vergonha de falar que eu estou com medo.

Em parte, isso pode estar relacionado à distância disposicional, no sentido de Bourdieu e Passeron (2009), entre a mãe e a equipe de saúde. A figura da médica, por mais que representasse para Hera uma “doutora muito boa”, era também situada pela usuária como alguém que tinha bens simbólicos e materiais mais valorosos do que a gestante. Hera reforçava no seu relato suas limitações macrosociológicas e sugeria expor seu lugar de submissão através do significante “doutora”, como já dito no tópico de análise anterior.

Por outro lado, os relatos de vivência sugeriram que a própria equipe de saúde não tinha o *habitus* de estimular nas gestantes a verbalização de seus temores e fantasias acerca do parto. Sendo assim, quando as usuárias e profissionais de saúde conseguiam estabelecer um diálogo sobre o assunto, a conversa tendia a se restringir aos procedimentos terapêuticos.

Demetra: Eu só disse a ela (médica), ‘só faça um favor prá mim, me dê uma anestesia só no finalzinho’. (...) Ela disse, ‘não, sem dúvida nenhuma, nem se preocupe, eu falo com o anestesista’. E pronto, acabou o me-do. (...)

Como revela o depoimento de Demetra, a AMUL estava disposta a colaborar com o bem-estar das gestantes, readequando as intervenções clínicas às necessidades emocionais das usuárias, que assim conseguiam exteriorizar sua interioridade. Todavia, sua equipe de saúde parecia de algum modo compactuar com o silêncio, havendo nisso algumas repercussões. Se houve a conduta da “anestesia só no finalzinho”, supõe-se que estava claro que a usuária tinha medo da dor. E a única estratégia de cuidado utilizada foi a promessa de uma conduta medicamentosa de analgesia, o que de imediato surtiu um efeito (“*acabou o me-do*”). Porém, esse “*me-do*” não tinha apenas relação com a dor física, estava também remetido ao simbólico. Então, o sentimento persistiu, mesmo a usuária sabendo de que seria anestesiada. Pode-se notar isso no comportamento de outra usuária que não foi acompanhada nesta pesquisa. Ela era companheira de quarto de Demetra e decidiu delatar a colega, procurando secretamente a pesquisadora.

Companheira de quarto de Demetra: Demetra não tava bem, dizia que todo mundo aqui é ruim [...], ficava o tempo todo reclamando, falando do parto. [...] Depois que ela falou contigo, ela já ficou melhor, mais tranquila, mas ainda não tava bem, falando que tava com medo do parto, muito ansiosa. A gente dava conselho a ela, dizia que ia dar tudo certo, que ela entregasse a Deus. Ai, quando a médica disse que ia interromper, ela ficou bem melhor. [...] Quando a médica falou com ela, ela chorou tanto com a médica, que eu até senti vontade de chorar junto. [...] Agora, ela está melhor, tá sorrindo, mas eu acho que ela ainda não está entendendo a gravidade do quadro dela.

Como se nota nesse discurso, Demetra encontrava-se insegura diante da expectativa do parto. Não tendo encontrado na AMUL um espaço de escuta, através do qual ela pudesse ressignificar sua representação de parto, projetou na equipe a figura do mal. Ela se tranquilizou diante da conduta médica de interromper a gestação e usar a anestesia, mas é provável que a usuária tenha sentido isso como alternativa para por um fim na sua situação de estresse, já que sua fantasia de um parto sofrido, não pode ter sido desmistificada.

Salienta-se ainda, que o enunciado “*todo mundo aqui é ruim*” teria sido afirmado por Demetra, mas através de outra usuária que se mobilizara a repassar à pesquisadora tal depoimento. A delatora sentiu vontade de chorar junto e supunha que as coisas ainda não

se mantinham claras. Isso revela que, ao delatar, ela se posicionava como porta-voz do grupo^{xxxiii} de usuárias daquela Unidade. Talvez, Demetra não era a única que estava apavorada.

Em suma, nem as usuárias tomavam a iniciativa de solicitar da equipe um espaço de diálogo sobre o assunto, nem a equipe tinha consciência das expectativas das usuárias. De acordo com Baptista e Furquim (2010), nas enfermarias de gestação de alto risco, as gestantes apresentam comportamentos temporários ou permanentes frente à hospitalização, associados a toda história de vida e expectativas com relação ao parto e à experiência materna. O autor assinala que, nessas circunstâncias, cabe ao serviço de psicologia hospitalar verificar as situações conflitivas frente à gravidez, ao parto e à maternidade em geral, considerando o estado de alto risco. Ainda, favorecer o trabalho interdisciplinar, viabilizando relações humanas mais saudáveis entre a equipe de saúde e a usuária. Afinal, é função de todos os membros da equipe viabilizar o acolhimento e um espaço através do qual a usuária sinta-se à vontade para compartilhar suas ideias acerca da saúde materna e fetal não só com o psicólogo, mas sim com a equipe de saúde. A diferença é que o psicólogo estabelecerá uma avaliação do estado psíquico da usuária e fará uso de técnicas de intervenção psicológica apropriadas a diminuir a ansiedade da usuária, ou a encorajá-la frente aos procedimentos médicos, à gestação de alto risco e ao puerperio.

Durante a pesquisa, no entanto, a AMUL revelou uma disposição coletiva em silenciar a voz da usuária, de modo que parecia haver uma gestão coletiva do silêncio. Questiona-se aqui a função do não dito compactuado nesse imaginário social. Duas explicações foram possíveis a esta pesquisa, estando uma relacionada à outra.

Baseando-se no modelo sociomental, entende-se que *“a demanda e o desamparo dos pacientes reativa o desamparo e a demanda de amor não-satisfeitos dos atendentes”* (PAGÈS, 2001). Então, é provável que não possibilitar um espaço de escuta sobre as expectativas em torno do parto, podia ser um mecanismo inconsciente que os profissionais de saúde estabeleciam para não se deparar com os próprios conflitos infantis arcaicos. Isso foi constatado quando Dafne reconheceu que a prática de cuidado em EGAR estimulava a memória desta técnica de enfermagem sobre a própria experiência gestacional.

Dafne: Engravidei e passei por momentos muito difíceis. (...) Aqui, eu faço todo um retrospecto do que aconteceu.

A segunda explicação relaciona-se à idéia de que toda Organização, está “à altura do inconsciente” (PAGÈS, 1993). É provável que o silêncio desses atores sociais estivesse sendo garantido também por AMUL, como uma estratégia singular da Organização, para mediar as próprias questões imaginárias. A prática do parto normal era a missão político-ideológica desta Unidade que interiorizava os princípios da humanização do parto e nascimento, assegurando sua identidade social de “Amigo da Criança”, sob o poder simbólico assumido pelo SUS, como indicou Héracles.

Héracles: é uma pressão, sim, com certeza. Eles (MS) pressionam a AMUL. E a AMUL pressiona a gente [...] E eu sou um defensor do parto normal humanizado.

O *habitus* em torno do desejo de cumprir a norma (partos cesáreas \leq 40%), revelou que a AMUL também vivenciava uma insegurança psíquica em torno da hora do parto. É provável, que permitir aos atores sociais dialogarem sobre as expectativas de parto das gestantes, seria correr o risco de que elas se posicionassem como sujeitos autônomos e viessem a cobrar o direito de escolha pelo parto cesárea. Nesse caso, a autonomia das usuárias não seria uma vantagem para a Organização que, além dos benefícios à saúde das gestantes, objetivava a durabilidade de seu bem simbólico, o título de hospital humanizado. Perder esse título, causaria sofrimento, na angústia pela ausência do amor do Outro (SUS). E a AMUL não se dava conta dessas problemáticas subjetivas que experimentava junto com as usuárias e os profissionais de saúde, durante as expectativas do parto: o silêncio era um mecanismo de controle da liberdade do outro.

Herácles: Aqui, (o parto normal) é imposto a ela (usuária), ela não tem escolha.

Em sua autonomia controlada, as usuárias sentiam a imposição do parto normal.

Helena: O médico força muito fazer normal. E eu queria que fosse um parto normal, mas não um *parto forçado normal*.

Em suma, o silêncio foi um mecanismo observado no plano individual e institucional, como recurso de manutenção do não dito. Por trás do silêncio das usuárias e dos profissionais de saúde, escondia-se algo que não poderia vir à tona, por representar uma

ameaça à convivência na Organização, causando instabilidades. Isso justifica o fato da observação de campo ter constatado que a AMUL se empenhava em oferecer às usuárias um ambiente hospitalar o mais acolhedor possível, com tecnologia de ponta e alternativas de parto humanizado de excelência. No entanto, a força instituída relacionada ao parto normal e a instituinte – vontade das mães de viverem o parto cesárea – eram então negociadas com os instrumentos terapêuticos possíveis à AMUL (“*falo com o anestesista*”). Não pareceu viável uma colocação semelhante a: *Demetra, o que você tem pensado sobre seu parto?* Uma pergunta como esta geraria um diálogo que poderia levar a mesma conduta de busca pelo anestesista, mas não se fechar nisso, tornando-se um diálogo aberto no sentido de Morin (1990), propício à construção da autonomia coletiva em saúde.

E no movimento de compreender e dar sentido à vida na Organização, as usuárias usavam da estrutura significativa “*parto forçado normal*” que orientava suas disposições sociais. Esse significante era compartilhado, ganhava força e durabilidade no grupo, como se verifica no Registro de Observação número 9, intitulado “Episódio Efeito Dominó”.

RO 9 (Episódio Efeito Dominó): A observadora jogava dominó com três gestantes (...).No decorrer do jogo, outra mãe se aproxima e as quatro começam a falar que não gostariam de ter seu bebê na AMUL, por causa do histórico de morte dos bebês. A observadora solicita esclarecimento. Elas dizem que há muitos partos que passam da hora, por ficar tentando o parto normal e que, se pudessem mudar de hospital no momento do parto, prefeririam ter o bebê em outro lugar, depois retornar à AMUL para a hospitalização puerperal. Todas riram e foi feito lá e lô.

Os significantes imaginários sociais em torno da Sala de Pré-parto orientava os comportamentos das usuárias, inclusive, levou Helena a modificar suas ideias com relação ao parto. Ela foi admitida em EGAR querendo o parto normal, mas recebeu a primeira alta desejando uma cesariana, inclusive pensando em desistir dos cuidados da AMUL.

Helena: Eu tava com outro conceito, que ia ser normal e acabou-se. (...) ‘é melhor fazer uma cesariana’, por mais que eu queira ser normal. [...] Porque tenho medo de chegar na hora e ficar essa agonia, sei lá, sobre pressão, não sei. Prá você ter uma idéia (...) eu queria ter o parto normal, mas (...) eu não quero mais. Quero ter meu filho... optar pela médica mesmo de cirurgia marcada (do plano de saúde).

Essas questões justificam de certa forma a intensificação do estresse no itinerário da admissão em EGAR à Sala de Pré-parto, como ilustraram as *tendências psicossociológicas*

anteriormente apresentadas. Quanto mais as usuárias se aproximavam da hora do parto, seus comportamentos e suas narrativas sugeriam uma maior desorganização emocional. Uma reação esperada do ponto de vista psicológico, devido aos aspectos inconscientes em torno da cena do parto, mas que se mostrou reforçada por comportamentos Organizacionais que geravam contraditoriamente uma imagem negativa acerca da Sala de Pré-parto, um espaço terapêutico rico para o exercício da humanização em saúde.

Rezende (2010) afirma o preparo de parto como um processo psicossomático, e reconhece que ferramentas de cuidado, como a qualidade da relação entre o profissional de saúde e a grávida, são eficazes para a mulher melhor enfrentar seu medo diante da expectativa do parto. Porém, a maneira como a política de parto normal humanizado era incorporada pela AMUL, em contradição com seus limites na efetivação da norma, fragmentava o espaço de escuta para com as usuárias. E o desconforto delas diante da imposição, servia como uma das forças instituintes dirigidas à Sala de Pré-parto, assim contribuindo com a singularidade deste setor.

5.2.2.3. A singularidade da Sala de Pré-parto (F₃)

Além da resistência das gestantes ao parto normal, fatores macrossociais impediam à AMUL do cumprimento total da universalidade. Héacles enumerou alguns fatores de causa da parcialidade da norma:

- a) A superlotação contribuía para prejudicar a qualidade do atendimento, atingindo emocionalmente o profissional, que se via em situação de impotência.

Herácles: Eu me sinto impotente. E já aconteceu aqui da gente perder o controle da situação, infelizmente... Era muita mulher grávida em trabalho de parto, tudo na mesma hora, eu já não sabia mais quem atender primeiro, qual a que eu tinha atendido antes... Eu olhei para minha colega e disse 'paciência, a gente perdeu o controle!'

- c) As fragilidades da Rede de saúde quanto às condutas de parto para gestantes de alto risco, aliadas às questões de "ordem ético-profissional" e ao arbitrário

cultural^{xxxiv} de que o parto cesárea, por ser indolor, seria a melhor opção da mulher.

Herácles: Existe ainda um problema que, infelizmente, é de ordem ético-profissional. A gestante vai a um hospital lá fora, ou ao médico que está lá no posto... Aquele médico (...) se esquece de que, quem vai decidir o parto (...) somos nós quem estamos aqui. É quando (...) a gente vai avaliar o caso dela. Mas ele adianta e diz, porque ela é de alto risco, 'vou encaminhar você prá AMUL, que lá eles vão fazer uma cesariana em você'. Aí, ela chega aqui (...) pronta prá isso e a gente diz: 'parto normal.' Ai, ela fica como? Confusa. Ai, não gosta, se desespera, reclama de tudo, diz que não gosta daqui. (...) Outra coisa, a própria família diz isso. É uma questão cultural, a mãe coloca na cabeça dela que é melhor cesáreo.

Esses fatores atingiam diretamente a *relação de cuidado* na Sala de Pré-parto. O próprio Héacles enfatizou perceber a grande necessidade de acolhimento das parturientes naquele setor, também disse de sua disposição em acolhê-las. Porém, segundo o médico, o acolhimento possível à AMUL e o que a equipe gostaria de praticar eram algumas vezes dissociados.

Herácles: O que é que elas (usuárias) querem?! (...) Atenção. Mas às vezes, a gente não tem condições de dar tanta atenção, explica uma vez, duas vezes, três vezes... Ai, a gente desiste e vai ver as outras que estão graves.

As forças instituintes relacionadas a fatores macrossociais, afetavam o exercício da humanização em AMUL que acumulava bens simbólicos e materiais, com o objetivo de atender ao que se preconizava como uma prática humanizada em saúde. A Sala de Pré-parto possuía salas específicas aos níveis de urgência clínica das usuárias: usava música ambiente e outra estratégias para tornar o parto uma experiência menos sofrida possível. A equipe de saúde era formada por profissionais especializados no cuidado a gestantes de alto risco e que abraçavam a causa da prática de parto normal e humanizado. Porém, os motivos apontados acima impediam a realização do que era idealizado. Por efeito, as usuárias viviam situações de sofrimento que seriam evitadas, caso o problema macrossocial não ocorresse.

Herácles: Parto normal é humanizado, é muito bonito de se ver, é saudável (...) nós aqui somos defensores do parto normal.

Hera: Não gostei do pré-parto. Assim, não pelo atendimento dos médicos. Mas em ver (...) muito sofrimento. E eu passei por um sofrimento também, (...) Como já tava sem vida, eu tive que colocar o remédio prá sair espontâneo. Então, eu cheguei aqui no domingo e o bebê veio sair na terça. (...)E muitas mulheres chorando, com relação do parto normal. (...) Eu vi que elas (...) tavam sofrendo, e ao mesmo tempo, felizes (...) Eu não me sentia bem com aquilo. (...) Foi uma experiência muito difícil.

A partir do relato de Hera, é possível afirmar que a AMUL se deparava com a norma, a vontade de segui-la e a necessidade de readaptá-la. Ou seja, o que lhe era possível, resultava das contradições dialéticas que atuavam em torno da Sala de Pré-parto. E dominada pelas instituições que lhe davam sentido – saúde, educação, políticas de direitos humanos – a AMUL seguia engajada na tarefa de fazer o bem, ao investir na política de parto normal humanizado como o princípio central da Organização. Porém, não percebia que sua maneira de praticar a humanização do parto instituíra um poder simbólico dominante, gerando nas usuárias e nos profissionais de saúde reações defensivas contra as imposições institucionais, como se detalha no tópico abaixo.

5.2.2.4. A política de parto normal: da imposição às formas de transgressão (F₄)

Como explicado no capítulo três, a tensão entre o instituído e o instituinte é o motor da vida social. As pessoas não se moldam em prescrições, estas normativas servem sim de parâmetros, mas a realidade sempre exige adaptações. Parâmetros como os da Saúde são necessários para a organização do Sistema, do contrário, ele se torna um caos: sem norma, não há estrutura social. É provável que uma das dificuldades na efetivação da humanização em saúde seja as formas imperativas das ações em saúde. Nesse sentido, a OMS (1996) destacou que é preciso não usar o protocolo de parto normal de modo prescritivo, cabendo à equipe de saúde considerar como a mulher simboliza esse tipo de parto. O parto normal é de fato humanizado, caso viabilize o exercício de cidadania da gestante e seu poder decisório sobre o próprio corpo. Assim, não se trata apenas de minimizar o tecnicismo, mas também de estimular a participação ativa da mulher no processo do parto, como se pode observar nas narrativas de Hércules e de Helena.

Herácles: (...).Eu sou um defensor do parto normal (...), mas se for normal.

Helena: Eu não quero cesariana, mas se não tem jeito, não der prá fazer normal, eu não queria que forçasse. Entendeu?

O significante “*parto forçado*” era transmitido entre gerações de usuárias, assim ganhando consistência, principalmente, por ser estabelecido com causa na realidade.

Artêmis: Eu fiquei muito nervosa, sentindo muita dor e tava sentindo que não ia conseguir, que não ia ter ele normal (...) eu botava força e não conseguia. (...)Teve até uma hora que eu pedi, ‘ô, doutora, pelo amor de Deus, a senhora não tem como fazer esse parto cesáreo, não?’ Ai, ela soltou até uma piadinha, (...)‘se você tiver um plano prá cobrir seu cesáreo!’ Ai eu fiquei na minha, né, não disse nada! Ai, muito tempo depois, ela disse ‘não, vamos prá sala de parto’. Fui, né. Chegando lá, ela tentaram também prá que eu tivesse normal (...) Eu senti muita dor, não consegui, então, ela tentou com um ferro. Eu sentia, quando ela puxava, ele descia, mas na mesma hora, ele subia, como se fosse sair pela boca. Sensação horrível (...). No último minuto, quando, acho que ela viu que eu não conseguia, ‘não, vou fazer cesáreo, agora’.

Observa-se nitidamente o campo dialético dessa experiência de Artêmis, envolvendo as instâncias afetiva, econômica e política. No domínio afetivo, Artêmis não estava preparada para vivenciar a experiência de um parto normal, ela mesma dizia “*que não ia ter ele normal*”. Isso fez sentido quando observado a construção de sua maternalidade, em que o significante “*mal(formado)*” demarcava o lugar de seu bebê, quem ela tanto amava, mas quem ela tanto temia, devido ao tabu estabelecido sobre a gravidez de uma diabética insulino dependente. As problemáticas em torno de sua maternalidade entravam em contradição com a política do parto normal de AMUL, talvez pela maneira como Artêmis tomava para si o significante “normal” do parto. E na situação de estresse vivida entre a profissional e a usuária, o conflito foi mediado pela instância econômica, através de um jogo de manipulação e chantagem, (“*se você tiver um plano...*”). Assim, foi definida uma relação de cuidado centrada no parto normal, não na usuária que passou a assumir uma posição de sujeição (“*Fiquei na minha*”). Todavia, o bebê acabou lutando contra as imposições da realidade: “*quando ela puxava, ele descia, mas na mesma hora, ele subia, como se fosse sair pela boca*”. Ao que indica o relato, mãe e bebê não estavam prontos para a vivência de parto normal, devido às fantasias anteriormente construídas acerca do parto, do bebê e da saúde da mulher. Mas não podemos tomar esse exemplo como único distintivo da conduta da

equipe na Sala de Pré-parto, pois outras usuárias desta pesquisa se sentiram fortalecidas nesse setor, justamente pela postura acolhedora da equipe. Como Hércules diz:

Herácles: Não é que a gente só faça o parto normal, (...) a todo custo. A gente primeiro tenta o parto normal, e se a gente avaliar que tem que ser cesáreo, que não há condições da paciente ter o bebê normal, dependendo das condições dela, a gente faz a cesariana imediatamente.

Os dados possibilitaram perceber, ainda que a Sala de Pré-parto da realidade funcionasse exatamente como a Sala de Pré-parto idealizada, as usuárias viveriam ainda assim apavoradas, por causa do simbolismo dado à própria experiência de parto. No entanto, as pressões institucionais vividas pela AMUL, pelos profissionais de saúde, em efeito dominó, pelas usuárias, fez esse espaço ser simbolizado como o lugar do desamparo, intensificando ainda mais à angústia das mães. As *tendências* sugerem isto, resultante do sentimento de pavor experimentado, a partir do que o grupo de mães projetava nesta Sala.

E para suportar o mal-estar, como uma forma de se defender da realidade e explicá-la, as usuárias criaram o *mito da Sala de Pré-parto*, que assim tinha um papel na vida psíquica e social do grupo de mães. Nas conversas paralelas, nos encontros das vizinhanças dos leito da EGAR, elas contavam piadas, deformavam histórias reais, interpretando ao seu modo o que poderia está acontecendo na Sala. O tom de brincadeira parecia uma forma de se defenderem do medo e da insegurança que eram compartilhadas na criação de suas histórias. Era assim que o *fantasma da Sala* ganhava vida: “*aquele pré-parto*”, “*HOR-RÍ-VEL!*”, “*deixa a gente lá, sozinha*”, “*diz (...) pode ficar aí em cima dessa bola*”). E as estratégias usadas pelas usuárias para enfrentá-lo eram as seguintes:

- a) Quando conseguiam escapar aos olhos da equipe, elas visitavam suas colegas que estavam na Sala, com o intuito não só da visita em si (ato de solidariedade), mas também de conferir a realidade da Sala de Pré-parto.

Hera: As do 4º andar foi me visitar no pré-parto. Teve uma que chegou a me perguntar o que eu achava do pré-parto. Ai eu disse a ela que tava muito agitado ali. (...) Não é pelo atendimento, mas pelas circunstâncias (...)

- b) Quando eram examinadas, as usuárias tendiam a mentir ou a omitir seus sintomas, na intenção declarada de adiar a hora da transferência.

Niké: Eu estava com a dor calada! (risos) Ai eu digo, não, não adianta dizer nada agora, eu vou descer e vou ficar lá, sozinha...

- c) Quando ir à Sala era inevitável, a reação biológica por um fator clínico – estado de sono profundo – parecia se aliar também às defesas inconscientes.

Demetra: Não! Não quero descer (para a Sala de Pré-parto)! E ficava com desculpa e não queria descer, não. Desci de novo, mas eu tava tão assim, que (...) apagou tudo. Fiquei dois dias dormindo, acordei, quando eu vim dar conta, 'onde é que eu to!' Era feriado, não tinha ninguém naquela Sala, só tinha eu, 'Oxente, voltei prá cá de novo.' Comecei a chorar; chorei, chorei, chorei... (...) E fiquei chorando e as médicas vieram, 'tá com dor é?' Eu disse... 'não'. Não era dor, era desespero: 'de novo aqui, eu não acredito, eu não aceito ficar aqui de novo, não'.

Nesse cenário, sem se dar conta, a equipe de saúde colaborava para a permanência do mito e negativa da norma, ou seja, com as formas de transgredi-la. Quando as usuárias recusavam a medicação, a dieta, um procedimento, a equipe tendia a fazer chantagens. Percebiam o medo delas com relação à Sala de Pré-parto e usavam-no como uma isca para efetivar a prática de cuidado.

Nereida: A gente diz, 'mulher, toma esse remédio, é pro teu bem. Se tu não tomar, vai acabar indo prá Sala de Pré-parto. Ai, elas tem medo e num instante tomam. (risos)

Em suma, o fantasma da Sala de Pré-parto resultava das fantasias de castração da mulher, mas era acentuado pelo desconhecimento das usuárias sobre o parto humanizado, pelos problemas macrossociais vividos pela AMUL e o silêncio praticado pela mesma. Vale esclarecer, essas forças foram muito mais evidentes até a hora do parto, contribuindo para a fase crescente de estresse das usuárias desde a entrada na AMUL até a transferência à Sala de Pré-parto. E esse conjunto de forças que definiram o sistema dialetizado da Sala, mantinha relação com a prática de cuidado exercida no hospital que se seguia ao momento

da alta. Então, a partir de agora, será dada uma maior atenção às performances desta prática, que explicou os comportamentos sociais através dos *habitus* da Organização.

5.2.2.5. As performances das Práticas de Cuidado (F₅)

Foram chamadas de “performances da prática de cuidado” uma força dialética resultante de um conjunto de ações interativas que ora colaboravam, ora desfavoreciam à autonomia dos atores sociais focados neste estudo. As performances identificadas foram: o foco na usuária; o direito em saúde; a heteronomia da relação de cuidado e a relação de afeto. Observou-se sua influência direta nas *tendências psicossociológicas da trajetória de hospitalização das usuárias*, desse modo, contribuindo com os posicionamentos das mães nos serviços da AMUL, assim, com o estilo do engajamento delas na sua produção de saúde.

5.2.2.5.1. Foco na usuária

Os tópicos temáticos anteriores descreveram comportamentos sociais em que o foco parecia está no parto normal, não na usuária. E essas ações não eram gerais, pois também existiam na AMUL condutas diferentes, acolhedoras e focadas na usuária, com a preocupação de tranquilizá-las e esclarecê-las sobre sua saúde, como disse Pegeia. Mesmo assim, as usuárias tinham a expectativa de algo a mais, como insinuou Helena.

Pegeia: Eu sempre explico para as pacientes as complicações que podem surgir, elas sabem tudinho, a gente explica tudo prá elas.

Helena: (As pessoas aqui lhe compreendem?) Acho que não. A equipe é muito gente boa mesmo, (...) são competentes, atenciosos, conversam com a gente, né, mas não sei...

O “*mas não sei*” sinalizava algo de “não dito” e não vivido. No geral, as entrelinhas do discurso das usuárias sugeriam a expectativa destas serem escutadas na condição de

mulher, não apenas em sua condição materna. Helena mesmo se queixou de que a assistência em saúde na AMUL era focada na saúde do bebê, e não simultaneamente, na saúde da mulher. Não se sentia alvo da prática de cuidado, mas uma coadjuvante.

Helena: A assistência é muito grande prá criança (...) Às vezes, dá até uma certa aflição (...) Só falam do bebê! (...) A equipe é 100%, mas só que, o que não me agrada é que eu to aqui por causa da minha perna, minha prioridade agora é a minha perna, não o meu bebê. (...) Tudo aqui é relativo à criança. (...) Relativo à mulher (...) também trata, não pode chegar e dizer que eles maltratam, que eles tratam também muito bem, mas a criança, sempre em primeiro lugar (silêncio).

Assim, Helena transpareceu assumir uma sujeição diante do discurso do outro. Elas se posicionavam e eram posicionadas como não detentoras de Um saber sobre sua saúde.

Helena: Eu sou leiga, não posso falar.... eu não estudei medicina.

Parecia difícil criar um espaço para a efetivação de uma prática centrada na usuária. Havia por parte dos profissionais de saúde uma iniciativa em dialogar, mas os atores sociais envolvidos (mães e equipe de saúde) não conseguiam exercer de fato um diálogo onde o sujeito pudesse questionar o discurso do outro, dando abertura para as negociações. A comunicação não dava abertura para se construir uma fala própria, o que confirma Martins e Pinheiro (2009). Demetra tinha a sensação de que a equipe demonstrava zelo, disposição a conversar, mas que dificilmente iria mudar de opinião, principalmente, quando se tratava do tipo de parto a ser realizado.

Nesse cenário, quando os profissionais de saúde informaram à Demetra que iriam iniciar a estimulação do trabalho de parto, esta mãe disfarçou o acordo, mas lutou sozinha, às escondidas, para ir em direção contrária aos investimentos da equipe de saúde. Segundo Demetra, o discurso da equipe de saúde era dominante e focado no biológico.

Demetra: Porque elas sempre dizem que eles querem o melhor. E o melhor prá eles, prá recuperação, é o normal, independente da sua opinião, porque ele vai pela evolução do seu corpo. Se você evoluir prá um parto normal, vai ser normal. Mesmo que você não queira, de jeito nenhum; mas se o colo abrir direitinho, tiver evolução, ele lhe colocar no sorinho... (...) Eles vão até

o fim, mesmo que você não queira. (...) Eu preferi me colocar à disposição deles. 'Vamos tentar normal?' Eu digo, 'vamo.'

E a equipe de saúde iniciou uma terapêutica medicamentosa para estimular o trabalho de parto. Todavia, essa disposição de Demetra foi relativa. Como ela imaginava que a equipe não lhe escutaria, a mãe disfarçou a concordância, garantindo sua posição de usuária que não dava problemas, mas decidiu pedir socorro à instância transcendental.

Demetra: Eu aceitava ficar tudo direitinho; mesmo assim, pedindo a Deus! Tava mais confiante em Deus, ele iria me ouvir; porque eu sabia que os homens não ía ligar prá mim, prá o que eu ia falar. Ai eu digo: 'só tem uma pessoa que pode me ouvir!' (...) E eu pedia suplicando, olhando pro céu: 'Meu Deus, me conceda um parto cesáreo.' Que me livrasse daquela dor que eu não queria sentir.(...) (A equipe) tentaram com um comprimido, sem sucesso. (...) Quando você tem uma probabilidade de funcionar, é dois comprimidos, três, no máximo. E o meu foram seis prá lá. Nenhuma colicazinha eu senti.(...) Eu dizia 'ai, Meu Deus, agora vai! Não é possível. Não deixa não, Jesus, deixa não'.(...) Eu pedia a Deus como uma mãe pede alguma coisa desesperadamente a um filho, quando ele tá no caminho errado e que ele saia. (...) Eu dizia, 'Jesus, não vai funcionar! Não vai funcionar!' Ai eles olhavam. 'Ah! Graças a Deus, tá fechado!' 'Eita, vamos botar mais um!' A médica disse que só era cinco, ainda VEIO outro, 'vamos tentar botar o sexto! Esse, quem sabe esse!' Eu digo, 'Não!' 'Ai, Jesus só falta mais um...' (...) Eu comecei a pedir, pedir, pedir. Ele me ouviu, tá vendo! (...) Foi falha de indução, eles botaram.

O conjunto dessas ações talvez estivesse relacionado ao arbitrário cultural da maternidade que parecia circular nas ações da equipe de saúde. Embora percebesse o sofrimento das usuárias, parecia focar sua prática de saúde na dimensão materna, como dito por Helena, assim, nem sempre compreendendo as ambiguidades afetivas das gestantes.

Hamadriade: Tem umas pacientes, como Demetra (...), superdifícil (...). Diferente de outra paciente que só pensa no bebê; porque, quando a gente tá grávida, a gente só pensa no bebê da gente, né?

Portanto, era difícil à AMUL realizar uma prática com a usuária – centrada. Segundo Bonet *et al* (2009), construir essa prática é permitir-lhe o direito de se posicionar como engajado no desenho de seu cuidado em saúde. E essa permissão não é apenas aceitar o

discurso do outro, mas também estimular o discurso desse outro, encorajá-lo, enquanto se percebe que esse mesmo discurso é situacional, do momento singular do indivíduo. Enxergar as gestantes e as puérperas como pessoas capazes de decidir sobre sua história, é tornar os saberes da equipe e do paciente compartilhados, reconhecer seus limites e complementaridades, ainda oportunizar um estado de devir da relação. Apoiando-se nos discursos ilustrados neste tópico de análise, é possível afirmar a preponderância de práticas que dificultavam o exercício do direito das usuárias ao protagonismo em saúde.

5.2.2.5.2. Direito em saúde

A questão do direito em saúde diz do exercício de cidadania do usuário do SUS, de sua postura em buscar informações sobre a própria saúde, sendo garantido também ao mesmo construir seu itinerário terapêutico na negociação com profissionais de saúde, família e outros atores sociais de sua vida. Quanto à trajetória construída na AMUL pelas usuárias, observou-se que a participação delas no seu processo de saúde acontecia de forma limitada. Exemplifica-se isso com a experiência de Artêmis.

Uma insulínodépendente desde a infância, ela tinha uma experiência de horizontalidade em saúde antes de conhecer a AMUL, dizendo-se pessoa responsável com os seus cuidados clínicos. Tinha feito parte de um grupo de encontro periódico e educativo, fornecido por um centro especializado nos cuidados aos usuários diabéticos, onde aprendeu junto com sua mãe como conviver com a diabetes mellitus de forma saudável. Ao chegar na AMUL, aceitava a conduta da equipe, dizendo que esta conduta estava de acordo com aquilo que ela já sabia sobre sua doença. No entanto, na fase puerperal, a equipe avaliou a necessidade de alterar alguns procedimentos para o controle glicêmico. Não aceitando a ideia, Artêmis expôs sua discordância, mas esses atores (usuária, acompanhante e equipe) não conseguiram escutar um ao outro, minando os discursos próprios.

Artêmis: Depois que eu tive bebê, eles não querem que eu tome insulina, não prescreveram mais prá mim. (...) Ai eu acho ruim, fico impaciente, porque se eu tenho esse problema há 10 anos, eu SEI do medicamento que eu preciso tomar. (...) Já falei (com a equipe), mas eles dizem que sabem o que estão fazendo. (...) Eu fico com raiva, querendo dizer umas coisas.

Porque a gente explica, eles acham que a gente entendeu de outra maneira e diz 'Não! Não é assim.' Ai fica ruim, porque a gente não vai tá discutindo com médico (...) Como eu to dizendo, eu acho que eles pensam que a pessoa é louca, ou então um BURRO. (...) Mainha até explicou (...), a gente sabe de TUDO! (...) Eu preciso da insulina (...) eu já fiquei em coma uma vez.

Seu discurso revela como a postura da equipe fazia Artêmis se sentir não participativa de seu saber, desconstruindo seu estilo de cuidar da sua saúde. Como ela diz, preferiu não discutir com a equipe. Com raiva, impaciente, sua saída era fazer chantagens e ameaças à equipe. Recordava-se do momento em que entrou em estado de coma, verbalizando o episódio, dirigindo aos profissionais toda a responsabilidade sobre os efeitos que as mudanças terapêuticas tivessem sobre o corpo dela.

Por outro lado, Artêmis dizia saber de "TUDO" sobre sua terapêutica, mas desconhecia que a fase puerperal implicaria em mudanças ao seu tratamento. Ela mesma se questionava disso, mas não encontrava respostas na equipe. Nem Artêmis entendia que o puerperio era causa de uma mudança da insulino terapia, nem a equipe conseguiu construir na *relação de cuidado* um espaço para que esses mal-entendidos fossem dissolvidos.

Artêmis: Será que é por que eu tive bebê? Não sei, mas também, acho que não, o que é que tem a ver, né. É só porque eles acham que tem que ser do jeito deles. Estudaram tanto...

Nereida: Artêmis achava que ia ser aquela quantidade (de insulina) pro resto da vida. Quando ela tomava aquilo ali, ela não era uma mãe.

O direito em saúde está diretamente ligado ao exercício de autonomia. Como se nota nos tópicos temáticos expostos até agora, a construção da autonomia estava fragilizada na AMUL. As negociações aconteciam em situações isoladas e não-toda, como foi na circunstância em que Demetra conseguiu acordar com a equipe uma anestesia para alívio da dor, até mesmo se seu parto fosse normal. Ainda assim, o silêncio estabelecido entre esses atores sociais impediu que esta negociação avançasse em outras circunstâncias da trajetória de Demetra. No geral, a submissão ao discurso do outro preponderava, de modo que a heteronomia era central na *relação de cuidado* da AMUL.

5.2.2.5.3. A heteronomia na *relação de cuidado*

Nas situações onde o sujeito anula o próprio discurso, a heteronomia está vivida ao extremo, sob a alienação no discurso do outro (Castoriadis, 2007). Na AMUL, um dos aspectos que pareciam contribuir com a alienação das usuárias nos serviços era o modo como se demarcavam suas transferências intersetoriais. As usuárias eram transferidas sem a informação sobre como funcionava o local para onde estavam sendo encaminhadas. Nesses setores, elas se sentiam uma estranha, leigas da rotina interna de cada serviço.

Helena: Ninguém explicou não. Só falou... A enfermeira chefe foi quem disse, 'ô, assim que aparecer vaga na enfermaria, você desce'. 'Tá certo.' (...) Não perguntei mais nada. Depois, eles me trouxeram prá cá.

Isso mostra que a *relação de cuidado* se dava na dominância da vontade do outro, impedindo às usuárias participarem das decisões sobre seu próprio corpo.

E a própria equipe revelava na especialização de seus serviços uma heteronomia do grupo de profissionais. Quando Napeia, uma técnica de enfermagem, percebia nas usuárias uma necessidade de apoio psicológico, não tomava a iniciativa de compartilhar suas observações com a equipe. Atribuía como tarefa exclusiva dos profissionais de ensino superior avaliar as necessidades de atendimento das mães, isentando-se desta tarefa.

Napeia: Tem várias pacientes que precisam de apoio psicológico. Às vezes, o próprio médico solicita, ou a própria enfermeira, mas eu nunca assim, cheguei... Eu nem pergunto, porque tem psicólogo, né, no hospital.

Possivelmente, ao não se engajar no trabalho interdisciplinar, Napeia se protegia dos efeitos das trocas profissionais. Ao dizer que tinha psicólogo no hospital, seu discurso insinua que chamar em nome próprio o profissional de psicologia seria apontar a responsabilidade dele, reconhecer as falhas do outro e as próprias falhas. Expor suas ideias, defendê-las, seria correr o risco de vivenciar contestações. E ao se aprisionar nos limites de seu trabalho, ela acabava não se assumindo uma protagonista na promoção de saúde coletiva. Vale dizer, ao narrar sua interação com os colegas de trabalho, Napeia baixava o tom de voz, quase que sussurrando, mesmo estando sozinha com a pesquisadora, a portas fechadas.

Esses dois exemplos mostram a *relação de cuidado* marcada por ações não criativas, sem espaço para a reflexão e crítica do sujeito. Mas importa esclarecer que a autonomia também depende de um processo heteronômico. Para Castoriadis (2007), a heteronomia social também é necessária para a convivência, uma vez que o sujeito precisa do discurso do outro como condição para elaborar um discurso supostamente seu.

Os relatos das usuárias indicaram que, quando o acolhimento orientava os laços sociais na AMUL, a heteronomia da *relação de cuidado* tornava-se positiva ao engajamento das usuárias na terapêutica. À título de exemplo, Niké começou seu discurso na terceira pessoa e termina na primeira pessoa, ao perceber o acolhimento da profissional de saúde, que se revela como uma porta-voz de toda equipe.

Niké: Ela (enfermeira) disse (...) ‘se acalme, não se preocupe, a gente tá aqui, a gente vai fazer tudo o que for possível para que seu bebê... Se tiver que interromper, mas quanto mais tempo conseguir que ele fique’ na minha barriga, aqui é melhor; tanto é bom prá ele, quanto é bom prá mim. Eu fiquei mais tranquila.

Niké expõe não o acolhimento, mas também o afeto como uma força mediadora na *relação de cuidado* da AMUL. Mesmo que demarcasse dependências na relação com o outro, o afeto foi visto como determinante na qualidade do itinerário das usuárias na AMUL.

5.2.2.5.4. O Afeto na *relação de cuidado*

Desde a entrada hospitalar, o afeto entre a usuária e a equipe de saúde tinha implicações na aceitação situacional das gestantes quanto ao internamento hospitalar, fortalecendo-as emocionalmente, ou não. Elas afirmaram que um gesto de carinho, de preocupação, palavras de cumplicidade as faziam se sentir menos angustiadas na sua trajetória de hospitalização. A afetividade criava espaço para projeções, identificação e transferência. Atalanta sintetiza isso no relato abaixo, sobre sua relação com Dafne, a profissional mais citada nesta pesquisa pelas usuárias.

Atalanta: É o jeito dela, Dafne tem um jeito especial, um jeito doce. E de uma pessoa carente também, ela tem um jeito de uma pessoa sofrida. (...) É é. E ela brinca com a gente demais, alisa que só a barriga da gente.

Atalanta projetava a própria carência nesta profissional e se identificava nela (“*carente também*”), que mantinha uma relação de proximidade com as usuárias em geral, assim representando no campo social da AMUL práticas solidárias isoladas.

E era também através do afeto que o médico tocoginecologista conquistava a aceitação da mãe para ser examinada pelo mesmo. Na AMUL, as gestantes de alto risco usaram várias estratégias para fugir do atendimento dos médicos homens - como esconder a dor, para ele não a examinar - incluindo nisso as questões morais, envolvendo a problemática de gênero. Porém, Hera teve uma vivência de atendimento diferente, com um médico que, para examinar esta usuária, pediu sua permissão, conversou com a mesma, perguntando como ela se sentia emocionalmente. Este profissional terminou o atendimento desejando saúde ao bebê, também à mãe. Por isso, após a consulta, Hera falou ter quebrado o tabu dentro de si e acrescentou:

Hera: “ele é um tranquilizante, foi muito acalmante”.

Como toda relação é composta de ambiguidades, os profissionais e as usuárias também experimentavam instabilidades afetivas na *relação de cuidado*, mas alguns profissionais se dispunham a discutir relação terapêutica, o que pareceu positivo.

Atalanta: A doutora nem ‘bom dia’ ela me dava! O sorriso dela é o mesmo. É um sorriso aguado. (...) E eu acho que ela não teve paciência comigo hoje (...) Quando ela chegar, eu tava até dizendo as meninas, quando a doutora chegar amanhã, eu vou dar as costas prá ela. Ou então, vou sair, vou descer prá lá prá baixo, porque ela me disse uma coisa que eu não gostei. (O que?) Não... (riso acanhado) É segredo meu. [Dias depois] Ela vinha, eu nem ligava! (Tu estavas chateada?) Fui. Ai, depois de 3 dias, ela veio! Ela veio me atender, veio ela e outra. Ai ela disse, ‘como é que você tá, Atalanta, (tom risonho) depois da nossa chateação? ‘Eu to bem’ (tom sério). ‘Ficou com raiva, foi?’ ‘Eu não...’ ‘E a insulina, tá tomando?’ ‘Eu sei tomar já!’ (tom autoritário). ‘Tá tomando o remédio?’ ‘Já to tomando.’ (tom sério).(...) Mas ela começou até a falar mais comigo, quando ela passa: ‘oi, Atalanta! Bom dia! Tá próximo, né! Tá chegando o dia!’ Eu digo: ‘Essa mulher tá doida é prá se livrar de mim!’ (risos). Vai! Eu não vejo a hora também!

A postura de renegociar o vínculo se tornava estranha à Atalanta, que não tinha o *habitus* dessa experiência, discutir uma relação afetiva. De imediato, ela reagiu com satisfação, quando o riso apareceu na 9ª linha do depoimento dela, ainda que seguido de tons de ironia e desdenha.

No geral, a questão do afeto, do direito em saúde (de se posicionar e ser escutado) resultavam na satisfação das usuárias, como se nota no episódio “pesquisa de satisfação”.

RO 2: Episódio Pesquisa de Satisfação: Havia quatro mães ao redor da mesa de atividades (...)Patrícia comenta que respondeu um questionário de satisfação de usuário. ‘E eu escrevi tudinho que eu achava. A gente tem que dar uma nota de 0 a 10! E eu dei a nota! Coloquei 9 para a equipe dos médicos! Eles são muito bons.’ E faz uma expressão facial duvidosa.

A nota “9” é um nota quase-toda, deixa “não dita” uma insatisfação do desejo. Talvez o “1” do silêncio de Patrícia esteja remetido às ambiguidades que foram discutidas neste segundo nível de análise: desde as desapontamentos e congruências no processo de admissão na AMUL, à pressão contraditória exercida pela lógica da humanização do parto e essas performances de cuidado que sinalizavam muito mais a produção de dependências em saúde, do que a construção de autonomia. Em suma, a nota “9” revelou os estilos interativos dos grupos sociais da AMUL, que é o foco de nosso terceiro nível de análise.

5.3. TERCEIRO NÍVEL: Os estilos interativos dos grupos sociais da AMUL

Deixamos para discutir este domínio estrutural-grupal como último tema de reflexão sobre o campo institucional mediatizante da AMUL, porque esse é o domínio resultante das duas instâncias anteriores, na acepção de Barbier (1985), mas principalmente, por ter sido visto como basilar para a análise de nosso objeto de estudo – a *relação de cuidado*. Verificou-se que as vivências maternas assumiam uma influência direta no modo como a mãe se colocava para o bebê, no período gestacional, bem como pensavam sua condição de grávida de alto risco. Dessa maneira, elas buscavam a AMUL suplicando uma melhora clínica, orientando-se pelos dispositivos de acesso e acessibilidade do hospital. Mas o modo como a vida social construía-se na Unidade de Referência, era responsável pelo bem-estar ou mal-estar das usuárias do ponto de vista interativo. Todas as questões até aqui explicadas foram elementos da trama interativa hospitalar, dizendo respeito às formas e aos conteúdos das relações sociais da Maternidade. Por isso, as singularidades das gestantes e a inserção delas no cotidiano da AMUL estavam relacionadas com os estilos interativos dos grupos sociais da

AMUL. Os dados apontaram que esses estilos, centrais neste terceiro nível de análise, eram constituídos a partir: a) das implicações da psicodinâmica da gravidez e do puerperio na relação de cuidado; b) da dinâmica dos grupos sociais da AMUL; C) e da função paterna da Unidade de Referência.

5.3.1. As implicações da psicodinâmica da gravidez e do puerperio na relação de cuidado

Essas implicações foram identificadas a partir da observação do modo como a equipe de saúde concebia as usuárias. Levava-se em conta na assistência da AMUL as condições emocionais, socioeconômicas e culturais das usuárias. Por outro lado, alguns profissionais de saúde compreendiam que as gestantes de alto risco eram as mais vulneráveis emocionalmente entre todas as usuárias da AMUL, como se observa na fala de Hespéride, desconsiderando assim os aspectos psicodinâmicos da fase puerperal.

Hespéride: (As usuárias de EGAR) são ansiosas; não a maioria (...). Isso é de perfil, (...) na verdade, é medo. (...) No (Alojamento Conjunto), estão mais tranquilas, com relação à (EGAR), dificilmente, aparece uma problemática, (...) estão sofrendo menos, talvez. (...) (Na Enfermaria de Infectados), elas sofrem pouco, estão mais preocupadas com a situação delas hoje.

Este depoimento parece está sustentado no mito do amor materno (BADINTER, 1985) - as usuárias da EGAR eram as que conviviam com a possibilidade de perder o filho e as únicas que não conheciam o bebê da realidade. Entender as questões psicodinâmicas puerperais, para além do que diz o mito da maternidade, poderia então redirecionar a visão de Hespéride. Ainda, explicar alguns comportamentos das usuárias, como sinalizando um apelo à equipe para uma intervenção psicológica, como se ilustra no depoimento de Napeia.

Napeia: Tem umas pacientes que falam com você direitinho, depois, ela quer é atingir você. (...) Elas falam mal de uma colega sua, faz o jogo. (...) Ai, EU VOU EMBORA! Eu já sou a vítima dela. (...) Acontece muito isso aqui.

Elas fazem muito esse jogo, tanto de enfermeira, quanto de médico (...) Eu não sei o que elas querem ganhar com isso (...) Eu não entendo.

Desconhecendo essa psicodinâmica, Napeia notava essas mães como falsas e difíceis de convivência, não conseguindo exercer uma prática de saúde centrada nas usuárias. Não se trata aqui de generalizar as transgressões das mães como causa de um mal-estar psíquico relativo à maternidade. A análise apenas aponta problemas na *relação de cuidado* advindos desse desconhecimento por parte da equipe de saúde. Uma dificuldade que se somava às dinâmicas interativas das usuárias e dos profissionais no cotidiano hospitalar.

5.3.2. A dinâmica do grupo de usuárias

Na AMUL, as usuárias estavam alojadas em pequenas enfermarias de três, com excessão de uma, com cinco leitos. Durante o dia, assistiam televisão, participavam de atividades ocupacionais com o grupo de voluntariado, dormiam, eram examinadas pela equipe e algumas recebiam visita familiar. Caracterizava-se por ser um grupo transitório (conforme o tempo de hospitalização) e fragmentado (os laços afetivos respeitavam uma lógica dos pequenos guetos, constituídos por afinidades, também pela proximidade espacial das enfermarias).

Com tal fragmentação, os subgrupos não tinham força política no seu espaço coletivo, até porque as usuárias não se organizavam como grupo sujeito, em que as pessoas agem com um objetivo em comum, de modo coletivo. Ou seja, quando havia alguma insatisfação, as mães compartilhavam entre si, mas as observações de campo não perceberam nenhum movimento de criar um diálogo consistente, em conjunto, com a equipe de saúde. Eram então grupos heterônomos, com trocas interativas precárias:

Demetra: A convivência aqui? É muito raro. A gente fala aqui pouquinho: 'tá aqui por que?' "o que a médica disse?"

Mesmo assim, havia a delimitação de papéis nos grupos. Helena contou que foi recepcionada na AMUL por uma usuária, uma líder autoritária do grupo, que se impôs no primeiro contato, provocando insegurança na usuária da pesquisa.

Helena: Aquela menina chegou com aquele jeitão assim dela, aquela é gente boa! Ela foi chegando, como se dissesse ‘quem manda aqui, sou eu!’

O papel de líder, de delator e de cúmplice eram estabelecidos, mas o sentimento de pertença grupal só foi observado nos momentos em que o grupo se via em risco de perder o afeto da equipe. Segundo Atalanta, as usuárias estabeleceram uma espécie de “quadrilha organizada”, contra uma usuária que foi desrespeitosa com Dafne.

Atalanta: As meninas tudinho gosta muito de Dafne (...), dizem ‘Não fale mal dela, não!’ Muitas meninas daí fica braba! Teve uma dessa cama aqui, tava fazendo um exame de garrafa, prá encher a garrafa de urina. Ai, ela discutiu com o marido. Dafne veio dá um conselho a ela, né. ‘Não faça isso com seu marido, não; tenha paciência, você vai prá casa’. Ai ela disse ‘agora, eu vou mijar, prá tu beber café de noite!’ Disse na frente dela e ela não disse nada. Ai as meninas ficaram tudinho arrevertada, tudo com raiva (...). A menina foi simhora daqui, as meninas, nenhuma falaram com ela. Porque Dafne é uma pessoa muito legal, não é só porque ela é dessa enfermaria aqui, não. Ela é legal prá essa, pras *prá todas as mulher aqui*.

Segundo Castoriadis (2006), a coletividade inventa a si mesma, seus pensamentos, suas maneiras de agir, também o limiar entre seu querer e seu dever. Isso porque o coletivo é a ação compartilhada, negociada em conjunto. Muito embora as usuárias de EGAR tendessem à relações de heteronomia, encontravam forças para se consolidarem enquanto grupo, através da afetividade. A prática de afeto da equipe de saúde era o que favorecia o sentimento de pertença grupal. Ao que parece, Dafne trazia um diferencial às usuárias, a sensação de que eram cuidadas em sua condição de “mulher”.

Outro aspecto do grupo eram as práticas solidárias que se davam isoladas. Era comum uma usuária aconselhar a outra, indicando um processo de identificação. Aqui, retomamos a ideia de Barbier (1985) expressa no capítulo anterior desta pesquisa, de que as relações humanas são constituídas de interesse. Ajudar a outra seria ajudar a si mesma.

Demetra: Às vezes, uma se deprime, ai uma vem, apóia a outra, ‘ô, mulher, vai dar tudo certo, não sei o que’ (...). Tentam passar uma autoconfiança, APAGAR aquela imagem do sofrimento. Uma tenta ajudar a outra.

De igual modo, elas eram cúmplices ao transgredir as normas do sistema hospitalar. O grupo ficava em estado de gozo quando conseguia provar-se menos docilizado à ordem

social, no sentido de Foucault (2008). Um exemplo disso foi um lanche de galetos dentro da enfermaria, às escondidas da equipe, sob o auxílio dos visitantes. Nesse momento de análise, pode-se dizer, que o controle da AMUL entrava em contradição com o “desejo das usuárias de correr altos riscos”, porque elas tinham uma dieta, mas ao escapar dos olhos da equipe, alimentavam-se do que Hespéride chamou de “melhoria social”, não nutricional.

Ainda, as práticas solidárias de “alto risco” que as gestantes exerciam, eram às vezes reguladas pelos conflitos internos da AMUL. Como indica o episódio abaixo, a equipe de saúde também exercia o cuidado sob a força social da Organização que, no sentido de Pagès (1993), provocava no nível psicológico dos profissionais uma estrutura conflitante entre a angústia de morte (perder o emprego) e o prazer agressivo à perseguição de um ideal.

RO 4(Episódio solidariedade e medo de retaliação): Uma técnica sai de um leito estressada e diz à pesquisadora: ‘Tanto que eu aviso, isso é função da gente e elas fazem! Se alguém pegar, vai sobrar prá mim! Elas sabem que não pode! Agora, tá com raiva!’ (...) ‘Tão rápido, eu sai para pegar as coisa, quando eu voltei, ela tava segurando a outra no banheiro! Disse que só queria ajudar, mas não pode acontecer isso! Se acontece alguma coisa com o bebê dela?! Pronto, as duas descem e de quem vai ser a culpa?! A culpa vai ser minha, ninguém quer saber, não! Ainda bem que ninguém viu!’

Isso nos leva a refletir sobre o funcionamento do grupo de profissionais da AMUL.

5.3.3. A dinâmica do grupo de profissionais de saúde

A dinâmica da equipe de saúde foi aqui abordada com foco em suas relações de trabalho. Analisar este tópico temático serviu para explicar a *relação de cuidado* estabelecida com o grupo de usuárias, reflexo do vínculo afetivo que os profissionais de saúde mantêm com a Organização, como defende Enriquez (1991).

A equipe de saúde queixou-se do espaço relacional inseguro estabelecido na AMUL. A traição, a inveja e o ciúme foram citados como suas experiências interativas presentes na vida de trabalho, de modo que o silêncio tornava-se a saída para a preservação individual.

Napeia: A maternidade (...) é jogo, viu! Entre as colegas, você faz de conta que nem entende, que você não vê. A maternidade é BOMBA, viu! (...) Ah! É muita coisa, se a gente for levar à sério, a gente se machuca muito.

Por um lado, essas disputas pareciam representar outra cena, a experiência realizada pelo sujeito primitivo quando se via diante de seus semelhantes. Dentro de um setor, os profissionais disputavam entre os iguais o amor de sua chefia imediata, assim envolvidos no complexo de intrusão. Segundo Lacan (2002), o irmão é sentido como um rival, um intruso, que se torna objeto de todo interesse do sujeito. Isso ficou claro na admissão funcional de Nereida. Enquanto se adaptava à rotina da AMUL, ela se deparou com um outro semelhante que lhe era traidor. Nereida não entendia o porquê a colega de trabalho tanto lhe perseguia.

Nereida: Eu sofri muito quando eu cheguei aqui... uma colega começou a me prejudicar (...) Eu ficava chorando, cheguei a (...) pedir prá sair daqui.

Importa dizer, essa problemática era vivida pela dupla Nereida – colega de trabalho, assim aparentando se tratar de um problema individual. Talvez, tivesse sido mesmo uma dificuldade gerada por algum confronto pessoal, resultante de um episódio de estresse no trabalho, ou pelo estilo interpessoal de cada uma dessas profissionais de saúde. No entanto, os dados insinuaram que, independente do que serviu para dar início à desavença, ela estaria representando a insegurança do grupo social diante do novo, que além de desconhecido, tratava-se de uma irmã, capaz de ser eleita pelo *Outro*. Isso foi interpretado, a medida que Nereida diz nada ter sido feito à colega-perseguidora, mesmo que seus atos de traição estivessem claros para vários membros da equipe. Ou seja, a perseguidora, provavelmente realizava o desejo do grupo, sendo uma porta-voz do sentimento de inveja e de medo que perpassava o imaginário social. No entanto, a situação ficou tão insuportável, porque a porta-voz agiu de modo intenso, de maneira que suas condutas se tornaram reprováveis socialmente; ela acabou se tornando o bode-expiatório^{xxxv}, sendo rejeitada pelo grupo até este encontrar uma forma sutil de livra-se daquela profissional.

Fala-se aqui de ciúmes entre os iguais de um mesmo setor, mas também foi constatado entre os setores, sendo o alvo do amor não mais o chefe imediato e sim, a Organização de saúde, o que é característico no modelo sociomental de Pagès (1993).

Pegeia: Aqui, as pacientes são tratadas como ladies; os outros setores dizem às pacientes, 'lá é muito caquiado com vocês. É é, dizem que é muito caquiado aqui. (...) Não é caquiado, não, é porque aqui, realmente a gente trata muito bem. (...) Há muita ciumeira entre um setor e outro.

O ciúme pode ser explicado através de uma contradição oculta entre a ordem afetiva e a política. Recorde-se de que a AMUL é hiperestruturada, com segmentos terapêuticos específicos às usuárias, prestando atendimento do pré-natal ao pós-parto. Assim, cada setor tinha seus objetivos específicos a cumprir, com sua cota de autonomia no nível hierárquico, uma vez que cada setor tinha o poder relativamente restrito de definir suas regras. E a AMUL cobrava de cada serviço condutas de excelência que se aproximasse ao máximo do modelo de comportamento social que ela estabelecia. No entanto, cada setor deparava-se com as normas da AMUL e os impedimentos dessas regras, trabalhando no nível da possibilidade: cumpria-se o melhor que lhe era possível cumprir, como já mencionado em tópicos temáticos acima. O cumprimento não-todo da norma que está na domínio político gerava uma contradição com o domínio afetivo: insegurança na relação entre os profissionais e a AMUL. Esta insegurança traduzia o ciúme dirigido ao outro semelhante, quando este se destacava. Nesse momento, talvez estivesse em ação uma ameaça do imaginário social: a AMUL poderia dirigir-lhe sua função devoradora, de castração.

Os dados mostraram que o ciúme surgia não só da constatação do sucesso do outro, também do reforço social de seu insucesso. Pegeia afirmou que o setor onde trabalhava “trata muito bem” as usuárias, o que se confirmou nas observações de campo. Porém, a sabotagem foi um fenômeno que contribuía com o título “*lá é muito caquiado*”. O setor de fato tinha uma competência ao acolhimento, em contradição, garantia a durabilidade de sua imagem social, ao acusar as fragilidades do outro. O discurso de Napeia explica isso quando as usuárias saíam do setor de Pegeia e davam entrada em outros serviços.

Napeia: Lá (no outro setor), elas (equipe de saúde) dizem prá s pacientes ‘ah, lá é mais rigoroso’, não sei o que. Não é (...) prá elas falarem isso prá s pacientes. (...) Você é a paciente, já fica assustada, já fica com medo (...), mas por que?! Porque algumas pessoas, não são todas, dizem coisas pra elas, ‘ah, ali é pior’. Ai já cria uma imagem. (...) (As usuárias) mesmo falaram, “eu to com medo, porque as meninas lá em cima são brabas”. (...) Eu já digo o contrário, se elas chegam, ‘não, não se preocupe, porque as meninas são ótimas. Do jeito que é aqui, é lá. Ou talvez, até melhor’.

E quando um era atingido pela rivalidade imaginária do outro, gerava-se um ciclo de disputas (“*do jeito que é aqui, é lá. Ou talvez, até melhor*”).

Como se nota, as usuárias acabavam sendo inseridas nesse jogo das relações de trabalho, onde as contradições dialéticas eram vividas de forma intensa. E a equipe de saúde não demonstrou perceber as falhas do outro como reflexo da fragilidade coletiva. Havia do contrário uma tendência em apontar a culpa do semelhante, livrando a própria pele da responsabilidade perante as desordens da AMUL. Por efeito, se as usuárias já tendiam a transgredir ao universal, mais ainda o faziam quando as falhas do sistema eram apresentadas através dos problemas interativos da Organização.

Mas como este trabalho se foca na Complexidade, a análise detectou ainda a relação de cooperação e afeto como mediadores dos conflitos interpessoais da equipe de saúde.

Nereida: Eu sofri muito quando eu cheguei aqui..... ai foi que eu conheci um médico que pediu minha ajuda, ai eu disse, me ajude prá eu aprender, que eu lhe ajudo também, ai ele começou a me ensinar. (...) Ai, foi que eu levantei a cabeça, enfrentei e aturei MUITO.

Além dos conflitos interacionais, a equipe se queixou da sobrecarga de trabalho.

Nereida: A gente aqui é bom bril! É é, bom bril. (...) Aqui, é muito desgastante, a gente admite paciente, vai buscar paciente no berçário, vai buscar o bebê no berçário, que as meninas do berçário não traz. A gente dá alta, no momento que dá alta, tem que parar, porque tem uma paciente que tá precisando da assistência, aí a gente tem que parar tudo prá descer com a paciente, ir lá embaixo, prá ela passar na portaria. Quando a gente tá subindo, chega mais outra pra descer também, que já tinha assinado alta. (...) A gente leva exame prá laboratório, (...) coleta classificação de RN, (...) lida com mãe e bebê. (...) Aqui, é muuita coisa prá uma pessoa só. A gente é o que? Oito paciente e oito RN, tem que fazer os procedimentos com os dois. Aqui, a gente bota prá dá peito, (...) faz palestras também, (...) quem vinha era o banco de leite, o que fosse de peito com a mãe, era com a mãe. (...) Ai, sobrou prá gente. Veio ordem (...), ai a gente faz palestra do banco de leite, enfaixa mama, leva papel de leite, que era também do banco de leite, leva papel prescrito de leite prá os bebês do lactário, (...) dá orientação... [...] Às vezes, eu vou tirando o jalcro, ai eu digo, 'peraí, mãezinha', porque, as vezes, a gente tem que informar o setor aos familiares. Porque lá embaixo, diz 'tá lá no 5º', mas não diz o nome do setor, ai a gente sente pena do visitante, que vem de longe, não conhece o hospital, ai fica rodando o hospital. Ai a gente diz, 'não, peraí'. Eu vou olhar no computador (...), ai quando a gente vai ver... 'Eita! Vou tirar o jalcro!' [...] Se eu for fazer uma lista do que a gente faz aqui... (...) A gente é sobrecarregado. (...) Na sala de aula, que eu me lembre, não era prá gente lavar a paradeira, hoje é a gente quem lava, porque isso é risco, se a gente lida com a paciente e com o bebê, como é que a gente vai pegar na paradeira? Ai, a gente ver que as coisas, não é por aí...

Héracles: Eu tenho que dar conta de gestante, de doutorando, de residente, tudo ao mesmo tempo.

No geral, esse sistema psicológico coletivo acabava tendo efeitos somáticos: os profissionais estavam adoecendo e apelavam ajuda.

Héracles: Toda manhã (pós-plantão da AMUL) é o dia da minha ressaca, toda vez eu tenho dor de cabeça (...). Com tudo isso, sabe o que me aconteceu (ano passado)? Adoeci.

Nereida: Tem colegas aqui que são a base de depressivo. (...) Oxe, aqui a gente diz que é o 'bloco do rivotril!' Eu mesmo, eu não tinha varizes nas minhas pernas, nem roca eu era. Agora, eu to roca, de vez em quando dá uma depressão em mim, porque aqui é muita pressão.

Napeia: Seria importante que a gente tivesse uma psicóloga.

A dinâmica desses dois grupos, o de usuárias e o de profissionais de saúde dizem diretamente da função que a Organização exerce no psicológico individual e grupal, como segue.

6.3.4. A função Paterna de AMUL

Para discutir sobre a função paterna que a AMUL exercia sobre seus grupos sociais (usuárias e equipe de saúde), vamos retomar a discussão do início do segundo nível da análise, quando se discutiu sobre o silêncio^{xxxvi} Organizacional como um mecanismo de regulação das práticas sociais.

Quando a AMUL não se questiona, por exemplo, sobre como as mulheres elaboram suas expectativas do parto e que tipo de parto estão predispostas a escolher, o silêncio da Organização não pareceu indicar um "silêncio de escuta", no sentido psicanalítico (ALMEIDA, 2007). O silêncio de escuta é aquele que se dispõe a escutar em silêncio o silêncio do outro semelhante, assim possibilitando que – o semelhante - seja um sujeito de fala. Nas discussões até aqui expostas, seja um sujeito autônomo, criativo, consciente. O que a AMUL insinua fazer é o silêncio de quem se cala tomado pelo desprazer. Afinal, o que pareceu estar circulando o tempo inteiro nesta análise de dados, foi a luta entre o investimento da AMUL pela vida, pela saúde e o dito instituído (a resistência das usuárias, a superlotação, etc.). Então, para evitar a própria morte, diante das faltas do sistema social, parece que faltava

palavra à AMUL, que ficava muda, calando os profissionais de saúde e as usuárias que já chegavam à Organização assumindo práticas sociais heteronômicas.

Enquanto o dito instituído era materializado no silêncio, a AMUL se impulsionava a retraduzir do social as práticas de heteronomia e não centradas na usuária. Em contrapartida, as forças de dependência, mesmo sendo responsáveis pela instabilidade ou estabilidade da *tendência psicossociológica da trajetória de hospitalização* das gestantes, garantiam que o possível se realizasse na AMUL.

Assim, a Organização garantia seu lugar de objeto de identificação e de amor, na ambiguidade entre o prazer e a angústia vivida por esses grupos sociais. Desde a admissão, através de suas estratégias de acesso, as usuárias submetiam-se às formas de regulação hospitalar. A própria Helena almejava não experimentar de um “*parto forçado*” e manteve o plano de saúde por essa razão, como uma possibilidade de fuga dos cuidados da AMUL. Entretanto, a usuária acabou vivendo de fato, nas palavras dela, “*aquilo que todo mundo fala do parto*” da AMUL. Esta usuária e os demais protagonistas da pesquisa sugeriram que a Organização assumia um controle inconsciente sobre os mesmos. A AMUL fez isso para sobreviver, minimizar suas próprias carências, garantir que os indivíduos lhe fossem devotos e a amassem.

Por fim, chegamos às repercussões do sistema de contradição, que apresentamos nesse momento como uma conclusão institucional situada na pesquisa aqui desenvolvida.

5.4. REPERCUSSÃO INSTITUCIONAL: A Política de Reconhecimento Social na *Relação de Cuidado*

Essa repercussão diz respeito ao campo institucional mediatizado que sustentava a *relação de cuidado* entre a equipe de saúde e as usuárias da AMUL. É o que foi interpretado como implícito nas complexidades expostas até aqui, por meio dos três níveis de análise. A repercussão institucional a ser apresentada neste momento foi analisada como relativa à estrutura institucional englobante mais significativa da AMUL, expressando de forma dissimulada o confronto entre o particular e o universal desta Unidade de Referência. A partir desta decifração, chegamos onde nos propusemos: “*analisar as contradições da*

relação de cuidado”, pois essas contradições dialéticas estavam não somente na visibilidade dos grupos sociais da AMUL, mas remetidas a “outra cena” das tramas interativas da AMUL, onde se expressam as contradições do imaginário social do hospital-maternidade em foco.

Por trás de todo material coletado neste estudo, insinuava-se algo em comum, aqui entendido como uma política de reconhecimento social, que se pareceu mediar todas as contradições da Organização. Os profissionais de saúde e as usuárias pareciam fazer apelo constante ao reconhecimento do outro, buscando ser objeto de desejo do desejo do Outro.

Niké: É. E foi logo no primeiro dia que eu cheguei, que ela (enfermeira)(...) conversou comigo. (...) me deixou mais calma. Ai tanto é, que no outro dia, ela já sabia meu nome (sorriso, tom de satisfação), já ficava chamando pelo meu nome. Olha, ai, ta vendo, já estou conhecida (riso).

Quando as usuárias sentiam que o outro não lhe dirigia o olhar, ou seja, não oferecia, nem ofertava amor, elas eram tomadas pelo desprazer.

Atalanta: Essa outra (médica) nem ‘bom dia’ ela me dava! O sorriso dela é o mesmo. É um sorriso aguado. (...) Ela me disse uma coisa que eu não gostei. (O que?) Não... (riso acanhado) É segredo meu.

O segredo de Atalanta parece ganhar um sentido maior do que ela mesma percebe. Ela sentia que a profissional não dirigia um olhar de desejo, pois, a relação terapêutica era construída através da constatação da falta de amor – “*eu não gostei*”. No entanto, a mesma profissional foi capaz de tomar a iniciativa de favorecer a usuária quebrar seu silêncio e falar:

Atalanta: Ai, depois de três dias, ela veio! Ela veio me atender, veio ela e outra. Ai ela disse, ‘como é que você tá, Atalanta, (tom risonho) depois da nossa chateação? (...) Mas ela começou até a falar mais comigo, quando ela passa ‘oi, Atalanta! Bom dia! Tá próximo, né! Tá chegando o dia!’

A médica não falou sozinha, mas com o apoio de uma função terceira, (“*veio ela e outra*”), no movimento de buscar em equipe o reconhecimento de Atalanta, que se surpreendeu, mesmo negando seu *prazer* diante do reconhecimento do outro.

Atalanta: Essa mulher tá doida é prá se livrar de mim!’ (risos). Vai! Eu não vejo a hora também!

De acordo com Martins (2008), as trocas interativas insinuam recursos de luta por reconhecimento social, por efeito, de sobrevivência no espaço institucional. E como forma de materializar essa luta, as usuárias e a equipe de saúde construíram um símbolo de sua política de reconhecimento social: um quadro de fotografias. Assim, através das imagens fixadas na parede, logo na porta de entrada de EGAR, às vistas de todos se comprovava que, apesar dos pesares, muitos bebês nasciam vivos e saudáveis. Então, o quadro parecia estruturar o universo simbólico daquele grupo social.

No quadro, estavam fotos de mães, bebês e equipe de saúde, quase em todas as imagens havia sorrisos no rosto. Estava ali materializada a acumulação de um capital de reconhecimento, tanto que os profissionais se diziam insatisfeitos, quando a usuária de quem eles tanto cuidaram, não eternizava a gratidão, através do quadro:

Hamadríade: não trouxe sequer uma foto, uma mensagem, como aquele poema lindo de Artêmis. Você viu que poema bonito!

Vale destacar, todo símbolo tem por função fazer apelo ao simbólico e não diz apenas o que está posto em seu conteúdo, sendo formado por uma cadeia de significantes, de modo que um sentido está sempre remetido a outro. Nesse jogo, o símbolo é uma forma de construir sentidos à vida e emitir um apelo de reconhecimento social (BOURDIEU, PASSERON, 2009). E o reconhecimento no nível da fantasia é uma função através da qual o sujeito se sente um sujeito amado.

Sua necessidade de reconhecimento provém desta situação: (...) uma reafirmação de amor, submetendo-se, revoltando-se, chamando a atenção (...), quanto mais o sentimento de identidade for frágil, mais isso acontece (PAGÈS, 1993, p. 134).

Para ilustrar que o quadro de EGAR não é apenas de fotos, nem de palavras escritas, segue em poema o que a protagonista Artêmis expôs no quadro após sua alta hospitalar:

*Quando será?
Uma pergunta constante que
Aqui no 4º andar
Repete-se sempre
Todos os dias, a dúvida!?
Onde a resposta é, uma surpresa para cada um*

*Ansia de ver, ouvir
Novidades sobre filhos, filhas
Dicas, truques para quando chegarem
Amar, amar acima de qualquer coisa
Risos e lágrimas quando realmente chegou a hora*

(Artêmis)

Ao que parece, através do poema, Artêmis quebra sutilmente o silêncio da AMUL. Na ordem do dito está o agradecimento e uma forma de fortalecer as demais gestantes que chegam ao quarto andar, onde fica a EGAR na AMUL. E parece implícito nessa criação seu desejo materno, sua luta contra a mãe devoradora que ela tinha, bem como ela insinua emitir um apelo de reconhecimento à equipe de saúde. Ao dizer que houve “*risos e lágrimas*” quando de fato ela pôde encontrar seu bebê da realidade, é possível que estivesse também desabafando sobre o que passou em seu itinerário terapêutico na AMUL. Depois de sua experiência de parto, a *tendência psicossociológica* de Artêmis foi de estado de estresse constante, indicando a insatisfação que ela mesma assinara na “avaliação de satisfação de usuário” usada pelo hospital, no momento da alta. Seu poema é sim de gratidão, mas não somente de gratidão, parece ser também de súplica, para que a Unidade de Referência escute e fale, negocie, ajude na construção de uma autonomia, mesmo que relativa.

Capítulo 7:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Pesquisar
constitui uma atitude
e uma prática teórica de constante busca
e, por isso mesmo, tem a característica
do inacabado provisório e do inacabado permanente.”*

(MINAYO, 2006, p. 47)

7. Considerações Finais

Acompanhar o itinerário hospitalar das oito gestantes de alto risco desde sua admissão até a alta materna foi o mesmo que acompanhar a construção de um grupo social situado no tempo e no espaço da AMUL. Constatou-se, que o estilo de inserção das mães na Unidade de Referência era influenciado diretamente não só pelo modo como pensavam a gravidez de alto risco, o bebê e a equipe de saúde, mas também pela maneira como eram posicionadas na prática de cuidado.

A *relação de cuidado* foi entendida como uma instância contraditória, sistema mediatizado, que tinha sua singularidade demarcada pelas forças instituídas e instituintes que agiam sobre esse contexto hospitalar.

No geral, os dados analisados sugeriram que a *relação de cuidado* na AMUL está movida por uma série de afinidades e desentendimentos entre as pessoas. E essa questão parece remeter ao problema da diferença de classes sociais, do modo como Bourdieu (2009) esclarece. Segue-se o raciocínio deste autor de que negar as implicações da divisão de classe de um espaço social é negar os princípios de diferenciação nas relações humanas. Este estudo reconhece tais diferenças, principalmente, a partir do que acontecia nas relações de trabalho da AMUL, que refletiam um mal-estar de um sistema de disposições.

As usuárias se posicionavam seguindo o arbitrário cultural de que, com a equipe de saúde, não se pode falar sobre os sentimentos e as emoções, já que não se têm tempo para uma conversa. Em paralelo, observou-se nos discursos dos profissionais diversos conflitos na relação entre os iguais, queixas de perseguições, traições, fofocas nos laços interativos. Eram práticas heteronômicas em saúde, no sentido de Castoriadis (2007).

Ao que sugeriu a análise institucional realizada neste estudo, as dificuldades encontradas na *relação de cuidado* da AMUL são reflexos das mudanças sociais, em específico, das reformulações das políticas de Saúde Pública. Em outras palavras, da contradição básica entre o desejo de cumprir o ideal e se ver impedido de realizá-lo. A *relação de cuidado na prática de saúde da AMUL* tendia a ser uma relação de comunicação e de afeto, mas que estava impossibilitada de dar abertura à autonomia das usuárias.

Essa evidência fez menção ao estilo regulador da AMUL, tanto em relação às mães, quanto aos profissionais de saúde. A Unidade de Referência possibilitava uma autonomia relativa aos profissionais, estando ela mesma orientada pela ordem do simbólico quanto aos ideais em saúde, o SUS. A AMUL vivia a constante luta de garantir a permanência de seu *status* em saúde, deparando-se com o caos social. E se readaptava, mas o máximo que podia exercer era o não-todo da política, afinal, as usuárias revelavam resistências.

Segundo Matos (2009), valeria ao SUS ampliar os questionamentos e revisões sobre suas ferramentas educativas, a fim de uma maior incorporação de seus princípios pela sociedade brasileira, já que estas parecem destoarem da realidade dos grupos sociais para os quais os princípios do SUS têm sido dirigidos. Quanto a esta pesquisa, verificou-se que a AMUL fazia altos investimentos para realizar “o melhor” pelas usuárias em matéria de saúde humanizada, mas acaba assumindo uma posição extremamente dominante, com um estilo de cuidado sentido pelas usuárias como impositivo, um cuidado “*forçado normal*”.

Em decorrência, as usuárias se assustavam com esse estilo de humanizar e desconheciam seus próprios direitos e responsabilidades em saúde, enquanto viviam conflitos intensos na construção de sua maternalidade com o bebê que gestavam. Os dados sugeriram que a linguagem da AMUL não estava adequada à linguagem das usuárias, para que elas pudessem interiorizar a exterioridade deste serviço.

Nesse sentido, a equipe de saúde se percebia pressionada a cumprir às normas da AMUL, na medida em que as usuárias caminhavam na contramão dessa norma. Dificuldades interativas assim surgiram, movidas por pactuações internas entre as gestantes, para descumprir o instituído. Elas se comportavam às vezes de maneira agressiva com a equipe, quando não, se isolavam, sentindo-se sem voz diante da Organização. Entre as saídas encontradas pelas usuárias, listam-se o silêncio, a mentira, a desobediência, os insultos, as chantagens e ameaças de morte, além do apelo ao transcendental.

Enquanto isso, sufocados pela dinâmica estressante de trabalho, os profissionais de saúde reagiam psicologicamente nas disputas interativas e no adoecimento mental.

Em relação ao sistema englobante, o problema pareceu ser reflexo das diferenças de *habitus* entre a equipe de saúde e as usuárias. Esses dois grupos tinham formas de pensar, agir e sentir diferentes. Algumas usuárias já davam entrada na AMUL cientes de que seus cuidadores tinham bens simbólicos e materiais de maior valor do que os dela. O campo social da AMUL estava diversificado de uma maneira que um não conseguia pensar além do que sua classe lhe autorizava. E os grupos (de usuárias e de profissionais de saúde) ficavam com a sensação de que: *“a gente explica, eles (elas) acham que a gente entendeu (está falando) de outra maneira e diz ‘Não! Não é assim.’”*

Assim, cada grupo lutava por conquistar o reconhecimento do outro, como uma forma de mediar o conjunto de suas contradições. Para tanto, algumas usuárias desenvolviam diferentes ações para conquistar a atenção e o afeto da equipe. Enquanto os profissionais criavam uma expectativa pelo retorno, uma foto, uma mensagem, uma visita, qualquer bem simbólico que lhe propiciasse legitimidade e sentido a sua vida profissional.

Essa repercussão ocorria, na medida em que o afeto caracterizava o estilo dos profissionais de saúde cuidarem das usuárias, seja nos gestos de segurar a mão da gestante; sentar junto ao leito; perguntar e escutar como elas se sentiam; pedir permissão para examiná-las; torcer para que o parto desse certo, solicitando calma; questionando se estavam estressadas; buscando discutir relação terapêutica; ou no simples *“boas vindas, se precisar de mim, estou aqui, neste plantão de hoje, viu, me chame, conte comigo para o que você precisar”*, como costumava dizer Dafne.

O afeto permitia que o itinerário terapêutico tivesse uma *tendência psicossociológica descrente*, apesar do confronto contínuo entre o instituído e o instituinte. Porém, esse mesmo afeto podia ser determinante para que a *tendência se estabilizasse*, reencenando ativamente as experiências primitivas do sujeito, seus temores de perda de amor. Era desse modo que as angústias de hospitalização refletiam uma angústia anterior, de ordem imaginária e ficavam simbolizadas no sentimento de ódio e de ressentimento de algumas usuárias que se viam coibidas a assumir no hospital seu estilo de vida, não se percebendo valorizadas pelo Outro.

À luz de Castoriadis (2006), considera-se que essas contradições que montaram as *tendências psicossociológicas* integravam e davam sentido ao cotidiano, que é a vida da AMUL, nas condições exaustivas de trabalho, com indivíduos vivendo a tensão para cumprir com as metas Organizacionais, também sendo presente nesse cotidiano o estilo das pessoas construírem e reconstruírem suas vivências.

E pelas considerações apresentadas, essa pesquisa recapitula que:

- a) *As ações interativas entre a gestante de alto risco e a equipe de saúde no contexto da hospitalização* está marcada pela heteronomia
- b) *O lugar que a grávida de alto risco exerce no cotidiano de um hospital* circula entre o de “corpo biológico” a tentativas isoladas de situá-las como “sujeito social”
- c) *O modelo de cuidado preconizado por uma Unidade de Referência* inevitavelmente está fadado a ser não-todo, pois *o estilo da prática de cuidado objetivado em sua vida cotidiana* é a possível até então, diante do discurso imperativo que orienta a vida em sociedade.
- d) *E as contradições e os processos de mediação que circulam e organizam a vida social da AMUL* insinuam:

A expectativa de seus grupos sociais construírem uma prática centrada na usuária, dando abertura para as negociações entre os discursos da AMUL, o discurso da usuária e da equipe de saúde. E uma prática em saúde centrada na usuária começaria pela consciência criativa quanto à condição de descontinuidade, composição e auto-organização de cada um desses discursos. Em relação de ligação explícita, insinuam também a expectativa de um projeto voltado à saúde mental do profissional de saúde e às suas relações de trabalho.

Por último, expressamos ser este trabalho científico um investimento situado no tempo e no espaço, pois, as conclusões não são fechadas. Sua contribuição na prática de saúde está em salientar a importância de que a *relação de cuidado* com as gestantes de alto risco seja repensada pelos profissionais de saúde. E no campo acadêmico, pode contribuir com a percepção de que a Análise Institucional é de fato uma perspectiva apropriada para se analisar diferentes realidades sociais, como foi a escolhida neste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Marizabel. *O silêncio em psicanálise*. Trabalho apresentado no café da manhã. Escola Lacaniana da Bahia. 18 de agosto de 2007. Disponível em: www.elb-br.org. Acesso aos: 09.08.2010, às 13:57h.
- ALVES-MAZZOTI, Alda Judith; GEWANDSZNAYDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais*. Pesquisa quantitativa e qualitativa. 1ª ed. São Paulo: Thomson Pioneira, 1998.
- ANGERAMI – CAMON, Valdemar Augusto. *Psicologia hospitalar: pioneirismo e as pioneiras. O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1995, p. 01-27.
- ÁVILA, Maria Betânia. *Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol 19, n.2, 2003, p. 465-469. Disponível em: www.libertadeslaicas.org.mx Acesso aos: 01.06.2008, 21:29h
- BACHELARD, Gaston. *Formação do espírito científico*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2002.
- BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBIER, René. *Pesquisa-ação*. Instituição educativa. Tradução Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- BAPTISTA, Adriana Said; FURQUIM, Patrícia Maria. *Enfermaria de obstetrícia*. In: BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righeto. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. 2ª ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.154-175
- BAUER, Martin. *Entrevista Narrativa*. In: BAUER, Martin; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Vozes. 4ª ed. 2005, p. 91-111.
- BONET, Octavio et al. *Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores*. In: MARTINS, Paulo Henrique; PINHEIRO, Roseni(Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009, p. 241-50.
- BOTEGA, Neury José. *Reação à doença e à hospitalização*. In: BOTEGA, Neury José (Org.) *Prática psiquiátrica no hospital geral*. Porto Alegre: ArtMed, 2006, p.43-59.
- BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- _____. *O poder simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. 11ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007
- _____; PASSERON, Jean-Claude. *A reprodução*. Elementos para uma teoria do sistema de ensino. Tradução Reynaldo Bairão. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BRAZELTON, Berry. *O desenvolvimento do apego*. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CAILLÉ, Alain. Reconhecimento e sociologia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo: ANPOCS, v. 23, n. 66, fev. 2008.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. *Maternidade: mitos e desejos*. In: BERNARDINO, Leda Mariza Fischer; ROHENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (Org.) *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 35-50.

CAMPOS, E.S. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação. Departamento Nacional de Saúde, 1944.

CASTORIADIS, Cornelius. *Feito e a ser feito*. As encruzilhadas do labirinto V. Tradução Lilian do Valle. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

_____. *Uma sociedade à deriva*. Entrevistas e debates. 1974 – 1997. Tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Ideias e Letras, 2006.

_____. *A instituição imaginária da sociedade*. Tradução de Guy Reynaud. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

COELHO, Maria Thereza Dávila Dantas; FILHO, Naomar de Almeida. Conceitos de saúde discursos contemporâneos de referência científica. *Revista História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, maio-ago, 2002. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 22.03.2009, às 06:26h.

CONDE, Ana; FIGUEIREDO, Bárbara. *Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005.

COSTA, Idelvania Geraldina. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v23, n1, p 30-46, janeiro, 2002. Disponível em www.ufrgs.br Acesso em: 24.08.2008, às 14:31h.

CRAVEUL, Jean. *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. Tradução Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

CZERESNIA, Dina. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2007, v. 10, n. 1, p. 19-29.

DE CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano*. Artes de fazer. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

DEL PRIORE, Mary. *A mulher na história do Brasil: Raízes históricas do machismo brasileiro*. A mulher no imaginário social. Lugar de mulher é na história. Coleção Repensando a história. São Paulo: Contexto, 1994.

DOR, Joel. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus, 1997.

DUBY Georges; PERROT, Michelle (Dir.). *A História das Mulheres no Ocidente* [título original Storia Delle Donne]. Tradução de Cláudia Gonçalves e Egito Gonçalves. Coleções Afrontamento. São Paulo: Ebradil, 1991.

ENRIQUEZ, Eugène. *O trabalho da morte nas instituições*. In: Kaës, René (Org.) *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. Tradução Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, p. 53-80.

_____. *A organização em análise*. Tradução Francisco de Rocha Filho. Petrópolis: Vozes, 1997.

FERREIRA, Letícia Correia Magalhães. *O poder das organizações hospitalares*. Administradores hospitalares fantoches da hegemonia hierárquica médica? Dissertação apresentada na Faculdade Novo Horizonte. Belo Horizonte: Faculdade Novo Horizonte, 2006

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FREUD, Sigmund. *Além do princípio do prazer*. Coleção das Obras Completas de Freud. Tradução Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1920.

_____. *O id e o ego*. Coleção das Obras Completas de Freud. Tradução Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1923.

_____. *Inibição, sintoma e ansiedade*. Pequena Coleção das Obras Completas de Freud. Tradução Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1925/1926.

GOMES, Romeu, et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, vol. 9, n.4, julho, 2001, p. 62-67. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf Acesso em: 18.06.2006, às 01:30h.

HELMAN, Cecil G. *Definições Culturais de anatomia e fisiologia*. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003, p. 30 – 47.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

LEFEVRE, Fernando; Ana Maria Cavalcanti, LEFEVRE. *Promoção de Saúde. A negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lente, 2004.

LIMA KMR. *Maternidade Leila Diniz (1994-1996): nascimento de um novo profissional de saúde?* [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueiras; 1997.

LOURAU, René. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, vol 13, n3, setembro – dezembro, 2005. p 645 – 665. Disponível em: www.scielo.br Acesso: 18.09.2008, às 21:00h.

MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da medicina*. Críticas sociológicas das práticas médicas modernas. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____; MATOS, Aécio Gomes de; FONTES, Breno. *Limites da democracia*. Recife: Universitária UFPE, 2008.

_____. *Fundamentos de cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos de pesquisa*. In: MARTINS, Paulo Henrique; PINHEIRO, Roseni(Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009, p. 131-8.

_____; BEZERRA, Raphael; NASCIMENTO, Wagner do. *A cidadania como solidariedade cívica na esfera pública: a luta pela estima*. In: MARTINS, Paulo Henrique; PINHEIRO, Roseni(Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009, p. 159-70.

MATOS, Aécio Gomes de. *Organização Social de base*. Reflexões sobre significados e métodos. Brasília: Abaré, 2003.

_____. *Determinantes sociais em saúde: em busca de um olhar diferenciado*. In: MARTIN, Paulo Henrique; PINHEIRO, Roseni(Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009, p. 347-69.

_____. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA BRASILEIRA. Lei 8.080. Brasília, 1990. Disponível em: portal.saude.gov.br Acesso aos: 26.12.2009, às 12:03h.

_____. *Gestação de alto risco*. Manual Técnico. Brasília, 2000.

_____. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2001. Disponível em: www.portalhumaniza.org.br Acesso em: 22.09.2005.

_____. *Gestante de alto risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br Acesso aos: 21.06.2008, às 20:42h.

_____. *O Ministério da Saúde adverte: Doulas fazem bem à sua saúde. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. (Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/03/04) Brasília:Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: www.saude.gov.br Acesso aos 29.01.2009, às 16:12h.

_____. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004a. Disponível: bvsmms.saude.gov.br Acesso: 21.06.2008, às 20h.

_____. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br Acesso em: : 21.06.2008, às 20:43h.

_____. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br Acesso em: : 21.06.2008, às 21:28h.

_____. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*.Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. *Medicina e psicanálise*. O que pode um analista no Hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 61-95.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Tradução Dulce Matos. 2ª ed. Paris: Epistemologia e Sociedade, 1990.

MORITA, Chitose; MARX, Lore Cecília; BENTO, Paula Ricci. *Humanização – reflexões sobre o cuidar e o cuidados*. IN: MEZZOMO, A. et al. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. Santos: Local, 2003, p. 84-93.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Maternidade Segura. Apoio durante o parto Assistência ao Parto Normal: um guia prático*, 1996. Disponível em: www.abcdoparto.com.br Acesso aos: 20.08.2009, às 22h.

PAGÈS, Max. (org). *O Poder das Organizações*. São Paulo: Atlas. 1993.

_____. *O sistema sociomental hospitalar*. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Tereza Cristina (Org.) *Cenários sociais e abordagem clínica*. Belo Horizonte: Escuta, 2001, p. 245-60.

QUEIROZ, M. I. P. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T. A. QUEIROZ, 1991.

REPÚBLICA FEDERATIVA BRASILEIRA. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso aos: 27.04.2010, às 07:16h

REZENDE FILHO, Montenegro. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FERREIRA, Ricardo Franklin; CALVOSO, Genilda Garcia; GONZALES, Carlos Batista Lopes. Caminhos da Pesquisa e Contemporaneidade. *Revista Reflexão e Crítica*, 2002, Vol.15, n.02, p.243-250. Disponível em: www.scielo.br Acesso aos: 04.05.2008, às 20:18h.

RODRIGES, Heliana de Barros Conde. "Sejamos realistas, tentemos o impossível". Desencaminhando a psicologia através da Análise Institucional. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira. *História da Psicologia. Rumos e Percursos*. Rio de Janeiro: Nau, 2007. p.515-63.

ROMANO, Bellkiss W. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SALES, Léa Maria Martins. *Entre o fascínio e o horror: um estranhamento na clínica mãe e bebê*. Revista estilo da clínica. V.5. n.8.USP, São Paulo, 2000.

SAUNIER, Annie. *A vida quotidiana nos hospitais da Idade Média*. In: LE GOFF, Jaques. (Org.) *Do lado dos doentes. As doenças tem história*. (tradução Laurinda Bom) Portugal: Terramar, 1985. p. 203-72.

SITTNER, BJ; DE FRAIN, J.; HUDSON, DP. *Effects of high-risk pregnancies on Families*. *Maternal Child Nurs*, 2005, marc-abril, vol 30, n. 2, p. 121-6.

SPINK, Mary Jane; MATTA, Gustavo Correia. *A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos*. In: SPINK, Mary Jane. (Org.) *A psicologia em diálogo com o SUS. Prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. *A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea*. *Revista Brasileira de Educação*. n. 20, Maio-agosto/2002.p.60-70. Disponível em: www.anped.org.br Acesso em: 09.03.2009, às 13:52h.

STERN, Daniel N. *A construção social de base*. O panorama da psicoterapia pais/ bebê. Porto Alegre: Artes Médicas,1997.

TEDESCO, José Júlio de Azevedo. *Aspectos emocionais da gravidez de alto risco*. In: TEDESCO, José Júlio de Azevedo; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. (Org.). *Psicossomática em Obstetrícia*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 1997, v. 1, p. 99-108.

_____ (Org.). *A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

WINNICOTT, Donald. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

ZEN, Eloísa Troian; NUNES, Mônica Ferreira. *Intervenções precoces na gestação de alto risco: prevenção em saúde mental?* In: MELGAÇO, Rosely Gazire (Org.) *A ética na atenção ao bebê. Psicanálise – saúde – educação. Coleção 1ª Infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 183-189.

GLOSSÁRIO

I POLISSÊMICO – Propriedade de uma palavra com vários sentidos. É usada nas discussões sobre saúde para indicar uma perspectiva de saúde e doença perpassada pela multiplicidade de sentidos, cultural, psicológico, social, biológico. Portanto, esta perspectiva polissêmica foca a alteridade na produção de saúde.

II IRMÃS HOSPITALEIRAS – O mesmo que enfermeiras medievais.

III TOCOGINECOLOGIA – ciência estabelecida pela junção da ginecologia e da obstetria.

IV OXITOCINA – hormônio produzido pelo hipotálamo e que tem por função estimular contração muscular uterina durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação. Cf. wikipedia.org

V FORCÉPS – Instrumento utilizado pela obstetria para extração do feto, quando a contração natural não é suficiente. Geralmente, é indicado nos casos em que bebê é muito grande, ou quando o parto é de alto risco. Cf. Wikipédia.org

VI NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA – O SUS está organizado na descentralização dos serviços, ao visualizar as necessidades específicas de saúde do usuário. Assim, está operacionalizado nos níveis primário, secundário e terciário de assistência.

VII PEDAGOGIA TRADICIONAL – Perspectiva pedagógica centrada no professor como dono de saber, entende o processo de aprendizagem pela transmissão vertical: ‘eu lhe ensino e você aprende’. Também chamada de pedagogia autoritária.

VIII MORTALIDADE MATERNA – “Segundo a OMS, referendada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria, é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da implantação do ovo, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou por medidas tomadas em relação a ela.” (REZENDE, 2010, p.1107)

IX RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA – Como é difícil calcular o valor da mortalidade real da mortalidade materna, usa-se um coeficiente. O cálculo é uma razão do número de mortes maternas / número de nascido-vivos multiplicado por 100.000. O valor é subestimado. (REZENDE, 2010, p.1107)

X REDE BÁSICA DE SAÚDE - Pertence ao nível primário de complexidades em saúde, conta com uma assistência de unidades como o Programa de Saúde da Família (PSF). Cf. www.saude.gov.br

XI BABY BLUES - Quadro sindrômico, com alterações emocionais da puérpera, indicando um estado depressivo brando e transitório. Acontece em torno do terceiro dia à segunda semana pós-parto, com sinais de fragilidade, hiperemotividade, alterações no humor, insegurança e sentimento de incapacidade (BRASIL, 2005).

XII DEPRESSÃO PÓS-PARTO – Quadro clínico severo e agudo, um agravamento do baby blues. Os sintomas são tristeza profunda, mudanças bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, sensação de incapacidade de cuidar do bebê, desinteresse por este, pensamentos suicidas e homicidas com relação ao bebê. É necessário acompanhamento especializado e complementar, com psiquiatra e psicólogo (BRASIL, 2005).

XIII MATERNALIDADE – Processo de construção do “ser mãe”, começa antes da concepção, já nas primeiras experiências da menina ao brincar de faz-de-conta. Segue na história da gravidez, do puerperio e prossegue ao longo da vida.

XIV HETERONOMIA - Sujeição à lei exterior ou à vontade de outrem; ausência de autonomia. Lacan (1998) afirmou que a heteronomia faz do Outro aquele “de quem sou mais apegado do que a mim, já que, no seio mais consentido de minha identidade comigo mesmo, é ele que me agita”. Na relação primária, é necessário que haja a alienação do sujeito para que ele consiga depois estabelecer demandas ao outro. Eis o motivo desta heteronomia ser constitutiva.

XV INSTITUIÇÃO - Conjunto de normas e regras estabelecidas para a satisfação de interesses coletivos. Cf. LAROUSSE. Dicionário da Língua Portuguesa. Nova Cultural: São Paulo, 1992.

XVI VIOLÊNCIA SIMBÓLICA – Bourdieu (2007) trabalha com a noção de reprodução social, em que as pessoas estão submetidas a um universo de simbolizações delimitadas por sua classe social. O espaço dos estilos de vida das pessoas exerce um ato impositivo de visão de mundo, de maneira que cada indivíduo interpreta sua realidade a partir das interiorizações simbólicas que o social lhe obriga a fazer involuntariamente. Isso seria a violência simbólica e o teórico exemplifica que o Estado é o detentor do monopólio de uma violência simbólica legítima.

XVII IDEOLOGIA – Sistema de representação articulado (sistema de valores) por aqueles que detêm o poder. Tem o poder de persuasão, é produzida pela instituição, a fim de ocultar suas ambiguidades. A ideologia tem a função primordial de garantir a dominação, permitindo a um complexo Organizacional ocupar lugar legítimo e significativo na vida de seus integrantes. Cf. Pagès (1993). É produto e produtora das sociedades históricas, dá coerência às condutas humanas, à medida que é repetida e interiorizada. Cf. Enriquez (1997). Ex. de ideologia: a filosofia de uma Organização.

XVIII PROJEÇÃO – mecanismo de defesa inconsciente, através do qual os atributos pessoais, sentidos como insuportáveis à consciência, são atribuídos ao outro.

XIX IDENTIFICAÇÃO – um dos conceitos fundamentais em psicanálise, a identificação é situação entre o indivíduo e seus laços sociais. Em “Psicologia das massas e análise do eu”, Freud explica este conceito como a manifestação do primeiro laço afetivo, entre o bebê e a mãe. A

partir desta identificação primária, marcada pela simbiose, etapa fundante para a constituição do eu ideal, Freud demais processos de identificações do sujeito com diferentes objetos de amor, ao longo da vida (KAUFMANN, 1996).

XX COMPLEXOS FAMILIARES – Embora Pagès (1993) refira-se apenas ao Complexo de Édipo, o termo aqui foi usado no sentido de englobar todos os complexos que se apresentam no processo de estruturação psíquica: o complexo de desmame, o de Édipo e o de intrusão, esclarecidos por Lacan (2006). O primeiro diz respeito ao trauma que o desmame provoca ao instaurar uma primeira ruptura imaginária entre o bebê e a mãe. O segundo diz respeito à angústia resultante da ameaça de castração que a função do pai delimita, assim impondo a perda do amor materno. E o terceiro, é quando a presença de um irmão reencena os traumas anteriores, porque o irmão, outro semelhante, mostrar-se um rival que ameaça a reincidência da perda anterior. Lacan (ibid) diz que esses complexos são organizativos da instituição familiar.

XXI Herbare - Ter, possuir.

XXII IMPLICAÇÃO - Em ciências humanas, é o “engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal (...), e de seu projeto sócio-político em ato” (BARBIER, 1985, p.120).

XXIII LIBIDO – Fonte de energia, investimento, impulso vital para a auto-preservação da vida humana (FREUD,1920).

XXIV APGAR – Escala ou índice de Apgar, um teste desenvolvido pela Dra. Virgínia Apgar, norte-americana, para avaliar o estado ativo do bebê no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, considerando cinco sinais objetivos do recém-nascido: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e tom da pele. A pontuação é dada de 0 a 10. O bebê é então avaliado “sem asfíxia” (Apgar de 8 a 10); “com asfíxia leve” (Apgar de 5 a 7); “com asfíxia moderada” (Apgar de 3 a 4) e “asfíxia grave” (Apgar de 0 a 2). O Apgar já não é determinante nas condutas pediátricas, pois um bebê que nasce sem asfíxia pode vir a apresentar problemas clínicos nos primeiros dias pós-nascimento. Cf. www.wikipedia.org

XXV GANHO SECUNDÁRIO – vantagem prática que pode ser alcançada através de uma doença. No relato de Atalanta, o analfabetismo a defendia da ideia de se tornar a responsável pela possível doença do filho. O analfabetismo tornava-se contraditoriamente vantajoso do ponto de vista psíquico.

XXVI BEBÊ IMAGINÁRIO – bebê das fantasias maternas, na ordem inconsciente. Ela não tem noção deste bebê, mas de sua semelhança, que é o bebê imaginado, pensado.

XXVII DENEGAÇÃO – um mecanismo de defesa inconsciente caracterizado pela negação da negação. Quando Artêmis diz “eu não queria aceitar, não”, ela primeiro nega que queria aceitar, depois nega essa negativa, de modo que o que está não dito seria “eu queria aceitar”. O que fica claro quando ela relata seu desejo de ser mãe e a coerção sofrida.

XXVIII FALÓFARO – Todo bebê é o significante do falo da mãe, ele é significante de sua condição de falta. Em algumas situações, esse bebê significa a falta de modo intensivo, tornando-se terrorífico, assim, em psicanálise, se diz que se tratar de um bebê falóforo.

XXIX INFANTILISMO – estado psicopatológico em que o indivíduo se comporta como um bebê ou uma criança, assim se defendendo de uma ideia que evoca grande angústia.

XXX RACIONALIZAÇÃO – Mecanismo inconsciente mais comum em uma situação frustrante. O indivíduo usa de argumentos racionais que fundamentem sua realidade, assim evitando a angústia.

XXXI HOSPITALISMO - Quadro psicológico desencadeado no internamento hospitalar, caracterizado por despersonalização, introspecção, isolamento, tristeza, instabilidade emocional, desorientação espacial e temporal. Seus fatores de causa são o tempo prolongado de hospitalização e a precariedade do apoio da rede social.

XXXII REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE – Rede privada que pode usar das orientações do SUS.

XXXIII PORTA-VOZ – Aquele que desvela verbalmente uma dificuldade vivida pelo grupo e que os demais integrantes não tomam a iniciativa em dizer. O porta-voz tem o talento de falar em nome do grupo, mesmo que todos os integrantes não tenham consciência disso. Cf. PICHÓN-RIVIÈRE. O processo grupal. 7a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

XXXIV ARBITRÁRIO CULTURAL – constructo estabelecido por um grupo social, expressa os interesses simbólicos e materiais dos grupos. Os grupos e as classes sociais mantêm relações de força a partir do sistema de arbitrários culturais que eles mesmos definem. Cf. Bourdieu e Passeron (2009).

XXXV BODE EXPIATÓRIO – Aquele que assume no grupo o papel de culpado, responsável, em errância. Por outro lado, esse bode expiatório age em função do grupo, representando aquilo que o grupo tem de mais agressivo e por não suportar reconhecer em si mesmo, escolhe inconscientemente alguém que se dispunha a fazê-lo. E no plano da realidade, o bode é o bandido da história. Cf. PICHÓN-RIVIÈRE. O processo grupal. 7a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

XXXVI SILÊNCIO – Do latim *silentium*, substantivo masculino. 1 – estado de quem se cala, 2- privação de falar. 3 – interrupção de correspondência epistolar. 4 – taciturnidade, 5 – interrupção de ruído, calada. 6 – sossego, calma, paz. 7 – sigilo, segredo. 8 – (aqui como interjeição) para mandar calar ou impor sossego. Cf. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Fatores de Riscos à Gestação de Alto Risco

O funcionamento biopsicossocial da mulher é inevitavelmente alterado no processo gestacional. A gestação tem um desenvolvimento fisiológico, mas ela implica condições de risco à saúde da mulher e do feto. O MS entende que toda gestação é de risco, mas as diferencia em gravidez de baixo risco, quando seu desenvolvimento é saudável, e gravidez de alto risco, aquela em que a vida ou a saúde da mulher, ou de seu bebê indicam maiores chances de sofrer complicações, quando comparada à média das gestações. E uma gravidez de alto risco pode se transformar em de baixo risco e vice-versa (MS, 2000).

Portanto, o MS adverte a avaliação de riscos em toda gravidez, no acompanhamento pré-natal; sendo mister que se considere as diferentes esferas da vida da gestante, para um mapeamento seguro dos fatores geradores de risco. A avaliação objetiva condutas preventivas para a usuária: orientá-la para evitar as chances de sofrer alto risco; ou traçar mecanismos interventivos que extingam, reduzam ou paralitem o estado de alto risco.

São diversos os fatores de risco gestacional, ainda mais considerando as diferenças regionais do Brasil; mas foi possível ao MS (ibid) listar alguns fatores predisponentes ao alto risco na gravidez de todas as gestantes brasileiras. Delimitaram-se quatro grupos de fatores a serem lidos interligados:

- 1) **Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:** baixa escolaridade; dificuldades no relacionamento amoroso; atividade trabalhista que exige esforço físico da mulher, ou a exponha a fatores de estresse e tenha uma carga horária intensa; $17 < \text{idade da mulher} < 35$; $\text{altura} < 1,45\text{m}$; $35 \text{ kg} > \text{peso} > 75 \text{ kg}$; dependência de drogas ilícitas.
- 2) **História reprodutiva anterior:** morte perinatal explicada ou inexplicada; neonato malformado, prematuro, ou com crescimento retardado; abortamento habitual; esterilidade ou infertilidade; intervalo entre gestações menor do que dois anos e maior do que cinco anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva; cirurgia uterina anterior.
- 3) **Doença obstétrica na gravidez atual:** desvio do crescimento uterino, número de fetos e volume do líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclampsia e eclampsia; amniorrexe prematura; hemorragia de gestação; isoimunização; óbito fetal.
- 4) **Intercorrências clínicas:** nefropatias; cardiopatias; endocrinopatias; hemopatias; hipertensão arterial; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias; pneumopatias.

Algumas mulheres podem superar tais dificuldades no acompanhamento pré-natal, no nível primário de complexidade em saúde. Outras necessitarão da intervenção hospitalar, no nível secundário e terciário de assistência à gestante de alto risco, como aconteceu com as usuárias desta pesquisa. Identificando esses fatores, é possível traçar as estratégias de promoção de saúde para a mãe e seu feto.

Das doenças obstétricas e complicações clínicas, algumas³⁴ são aqui esclarecidas com base em Rezende (2010):

ANEMIA - Redução na concentração de hemácias e de hemoglobina no sangue, caracterizada pela Anemia nutricional, deficiência de ferro ou perda aguda de sangue.

BRIDA AMNIÓTICA - Rompimento da membrana amniótica, a membrana que reveste a parte interna da bolsa. Pode envolver alguma parte do corpo do feto, deformando ou mais gravemente, causando amputação. Quando avaliado iminência de amputação do feto, a estratégia clínica é intervenção cirúrgica fetal. Em alguns casos, define-se a indução do nascimento prematuro.

DIABETES MELLITUS – Patologia metabólica; disfunção na secreção ou ação da insulina; resulta em hipoglicemia ou hiperglicemia. Mortes fetais súbitas eram comuns nas gestações de mulheres insulino-dependentes, além de macrosomia fetal ou pré-eclampsia. Atualmente, o óbito fetal pode ocorrer, caso a grávida diabética não tenha um acompanhamento pré-natal adequado a suas necessidades clínicas, pois é rara morte súbita se os níveis de glicose da gestante forem controlados.

- Tipo 1A – doença auto-imune, incidência de 5-10%, usualmente leva à deficiência absoluta de insulina, de início Juvenil, as usuárias são conhecidas como insulino-dependentes.
- Diabete mellitus gestacional 2A, intolerância à glicose só no período gestacional, retornando ao normal no pós-parto imediato.

CARDIOPATIA MATERNA - Causa principal da mortalidade materna. Inclusive, há casos que apresentam risco fetal. Das complicações durante a gravidez começam, na verdade, antes da concepção quando deve-se alertar risco em futura gestação. Elementos decisivos para caracterizar a doença cardíaca na gestação: arritmias ou sopro, aumento da área cardíaca; perdas sanguíneas que acompanham o parto normal.

DESLOCAMENTO PREMATURO DA PLACENTA – Separação da placenta precocemente em gestação de ≥ 20 semanas, é causa de sangramento vaginal, está associado a morbidade e mortalidade perinatal. O risco materno está associado a hemorragia, histerectomia e outros.

HIPERTENSÃO CRÔNICA – Doença causada pelos níveis tensionais, podendo na gravidez causar complicações maternas e fetais, incluindo **pré-eclampsia**, descolamento prematuro da placenta, crescimento intra-uterino restrito, parto pretermo e natimortalidade. É dividida em leve (Pressão arterial $\leq 180 \times 110$ mmHg) e grave (Pressão arterial $\geq 180 \times 110$ mmHg). A pré-eclampsia pode ser constituída tanto pela hipertensão grave, quanto pela hipertensão leve associada a outros sinais clínicos e laboratoriais. Os sinais mais característicos são ganho excessivo de peso, edema das mãos e rosto, aumento de pressão arterial. Pode progredir para **eclampsia**, com quadros convulsivos generalizados. As consultas pré-natais devem ser individualizadas, com períodos curtos de retorno. Usuária com pré-eclampsia deve ser hospitalizada. (uma pré-eclampsia pode surgir associada a uma síndrome nefrótica).

MOLA HIDATIFORME - Tumor placentário, do grupo das doenças trofoblásticas gestacionais, causado por processo de fertilização patológico, assume uma forma maligna. Geralmente, após a ocorrência, a mulher necessita de um tratamento quimioterápico. As causas são múltiplas. Nesses casos, é ignorada a existência de gestação, sendo omitido o registro de nascimento e o de interrupção gestacional.

³⁴ Foram listadas as doenças obstétricas e complicações clínicas apresentadas pelas usuárias da pesquisa.

NEFROPATIA – Doenças do sistema urinário, tem como causa alterações fisiológicas hormonais durante a gravidez, que é um estado fisiológico que aumenta o risco de ascensão da bactéria. Isso está associado às alterações fisiológicas dos rins. A bacteriúria assintomática é frequente. (Na gravidez, há aumento do rim que permanece no puerperio. A doença é detectada pela eliminação de proteinúria, albulminúria, hematuria.

PLACENTA PRÉVIA – Insere total ou parcialmente no segmento inferior do útero, principal causa de sangramento no terceiro trimestre. Associada a parto pré-termo e morbimortalidade acentuada.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO – Indicador com maior incidência de mortalidade perinatal e mais da metade da morbidade. O parto pré-termo é classificado através da idade da gravidez na qual ele ocorre. Dividido em três grupos: PARTO PRETERMO ESPONTÂNEO (com membrana íntegras); PARTO PRETERMO POR ROTURA (prematura das membranas pré-termo) e PARTO PRETERMO indicado por razões maternas ou fetais.

TROMBOEMBÓLICA VENOSA (Trombose Venosa Profunda): Formação de trombo sanguíneo no interior do músculo, com coágulos; causada pela redução da velocidade do fluxo venoso no membro inferior; provocada pela compressão de veias pelo útero grávido.

ÚTERO BICORNO: Bicorne. Alteração congênita que se especifica pela má formação da parede uterina, de modo que se estabelece uma membrana divisória, de diversos tamanhos, delimitando o espaço do útero em dois lados. Algumas mulheres, por tal razão, chegam a ter seu útero subdividido em dois. Na gestação, pode haver indicação de tratamento cirúrgico ou costura do colo do útero, para evitar o rompimento precoce da bolsa, com expulsão fetal. É comum ocorrer parto prematuro ou aborto espontâneo precoce ou tardio.

VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) - Transmitido pelo contato sexual, por transmissão vertical (perinatal) ou exposição ao sangue ou produtos sanguíneos infectados. A fase primária da doença pode ser assintomática e durar por ano.. A progressão da doença pode acarretar na AIDS. A gestação da soropositiva tem conseqüências maternas e neonatais. O sistema imune é afetado pelas alterações fisiológicas da gestação, mas se controlados outros fatores, não afeta o prognóstico das mulheres HIV assintomáticas. Piores resultados obstétricos, quando o vírus é associado a outros fatores. Há riscos de infectar o bebê, outros riscos, parto prematuro, amamentação, aumento da idade materna.

APÊNDICE B - Significados e Justificativas dos Codinomes dos Atores Sociais da Pesquisa

A escolha dos codinomes para os atores sociais desta pesquisa considerou a relação interpessoal de pesquisa, a história de vida das usuárias e o estilo de cuidado dos profissionais. Optou-se por nomes da mitologia grega³⁵, porque tem muitos conflitos entre o sagrado e o profano. No caso dos profissionais, foi escolhido nomes de ninfas gregas, por serem protetoras, simbolizando a função cuidadora da equipe. Como houve um homem que participou da pesquisa, foi escolhido para o mesmo o nome de um herói grego.

GESTANTES DE ALTO RISCO



DEUSA ARTÉMIS: Deusa da caça, dos animais selvagens. Era uma deusa alta, destacava-se pelas ninfas que a acompanhavam. Sempre portava arco e flecha. Existia contradições nos papéis que lhes eram atribuídos, tanto era deusa da caça, quanto protetora dos partos.

USUÁRIA ARTÉMIS: Vivia uma relação de disputas com a mãe, que lhe proibia de engravidar. Nessa contenda com a mãe, ficou grávida, realizando seu maior desejo. Na AMUL, teve contratempos com a equipe.



DEUSA ATALANTA: Essa deusa corria muito rápido. Segundo a profecia, se ela se casasse, seria amaldiçoada. Para dificultar a profecia, seu pai ordenou que ela se casasse com quem a vencesse. Apaixonado, Hepómene pediu ajuda a Afrodite, que orientou ao mesmo jogar três maçãs, com o objetivo de que Atalanta parasse na intenção de comê-las. Dessa maneira, ele venceu a competição, casando-se com Atalanta. Como Hepómene se esqueceu de glorificar a Afrodite, o casal foi transformado em leões para puxar carros.

USUÁRIA ATALANTA: Atalanta tinha uma vida promíscua, após algumas desilusões amorosas, até aceitou manter uma terceira relação consensual. O companheiro recusava-se a usar preservativos. Após algum tempo, Atalanta descobriu ter contraído o HIV e o esposo negava que tivesse a doença.



DEUSA DEMETRA: É chamada de deusa mãe, teve sua filha (Perséfone) raptada por Hades. Ficou desesperada por isso, saiu como uma louca sem rumo, sem comida, nem bebida. Demetra também é conhecida como a deusa das estações do ano, das colheitas, ensinando aos homens a cuidarem da terra e plantações. Após ter sido separada de sua filha, não mais cultivou a terra, condenando o solo à esterilidade. Devido à situação caótica da terra, Zeus pediu a Hades que devolvesse Perséfone. Hades então ofereceu um romã à Perséfone. Ao comer do fruto, ela foi condenada a ficar apenas alguns períodos com a mãe, sempre retornando ao encontro de Hades.

USUÁRIA DEMETRA: Era reconhecida como uma mulher que desejava muito engravidar, ser mãe. Após o parto cesáreo, Demetra foi separada de seu filho, devido às condições clínicas maternas e neonatais. Ela ficou na Sala de Pré-parto, aguardava vaga na UTI Obstétrica, enquanto o filho foi à UTI Neonatal. Demetra entrou em crise psicológica, apresentou

³⁵Cf. www.wikipedia.org
www.mundodosfilosofos.com.br

infantilismo. Na pesquisa, fez um apelo à pesquisadora, que levou Demetra ao encontro com o bebê. Até receber alta hospitalar, Demetra ficou periodicamente encontrando-se com o bebê, sempre retornando à Sala de Pré-parto. Quando houve a alta materna, o bebê foi ao Alojamento Tardio.



DEUSA HELENA: É filha de Zeus, representa a mais bela do mundo. Helena casa com Menelau e termina fugindo com Paris, dando início à guerra de tróia. O relacionamento foi protegido para sempre, por Afrodite e Apolo.

USUÁRIA HELENA: Helena viveu quase 11 anos com o marido, em poucos meses após a separação, fica grávida do namorado, com quem desejava viver para sempre.

DEUSA HERA: É considerada a deusa mais excelsa das deusas. Era irmã de Zeus e mulher oficial dele. Protegia o matrimônio, ciumenta, sabia da infidelidade de Zeus. Só não teve ciúmes de Hermes (filho) e Maia (amante de Zeus) pela inteligência deles. Era vaidosa, quis ser mais bonita que Afrodite, sua inimiga. Ostenta nas mãos um romã (símbolo da fertilidade, sangue e morte).



USUÁRIA HERA: sempre valorizou o casamento; dizia-se muito ciumenta, sentindo-se insegura, suspeitava da infidelidade do marido, um caminhoneiro; seu maior sonho era ser mãe; sofreu um óbito, devido útero bicornio, passando a ter medo de nunca mais poder gerar um filho.



DEUSA NIKÉ: Ela está sempre nas mãos direita de Atena, sendo a personificação da vitória.

USUÁRIA NIKÉ: Quando na Enfermaria de Infectados, sentia-se uma vitoriosa, porque seu filho, mesmo prematuro, havia nascido e evoluía bem na UTI Neonatal. Isso lhe dava ânimo para continuar enfrentando o processo de hospitalização.



DEUSA PALA: Deusa virgem, padroeira das artes domésticas, da sabedoria e da guerra. Palas nasceu já adulta, quando Zeus teve uma forte cefaléia e mandou Hefaistos, o deus ferreiro, desse-lhe uma machadada na cabeça; daí saiu Palas Atena. Sob a proteção dessa deusa floresceu Atenas, em sua época áurea. Dizia-se que ganhou a devoção dos atenienses quando presenteou a humanidade com a oliveira, árvore principal da Grécia.

USUÁRIA PALA: mãe e doméstica, devota à família. Quando criança, foi vítima da exploração do trabalho infantil. Presentou o marido com uma filha (menina) com que eles tanto sonhavam.



DEUSA RÉIA: da profecia de que Cronos seria destronado por um dos filhos, este passou a engolir todos os filhos assim que nasciam. Réia decidiu que isto não ocorreria com o sexto filho. Assim, quando Zeus nasceu, Réia escondeu-o numa caverna no monte Ida em creta ao cuidado dos assistentes curetes, deu a Cronos uma pedra enrolada em panos. Este comeu pensando ser o filho.

USUÁRIA RÉIA: O primeiro parto de Réia lhe fez “matar” a primeira filha, na medida em que não conseguia amá-la. Na gravidez do filho, mesmo não querendo ficar grávida, percebeu-se amando o bebê, decidindo nomeá-lo como seu primeiro bebê (primeira gestação).

EQUIPE DE SAÚDE



NINFA DRÍADE: De acordo com uma antiga lenda, cada dríade nascia junto com uma árvore, da qual ela exalava. A dríade vivia em uma árvore ou próxima dela, quando a árvore era cortada ou morta, a deusa também morria. Os deuses puniam quem matassem as árvores.

PROFISSIONAL DE SAÚDE DRÍADE: boa, mas guardava uma tristeza, depois de uma experiência difícil na AMUL, não conseguiu mais ser a mesma.



NINFA DAFNE: Era filha do rei Pneu. Apolo acertou Dafne com uma flecha de chumbo, que fez a ninfa rejeitar seu amor. Apolo, porém, começou a persegui-la com uma flecha de Eros. Cansada com a situação pediu ao pai ajuda, então, foi transformada em loureiro. Apolo disse: "Se não podes ser minha mulher, serás minha árvore sagrada".

PROFISSIONAL DE SAÚDE DAFNE: apaixonada e devota às usuárias



NINFA HESPÉRIDE: Possuia um pomar que tinha maçãs de ouro, símbolo da fertilidade do solo

PROFISSIONAL DE SAÚDE HESPERÍDE: acolhedora



NINFA HAMADRÍADES: nascem com as árvores, devendo protegê-las e partilhar o destino.

PROFISSIONAL DE SAÚDE HAMADRÍADES: acompanha o ritmo do grupo



HERÓI HÉRACLES: Na mitologia grega, era um semideus, filho de Zeus e Alcmena. Ele é considerado o mais celebre de todos os heróis, símbolo do homem de luta.

PROFISSIONAL DE SAÚDE HERÁCLES: defensor da Humanização do Parto.



NAPÉIAS: são as ninfas associadas a vales, colinas e depressões, sendo assim, se aproximam das oreades. Fazem parte do cortejo do deus Apolo junto a sua carruagem. Segundo a mitologia são difíceis de ver, porque estão escondidas atrás de árvores de vales.

PROFISSIONAL DE SAÚDE NAPÉIA: observadora, silenciosa



NINFA NEREIDA: Ninfas do mar, gentis e generosas

PROFISSIONAL DE SAÚDE NEREIDA: democrática, sofre com as falhas da AMUL/SUS



NINFA PEGÉIA: As ninfas que habitam as nascentes

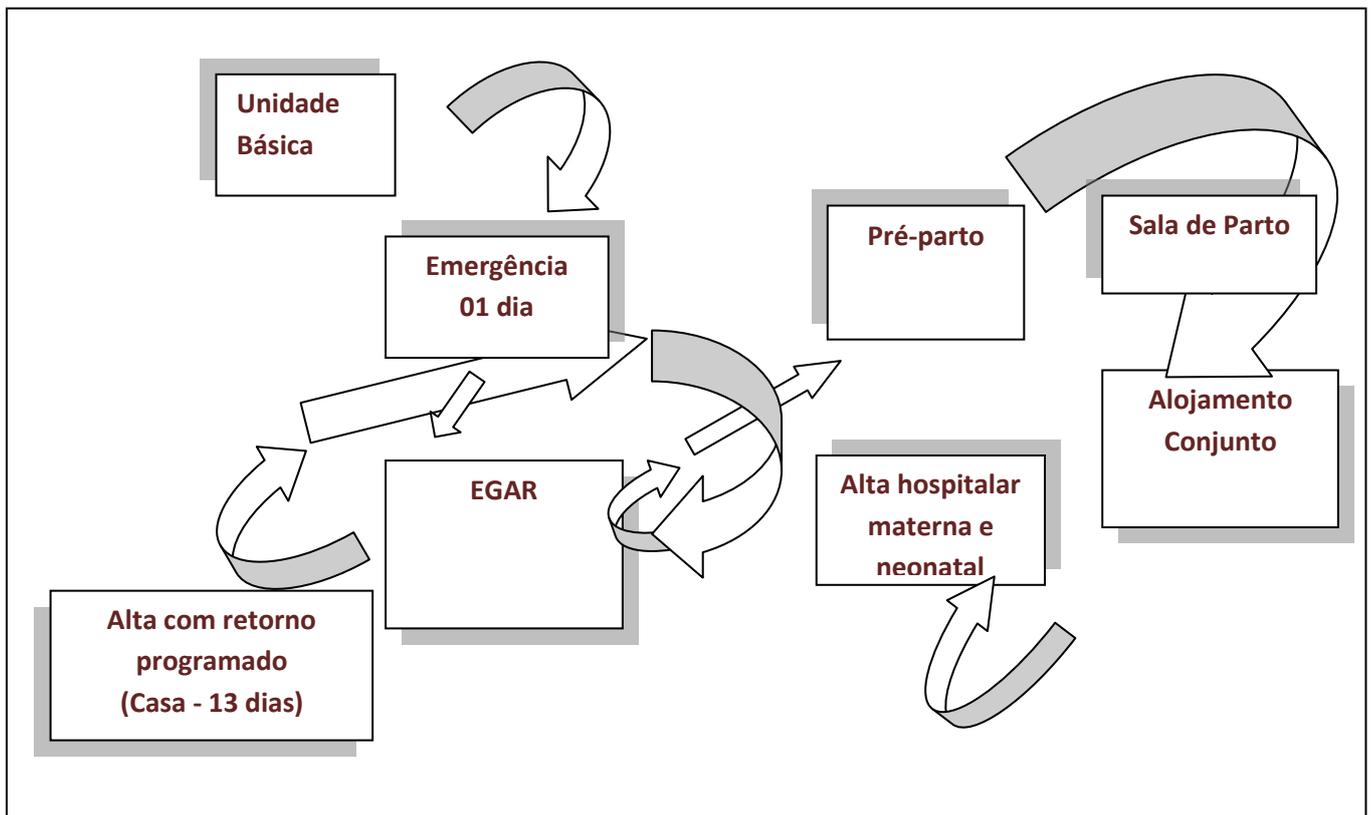
PROFISSIONAL DE SAÚDE PEGÉIA: dedicada, busca novos conhecimentos

APENDICE C – Trajetória das Usuárias na AMUL

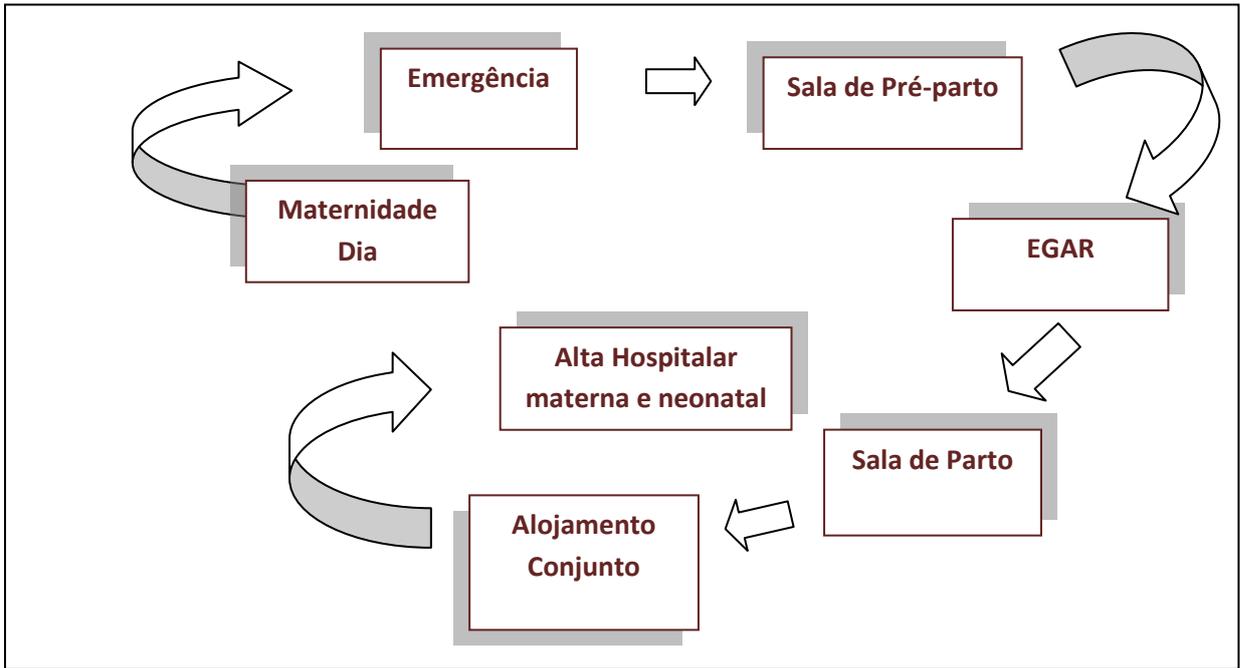
As trajetórias estão ilustradas neste apêndice, com o objetivo de facilitar a leitura dos níveis de análise qualificados neste pesquisa. Foi proposital sua disposição em forma de espiral, porque o estudo, baseado na Análise Institucional, entende que o itinerário terapêutico das oito usuárias da AMUL foi construído com muitas idas e voltas que nunca paravam no mesmo ponto. A cada novo serviço onde as usuárias eram admitidas, a rotina trazia algo de semelhante dos setores antecedentes, bem como algo de específico. Além disso, algumas usuárias retornaram para os mesmos setores, em determinadas situações.

A ideia se orientou na perspectiva de Pichón-Rivière (2005), que discute a interação grupal através de uma espiral dialética, através da qual o sujeito e os grupos sociais estão em mútua relação de comunicação e aprendizagem, em um processo que admite ordens e desordens. Esse pensamento é apropriado aos estudos focados em Análise Institucional, como o nosso.

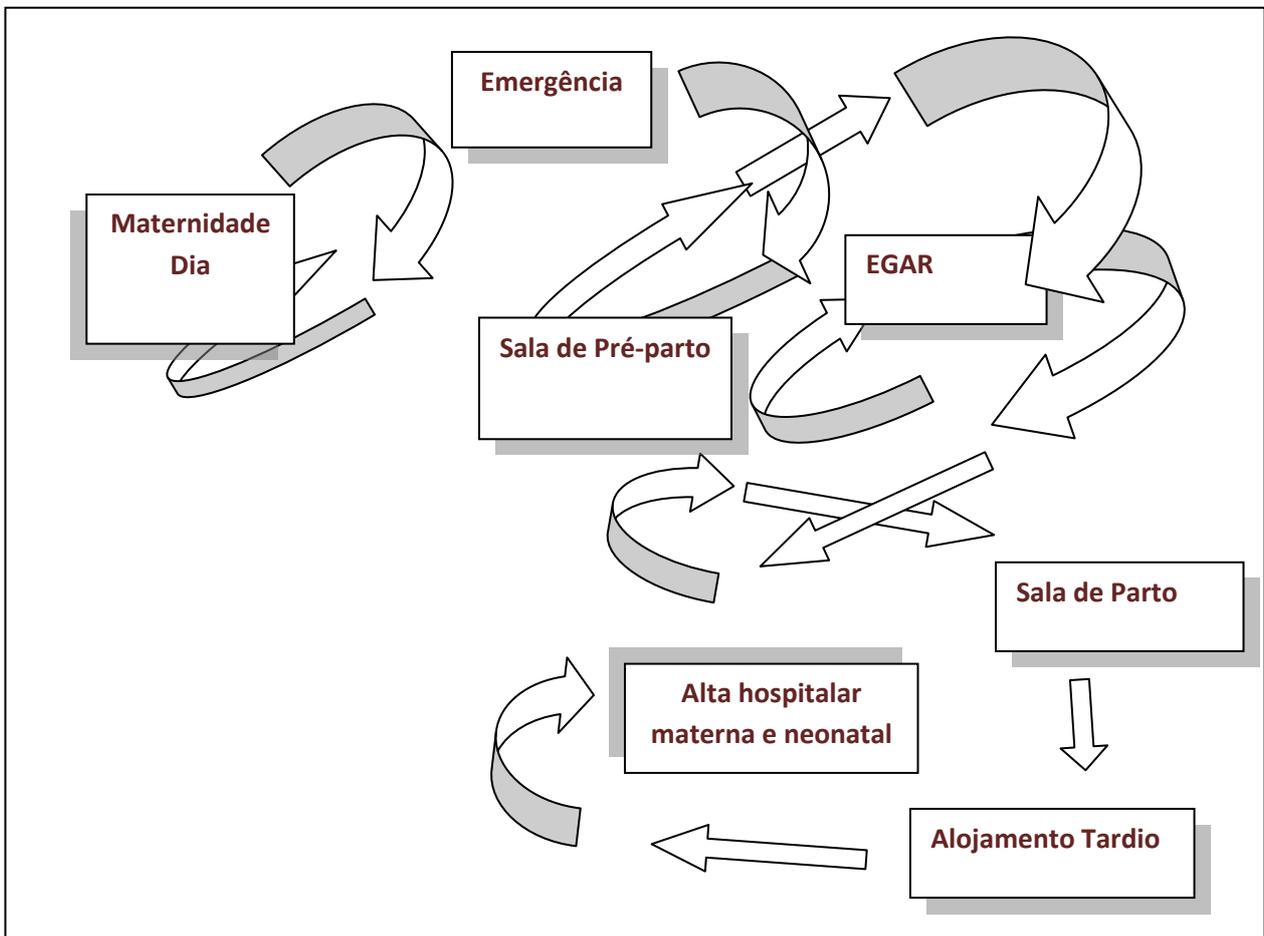
Trajetória 01 – Artémis, da Unidade Básica à Alta Hospitalar na AMUL (32 dias)



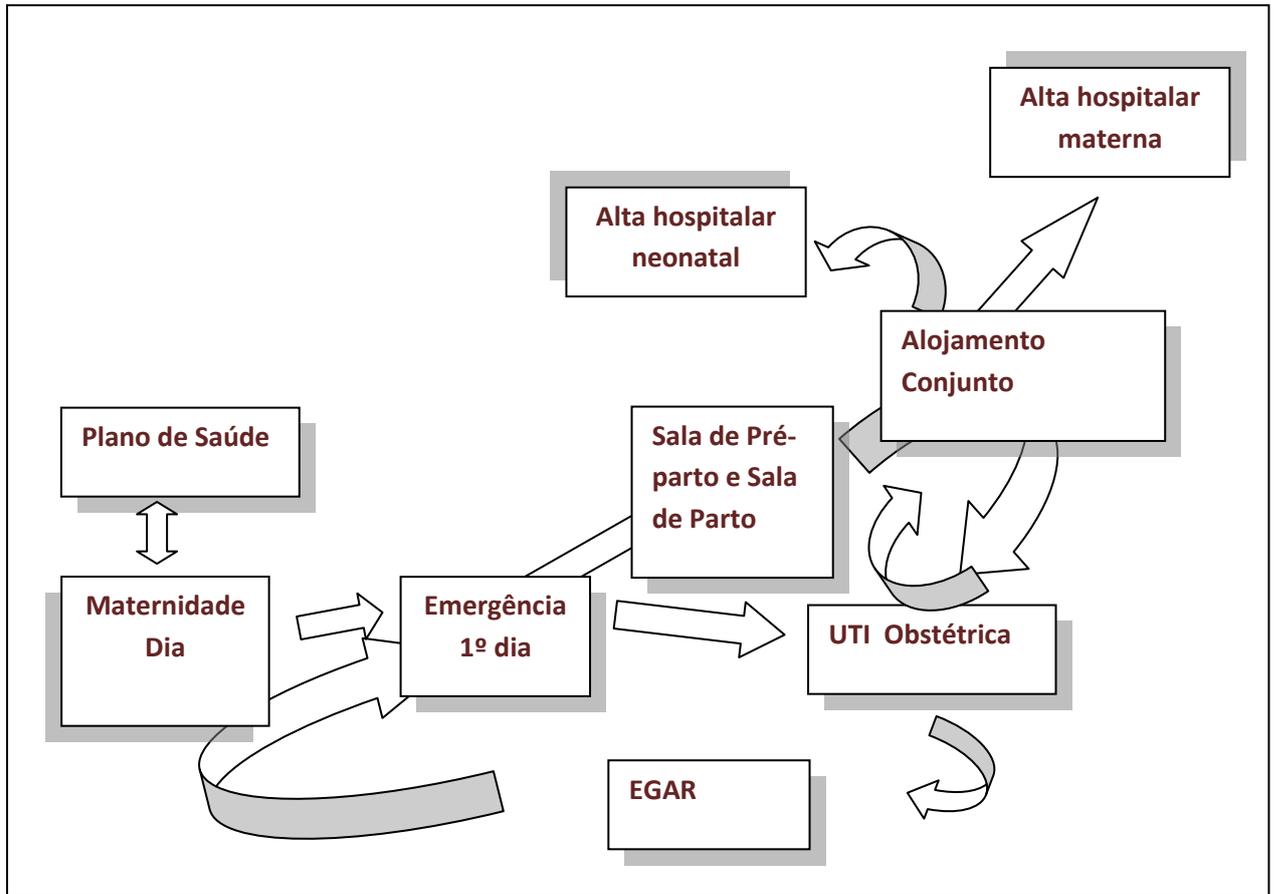
Trajatória 02 – Atalanta, da Maternidade Dia à Alta hospitalar na AMUL (25 dias)



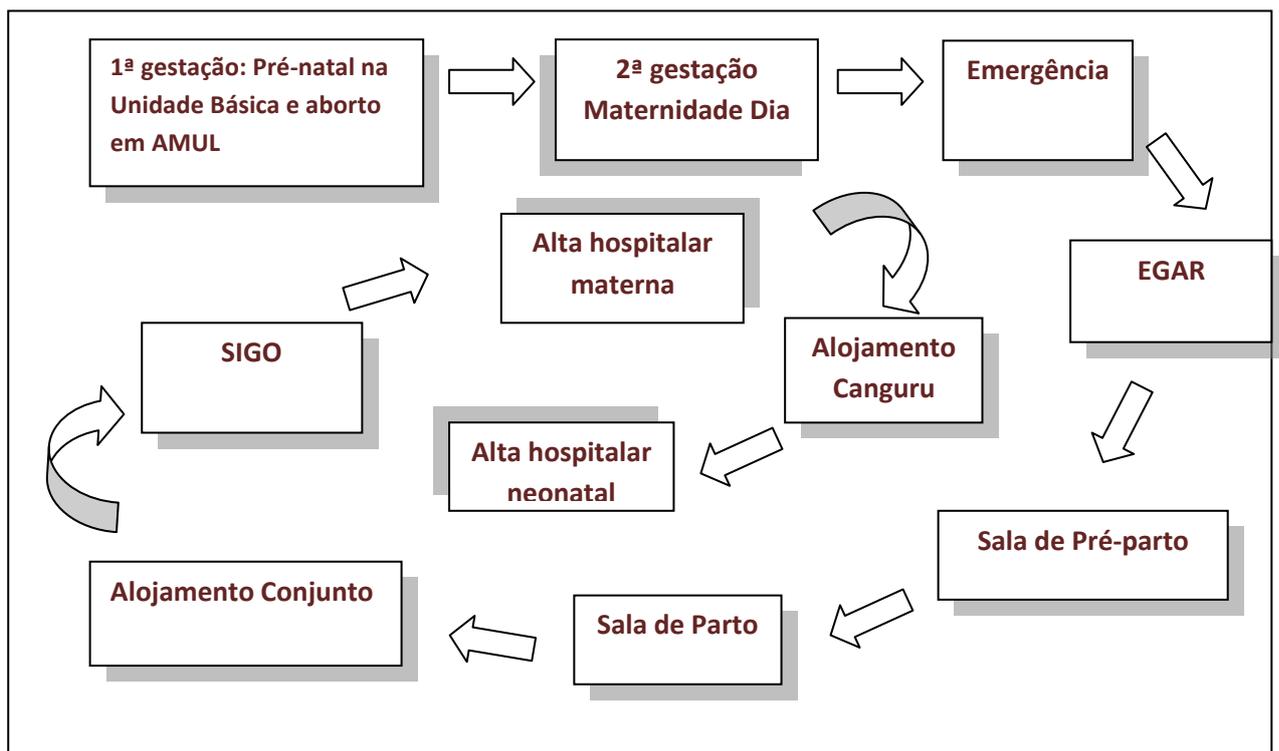
Trajatória 03 – Demetra, da Maternidade Dia à Alta hospitalar na AMUL (22 dias)



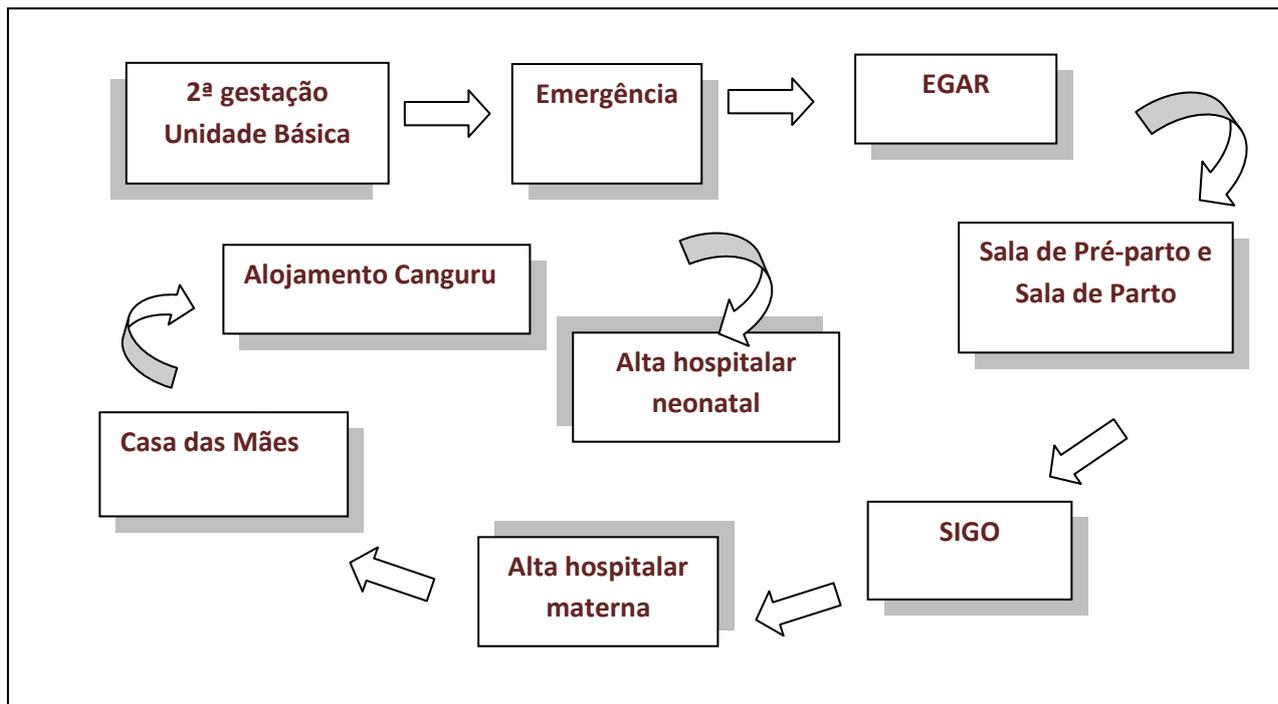
Trajatória 04 – Helena, da Maternidade Dia à Alta hospitalar na AMUL (44 dias)



Trajatória 05 – Hera, da Maternidade Dia à Alta hospitalar na AMUL (21 dias)



Trajectoria 06 – Niké, da Unidade Básica à Alta hospitalar na AMUL (9 dias)



Trajectoria 07 – Pala, da Maternidade Dia à Alta hospitalar na AMUL (15 dias)

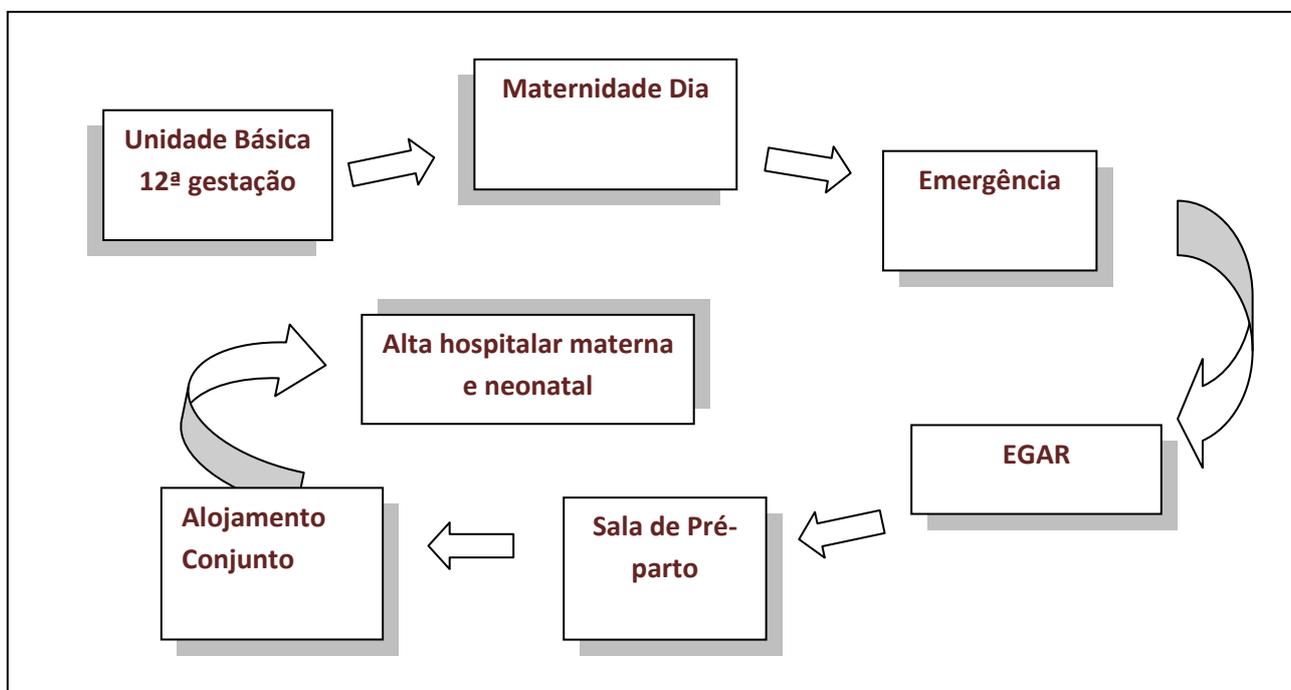
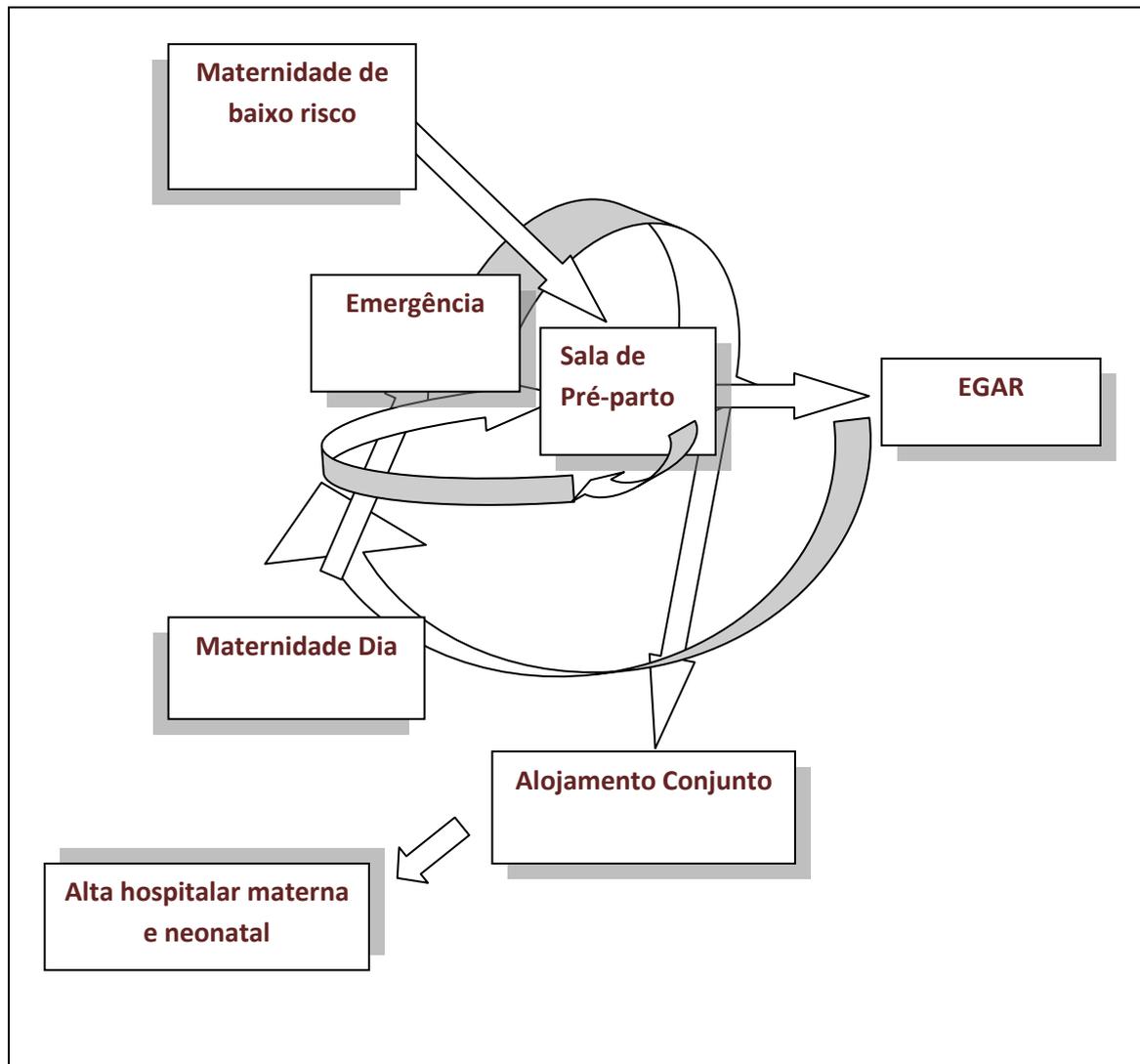


Figura 08 – Réia, de outro Hospital-maternidade à Alta hospitalar na AMUL (23 dias)



ANEXOS

ATENÇÃO

PACIENTE PARTICIPA DE **PESQUISA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA** COM A PESQUISADORA TATHYANE SILVA.
POR FAVOR, EM CASO DE **PREVISÃO DE ALTA OU DE TRANSFERÊNCIA DA PACIENTE** PARA OUTRA UNIDADE DESTA HOSPITAL (PRÉ-PARTO, PARTO, UTI, SIGO, ETC), **COMUNICAR À PESQUISADORA, PELO TELEFONE 9676.1950.**

GRATA PELA COLABORAÇÃO.

TATHYANE SILVA (PSICÓLOGA – CRP 02/13.307)

Anexo C - Lista de Computação dos Episódios Observacionais

Registro Observacional	Data da Observação	Episódio	Tempo Total na data de Observação
01	19.09.2009	“Tô doida!”	4h
02	20.09.2009	Pesquisa de Satisfação	4h
03	24.09.2009	Impaciência	4h
04	26.09.2009	solidariedade e medo de retaliação	4h
05	27.09.2009	A briga	4h
06	30.09.2009	“tu passa mal lá fora”	4h
07	03.10.2009	Mãezinha	4h
09	04.10.2009	Efeito Dominó	4h
10	05.10.2009	“A paciente não é minha”	4h
11	07.10.2009	O galeto escondido	4h
12	09.09.2009	“Qual foi o PIG de teu bebê?”	4h
13	14.10.2009	A garrafa	4h
14	23.10.2009	Nada de mais	4h
15	25.10.2009	O inquérito	4h
16	26.10.2009	O jogo de dama	4h
17	27.10.2009	empatia e acolhimento	4h
18	28.10.2009	Chegou a hora	4h
19	28.10.2009	Visita	
20	29.10.2009	Ciúme entre usuárias	3h
21	31.10.2009	Impaciência 2	
22	31.10.2009	A troca de plantão	4h
23	31.10.2009	O jogo de dominó	
24	01.11.2009	O medo	4h
25	02.11.2009	“Socorre aqui!”	1h
26	05.11.2009	Prediletas	4h
27	06.11.2009	Tricotando	4h
28	21.11.2009	Abraço	4h
29	22.11.2009	O lanche	4h

Anexo D – Carta de Anuência

Eu, _____,
CPF _____ e RG _____, profissional de saúde responsável pela **AMUL-PE**, autorizo a aluna Tathyane Gleice da Silva, CPF 04275496477 e RG 6335911 SSP – PE, regularmente matriculada no Mestrado em Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Prof. Dr. Aécio Matos, a realizar o estudo que faz parte da dissertação de mestrado que a mesma desenvolve no supracitado programa, sobre a relação de cuidado entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco no cotidiano de um hospital – maternidade. Estou ciente de que as informações colhidas através desta pesquisa serão estritamente confidenciais. Porém, estou de acordo com que os dados científicos, desde que não sejam identificados, poderão ser usados em congressos e publicações, pois só assim serão compartilhados com outros centros de estudo. Ainda, fica claro que esta colaboração não implica custos financeiros, nem emprego de recursos materiais ou humanos por parte de nossa instituição.

Profissional responsável pela AMUL

Local e data

Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fui convidado(a) a participar da pesquisa “Uma análise institucional da Relação de Cuidado entre a Equipe de Saúde e a usuária de uma Unidade Hospitalar de Gestação de Alto Risco de Pernambuco”, para assim contribuir com a elabora o de uma disserta o de Mestrado em Psicologia, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

A pesquisa propõe-se a investigar o modo como se estrutura e se manifesta a rela o de cuidado entre a equipe de saúde e a gestante de alto risco durante o processo de hospitaliza o.

O meu papel na pesquisa será o de, através de entrevista, fornecer informa es úteis   compreensão dessa rela o de cuidado.

Fui informado(a) de que a presente pesquisa não oferece risco   minha saúde física e/ou mental. E que poderei desistir de participar no momento em que desejar, sem que isso me cause nenhum prejuízo financeiro ou moral. Bem como, poderei impedir que trechos do meu discurso sejam usados.

Também fui esclarecido(a) que todas as informa es dadas por mim durante a pesquisa serão utilizadas apenas com fins científicos; assim, se houver a publica o delas, a minha identidade será mantida em sigilo.

Tendo compreendido tudo o que me foi explicado acerca da pesquisa, de meu papel nela, de meus direitos e de minha responsabilidade, concordo participar de livre e espontânea vontade. Para isso, dou o meu consentimento sem que qualquer constrangimento ou imposi o me obrigue a tal.

Recife,..... de.....de 200.....

.....
(Assinatura do participante)

.....
(Assinatura da Testemunha)

.....
(Assinatura da Testemunha)

.....
(Tathyane Gleice da Silva, pesquisadora responsável, endereço: Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, telefone: 96761950, e-mail: tathyanesilva@gmail.com)

Anexo F – Modelo de Gráfico de Interpretação

Gráfico produzido pela pesquisadora na análise das entrevistas de Niké, na busca pelos tópicos temáticos desta pesquisa

