

O cuidado de grávidas e bebês no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo etnográfico

Vania Bustamante¹
Cecilia Anne McCallum²

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C.A. Caring for pregnant women and babies in the context of the Family Healthcare Program: an ethnographic study. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.607-18, jul./set. 2010.

This study aims to contribute towards the conceptual discussion on care from an ethnographic approach among pregnant women and babies in a low-income district of Salvador who were attended within the Family Healthcare Program. We conducted interviews and participant observation. Based on analysis of two situations - discovery of pregnancy with the decision to take it further, and breastfeeding – we compared the professionals' and users' perspectives. We argue that for both, care involves continuing construction of projects of the person. While professionals focus their interventions on the women, seeking to give guidance and apply planned routines, users make reference to spontaneous behavior that responds to practical demands and in which embodied experience is central. The differences between professionals and users relate not only to subjective characteristics but also to the social positions that they occupy.

Keywords: Care. Family Healthcare Program.

Este trabalho pretende contribuir para a discussão conceitual sobre o cuidado a partir de uma abordagem etnográfica com grávidas e bebês em um bairro popular de Salvador atendido pelo Programa de Saúde da Família. Realizamos entrevistas e observação participante. Com base na análise de duas situações - a descoberta da gravidez com a decisão de levá-la adiante e o aleitamento - comparamos a perspectiva dos profissionais com a dos usuários. Argumentamos que, para ambos, o cuidado envolve a construção permanente de projetos de pessoa. Enquanto os profissionais centram suas intervenções nas mulheres, buscando dar orientações e aplicar rotinas planejadas, os usuários fazem referência a comportamentos espontâneos que respondem a demandas práticas e onde a corporalidade da experiência é central. As diferenças entre profissionais e usuários são relacionadas não apenas com características subjetivas, mas com as posições sociais que ocupam.

Palavras-chave: Cuidado. Programa de Saúde da Família.

¹ Pós-doutoranda, Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, s/n, Salvador, BA, Brasil. 40.110-170. vaniabus@yahoo.com

² Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia.

Introdução

Este trabalho é uma contribuição para a discussão conceitual sobre o cuidado, com base em uma abordagem etnográfica sobre o cuidado de mulheres grávidas e recém-nascidos atendidos por profissionais do Programa de Saúde da Família em um bairro de baixa renda de Salvador.

Os cuidados à saúde de mulheres grávidas e bebês são considerados prioritários quando se trata de organizar serviços de atenção básica (Brasil, 2005, 2002, 1997a), especialmente no contexto do Programa de Saúde da Família, considerado estratégico para a reorganização da atenção básica no Brasil (1997b). Em consonância com estas preocupações - além dos clássicos estudos epidemiológicos sobre indicadores de saúde em grávidas e crianças (ver, por exemplo, Victora et al., 1997) - existe um grande número de pesquisas que buscam avaliar o nível de sucesso nas ações ou identificar fatores que afetam indicadores de saúde. Na maior parte dos estudos são usadas técnicas quantitativas, e os dados são coletados em unidades básicas de saúde, tanto em prontuários quanto por meio da aplicação de instrumentos padronizados às mães das crianças (Carvalho et al., 2008; Feuerwerker, Merhy, 2008; Slomp et al., 2007; Ratis, Batista, 2004; Oliveira, Camacho, 2002; Santos et al., 2000).

Por outro lado, como característica comum na literatura sobre cuidados na gravidez e nos primeiros meses de vida, as pesquisas se centram na perspectiva das mães, inclusive os estudos que fazem referência à perspectiva da família (Frota, Barroso, 2005; Rabuske, Oliveira, Arpini, 2005; Moura et al., 2004). Com isto se deixa de incluir outras pessoas que têm participação ativa no cuidado e se perpetua a tendência encontrada entre profissionais de saúde de focalizar suas intervenções nas mulheres, vistas exclusivamente como mães (Schraiber, 2005; Siqueira et al., 2002). Em resposta a essa lacuna, nesta pesquisa propomos incluir a perspectiva dos múltiplos agentes envolvidos no cuidado e a maneira com que estes se relacionam.

Neste trabalho buscamos não só descrever práticas - uma característica comum em pesquisas que fazem referência ao cuidado -, mas refletir teoricamente sobre elas em relação com o conceito de cuidado. A forma com que abordamos o cuidado está inspirada em Ayres (2009, 2004a, 2004b, 2001), para quem o "cuidado" é fundamentalmente a construção de projetos de felicidade, visando conseguir o sucesso prático - ou seja, o bem-estar do sujeito que recebe o cuidado - e não apenas o êxito técnico, que se relaciona com o controle de doenças. Segundo o autor, "... temos sustentado a idéia de *projeto de felicidade* como uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de cuidado" (Ayres, 2009, p.18). Esta é a referência que permite, aos profissionais, compreenderem o que as pessoas estão buscando nas capacidades instrumentais dos mesmos e permite que as pessoas compreendam o que os profissionais podem oferecer a elas.

Ayres (2009, p.19) esclarece que se refere a projeto no sentido existencial tomado da obra de Heidegger, "entendido como o reiterado e inexorável tomar para si do eu, do outro e do mundo, que nos permite estar cada vez (re) conhecendo nosso modo mais próprio de ser, atualizando a compreensão de si e do mundo que nos situa e move existencialmente, racional e afetivamente". Por outro lado, explica que felicidade não se refere à ideia do senso comum. Trata-se de uma ideia reguladora que orienta nossas decisões, mostrando que estamos nos movendo conforme nossos projetos. É uma ideia contrafática e assintônica, na medida em que nunca se atinge a experiência mais abrangente de felicidade.

Argumentamos que o cuidado pode ser pensado como a *construção de projetos de pessoas que se expressam em práticas cotidianas, num marco de relações de poder entre agentes em posições sociais diferentes*. Mostramos, por meio da análise etnográfica, que, para os sujeitos, o cuidado envolve necessariamente um trabalho centrado na pessoa, tal como Thomas (1993) argumenta. Trabalho que toma a forma de construção de projetos, envolve articulações e, também, diferenças em relação à perspectiva de Ayres. Enquanto Ayres se concentra em examinar o cuidado, numa esfera de intersubjetividade restrita, nesta pesquisa mostramos que o mesmo é construído cultural e socialmente em relações de poder estruturadas. Os aspectos sócio-históricos do cuidado destacados por Carvalho (1999) e outros autores que trabalham numa perspectiva feminista (Scavone, 2005), são centrais no conceito que aqui se propõe.

Os projetos de pessoa podem estar relacionados com múltiplos interesses - não apenas a preocupação com o sucesso prático - de cuidadores ocupando distintas posições dentro do espaço social, tal como proposto por Bourdieu (1996, 1989). Seguindo o conceito de projeto de Rabelo (1999), que se apoia em Schutz e Merleau Ponty, defendemos que os projetos não envolvem apenas uma construção mental ou discursiva. Os projetos podem ter expressão corporal, sem passar pelo plano das representações mentais, e podem ainda haver projetos concorrentes numa mesma situação. Com base nas contribuições de Rabelo e a partir da discussão antropológica sobre a construção social da pessoa (ver Bustamante, 2009), consideramos que o cuidado, e com ele a pessoa, são construídos permanentemente na forma de projetos que nem sempre são explicitados discursivamente.

Esta conceituação envolve uma crítica à tendência a universalizar o significado do cuidado e, ao mesmo tempo, a proposta de ampliar essa noção, ao mostrar que o cuidado é construído cotidianamente em diversas interações, não apenas como preocupação com a felicidade ou o bem-estar.

Tendo como base esta discussão teórica, argumentamos que o cuidado se produz constantemente nas interações entre profissionais de saúde e usuários, e que o mesmo apresenta qualidades diferentes que estão relacionadas com as posições sociais dos agentes. Entre os profissionais, o cuidado se constrói com ênfase nos aspectos discursivos – o dar orientações – e em referência a rotinas planejadas, focalizando as mulheres como objeto das intervenções. Entre os usuários, o cuidado se dá em forma espontânea, fazendo referência à corporalidade e a respostas a situações que se apresentam e das quais participam parentes de ambos os gêneros. Por outro lado, os usuários constroem suas práticas em negociação com os projetos de pessoa propostos pelos profissionais. Em contraposição, os profissionais tendem a manter suas perspectivas originais, sem contemplar o que é trazido pelos usuários.

Com esta pesquisa buscamos contribuir para uma discussão conceitual que aproxime a reflexão sobre o cuidado de práticas que se observam cotidianamente em serviços de saúde. Assim, poderemos entender melhor a complexidade de situações que fazem parte da construção cotidiana do cuidado e pensar em aspectos que requerem maior atenção para se construírem práticas de saúde mais próximas dos projetos - de pessoa e também de felicidade - dos usuários.

Método

A presente análise faz parte de uma pesquisa maior sobre o cuidado infantil em um bairro de baixa renda de Salvador (Bustamante, 2009). O trabalho de campo, realizado entre 2003 e 2006, envolveu contato com moradores de Prainha, nome fictício de um bairro localizado no Subúrbio Ferroviário de Salvador, e com membros de várias instituições que atendem crianças dentro do bairro.

Aqui analisamos dados de observação participante e entrevistas com profissionais da Unidade de Saúde da Família e alguns dos moradores atendidos por eles, especialmente membros de sete unidades domiciliares. Para Toren (1997), a observação participante é o método mais característico da abordagem etnográfica e envolve ser ao mesmo tempo um participante e um observador que questiona sua própria participação e a dos outros em eventos ordinários, de maneira que nada do que é dito é considerado irrelevante. Segundo a autora, a análise etnográfica não pretende basear-se em amostras representativas. Em contrapartida, o desafio é saber o máximo possível sobre as pessoas cujas ideias e comportamentos são objeto de análise, e para isso é importante fazer entrevistas em profundidade com alguns informantes.

Argumenta-se aqui que a etnografia é algo além de um texto literário em que o etnógrafo mostra ao leitor que, de fato, "esteve lá" (Geertz, 1989). Dois são os critérios que consideramos fundamentais para pensar sobre a validade das interpretações etnográficas. Por um lado, tal como defende Jackson (1996), a credibilidade do discurso não é decidida pelos fatos falando por si mesmos, mas pela forma em que os fatos e os dados são organizados numa narrativa. Por outro lado, as interpretações devem ser construídas a partir do partilhar de um mundo comum com os pesquisados, tal como destaca Pina Cabral (2005, p.20): "O etnógrafo, na sua materialidade, é co-existente com os etnografados e só através do mundo comum que partilham é que ele pode dar sentido às observações etnográficas que realiza".

Assim como em Wolf (1983, p.XI), citado por Jackson (1996, p.43), aqui a etnografia é tida como um trabalho realista motivado “[...] por uma sensação urgente de registrar e testemunhar experiências humanas que nos ‘falamos’, sem superficialidade, sobre coisas que importam” (tradução nossa). Desse modo, a etnografia é muito mais do que um tipo de escrita, sendo a melhor forma de entender e mostrar como vivem e como se relacionam pessoas de diferentes grupos.

A análise aconteceu em todos os momentos da pesquisa e caminhou junto com o processo de escrita (Becker, 1994). As entrevistas e as notas de campo foram transcritas, lidas e organizadas em pastas, seguindo a sequência temporal. As primeiras leituras do material foram gerais, tendo como objetivo pensar sobre o tema da tese, identificando pontos importantes. Um segundo tipo de leitura se seguiu, envolvendo a identificação de temas importantes, seleção de trechos relacionados e a criação de novos arquivos. Novas leituras do material selecionado – e às vezes retorno ao material original – foram acontecendo conforme eram construídos os argumentos da tese. Olhares mais aprofundados sobre o mesmo material se foram construindo a partir desse processo. Alguns achados importantes se deram após novas leituras das mesmas notas.

O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Os cuidados éticos incluíram o uso de nomes fictícios na divulgação dos dados. Plena liberdade foi dada aos informantes para decidirem sobre sua participação, tendo recebido informações sobre a mesma e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Sobre o contexto da pesquisa

O bairro possui características comuns a outros bairros populares: serviços insuficientes, infraestrutura urbana precária, algumas ruas sem asfalto, carência de espaços verdes e de lazer, presença de casas “em construção”, entre outras. Os moradores têm baixo nível de escolaridade e de renda. Alternam períodos de emprego e desemprego. Entre os homens, os empregos mais comuns são em segurança e serviços gerais; entre as mulheres, vendas e serviço doméstico. Os relatos sobre episódios de violência são frequentes, incluindo violência doméstica, brigas entre vizinhos e violência perpetrada pela polícia. Contudo, há crescente presença de instituições – Unidade de Saúde da Família, escolas, creches, posto de polícia – e de programas sociais, tais como o Programa Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

A Unidade de Saúde da Família que atende aos participantes da pesquisa foi implantada em 2002. As três equipes estão formadas por equipes mínimas de Saúde da Família - profissionais de medicina, de enfermagem e técnico em enfermagem -, assim como equipes de saúde bucal (dentista e auxiliar de dentista) e agentes comunitários de saúde. Cada equipe atende a, aproximadamente, mil famílias. Assim como em outras Unidades de Saúde da Família, em Prainha estão previstas ações de planejamento familiar, acompanhamento pré-natal e puericultura.

Algumas mudanças nas últimas décadas fazem parte do contexto no qual se constroem cotidianamente os cuidados de grávidas e bebês em Prainha. No Brasil há uma drástica redução na taxa de natalidade (Dalsgaard, 2006), assim como crescente redução nas taxas de mortalidade infantil. Isto faz com que o número de filhos por mulher seja menor que em décadas anteriores. Em Prainha, há diferenças entre as mães de crianças pequenas e suas próprias mães: as mães jovens tendem a ter menos filhos e, assim como em outros lugares do Brasil, manifestam o desejo de ter apenas dois filhos (Bemfam, 1997). São raros os casos de mortalidade infantil entre as gerações recentes, diferentemente do que aparece no relato das avós de crianças pequenas, que tiveram, no mínimo, quatro filhos e que, frequentemente, relatam terem perdido filhos recém-nascidos ou bebês de menos de um ano. Por outro lado, em Prainha são frequentes os relatos sobre abortos, e se faz referência ao uso de Cytotec (misoprostol), um medicamento que está no mercado para o tratamento de úlceras de estômago,

cujo uso tem diminuído significativamente as taxas de mortalidade por abortos inseguros no Brasil (Menezes, Aquino, 2009).

Por razões de espaço priorizaremos a análise de cuidados ligados com a descoberta da gravidez e o início do pré-natal, assim como o cuidado durante os primeiros meses de vida, especialmente a prática do aleitamento materno. Estes aspectos foram escolhidos devido à importância que têm nas rotinas dos profissionais de saúde e na vida das mulheres e suas famílias.

“Aparecer grávida” e a decisão de continuar a gravidez

Os profissionais de saúde consideram a gravidez das usuárias como expressão de falhas na prática do “planejamento familiar”. Às vezes são apontadas falhas no trabalho dos profissionais. Por exemplo, um dia, a dentista Ana³ reclamou da falta de compromisso da enfermeira de sua equipe, citando, como exemplo, o planejamento familiar, que é atribuição da enfermeira: “se fosse bem feito, não devia aparecer nenhuma grávida”. No entanto, entre os profissionais predomina a ideia de que o “aparecer grávida” é expressão de que a mulher não seguiu as orientações.

³ Todos os nomes usados aqui são fictícios.

Nesse sentido, a enfermeira Rosa relatou que as mulheres têm “preguiça” de ir ao posto de saúde para buscarem os métodos contraceptivos, assim como a falta de interesse em aprenderem a usá-los, e que frequentemente isto se relaciona com a maneira passiva com que levam a vida. Na opinião de Rosa há algumas famílias “estruturadas”, nas quais o casal planeja ter os filhos. Ou seja, a possibilidade de engravidar por uma decisão própria é associada com a existência de uma família conjugal.

O “planejamento familiar” é uma das funções da enfermeira. Faz parte de sua rotina fazer consultas com as mulheres e conversar sobre métodos contraceptivos. No cotidiano do serviço a oferta é insuficiente, especialmente porque a maioria das mulheres solicita anticoncepcionais injetáveis. A dificuldade no acesso foi expressa por uma mulher na sala de espera, a qual reclamava não só da falta do contraceptivo, mas da impossibilidade de que seu marido retirasse a medicação quando ela não podia ir ao posto de saúde por ter de trabalhar. Segundo essa informante, os profissionais são inflexíveis e, além disso, “quando a gente aparece grávida falam que não seguimos as orientações deles”.

A situação da informante mostra que as ações ligadas com “planejamento familiar” estão concentradas nas mulheres. Isto coincide com a análise de Schraiber (2005), que realizou uma pesquisa sobre o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família em Recife. A autora identificou que os profissionais dirigem as ações às mulheres, vistas, sobretudo, como mães e cuidadoras da família, e de quem se espera que tenham ampla disponibilidade de tempo para permanecerem na unidade de saúde.

A partir da fala da usuária na sala de espera vemos que tanto usuários como profissionais fazem referência à gravidez como algo que “aparece”. Isto é concordante com dados da pesquisa GRAVAD (Aquino et al., 2003), realizada em três capitais brasileiras, onde a maior parte das mães disse ter engravidado sem planejar. No entanto, os moradores de Prainha se referem ao “aparecer grávida” ou ao engravidar “sem planejar” de forma diferente dos profissionais de saúde. O seguinte trecho de uma conversa com Paula e Ed, um casal com dois filhos, é ilustrativo. Um dia perguntei⁴: “Como vocês se imaginavam o fato de ter filhos?”, e Paula respondeu: “Não, na verdade eu nem imaginava como seria, porque não foi uma coisa planejada. Aconteceu, mas, no momento que aconteceu, tinha certeza que eu queria [...]”.

⁴ O trabalho de campo foi realizado apenas por Vania Bustamante. Por isso, em alguns relatos, utilizamos a primeira pessoa.

Frequentemente, quando uma mulher aparece grávida no posto de saúde, a sua gravidez já foi reconhecida por ela e pelo pai da criança, assim como por parentes e vizinhos. E isto envolve a escolha de levar adiante a gravidez. A experiência de Paula na segunda gravidez é ilustrativa. As duas gravidezes aconteceram “sem planejar” e, ao verificar que estava grávida pela segunda vez, Paula pensou em provocar um aborto. Ed a acompanhou a uma clínica clandestina que acharam em um bairro do centro da cidade. Enquanto esperava, Paula desistiu e disse a Ed para voltar para casa: “Depois disso deixei a barriga, e foi só crescer”. Neste relato, a decisão de levar adiante a gravidez é seguida pelo ato de mostrar a barriga e assim deixá-la crescer. No entanto, esta sequência de eventos não é a única possível. Há relatos onde o aborto se dá em um estágio avançado da gravidez. Este é um tema de pesquisa muito delicado (Menezes, Aquino, 2007), que não será abordado aqui.

As irmãs Alcília e Lucineide engravidaram “sem planejar”, não tinham uma fonte de renda estável, as duas se separaram de seus parceiros à medida que as barrigas cresciam, e, no entanto, lidaram diferentemente com as circunstâncias. Alcília relatou que engravidou porque deixou de fazer o “planejamento familiar”, durante um período muito conturbado em que um dos filhos precisava ser levado constantemente a serviços de emergência. Resolveu “deixar” após falar com o parceiro, que paralelamente se afastou dela, primeiro porque foi trabalhar numa cidade do interior e depois porque se envolveu com outra mulher. A mãe de Alcília achou uma grande “falta de responsabilidade” ter mais um filho nessas condições, mas, no entanto, aceitou a chegada da neta. Ajudou quando a filha ficou internada, ajudou a cuidar e sustentar os outros filhos de Alcília. Durante a gravidez, esta encontrou suporte em uma igreja pentecostal, onde as colegas organizaram um chá de bebê para ajudá-la a conseguir roupas, fraldas e outros objetos para a criança.

Lucineide engravidou do terceiro filho com quarenta anos, sendo mãe de dois adolescentes. Relata que não esperava ficar grávida, mas que sabia que, se isso acontecesse, não provocaria um aborto, pois era responsabilidade dela “evitar”, algo que não fez. Tomou a decisão de “deixar” independentemente da opinião do parceiro, o qual, por coincidência, também queria ter o filho.

Aqui mostramos as diferenças individuais e a importância de parceiros, parentes, colegas e profissionais na experiência da gravidez, não só na decisão de levá-la adiante, mas em lidar com os desafios emocionais e materiais. O discurso da enfermeira Rosa contrasta com o que encontramos no cotidiano das mulheres e suas famílias. Parentes, e às vezes parceiros, participam da decisão de dar continuidade à gravidez, assim como dos cuidados com as grávidas e, também, do preparo para a chegada do bebê, e isto não depende da existência de um arranjo conjugal.

Entre os profissionais, as práticas são construídas a partir da ideia de que as mulheres não têm interesse, têm preguiça, não seguem as orientações, e a gravidez é vista como sinal dessas atitudes. A possibilidade de que se trate de uma gravidez desejada é associada com a existência de uma família conjugal, onde existe um marido provedor. A insuficiência da oferta de contraceptivos não é discutida pelos profissionais como algo que contribui para gravidezes não planejadas. Segundo a enfermeira Rosa, há sempre algum método disponível, às vezes apenas o preservativo masculino, mas as mulheres não o usam. A preferência por métodos contraceptivos mais duradouros, inclusive a esterilização cirúrgica, e sua relação com a pobreza, já foi discutida em outros estudos (ver Dalsgaard, 2006).

Para os usuários, são centrais as referências à espontaneidade e à corporalidade. Isto é evidenciado não só na expressão “aparecer grávida”, mas na fala de Paula sobre mostrar a barriga e deixá-la crescer. A aparição da gravidez, de alguma forma, é esperada na vida das mulheres, especialmente quando se trata do primeiro filho. Esta pode ser uma estratégia espontânea para construir a maternidade, dado que, na maioria dos casos, não é legítimo, diante dos profissionais, que elas expressem abertamente o desejo de ter filhos, devido a suas precárias condições de vida.

Nesse sentido, argumentamos que o “aparecer grávida” pode ser pensado como uma negociação implícita entre usuários e profissionais. Sem desconsiderar os problemas no acesso a contraceptivos, consideramos que existe, relacionado a esta expressão, algo ligado ao desejo não consciente de ter filhos. Isto pode ser relacionado com a discussão de Menezes (2006), que, com base em um estudo realizado em três capitais brasileiras, aponta que é comum que as mulheres digam que não queriam a gravidez, que não pensavam nisso, que não a estavam evitando, e a gravidez “aconteceu”.

A assistência ao recém-nascido também está contemplada nas rotinas do Programa de Saúde da Família. Nesse momento tem particular importância dar orientações sobre aleitamento materno. Sobre este tópico discutimos a seguir.

As “orientações” e o “lado da gente”

Durante as primeiras semanas de vida está prevista uma visita da enfermeira, outra da dentista, além de vacinação e acompanhamento por parte de agentes comunitários. Um dos principais objetivos nesta fase é estimular o aleitamento materno exclusivo. Tanto na Agenda da Gestante quanto em outros materiais impressos distribuídos na unidade de saúde, dá-se bastante espaço a recomendações sobre aleitamento materno. Os benefícios para o bebê são destacados, são ensinadas técnicas adequadas para facilitar a amamentação, são informados direitos trabalhistas das mulheres nesse campo. Nesses materiais não parece haver motivo lógico para não se amamentar. No entanto, o aleitamento é um espaço em que os usuários resistem. A seguir, analisamos como usuários e profissionais lidam com a situação e mostramos a relação com a ideia de boa maternidade.

O seguinte trecho da entrevista da enfermeira Rosa é ilustrativo da perspectiva dos profissionais e de sua relação com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde:

“Essas metas são dadas pelo Ministério, você tem que ter um percentual ‘x’ pra cada programa, entendeu? [...] Já o aleitamento materno seria o quê? Setenta por cento taria num nível razoável. Só que, às vezes, você chega em oitenta, aí daqui a pouco você baixa pra cinquenta, você chega a setenta. Aí você fica flutuando, porque tem a estória do mingau, da mulher que vai trabalhar, daquela que a mãe, a vizinha e a sogra: ‘Esse menino não tá ganhando peso!’ E aí vai todo o seu trabalho por água abaixo porque a mãe, a sogra, dá mesmo o mingau e acabou, é elas que mandam: ‘Eu criei os meus filhos assim, vocês ficam inventando moda’. E aí pronto [...]”.

Neste estudo encontramos que, tal como Rosa expressa, frequentemente as mães não fazem aleitamento materno e oferecem mingau à criança com a ajuda de mulheres mais velhas. No entanto, isto não é dito abertamente aos profissionais. Um exemplo é o que aconteceu com o recém-nascido Tadeu. No mesmo dia em que a família voltou orgulhosa do posto de saúde - após ter dado vacinas e ter tido uma consulta com a enfermeira - vi Dona Aurelina ajudando a nora Cristiane a dar mingau a Tadeu. Dona Aurelina considerava que, com a alimentação que tem, uma mulher “pobre” como Cristiane não poderia alimentar uma criança, e que por isso era melhor dar mingau. Quando perguntei se tinha conversado sobre isso com os profissionais do posto, ela disse que não: “Não é para falar disso com médico, eles não entendem o lado da gente”.

Argumentamos aqui que a dificuldade para revelar a não adesão ao aleitamento materno tem a ver com sua associação à boa maternidade. O seguinte relato envolvendo Lucineide, a amiga Cláudia e Milton, o esposo de Cláudia, é ilustrativo:

“Lucineide falou sobre Cláudia, uma colega que tem um filho de três meses. Comentou que o menino está muito gordo e que talvez fosse porque ela começou a dar mingau, suco e outras coisas, poucos dias depois do menino chegar do hospital. Perguntei se Cláudia tinha parado de amamentar. Lucineide disse que não sabia (pareceu-me que Lucineide preferia não afirmar isso), mas que ela tinha aconselhado Cláudia a dar só peito até os seis meses e que Cláudia tinha falado: ‘Mas quando eu sair, o que é que eu vou fazer? Ele vai ficar com fome?’ E Lucineide tinha dito: ‘Não, enquanto ele mamar, você tem que levar pra onde você for’. E que Cláudia respondeu que ela não ia conseguir fazer isso. Então, Lucineide achava que era por essa razão que Cláudia tinha dado logo comida para o bebê. Comentou também que as pessoas preferem dar mingau, porque assim a barriga fica pesada e a criança não fica acordando durante a noite.” (Notas de campo)

No meio desta conversação percebi que Cláudia   esposa de Milton, alguém a quem já conhecia. A primeira vez que falei com ele, ele estava passeando com o filho de dois meses – a minha gravidez já era vis vel⁵ – e, sem que eu perguntasse, comentou que o filho estava gordo porque só se alimentava com leite materno. A fala de Milton e o relato de Lucineide mostram quão valorizado   o aleitamento materno exclusivo. Por outro lado, as preocupa es de Cláudia mostram quão difícil   manter esta prática.

Embora esteja colocado como uma prioridade para profissionais de saúde, algumas observa es indicam que eles dedicam pouco tempo a conversar sobre os múltiplos aspectos envolvidos no aleitamento materno:

“Fiquei na sala de espera conversando com uma senhora que estava com uma criança. Ela falou que ia conversar com a médica, pois a mãe da criança não está tendo leite suficiente para amamentar. Perguntei o que ela era da criança, e ela disse que era av , mas que a mãe da criança (que   sua filha) mora com ela. Depois de alguns minutos ela foi chamada pela médica. Foi atendida em p  e com a porta aberta, um atendimento de menos de três minutos. Quando saiu falou que a médica tinha dito para não fazer nenhum tipo de complementa o na alimenta o do bebê, que a mãe tem leite sim, que ‘o problema está na cabeça da mãe’.” (Notas de campo)

Esta troca pode ser pensada como um momento de cuidado onde a médica d  uma orienta o e ouve pouco a mulher que a procura. O projeto de pessoa parece restrito a alguém que precisa receber as informa es adequadas. Os aspectos práticos e emocionais não são contemplados.

Aqui mostramos que, seguindo recomenda es do Ministério da Saúde, os profissionais consideram que o aleitamento materno   a melhor alternativa para a criança, sem considerar quais podem ser as implica es desta prática para as mulheres e suas famílias. Encontramos aspectos em comum com o estudo de Azeredo et al. (2008), que, ao comparar perspectivas dos profissionais e das mães sobre o aleitamento, identifica que ambos os grupos apontam a imuniza o da criança como vantagem da amamenta o. As diferenças aparecem em rela o com as causas do desmame precoce. Segundo as mães, este se deve ao leite “fraco” e porque elas precisam retornar ao trabalho. Os profissionais fazem referência   falta de informa o – algo que a própria equipe deveria oferecer – e   falta de interesse.

Em Prainha os profissionais dirigem suas a es às mães. Os homens não são incluídos nas a es de saúde. Deles se espera que deem assistência, especialmente financeira. No entanto, entre os usuários, as decisões ligadas com o aleitamento são tomadas não só pela mãe, mas por parentes, incluindo outras mulheres e, também, parceiros - como no caso de Milton -, apesar de que estes não são incluídos nas práticas dos profissionais. Por outro lado, os usuários têm outras preocupa es, relacionadas com a viabilidade do aleitamento materno exclusivo.

As mulheres e suas famílias fazem referências a situa es práticas com as quais precisam lidar e que, às vezes, as impedem de amamentar os filhos. No entanto, para elas, também   importante o acesso aos profissionais e contar com a aceita o deles, por isso não declaram abertamente “o lado da gente”. Isto mostra que, no cotidiano, as práticas de cuidado envolvem negocia es que integram a perspectiva dos profissionais – dar orienta es, seguir rotinas planejadas com base em ideias que têm apoio no conhecimento biomédico – com a perspectiva dos usuários: a necessidade de resolver problemas práticos e,

⁵ Vania Bustamante realizou trabalho de campo durante a maior parte de sua gravidez.

ao mesmo tempo, de se sentirem reconhecidos pelos profissionais de saúde. Contudo, é importante lembrar que o cuidado se constrói em relações desiguais, onde os profissionais estão em posições que envolvem maior capital econômico e social.

Considerações finais

Neste trabalho argumentamos que existe cuidado em todos os contatos entre profissionais e usuários, na medida em que nestes se constroem projetos de pessoa. Assim, as características do cuidado mudam constantemente. No entanto, aqui mostramos que existem situações estruturais que favorecem determinadas práticas de cuidado. Os profissionais possuem maior capital simbólico e econômico e, portanto, as suas orientações e práticas são mais valorizadas que as dos usuários.

Aqui mostramos que os profissionais priorizam os aspectos discursivos e buscam seguir rotinas planejadas, tendendo a desvalorizar os comportamentos dos usuários que não se adéquam às suas expectativas. Em lugar de procurar entender o sentido do comportamento dos usuários, os profissionais consideram o 'não seguir as orientações' como falta de interesse ou indicador de falta de estrutura familiar. As práticas são construídas a partir desta perspectiva - que aqui denominamos projeto parcial de pessoa - onde a pessoa é avaliada a partir de um único aspecto. O desejo - por exemplo, em relação com a gravidez - ou a autonomia para decidir sobre a alimentação do bebê não são contemplados. Assim, os profissionais oferecem consultas rápidas onde dão orientações sem ouvir "o lado" dos usuários.

Identificamos ambiguidades e contradições entre os profissionais, que requerem maior estudo. Em alguns momentos parecem mais preocupados em cumprir as rotinas do que em investir no contato com os usuários, como quando a médica atende rapidamente uma avó preocupada com a dificuldade da filha para amamentar a neta recém-nascida. Isto pode ser relacionado com a frustração que os profissionais expressam, não só porque consideram que as mulheres não seguem as orientações, mas porque pensam que outros profissionais não valorizam o trabalho feito por eles, como quando Rosa afirma que "*na hora ninguém olha para isso*", em referência ao Cartão da Gestante que é preenchido durante o pré-natal. Pensar no cuidado como construção de projetos de pessoa e procurar entender como o trabalho se insere nos projetos que os profissionais têm para si é uma possibilidade analítica importante para aproximar-se da experiência dos mesmos.

Os usuários se relacionam com os profissionais adotando estratégias próprias, onde predominam as referências à espontaneidade e corporalidade, que se contrapõem ao planejamento e às práticas discursivas dos profissionais. Assim, os usuários buscam dar respostas adequadas a problemas práticos. Para isto também é importante o conhecimento dos profissionais. Por outro lado, os usuários valorizam o acesso aos profissionais porque reconhecem o alto valor social que estes têm.

Pensando no cuidado na perspectiva que aqui se propõe, podemos questionar até que ponto a falta de êxito técnico - gravidez não planejada ou não adesão ao aleitamento - supõe problemas. A maneira como os usuários se cuidam (aparecendo grávida, não amamentando) pode responder a necessidades práticas ou ser parte de estratégias para lidar com os próprios desejos e as limitações da realidade. Contemplar isto é central para a construção de práticas de saúde que, ao mesmo tempo, permitam construir projetos de felicidade e de pessoa genuínos. Neste ponto há complementaridade entre o conceito aqui proposto e o trabalho de Ayres.

A construção de cuidados que contemplem a perspectiva dos usuários demanda incluir, nas ações de saúde, não apenas a perspectiva das mulheres, mas ter um olhar ampliado para incluir os parentes, não só cônjuges ou outras mulheres, mas também parentes masculinos, tais como tios ou irmãos, e considerar que o parentesco não se restringe a consanguinidade ou a coabitação. Aqui mostramos que há grandes diferenças no tipo de presença que os parentes têm - algumas situações se restringem ao casal (como a decisão de abortar, no caso de Paula e Ed), outras incluem parentes com quem se convive (como a decisão de dar mingau a Tadeu), e outras incluem um grupo amplo de parentes e vizinhos (como o chá de bebê organizado para Alícia).

Dito isto, é preciso acrescentar que o cuidado não pode ser pensado apenas na perspectiva das trocas entre profissionais e usuários. O conceito de cuidado aqui proposto contempla aspectos sócio-históricos e culturais. Assim, é preciso lembrar que profissionais e usuários constroem suas práticas em condições precárias, não só as condições de trabalho dos profissionais, mas também precariedade na infraestrutura e falta de materiais de trabalho. Este contexto dificulta a construção de práticas de cuidado onde se contemple a perspectiva dos usuários e contribui para o quadro mais amplo da realidade brasileira de altas taxas de morte materna e mortalidade infantil (Rattner, 2009).

Colaboradores

Vânia Bustamante é autora da tese de doutorado que deu origem a este trabalho, e redigiu o artigo. Cecília Anne McCallum orientou a pesquisa e participou da redação e revisão final do artigo.

Referências

- AQUINO, E.M. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saude Publica**, v.19, supl.2, p.377-88, 2003.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude Soc.**, v.18, supl.2, p.12-23, 2009.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004a.
- _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude Soc.**, v.13, n.13, p.16-29, 2004b.
- AZEREDO, C.M. et al. Percepção de mães e profissionais sobre aleitamento materno: encontros e desencontros. **Rev. Paulista Pediatr.**, v.26, n.4, p.336-44, 2008.
- BECKER, H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- BEMFAM. Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil. **Brasil, pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS, 1997.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.
- _____. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Manual técnico).
- _____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.
- BUSTAMANTE, V. **Cuidado infantil e construção social da pessoa: uma etnografia em um bairro popular de Salvador**. 2009. Tese (Doutorado) – Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.
- CARVALHO, M.F. et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.24, n.3, p.675-85, 2008.

- CARVALHO, M.P. **No coração da sala de aula: gênero e trabalho nas séries iniciais**. São Paulo: Xamã, 1999.
- DALSGAARD, A.L. **Vida e esperanças: esterilização feminina no Nordeste**. São Paulo: Ed. Unesp, 2006.
- FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.24, n.3, p.180-8, 2008.
- FROTA, M.A.; BARROSO, M.G.T. Repercussão da desnutrição infantil na família. **Rev. Latino-am Enferm.**, v.13, n.6, p.996-1000, 2005.
- GEERTZ, C. **El antropólogo como autor**. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- JACKSON, M. (Ed.). **Things as they are: new directions in phenomenological anthropology**. Bloomington: Indiana University Press, 1996.
- MENEZES, G. **Aborto, juventude e saúde**. 2006. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.
- MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saude Publica**, v.25, suppl.2, p.193-204, 2009.
- MOURA, M.L.S. et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estud. Psicol. (Natal)**, v.9, n.3, p.421-9, 2004.
- OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.5, n.1, p.41-51, 2002.
- PINA-CABRAL, J. **O limiar dos afetos: algumas considerações sobre nomeação e a constituição social de pessoas**. Lisboa, 2005. (Manuscrito)
- RABELO, M.C. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.205-27.
- RABUSKE, M.M.; OLIVEIRA, D.S.; ARPINI, D.M. A criança e o desenvolvimento infantil na perspectiva de mães usuárias do serviço público de saúde. **Estud. Psicol. (Natal)**, v.22, n.3, p.321-31, 2005.
- RATIS, C.A.S.; BATISTA FILHO, M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.7, n.1, p.44-53, 2004.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.
- SANTOS, S.R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região sudeste do Brasil. **Rev. Saude Publica**, v.34, n.3, p.266-71, 2000.
- SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p.99-109.
- SCHRAIBER, L.B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde: Programa de Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p.39-61.
- SIQUEIRA, M.J. et al. Profissionais e usuárias (os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai?. **Estud. Psicol. (Natal)**, v.7, n.1, p.65-72, 2002.
- SLOMP, F.M. et al. Assistência ao recém nascido em um Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, p.441-6, 2007.

THOMAS, C. De-constructing concepts of care. **Sociology**, v.27, n.4, p.649-69, 1993.

TOREN, C. Ethnography: theoretical background. In: RICHARDSON, J.T.E. (Ed.). **Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences**. London: BPS, 1997. p.102-12.

VICTORA, C. et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Rev. Saude Publica**, v.30, n.1, p.34-45, 1997.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C.A. El cuidado de grávidas y bebés en el contexto del Programa de Salud de la Familia: un estudio etnográfico. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.607-18, jul./set. 2010.

Este trabajo pretende contribuir para la discusión conceptual sobre el cuidado a partir de un planteamiento etnográfico con grávidas y con bebés en un barrio popular de la ciudad de Salvador, estado de Bahia, Brasil, atendido por el Programa de Salud de la Familia. Hemos realizado entrevistas y observación participante. Con base en el análisis de dos situaciones – el descubrimiento de la gravidez con la decisión de llevarla a buen término y la lactancia –comparamos la perspectiva de los profesionales con la de los usuarios. Argumentamos que para ambos, el cuidado incluye la construcción permanente de proyectos de persona. Los profesionales centran ls intervenciones en las mujeres tratando de dar orientaciones y aplicar rutinas planeadas, los usuarios hacen referencia a comportamientos espontáneos que responden a demandas prácticas y donde la corporalidad de la experiencia es central. Las diferencias entre profesionales y usuarios se relacionan no sólo con las características subjetivas sino con las posiciones sociales que ocupan.

Palabras clave: Cuidado. Programa de Salud de la Familia.

Recebido em 08/05/2009. Aprovado em 05/01/2010.