

ANATOMIA DE UMA MATERNIDADE :
PESQUISADORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PATIENTES NUM QUADRO
HOSPITALAR¹

Claudia Fonseca, UFRGS

"Quanto àqueles para quem se esforçar, começar e recomençar, experimentar, enganar-se, retomar tudo de cima a baixo e ainda encontrar meios de hesitar a cada passo, àqueles para quem, em suma, trabalhar mantendo-se em reserva e inquietação equivale a demissão, pois bem, é evidente que não somos do mesmo planeta." Michel Foucault, História da Sexualidade, t.2: o Uso dos prazeres, Graal, 1984, p.12.

I. A ETNOLOGIA "APLICADA" EM 1991

A que vem o estudo etnológico de uma maternidade na França²? A pergunta foi inúmeras vezes formulada pelos "sujeitos de estudo", fossem eles médicos, parteiras, faxineiras ou pacientes. A resposta mais compreensível (ou seja que tratava-se de estudar o caso afim de "resolver certos problemas" ligados a "conflitos interculturais" decorrentes da grande porcentagem de estrangeiras que parem atualmente no serviço) foi posta em dúvida pelo relatório³ de minha antecessora, uma etnóloga americana. Seus escritos circulavam entre os profissionais da maternidade durante o período de minhas pesquisas mostrando claramente que a análise etnológica vai além dos sujeitos "exóticos", tocando igualmente os usos e costumes dos "civilizados". Era a mim, "a etnóloga de plantão", que os leitores desse relatório dirigiam suas perguntas, críticas e por vezes a expressão de suas decepções e indignações.

Esta situação aguçou minha consciência dos problemas tocantes às "pesquisas aplicadas". O Ministério da Saúde, que financia este trabalho, gostaria de ver "resultados concretos". O chefe de serviço confessa que, se ele e seus colegas abrem-se tão

¹ Tradução de texto publicado em 1992 **Quelques réflexions ethnologiques sur une maternité française.** Ethnos (Association pour l'Anthropologie Médicale), LeHavre, França. Em português, pode ser consultado em: *Saber cuidar, saber contar: Ensaios de Antropologia e a saúde popular* (.). Ilha de Santa Catarina: Editora da UDESC, 2010.

² Frente a um número crescente de usuários estrangeiros pouco ou nada capazes de falar frances, a maternidade pública Gustave Flaubert, de Le Havre (França) , elegeu implantar, sob a orientação do sociólogo Jean-Pierre Castelain, um programa experimental de formação de intérpretes mediadores. Decorrente desta experiência, o desejo de um estudo etnológico do serviço de maternidade se impunha, em 1988, para analisar problemas de comunicação - leia-se de incompreensão - que se colocavam entre o pessoal do hospital e as parturientes que frequentavam o serviço. Assim, fui contratada em 1990 para terminar a pesquisa etnográfica iniciada por minha predecessora no ano anterior. Nesse artigo, apoio-me na pesquisa de campo feita em visitas periódicas à maternidade durante cinco meses, em 1990 e em 1991.

pacificamente às minhas perguntas e aos meus olhares é porque "também não somos desinteressados; gostaríamos ter algo (subentendido: algo de "útil") em troca".

Faço parte de uma geração de etnólogos americanos (por acaso tenho a mesma nacionalidade que minha antecessora) para quem as ciências aplicadas eram muito valorizadas. Éramos formados para sermos *trouble shooters*; precisava-se saber "identificar e diagnosticar os problemas do grupo estudado" para ajudar a "resolver os conflitos". Mais o pesquisador fosse radical em suas conclusões, mais aproximava-se das "soluções concretas", mais era ele respeitado.

Ora, de lá pra cá, a condição da arte evoluiu consideravelmente. A primeira coisa a reconhecer é que o pesquisador e o praticante possuem papéis claramente distintos. Enquanto o praticante é forçado a agir e, ao agir, é obrigado a optar entre as múltiplas considerações que lhe são oferecidas, o pesquisador pode soltar as rédeas de suas digressões: cabe a ele distanciar-se, por em dúvida o que parecia antes ser "evidente", levantar uma série interminável de sutilezas. Aquele que aceita o desafio das "ciências aplicadas" encontra-se perante uma tarefa difícil: fazer a ponte entre estes dois universos, apresentar os problemas sob uma luz original que suscite novas reflexões e faça avançar os debates entre os que agem.

Se me estendo nestas reflexões preliminares é apenas por julgá-las indispensáveis à leitura adequada deste texto. Primeiro para enfatizar e justificar o fato que não estou criticando, de alguma altura imaginária, as pessoas que geram a maternidade Flaubert⁴. Pelo contrário, tive de refrear minha admiração por este lugar que me parecia tão eficaz e infinitamente mais humano que as maternidades parisienses onde eu mesma dei à luz nos anos setenta. Ainda que longe de idealizá-lo (os membros da equipe seriam os primeiros a concordar), gostaria de sugerir que encontramos aqui elementos que poderiam ser aplicados alhures.

Justamente por reforçar estes elementos que eu estimo como positivos, deve-se por em relevo as diferentes tendências que estão em jogo no contexto atual. Por hora, existe um vai-e-vem, um equilíbrio delicado repleto de incidentes entre o saber oficial de um lado ("La Medicina", "A Ciência") e, de outro, o questionamento iconoclasta que busca particularizar cada caso, "humanizar" a medicina. Como decorrência deste questionamento as pessoas da maternidade aceitaram várias vezes serem auscultadas por pesquisadores de diferentes domínios. Lendo dois destes estudos, tive alguns receios: que estes esforços "científicos" acabam por estancar os debates ao invés de alimentá-los. O leitor deve se precaver contra os perigos da classificação fácil (sobre a "anomalia" dos pobres), ou da denúncia banal de incidentes pontuais (por exemplo o racismo). Tirar conclusões muito categóricas seria ceder à ilusão de que tudo foi examinado "cientificamente", que um diagnóstico foi imutavelmente estabelecido. Com isto eu não poderia concordar.

Não faz parte portanto de minhas intenções ditar receitas, pretender poder (ou querer) resolver cada conflito, fornecer verdades pre-digeridas. Tal política da parte do pesquisador seria não somente paternalista mas igualmente incompatível com a filosofia contemporânea das ciências.

⁴Nome usual de um serviço de maternidade situado na rua Gustave Flaubert, do Centro hospitalar geral do Havre.

É neste espírito de precaução que proponho acrescentar minha voz ao debate. Enquanto "perito científico" (mais um)? Sim, na medida em que outorgo-me o direito de questionar os outros. Espero assim reforçar o verdadeiro trabalho de investigação, o clima de autocrítica e de questionamento constante que já existe na maternidade Flaubert.

II. VOCÊ NÃO VAI A MONOD? OU A CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE

A maternidade Flaubert, situada numa aglomeração de aproximadamente trezentos mil habitantes, tem uma longa história. Mas o evento que lhe conferiu o caráter distintivo pelo qual é atualmente identificado é recente. Em 1987, ao término da construção de uma segunda maternidade no hospital Monod, a metade do pessoal partiu para as novas localidades na periferia; Flaubert que, antes, era a maternidade pública da cidade (contrastando com as duas clínicas particulares) tornou-se *uma* das maternidades.

Durante meus primeiros dias de campo, uma mesma pergunta me foi levantada por médicos, parteiras e funcionários: "Você já foi à Monod?". A pergunta encerrava um complexo de identidade sob dois aspectos. Primeiro pelo modo com que a divisão do pessoal se fez, existia, ao menos num primeiro momento, insinuações sobre a diferente qualidade do pessoal nos dois estabelecimentos. O antigo médico-chefe, reputado entre suas pacientes e respeitado por seus colegas, assumiu o posto de responsável em Monod, levando consigo, supunha-se, os elementos mais dinâmicos da equipe. Se, graças ao dinamismo manifesto de boa parte da equipe de Flaubert, esta dúvida rapidamente se diluiu, uma outra suposição, mais fundada que a precedente, continua obscurecendo a imagem de Flaubert: o status socio-econômico inferior de seus pacientes.

Todo mundo concorda com a "explicação" deste fato. A nova maternidade tem, em relação à antiga, alguns atrativos; quartos espaçosos, por exemplo, equipados de um banheirinho. Consequentemente efetuou-se uma seleção "espontânea" da clientela: as pessoas em condições não viam qualquer inconveniente em percorrer quinze minutos de estrada, em seus carros particulares, para desfrutar das vantagens das novas localidades. Na maternidade Flaubert, situada no centro da cidade, vinham principalmente os residentes do centro, os que não tinham carro e achavam o transporte de ônibus "arriscado".

O baixo estatuto sócio-econômico das pacientes de Flaubert parece ser um fato¹. Mas este fato é vivenciado de diversas formas. Vejamos primeiramente a atitude das pacientes. Se o aspecto antigo (e meio delapidado) de Flaubert encorajou pessoas privilegiadas a optar por Monod, a reputação da velha maternidade como gueto de pobres e estrangeiros afundou o prego. Os médicos e parteiras pretendem energicamente que, no tocante ao número de profissionais, a qualidade do equipamento, etc., as duas maternidades são dotadas de recursos idênticos. A maternidade Flaubert goza, ainda, do privilégio de ter o serviço de neonatologia logo ao lado. No entanto, as pessoas afluentes optam regularmente por Monod. Vimos casos onde até mesmo pessoas de gravidez de alto risco preferiram parir em Monod. O motivo por essa preferência aparece em termos explícitos na resposta por escrito de uma cliente ao questionário aplicado por um dos médicos em 1988: "a maternidade é freqüentada por certa classe da população (local) que retira seu atrativo".

¹ Segundo as estatísticas, em Flaubert, a proporção de estrangeiros (em sua grande maioria de proveniência africana e norte africana) dobrou desde a separação em duas maternidades e comporta mais de 30% da clientela. Não existem estatísticas sobre o nível sócio-econômico dos clientes.

Os membros da equipe hospitalar têm opiniões diversificadas. Alguns deles lamentam abertamente o baixo nível da clientela. Uma funcionária, por exemplo, quis me indicar só as mães "de bom nível" que seriam "melhor qualificadas" (que a maioria das pacientes, ficou subentendido) para me ajudar na pesquisa. Mas julgando pelas intermináveis discussões sobre os diferentes dilemas provocados por esta clientela "mista", parece que um bom número dos membros da equipe aceita a situação como um desafio profissional. Usam o confronto de diferentes sistemas de valores para por em dúvida suas próprias certezas e para aprofundar suas reflexões sobre a acolhida de pacientes na maternidade .

Enquanto a competência estritamente médica dos profissionais é quase nunca questionada, testemunhei muitas vezes confrontos entre colegas sobre incidentes que traziam considerações culturais às práticas médicas. Por que optar por uma forma de cesariana ou outra? Por que expulsar tal pai da sala cirúrgica? Por que aceitar a aplicação da peridural num caso e recusá-la noutro? Aqui, não é preciso a presença de um etnólogo para despistar casos de racismo ou preconceito de classes. Graças a um ambiente de livre troca entre alguns médicos e parteiras, existe aqui uma auto-vigilância constante.

III. O PESSOAL

"Acho que deveria ser possível começar no hospital como maqueiro e terminar como médico-chefe."(Comentário de um funcionário interno)

"Ela só fala dos médicos e das parteiras. Curioso. E no entanto trabalhamos em equipe." (Comentário de uma auxiliar de enfermagem sobre o relatório do primeiro estudo etnológico sobre a maternidade Flaubert)

As hierarquias internas começam a se delinear assim que se tenta contar o número de trabalhadores na maternidade. "Sessenta e dois", me diz a supervisora. "Mais de setenta" me diz o médico, chefe de serviço. Em seguida, para explicar a diferença, acrescenta: "É que os médicos nunca são contados". Primeiro recorte, de cima para baixo: os médicos (única categoria, aliás, que inclui homens).

Todos os membros da equipe passam por uma avaliação periódica, recebendo "notas" que determinarão seu prêmio anual. Todavia, o modo como estas notas são atribuídas varia segundo a posição hierárquica do agente. A "supervisora" (chefe administrativa, normalmente uma parteira) dá uma nota a todos os membros do serviço com exceção dos médicos. No que diz respeito às parteiras e enfermeiras, esta autoridade da supervisora é atenuada por uma segunda avaliação feita pelo médico chefe de serviço. As outras categorias (auxiliares de puericultura, auxiliares de enfermagem, faxineiras e pessoal administrativo) dependem exclusivamente da supervisora. Uma das parteiras ensinou-me, desde a primeira semana, os termos que marcam esta distinção hierárquica: "são "funcionárias", ou seja tudo o que não é médico ou parteira."

Se, através de cursos de formação contínua, existe a princípio certa possibilidade de mobilidade profissional, esta mobilidade é de fato muito limitada. Conheci faxineiras, por exemplo, que se tornaram auxiliares de enfermagem, auxiliares de enfermagem que se tornaram auxiliares de puericultura. No entanto, ainda que eu tenha escutado um ou dois casos de ascensão espetacular (de uma supervisora de serviço que começou sua carreira como faxineira), a barreira entre funcionárias e profissionais parece solidamente estabelecida. Do lado prático, vemos diferenças significativas de salário, de horário, de vigilância; mas as diferenças simbólicas não são por isso menos importantes. Seria por acaso que, na escala cromática correspondente à hierarquia hospitalar, faxineiras e auxiliares de enfermagem ambas estejam de azul, distinguidas apenas por uma variação no tom? Mesmo que algumas pessoas consigam, pela confraternização, amaciar as fronteiras entre as diferentes categorias, as demarcações lembram, em muitos aspectos, um sistema de castas, cada grupo possuindo sua "cultura" (leia-se "consciência profissional") e seu círculo social. Neste sentido a maternidade não escapa à lógica da sociedade global.

1. Os profissionais

Tanto entre os médicos como entre as parteiras a consciência profissional é um assunto de frequentes comentários. Não é por acaso se estas pessoas trabalham num hospital da saúde pública. As atitudes demonstradas na rotina diária deixam transparecer que se está na profissão por vocação, não por dinheiro¹. Um ginecologista fala de sua profissão em termos de sacerdócio, de vocação religiosa. Outro, explicando que os obstetras estão se tornando cada vez mais raros por causa das longas horas e altos riscos, deixa entender que fez sua escolha por vocação. As parteiras se remetem à rigidez e duração de seus estudos:

"Lembro-me, na entrada do curso, a diretora deixou a metade das meninas aos prantos lhes dizendo que deveriam se livrar dos namorados e esquecer as férias, que tratava-se de estudos, enfim, uma carreira que exige uma devoção total."

Nesse clima, as greves, como a desencadeada em 1989, apresentam um problema grave, pois apesar de seu entusiasmo pelas reivindicações salariais, as parteiras, animadas pelo espírito de sua missão humanitária, acabam assegurando a permanência do posto.

No entanto não se faz abstração do trabalho. Pelo contrário, existe toda uma mística quanto à prática da profissão. Várias pessoas que tiveram oportunidade de se dedicar exclusivamente a trabalhos administrativos insistiram em continuar com a parte clínica de seu trabalho. Os que se afastam da prática são mal vistos; diz-se que "perdem a mão". É claro que todos não partilham com o mesmo interesse dessa ética profissional, mas em geral reina um ambiente que encoraja a "consciência profissional". O pessoal se interessa ostensivamente por seu trabalho assim como se orgulha de seu nível de competência, procurando igualmente manter-se informado das últimas novidades de seu campo.

¹ Um ou dois médicos também têm prática clínica privada; olha-se atravessado aquele que tenta garantir cuidados especiais para seus clientes particulares.

Estas atitudes encontram contrapartida na gratidão das pacientes. "Ela não parou de agradecer ao médico durante toda a cesariana", diz a enfermeira de certa mãe. Após um parto que eu presenciei, a mãe, além de reiterar por diversas vezes seu agradecimento, pediu permissão para abraçar a parteira que a tinha ajudado. Quando um jornalista vem registrar o primeiro nascimento do ano, é impensável deixar a parteira de fora da foto. Acontece também das parteiras receberem pequenos presentes (uma caixa de chocolate, uma garrafa de champanhe, etc.) de suas pacientes, presentes normalmente repartidos entre os colegas.

Na sala de plantão do serviço de parto (uma sala com poltronas, televisão e canto de cozinha), a metade das conversas gira em torno das atividades profissionais. Sobre uma mesa dessa peça encontram-se vários documentos de pesquisa ligados à maternidade, documentos que são lidos e discutidos. Aqui as "funionárias" (das salas de parto) se misturam aos profissionais da área durante seus momentos de descontração. Para melhor entender a segregação alhures, vale a pena examinar hipóteses que poderiam explicar esta exceção:

a) **O trabalho:** a atividade na sala de parto exige o esforço coordenado de toda a equipe. Esta complementaridade evidente dos papéis se traduz por uma solidariedade orgânica entre os diferentes membros da equipe.

b) **O fator feminino:** o espaço pertence mais às parteiras que aos médicos. A "cultura feminina", menos centrada no aspecto formal da autoridade, permite uma certa promiscuidade social.

c) **A hierarquia:** o espaço pertence a uma categoria superior (os profissionais) que, abrindo as portas a categorias inferiores (as funcionárias), não arrisca perder seu controle sobre o ambiente.

d) **O tempo:** as parteiras fazem jornadas de doze horas e não de oito. A natureza esporádica de seu trabalho (pode-se ter, por exemplo, cinco partos das oito horas às dez e nenhum para o restante do dia) deixa-lhes momentos ociosos; é por isso imperativos que as parteiras tenham um espaço onde possam se alimentar e relaxar. As funcionárias, ainda que tenham, independentemente dos partos, responsabilidades rotineiras (de limpeza, etc.), também se beneficiam do ambiente familiar criado na sala de plantão. Várias funcionárias deste setor trabalham na maternidade há anos. Nisso desenvolve-se certa intimidade entre as pessoas.

O primeiro fator é, sem dúvida, o que melhor explica a integração excepcional das diferentes categorias na equipe. Em compensação, nos outros dois serviços (próximos aos quartos das mães), o trabalho especializado reforça o isolamento de cada categoria profissional. Os auxiliares de puericultura, por exemplo, ficam no berçário cuidando dia e noite das necessidades dos recém-nascidos. Os auxiliares de enfermagem trabalham em quartos lavando, fazendo curativos e aconselhando as mães. As faxineiras se reúnem na cozinha onde organizam a distribuição das refeições; noutros lugares, para a faxina, fazem o máximo para não ocupar o espaço-tempo de seus colegas. Os "profissionais" são menos numerosos e passam menos tempo nesses corredores: a puericultora trabalha meio turno (pela manhã); o pediatra só fica durante o tempo das visitas. Pela manhã um pequeno comitê de profissionais (o pediatra, a puericultora, às vezes um ginecologista, talvez uma parteira uniformizada, e um ou dois internos) passa de quarto em quarto, e vão embora. Os

detalhes mais monótonos da rotina diária (os gestos corporais que limpam e cuidam) ficam ao cargo das "funcionárias".

2. As funcionárias⁵

As funcionárias desempenham um papel fundamental no bom funcionamento da maternidade. Os auxiliares de enfermagem executam todo tipo de tarefas, desde deveres domésticos banais (dobrar gazes, guardar lençóis) a tarefas médicas importantes (retirar a placenta, prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido). De forma semelhante, as auxiliares de puericultura são chamadas ora para atividades administrativas (preencher arquivos ou carteirinhas de saúde) ou domésticas (dobrar fraldas), ora devem limpar os bebês, aplicar-lhes testes, orientar uma mãe que tem dificuldade para amamentar, etc. Para resumir suas responsabilidades uma funcionária me declarou simplesmente: "fazemos de tudo, ora!".

Meus contatos com as funcionárias foram esparsos. Indubitavelmente, enquanto pesquisadora antropóloga, fui assimilada ao time dos profissionais. As parteiras me convidavam a partilhar de sua refeição, a maioria me chamava por "tu" (tratamento mais raro e íntimo para um francês); ao que tudo indicava eu perturbei muito pouco suas rotinas. Em compensação, as "funcionárias", enquanto diziam "tu" entre elas, sempre me trataram por "você" ("a senhora") e, cada vez que eu tentava introduzir-me em suas conversações sentia-me inábil.

A organização do espaço-tempo reforça a distância entre funcionárias e profissionais. Em cada um dos três setores principais existe uma sala de descanso. O serviço de parto fica no mesmo andar das "gravidezes de alto risco". No primeiro, as parteiras se reúnem em sua "sala de plantão"; a vinte metros desta, as funcionárias têm seu espaço delimitado numa pequena cozinha. Neste "ofício" (cujo próprio nome (*office*) lembra grupos subalternos, domésticos, etc.), os médicos e parteiras só entram convidados. A porta fica normalmente fechada. Dizem que é por causa da supervisora ("ela acha mais limpo assim"), mas temos a impressão de que as "meninas" aceitam esta injunção de bom grado por ela lhes permitir uma certa liberdade. Enfim, este local onde as funcionárias podem se distrair, sentar alguns minutos para conversar ou para tomar um café, é também um local de trabalho. Por trás das portas fechadas, fora do alcance dos superiores hierárquicos, pode-se, vez por outra, misturar lazer e trabalho.

No segundo andar (o dos partos "normais"), onde só existe uma sala/cozinha para toda a equipe, funcionárias e profissionais mantêm as distinções estabelecendo horários separados. Um dia, enquanto eu tomava um café nessa copa com as funcionárias, fomos interrompidas pela chegada da equipe profissional (o pediatra e companhia); ignorando os afáveis protestos dos recém-chegados ("nós não mordemos"), as que ali estavam reunidas retiraram-se imediatamente.

⁵ Traduzimos "employée" por "funcionária" sem entender, com isso, qualquer conotação de servidor público.

Conscientes de sua posição subalterna na escala hierárquica, as funcionárias são aparentemente muito escrupulosas em relação às regras formais. Falando com estas mulheres, freqüentemente escutei a frase "não temos o direito..." (de comer as refeições, de tomar café, etc.). Surpreendidas (por mim) tomando café na copa, disseram: "Sim, roubamos alguns segundos". Não é de se espantar que as funcionárias se irrite pelo que elas consideram atitudes inconvenientes ou folgadas das pacientes. Por exemplo, como certas mães podem se permitir desprezar a refeição (para elas gratuita) à qual as funcionárias só teriam direito pagando?

Lembremos que as funcionárias são em média muito mais próximas do nível sócio-econômico das pacientes; várias mães com quem conversei eram filhas de funcionárias do hospital. Se por um lado isso as torna mais sensíveis a certos gostos e necessidades das pacientes, por outro, elas se mostram por vezes menos tolerantes frente a certos comportamentos. As pacientes que exigem atenção especial, como tudo que se afasta da rotina, só dificultam o trabalho das funcionárias. É portanto compreensível que estas sejam menos tolerantes que os médicos em relação aos desvios comportamentais.

As funcionárias, em geral, não contam com o mesmo tipo de recompensa simbólica que recebem as profissionais. Uma parteira, por exemplo, me conta:

"Eu me lembro que uma noite, de manhãzinha, eu estava tão exausta que precisei fazer um grande esforço, mas realmente um esforço enorme, para ser agradável com um casal. Sabes, no dia seguinte eles me ofereceram um belo presente por minha gentileza".

Seria praticamente inconcebível ver o esforço de uma funcionária ser assim recompensado. A única vez que vi uma funcionária sendo agradecida por uma paciente, ela ficou visivelmente comovida. Uma mãe elogiava a maternidade quando uma "azul" entrou no quarto trazendo o almoço. "Estou elogiando vocês", lhe disse a mãe: "Ah!", retorquiu a funcionária, "não eu, eu não sou enfermeira".

As mães com quem eu falava tinham quase todas a mesma declaração sobre os médicos e parteiras: são maravilhosos e extremamente simpáticos. Quando tinham críticas, eram inevitavelmente dirigidas às "amarelas" ou às "azuis". Voltamos ao questionário aplicado em 1988: as parteiras e a equipe médica recebem elogios regularmente; uma única vez a auxiliar de enfermagem, tendo ajudado no parto, foi incluída nos louvores. As críticas são raras, mas elas sempre se referem aos cuidados pós-parto: "Falta de cuidados diários... Um tratamento médico irregular, cuidados dia sim dia não (por falta de tempo)... No pós-parto algumas mulheres de azul são gentis, outras não."

Apesar de uma certa retórica relevante do **trabalho de equipe** onde todas as categorias funcionais e profissionais juntariam esforços, este ideal só se realiza nas salas de parto. A segregação estando ligada, em parte, à especialidade das funções, ela é de certo modo inevitável. Mas ela é inutilmente reforçada por algumas práticas sociais. As parteiras se reúnem quinzenalmente para discutir assuntos de interesse profissional, mas as reuniões que incluem todos os membros da equipe hospitalar são raríssimas. A importância das atividades de lazer não deve ser subestimada; o coquetel de ano novo (champanhe oferecido pelo chefe de serviço a todos os funcionários da maternidade) é um destes momentos que contribuem a uma maior integração dos diferentes setores. Mas estes são pouco freqüentes.

Noutros momentos as funcionárias são freqüentemente "esquecidas" quando da planificação das atividades extra-rotineiras. Por exemplo, o estágio de integração das novas intérpretes-mediadoras na maternidade envolveu os serviços de todas as categorias profissionais. Médicos, parteiras, enfermeiras e puericultoras deram cursos ou orientaram trabalhos práticos. Nenhuma funcionária foi solicitada a colaborar no curso. Os "especialistas" (etnóloga, psicólogo, psiquiatra) que vêm estudar a maternidade dão a estas pouco espaço em suas análises. Parece que em geral "as funcionárias", ou seja as pessoas que mantêm o contato mais regular com as pacientes, são as que menos recebem reconhecimento e, assim, que recebem o menor estímulo para melhor desempenhar seu papel.

IV. OS CLIENTES: ENTRE O EXÓTICO E O SÓRDIDO

Durante o inverno 1990-91, pude elaborar dados em fichas de quarenta e oito pacientes, sendo cinco africanas, cinco norte-africanas, quatro estrangeiras de outras origens (espanhola, portuguesa, finlandesa e vietnamita) e quatro francesas casadas ou vivendo em concubinato com norte-africanos (dois) ou reunionitas (dois).

Em geral achei o contato com as francesas mais fácil e mais "espontâneo" do que o com as imigrantes¹. Eu só encontrava as estrangeiras em seus quartos onde, freqüentemente nossas trocas se limitavam a perguntas e respostas ao estilo de um questionário. Mal acostumada a trabalhar no espaço de uma instituição formal e frustrada pelo ambiente pouco descontraído das entrevistas nos quartos, fiquei aliviada ao encontrar um local de encontro aparentemente "espontâneo" das mães: duas cadeiras ao lado de um telefone público frente a uma porta de entrada. Embora este corredor repleto de correntes de ar seja pouco confortável, à tarde eu encontrava infalivelmente três ou quatro mulheres conversando; aqui estabeleciam-se amizades entre pessoas que nunca haviam se visto antes. Algumas vinham fumar, já que nos quartos próximos aos bebês os cigarros foram proibidos; mas havia também muitas que não fumavam e vinham francamente em busca de companhia. Só encontrei francesas nestes grupos.

As mães francesas parecem se apropriar do espaço hospitalar de uma forma mais "inventiva" que as outras. Por exemplo, lembro-me de uma mulher grávida de quatro meses e meio que queria se fazer hospitalizar. Não tinha tido complicações, mas, por causa de uma briga conjugal queria simplesmente dormir noutro lugar que a sua casa. Várias destas mulheres nasceram elas mesmas na maternidade; algumas voltavam para dar à luz pela terceira ou quarta vez, sendo pessoalmente conhecidas pelos membros mais antigos da equipe². Talvez por esta "familiaridade" que ela dava a impressão de estar relativamente à vontade nesse local.

¹ Esta opinião contrasta claramente com a dos colegas (a etnóloga e o psicólogo) que estudaram a maternidade antes de mim.

² Algumas das estrangeiras também tinham voltado várias vezes mas, talvez por causa das dificuldades lingüísticas, elas não pareciam estabelecer contatos de familiaridade com as funcionárias.

1. As premissas teóricas desta análise

Minha experiência de etnóloga especializada em grupos de baixa renda no Brasil me dotou de uma formação intelectual que acabou se mostrando pertinente para o estudo das francesas que vêm parir na maternidade. Como assim? As francesas não eram, em princípio, alvo das minhas atenções. *Aparentemente*, a relação entre elas e a equipe médica é transparente. Trata-se, na sua maioria, de *normandes*, mulheres brancas, oriundas da região (Normandia), e pobres. Nada muito exótico aí. As africanas, sim, são exóticas, dignas de curiosidade; as normandas são mais do que familiares. Familiares e, em certos casos, sórdidas. Mas é justamente a experiência de pesquisa em situações onde as desigualdades sociais são gritantes (Brasil contemporâneo) que me ajuda a “estranhar o óbvio” na maternidade Flaubert. As relações inter-classes podem ser tão complicadas quanto as relações inter-étnicas, e com noções pré-concebidas ainda mais sólidas. Daí a utilidade de minha perspectiva.

Minhas bases teóricas se referem à história social dos grupos populares na Europa. Até a metade do século, as ciências eram dominadas por uma visão evolucionista e etnocêntrica do comportamento humano. Apresentava-se a história como a grande marcha do progresso, e os valores assim como o estilo de vida das classes privilegiadas como a vanguarda desta evolução. As pessoas que não assumiam os ideais dos grupos dominantes, notadamente os pobres, eram classificadas em diferentes categorias de marginalidade. Ainda que o moralismo subjacente a tais classificações seja mais evidente ("os pobres são degenerados ou doentes") ou mais sutil ("são ignorantes que devemos ajudar e instruir para que aprendam a viver como nós"), serve da mesma forma para reforçar o sentimento de superioridade³ de quem desenvolve a ciência.

O historiador Philippe Aries foi um dos primeiros pesquisadores a propor um modelo alternativo à visão tradicional dos grupos populares. Tomando como ponto de partida a evolução da família na França e na Inglaterra, consegue "historicisar" a família moderna; quer dizer que, longe de pensar em termos de "mais sadio" ou "mais natural", demonstra como os valores tais como a intimidade doméstica, a valorização do amor conjugal e o lugar central das crianças são produto de um contexto histórico preciso que respondem às necessidades de uma classe específica. Praticamente pela primeira vez, ao invés de retratar os "outros" em termos puramente negativos, Ariès dota os grupos subalternos de uma dinâmica própria. Ele fala de "grupos populares" ao invés de "grupos desfavorecidos", e levanta conceitos ligados a redes de solidariedade (de vizinhança e de parentesco) e de sociabilidade (da rua e dos lugares públicos) que, largamente incompatíveis com as novas sensibilidades burguesas, são específicas a este meio⁴.

³ A única voz aparentemente discordante, a do romantismo naturalista (os "primitivos" são mais "naturais", "menos corrompidos" que nós), nada mais era, em realidade, do que a projeção de ideais de classe.

⁴ Curiosamente, existem também psicólogos que citam Aries como referência teórica. Os riscos da interdisciplinaridade são, no entanto, numerosos. Lembremos, por exemplo, DeMause, um "psico-historiador" que tentou ligar as idéias de Aries com as da psicanálise. Tendo conservado visões tradicionais da saúde/patologia e do progresso, repetiu erros do evolucionismo tradicional. Enquanto o objetivo de Aries é de relativizar todos os valores (os das classes "médias" antes de tudo), DeMause deixa entender que as

Michel Foucault é outro pensador contemporâneo que guia nossas reflexões. O ponto forte dos pesquisadores dessa linha é a análise da evolução de serviços sociais modernos (da medicina e da psiquiatria aos sistemas de ensino e de assistência social) nos termos, não dum progresso humanitário, mas antes de uma progressiva "disciplinização" e "normatização" dos grupos populares. Como Aries, esses pesquisadores consideram que as sensibilidades, os valores e as práticas são um produto das condições objetivas de cada grupo. Haveria portanto uma divergência entre os valores das diferentes classes. Todavia, os grupos dominantes, por vários motivos, buscam exportar seus valores e suas sensibilidades para os grupos subalternos sem repartir com eles os privilégios de classe. A repressão brutal (polícia, prisão, etc.) tendo se mostrada pouco eficaz, instaurou-se, através dos novos serviços pedagógicos e higiênicos, a "estratégias sedutoras" da moralização dos pobres.

Estes pesquisadores têm em comum a convicção de que, para analisar adequadamente a "estranheza" dos outros, é necessário primeiramente questionar nossa própria "normalidade". A vantagem destas teorias é que, ao invés de re-elaborar lugares comuns, nos ajudam a sair do quadro referencial usual e a debater nossos próprios valores.

2. As Francesas

Na maternidade Flaubert, a designação "francesa" possui conotações que ultrapassam o aspecto puramente formal ou étnico da palavra. A grande maioria das mulheres européias que dá à luz na maternidade pertence aos grupos de baixa renda. Elas partilham de algumas características: sua experiência profissional se restringe aos empregos pouco qualificados, como empacotadora, assistente de cabelereiro, vendedora, faxineira; seus maridos estão freqüentemente desempregados ou em licença por invalidez. Os grandes empregadores de Le Havre são Renault (da indústria automobilística), a indústria marítima e portuária e o hospital. Os que não conseguem um destes empregos devem se contentar com um emprego pouco estável (na alimentação, construção ou manutenção), ficar desempregados (alguns pesquisadores estimam que as taxas de desemprego no Havre beiram em certas épocas os 30% da população ativa), ou ainda mudar para outra cidade de economia mais "dinâmica". O nível de escolarização é relativamente baixo; muitas mulheres não possuem diploma escolar algum; pouquíssimas têm estudo para além do primeiro grau. Elas completam sua formação através de cursos técnicos ou estágios oferecidos pela prefeitura. Em geral sem carro próprio, para virem à maternidade usam o de um parente, o de um vizinho ou um táxi. Freqüentemente sem telefone são obrigadas a passar por redes de amigos e vizinhos para notificar aos parentes do recém-nascido. Quantas vezes ouvi comentários como este: "Meu irmão vai me trazer hoje o endereço de meu pai para a gente poder avisá-lo (que o nenê já nasceu)", ou: "Minha mãe não sabe ainda pois está num asilo no sul e não sei como contatá-la".

sensibilidades "modernas", ao mesmo tempo em que são produtos de um contexto específico são no fundo mais verdadeiras, saudáveis e avançadas do que as outras.

Seria *extremamente arriscado*, no entanto, tirar conclusões globalizantes quanto às conseqüências deste balanço socio-econômico sobre a vida familiar ou sobre a "estabilidade psicológica" das pacientes. Por exemplo, mais de um quarto das mulheres entrevistadas não estavam legalmente casadas com o pai do bebê: numa proporção importante dos casais, tratava-se da segunda ou terceira união dos esposos. Seria tentador analisar este tipo de comportamento em termos de "desorganização familiar" e atribuí-lo à pobreza das pessoas em questão. Basta portanto ler as estatísticas demográficas sobre a França contemporânea para perceber que estas taxas de casamento e divórcio aproximam-se da média nacional.

Digamos ainda que não nego a existência de casos "patológicos". No entanto, em mais de sessenta mulheres com quem tive contatos, encontrei apenas duas ou três ostensivamente perturbadas. Duas delas apresentavam sintomas de depressão ou de angústia aguda que podemos encontrar em mulheres de todas as classes. Uma única me pareceu reunir a desvantagem de uma loucura a seu estado de "caso social". Trata-se de G., uma frágil loira com um "p" informe tatuado no braço: "É de "Pascal", meu primeiro amiguinho". Seus dois primeiros filhos, me diz, foram colocados pela DDASS em famílias substitutas; os quatro seguintes, que vivem com ela, são acompanhados por dois auxiliares familiares, uma educadora e um psicólogo ("Eu sou muito ajudada. Preciso disso."). Com trinta anos, ela acaba de parir seu sétimo filho. Durante sua estadia na maternidade, ela toma "comprimidos para dormir". Sempre com seu sorriso trêmulo, ela explica o motivo:

"É que meu velho veio me ver. Saiu com ele há seis meses. É o nome dele que dei a meu bebê. Mas tem outro homem, um cara horrível que diz ser o pai do meu filhinho. Ele veio me visitar no mesmo dia que o meu velho, e os dois brigaram. É por isso que estou neste estado."

A grande maioria dos "casos sociais", todavia, não sofrem de distúrbios psicológicos fora de comum. D., por exemplo, hospitalizada depois de um aborto, tem todos os atributos de uma "desajustada". Por seu aspecto é evidente que ela não dominou o código estético da classe dominante. Normanda roliça, os cabelos lisos num rabo de cavalo, ela se veste, blusa vermelha sobre blusa rosa, roupas de verão em pleno inverno. Entre doze irmãos e irmãs, ela conta três mortos ("pequeninos"), um surdo-mudo (decorrente de uma meningite), e um "excepcional" (caiu na água com três anos). Ela fala desembaraçadamente de sua infância, quando se aventurava nos lixos dos supermercados:

"Eu era a menor da turma. Me levantavam por cima do muro, e lá estava cheio de coisas boas. Alfaves em ótimo estado, coisas quase novas. E as frutas, tinha algumas que não estavam muito feias. Meus pais tiravam a parte podre e usavam o resto para fazer geléia."

Como ela encontrou seu companheiro (quinze anos mais idoso, duas vezes divorciado)? "Eu fui buscar meus⁶ bônus. Ele estava lá e eu pedi fogo." Como seu marido está desempregado, D. ainda vive dos abonos familiares que recebe por seus três filhos. No entanto ela não se considera uma "protegida". "Tenho horror desta história de auxiliar a domicílio⁷. Não tenho minha família, por acaso?" Considerar que sua rede de amigos e

⁶ Ticketes para comida proporcionados pela Seguridade Social a mães solteiras

⁷ O governo francês pode proporcionar um auxiliar que faz visitas domiciliares para orientar o casal ou a mãe sobre a gestão financeira de seu abono.

parentes responde de modo adequado a suas necessidades. Durante sua estada na maternidade, suas crianças estão espalhadas entre uma irmã, sua mãe e uma ex-mulher de seu marido. Saindo do hospital, ela pretende ficar alguns dias com seus padrinhos: “Meu padrinho sabe me levantar o moral. Estou até vendo; ele vai me dizer: “Estás triste porque perdeste um filho? Vem comigo no quarto que eu te faço outro”. Ela se entende bem com o companheiro: “Quando ele começa a ficar triste, mando ele pegar seu fuzil e ir caçar.” De sua própria família ela diz: “Tenho bons parentes. Sempre fomos solidários.”

Existe em D. um dinamismo e uma sensibilidade que desmentem classificações moralistas sobre os pobres. Ela é inegavelmente o produto de seu meio. Suas crianças não farão parte dos “quadros superiores”; ela não possui as sensibilidades “refinadas” dos grupos dominantes. Nossa hipótese é que ela participa plenamente de uma cultura popular regida por outras normas, por outras sensibilidades. Justamente por não ter sido bem socializada pela escola, ela não aprendeu a ter vergonha. Ela se sente competente em seu universo social. Noutras palavras: ela partilha com as pessoas de seu meio uma cultura que dá sentido à vida.

Existe, nesta maternidade, um contingente importante de mulheres e de filhas de estivadores. Estas clientes, principalmente quando estão em duas no quarto, mostram-se frequentemente de uma alegria turbulenta para a rotina do serviço. “Nos disseram que deve-se deixar a porta fechada, mas nós gostamos de ver o que está acontecendo no corredor.” Possuem um discurso que faz do sexo, da bebida e do corpo assuntos de piadas, deixando perplexos alguns membros do pessoal. Uma mãe que fica de pé na porta espiando os passeantes no corredor acosta jocosamente a enfermeira: “Nada para 69-70? Ainda não recebi nenhuma injeção!” Por este comportamento dizem que ela é “histórica”.

O pessoal da equipe médica tem, para com todas essas pessoas, uma atenção escrupulosa. Não há em hipótese alguma discriminação deliberada. No entanto, os julgamentos morais, por mais controlados que sejam, se fazem sentir por vias oblíquas, no tom da voz, nos olhares. Não seria nem possível nem desejável eliminar as opiniões pessoais por inteiro, mas poderíamos tentar trabalhá-las para que os juízos negativos não se escutem através de preconceitos classistas (ou racistas) além dos casos extremos. Ou seja, é preciso evitar que a maioria das mulheres, “diferentes” e “normais” ao mesmo tempo, sejam assimiladas à categoria de “desajustadas”.

Para sublinhar os perigos da generalização fácil, desempenharei o papel de advogada do diabo em relação a alguns enunciados formulados pelo etnólogo ou pelo psicólogo que estudaram Flaubert.

2.1 “*O isolamento*”

A etnóloga, sublinhando o contraste com as africanas, alega que as francesas são frequentemente isoladas; o psicólogo, pensando antes em termos de “pobres”, se refere a sua família “frequentemente ausente”.

Ora, conforme minhas observações, vastas redes de parentesco e de vizinhança são mobilizadas quando uma destas mulheres pari; um vizinho será convocado para levar a mãe ao hospital, uma amiga cuidará de suas crianças, ou ainda outra pessoa será encarregada de levar provisões (frutas, mamadeira, etc.) à mulher durante sua estada na maternidade. Basta passar uma tarde durante as horas de visita na maternidade para constatar quanto os quartos transbordam de pessoas. Por que, aliás, seriam necessárias tantas restrições (uma indicação em cada quarto lembrando às mães que, excetuando irmãos e irmãs, as crianças abaixo de doze anos não têm direito de vir visitar), se estas mulheres estivessem tão isoladas? São justamente as francesas de camada popular que se queixavam a mim das restrições aplicadas ao número de visitas. Vide as duas seguintes trocas:

Madame D.: “As enfermeiras vieram tirar meus amigos dizendo que eram demais. (Alguns deles fizeram mais de oitenta quilômetros para ver meu nenê.) Tenho quase certeza que é por causa da minha companheira de quarto. Ela saiu e, alguns segundos depois, a ajudante de enfermagem veio me dizer que as visitas deviam se retirar.

Madame T.: Ah, eu a vi, tua companheira de quarto. Ela parecia uma verdadeira “Madame”.”

Madame C.: “Eu fiquei furiosa. Vieram expulsar meus sobrinhos porque não têm doze anos!

Madame L.: “Minha sobrinha também veio me visitar, mas eu disse que era minha filha, então não me disseram nada.

Madame C.: “Tive azar, sabem que eu só tenho filhas em casa.”

2.2 “A passividade”

Um segundo juízo que nos parece equivocado diz respeito à passividade das mulheres. Segundo o relatório da etnóloga anterior:

“...uma grande parte das mulheres de Flaubert se submetem à gravidez e ao parto assim como se submeteram a muitas outras coisas: sua vida não ofereceu muita escolha e parecem não poder explorar as possibilidades como o fazem as mulheres de Monod. Elas se satisfazem com o mínimo.”

Encontramos a mesma noção no psicólogo: “Estas mulheres dão a impressão de que não podem ser atrizes de suas vidas, de seus desejos. Então elas sucumbem, aceitam as coisas dizendo que é assim. A Fatalidade.” E, sem poder saber quem influenciou quem, ouvi membros do pessoal falarem exatamente nos mesmos termos.

Para julgar esta passividade, precisamos primeiro lembrar que estamos lidando com pessoas de classes subalternas acostumadas a “conhecer seu lugar” ante as autoridades

institucionais. A mãe cuja criança passa pelo pediatra mantém uma certa reserva porque sua experiência anterior, assim como os sinais do momento (um homem, visivelmente de classe superior, bom falante) lhe lembram seu lugar inferior, sua ignorância em relação ao saber instituído. Muitas das perguntas feitas durante as consultas pediátricas parecem mais úteis para sublinhar esta desigualdade (“Você é casada? ... Seu marido lhe ajuda?”) do que para estabelecer uma troca de informações.

Os estereótipos sobre os “pobres desajustados” permeiam as trocas, deixando as mulheres num fogo cruzado onde qualquer comportamento que não seja manifestamente “médio” é tomado como sintoma de desajuste. Num jogo de “double bind”, tudo que as mães fazem é interpretado como muito ou muito pouco. Os presentes para o bebê são muito suntuosos ou são poucos; a mãe é indiferente ao filho ou excessivamente afetuosa; ela fica demais no quarto (com a televisão) ou insuficientemente (indiferente às eventuais necessidades do bebê); ela se queixa demais da dor do parto ou ela a minimiza por um tipo de bloqueio nervoso. Até mesmo os bebês são julgados hiper ou hipo-ativos pelos testes...

Esta noção de passividade é particularmente danosa quando cria um obstáculo à comunicação entre as mães e os membros da equipe profissional. Por exemplo, um médico pediu a uma mulher cuja filha tinha icterícia se as outras crianças tiveram problemas parecidos; a mãe respondeu com um simples “sim”, o que pareceu satisfazer a quem fez a pergunta. Ora, logo que chegou ao corredor, ela me confiou informações mais detalhadas: “Com a última foi bem pior. Ela ficou um mês na incubadora por causa disto.” Parece que durante a consulta ela não encontrou o momento oportuno para manifestar este lado mais “ativo” de sua maternidade.

A chamada passividade das mães não é, aliás, sentida uniformemente por todos os membros do pessoal. Diria-se que quanto mais alto o profissional está na hierarquia, mais os pacientes lhe parecem passivos. Os auxiliares de enfermagem e os auxiliares de puericultura, testemunhas de resmungos cotidianos, podem ter formado outras opiniões. Do lado do telefone, ouvi eu mesma copiosas críticas feitas por algumas mães à rotina da maternidade.

“Estas pessoas não sabem o que querem. Uma me diz que não devo me levantar. Depois a outra, na hora de limpar o pinico, coloca que eu poderia também fazer um esforço.”

“Para amamentar uma me diz que deve-se colocar o bebê dez minutos em cada seio. Depois uma outra diz que deve-se esvaziar um seio e deixar o outro para a próxima. Finalmente fiz o que bem entendia, eu é que decidi.”

2.3 Um exemplo

O seguinte exemplo merece atenção não só por indicar certa falha na comunicação entre mães e médicos, mas também por ilustrar a idéia de uma dinâmica própria aos grupos populares.

Aos vinte e cinco anos, Madame R. (tatuada no braço, longos cabelos lisos) acabava de dar à luz a seu quarto filho. O parto tinha sido difícil e a criança, levemente afetada pela operação a fórceps, foi transferida para a neonatologia.

Algumas horas após a transferência, entrei no quarto de Madame R. com a faxineira que lhe trazia seu almoço. Esta empregada, mulher de uns cinqüenta anos com cara simpática, perguntou a Mme. R. se tinha recebido notícias de seu bebê. Mme. R. ficou muda, olhar glacial fixo na TV. Após alguns segundos, grandes lágrimas se puseram a correr sobre suas bochechas. Mas ela ainda não falava, não desviava seu olhar da televisão. A mulher de azul me disse: “Vamos, voltaremos mais tarde. É freqüentemente assim logo após as primeiras notícias.”

Constrangida, buscando eu mesma ter notícias da criança, fui rapidamente tranqüilizada pelo pediatra: “O bebê vai bem. Eu bem que expliquei à mãe, mas ela não reagiu, parece que ela não entendeu nada.” Pensei então na descrição do psicólogo sobre as mães sub-proletárias “de olhar vago” que padecem de “desgaste afetivo” em relação a seus filhos.

Voltei para ver Mme. R. mas, encontrando seu quarto vazio, instalei-me no vestíbulo, ao lado do telefone, com três mães que acabavam de se conhecer e que falavam com intimidade entre elas. Pouco depois, chegou Mme. R. e ficou de pé, imóvel, encostada contra a parede a alguns metros das mulheres que conversavam. Pouco a pouco, no espaço de dez minutos, ela deslizou pela parede até chegar a uma distância em que fosse impossível ignorá-la. Então uma das mulheres lhe perguntou: “Ah, não é você que pariu esta manhã? Não quer sentar?” Assim Mme. R. entrou na conversa; logo brincaram com ela. Ela explicou detalhadamente às outras o problema de seu bebê, aproveitando para esclarecer a mim, que ela identificava com o pessoal do hospital. “Outra hora, lá, eu estava muito nervosa. Eu sei que não é grave, mas não posso fazer nada. É a primeira vez que um filho meu baixa na neonatologia e isso foi um golpe para mim.”

Esta mesma tarde, por volta das nove horas, passei nos quartos e vi estas mulheres se organizando. “A companheira tá sem moral porque seu bebê ainda não voltou. A gente disse para ela que passaremos para chamá-la. Vamos nos reunir em baixo para não ficarmos entediadas”.

Não se deve imaginar que este tipo de amizade se instaura automaticamente entre todas as francesas. Quando comento a gentileza das mães na maternidade, a própria Mme. R. me retruca: “algumas não valem nada”. Outra se queixa da “madame” com quem deve partilhar o quarto. Ainda assim este episódio é sintomático de uma tendência que deve ser tomada em consideração para melhor se compreender a dinâmica do comportamento das clientes em Flaubert; uma tendência para a sociabilidade. A espontaneidade com a qual algumas mulheres se relacionam, brincam e contam detalhes de sua existência responde a uma inclinação social bem diferente dos ideais de tranqüilidade e de discrição da classe média. Não se trata de estabelecer “profundas” amizades: não se trocam necessariamente endereços; às vezes não se sabe sequer o nome das camaradas. A troca não é por isso menos

eficaz para garantir uma satisfação pessoal e um certo equilíbrio emocional durante os cinco a sete dias de estada na maternidade.

2.4 Uma rede informal de informações

A sociabilidade das mulheres serve também como rede de comunicação. Sentadas ou em pé, em grupo ao lado do telefone, elas se transmitem informações que completam, reforçam, e algumas vezes contradizem as informações fornecidas pelo hospital. Por exemplo, uma primípara que tinha escolhido não amamentar sua criança não tinha recebido comprimidos para evitar a produção de leite. Ela sequer sabia que isto existia. Dois dias após o parto, informada por outra mãe, ela pediu o medicamento, obtendo-o imediatamente.

Outra mãe, igualmente primípara, teve anestesiada a região do baço. Sua experiência inspirou vários comentários. “Eu não sabia que era tão perigoso. Uma mulher aqui me falou. Se eles erram o lugar ou se tu mexes, arriskas ficar paralisada pelo resto da vida.” Uma senhora que acabava de ter seu terceiro filho acrescentou, “Taí, aprendi algo; eu nem sabia que existia esta anestesia. É a primeira vez que ouço falar.”

Evidentemente, os círculos de comadres recebem olhares atravessados por parte de muitos membros da equipe médica. Segundo uma pessoa, “Dizem tudo que é mentira!” Mas é justamente nestas trocas informais que as mulheres têm oportunidade de se mostrarem ativas, curiosas, participantes, e que acham uma brecha para enfrentar o saber médico.

V. O ENCLAUSURAMENTO PROGRESSIVO DO ESPAÇO COLETIVO: UMA HISTÓRIA DA MATERNIDADE

A história da maternidade reflete pressões constantes contra esta sociabilidade dos grupos populares. Mais se volta no tempo, mais se acentua o aspecto comunitário. As mulheres, suas mães que vêm visitar, e mesmo alguns empregados que estão em Flaubert há muito tempo, gostam de descrever a “época das grandes salas”: “Ficávamos em doze no quarto. Ríamos bastante. Tinham umas desavergonhadas que vinham do campo e, ah, aprendíamos coisas!” O auxiliar de puericultura que era apenas uma estagiária na época se recorda:

“Éramos numerosos, mais do que hoje, e trabalhávamos todos juntos. (Ela enumera os diferentes agentes no setor contabilizando oito ou dez). Pegávamos todos os bebês ao mesmo tempo, numa espécie de carreta. Levávamos eles a uma grande sala onde podíamos conversar enquanto trocávamos fraudas. Sabíamos qual já tinha sido trocado pois o deitávamos com a cabeça noutra direção... Tudo era em comum, até a sala de trabalho só tinha uma cortina separando uma mulher da outra.”

Mesmo após as modificações em Flaubert (a instalação de quartos individuais ou duplos), o novo esquema arquitetural, com seus muros semi-abertos guarda algo do antigo ambiente coletivo. É sem dúvida por causa desta permeabilidade do espaço individual que certas mulheres alegam preferir Flaubert a Monod, apesar da falta de conforto (banheiros e chuveiros coletivos, quartos exíguos, etc.). Todo mundo, é verdade, se queixa da pequenez dos quartos. Mas a solução proposta nem sempre é a mesma. Por exemplo, duas mães (entre os estivadores) propuseram a idéia de simplesmente derrubar a parede entre dois quartos: “seríamos quatro por quatro. Riríamos mais e seria mais arejado.”

Na história recente, há uma fase controvertida do pavilhão *Capricórnio*, outra solução acionada para desafogar a maternidade, antes da construção de Monod. Quase todas as mulheres com quem falei tinham conhecido, enquanto paturiente ou amiga de parturiente, este “anexo”, situado no território do hospital psiquiátrico, para onde se transportava a metade das mães com seu bebê, três dias após o parto. Havia muitas objeções em relação ao lugar, primeiro por causa dos “perigos” e das angústias provocadas pela proximidade dos doentes mentais, depois pelo excesso de rigidez dos regulamentos (em relação a horários de visitas, etc.). Ainda assim, muitas mulheres, tal como a seguinte, têm saudades daquele lugar:

“Era melhor. Tinha uma máquina para comprar bebidas, e uma grande sala comunitária onde se podia conversar e receber visitas. Tinha uma televisão colorida e poltronas; não eram cadeiras duras como agora. As crianças se divertiam. Tinha um lugar onde podíamos deixar os bebês se quiséssemos descer para fumar um cigarro, por exemplo. Além do mais comíamos todas juntas. Era muito mais simpático.”

O aspecto comunitário da rotina agradava evidentemente a um bom número de mães.

No que diz respeito ao futuro, seria interessante examinar o projeto arquitetural dos novos locais que devem abrigar a maternidade Flaubert a partir de 1991. Em relação à atual organização do espaço, a proporção de quartos simples e duplos será invertida: Enquanto hoje as mulheres brigam para conseguir um quarto exclusivo, o ano que vem, as que quiserem companhia deverão concorrer pelos raros quartos com duas camas. Cada quarto estando equipado com um banheiro, não se verá mais as mães indo e voltando do banho. O cerceamento da sociabilidade tocará também às atividades ligadas à higiene do nenê. Por hora, as mães têm o hábito de se verem várias vezes por dia quando, sob a supervisão de um auxiliar de puericultura, limpam e trocam seus recém-nascidos numa sala coletiva própria para isto. No novo prédio, projeta-se uma banheira de bebê em cada quarto “para que as mães incorporem cedo o hábito de fazerem elas mesmas a limpeza de sua criança como se estivessem em casa”.

No lugar do vidro opaco, haverá muros maciços; não se poderá mais entrever uma sombra do outro lado do biombo. As portas, sem janela, se distribuirão lateralmente ao longo de corredores duas vezes mais longos que os da atual maternidade.

Outra mudança contribuirá ao isolamento das mulheres no seu quarto: o escritório de vigilância, atualmente longe dos serviços, será dentro mesmo destes serviços. Se este ano a regra a respeito das portas fechadas é freqüentemente esquecida pelas empregadas que

simpatizam mais com o espírito gregário das pacientes que com a austeridade da supervisora, nos novos locais, será mais difícil esquecer a autoridade desta.

Cada um dos dois serviços onde alojam pacientes será subdividido em duas alas separadas por um vestíbulo. Onde hoje a escada aberta dá impressão de certa continuidade de um andar para outro, se terá uma escada completamente escondida dos quartos pelo vestíbulo e ainda com portas metálicas. Ao invés de um único, haverá três elevadores: um para as mães e suas visitas, um para os membros da equipe e, **no lugar originalmente reservado para uma pequena sala pública**, um terceiro para responder aos imperativos higiênicos do bloco cirúrgico. Para os “círculos de comadres”, os agrupamentos de sociabilidade quotidiana, nenhum espaço está previsto. Perguntamo-nos, na nova maternidade, onde irão as mulheres gregárias que, atualmente, ocupam as poltronas da ante-sala ao lado do telefone: furmarão seus cigarros na rua? à frente da porta de entrada?

Ainda neste ano, a comunicação depende, basicamente, dos contatos imediatos: para chamar alguém da equipe, as mães costumam espiar, de sua porta, os vai e vem no corredor. As empregadas fazem três passos para vencer a distância entre o berçário e a copa; podem até mesmo se interpelar sem muita dificuldade de um andar para outro. Os botões de chamada e os interfones existem mas só intervêm numa pequena parte das trocas rotineiras. Nos novos lugares, a comunicação dependerá indubitavelmente muito mais desses intermediários tecnológicos. O aumento da superfície física da maternidade, do tamanho dos corredores, exigirá, por outro lado, um aumento correspondente no tempo consagrado a certas tarefas (a faxina, por exemplo); não se prevê, contudo, o aumento do número de trabalhadores hospitalares.

Finalmente, após a mudança, podemos imaginar que a maternidade Flaubert será convenientemente “modernizada”, não somente no aspecto higiênico mas também no estético. Quanto à cor das paredes, o estilo dos móveis, o material do piso, parecerão aos de qualquer outro hospital “moderno”. Esta mudança que já encanta alguns membros da equipe (“Será exatamente como Monod”) suscita apreensão em outro: “Será o hospital em série, o hospital-usina, o horror.”

Constatamos portanto que a evolução da organização do espaço/tempo da maternidade é testemunha do que Ariès chamaria “o aburguesamento das sensibilidades”. O espaço é progressivamente compartimentado, individualizado, permitindo cada vez mais intimidade às mulheres e às suas famílias. Quer se afastar o barulho, a desordem, a promiscuidade. Ainda que esta evolução responda tanto aos imperativos das normas higiênicas quanto ao gosto de **certas** clientes, haverá, sem dúvida, muitas mulheres - como a Monod - que, para não se “entediarem”, serão obrigadas a vagar nos corredores em busca de um pequeno canto de sociabilidade.

VI. UM REDIMENSIONAMENTO DOS VALORES DA MEDICINA MODERNA

Para ser médico ou parteira deve-se passar por longos anos de formação onde se aprende não somente a praticar atos médicos mas também a valorizar o sistema de crenças que sustenta tais atos. Quanto mais se estudou, maior a tendência a respeitar os preceitos e as descobertas da “ciência”. Os médicos, por exemplo, são os primeiros a citar estatísticas, a passar questionários, a se informar dos resultados das pesquisas... Os outros sistemas de saber, se não se mostram compatíveis com esta ciência, são relegados ao domínio das superstições, do folclore, ou talvez até mesmo das “crenças étnicas”.

Ora, uma boa parte desta ciência se mostra não menos frágil e transitória do que as “superstições”. Frequentemente uma inovação técnica de utilidade limitada é acolhida com um entusiasmo exagerado e aplicada em grande escala. Os membros da equipe seriam os primeiros a confessar que, na medicina, existem “novidades” que, embora apresentadas como o cúmulo da modernidade, resultado de um perfeccionismo científico, são na verdade modas que gozam de uma popularidade passageira.

Os preceitos higiênicos e médicos clássicos são envolvidos por ritos (branco=limpeza, por exemplo) que terminam por serem indissociáveis do saber “objetivo”. Estas práticas possuem a dupla função de apaziguar as angústias e de criar uma identidade de grupo. Por exemplo, a enorme quantidade de exames que se fazem ao recém-nascido funciona, entre outras coisas, como uma espécie de talismã que garante aos pais e profissionais que tudo está sob controle. Ao mesmo tempo, todos os membros da equipe, dos auxiliares de enfermagem aos médicos, se envolvem numa rede de cumplicidade que reforça sua identidade de grupo. Nem todo mundo compreende a “verdadeira” função dos testes. Encontrei auxiliares de puericultura, por exemplo, que aplicavam regularmente o teste de Guítry sem ter idéia de sua utilidade. Mas, crendo na importância de seu ato, cada pessoa está plenamente implicada na ética médica. A gíria médica (“ciru” para cirurgia, “cesa” para cesariana, “primi” para primípara) também serve para identificar as pessoas “in” do grupo..

Os diferentes ritos e modas são, contudo, de uma utilidade indiscutível. A profissão médica, por sua própria natureza, é envolvida de uma forte dose de angústia. Ser responsável da boa saúde, até mesmo da vida, de mães e de crianças, manipular corpos (às vezes cadáveres), enfrentar quotidianamente angústias dos pacientes e de seus parentes, estes não são deveres ordinários. Os profissionais que os executam não são indiferentes, e os gestos rituais são indispensáveis para aliviar as angústias da profissão. As diversas crenças e práticas do momento servem portanto a este objetivo: dão segurança aos profissionais, a certeza de que estão fazendo todo o possível para o bom desempenho do ofício.

Ao mesmo que reconhecemos a “lógica” dos ritos médicos, insistimos na necessidade de colocar essa lógica em perspectiva. A ciência médica foi desenvolvida por certo grupo segundo suas próprias normas. É portanto extremamente difícil não mesclar uma moralidade de classe às indicações e conselhos “puramente científicos”. As clientes da maternidade não passaram pela mesma formação dos membros da equipe. Elas possuem seu próprio estoque de técnicas e ritos para ter a sensação de compreensão e controle do processo de parto. Sejam francesas ou estrangeiras, quando chegam à maternidade, as mães

se prontificam para submeter-se os saberes “modernos” mas seu próprio conjunto de crenças permanece como suporte moral da experiência.

1. Tradição e Modernidade

Nas sociedades “tradicionais”,⁸ a fronteira entre os especialistas da saúde e seus clientes não é tão clara. Frequentemente a mulher que ajuda o parto de outra é apenas uma vizinha ou uma parente das proximidades a quem a mãe retribuirá o serviço. Mesmo na França, até a geração anterior, um bom número de mulheres paria em casa. Os detalhes da gravidez eram, e ainda o são, acompanhados por círculos de “comadres”. Para determinar o sexo do bebê, por exemplo, se “fará o pêndulo”, avaliar-se-á a forma do ventre, seus movimentos... No que diz respeito ao ensinamento destes saberes, o papel das avós é frequentemente revalorizado, seja entre as africanas ou entre as francesas. O saber não é privilégio de uma seleta minoria; ele pode até ser posto numa escala de grupos segundo idade e sexo, mas em geral é partilhado entre as pessoas de mesmo status.

Na sociedade “moderna”, o grupo de especialistas detém um saber que não está facilmente disponível aos outros. Entre o especialista e suas clientes estabelece-se uma relação hierárquica. Mesmo quando as clientes são europeias de camadas privilegiadas, pertencentes assim ao mesmo grupo cultural que os especialistas, a relação implica certa desigualdade. Quando se trata de clientes de grupos “desfavorecidos”, a desigualdade dos saberes vem reforçar outras diferenças de ordem social e econômica.

2. Conceitos diferentes de criança

Segundo a visão “moderna”, a criança é um indivíduo singular, insubstituível, que começa a formação de seu caráter numa série de etapas e experiências quando ainda no ventre de sua mãe. A ecografia é o instrumento por excelência deste saber médico moderno. Um estudo estima que as mães faziam, em 1986, aproximadamente 2,1 “ecos” por gravidez, mas encontrei muitas mulheres, principalmente entre as mais jovens (que são mais facilmente seduzidas por novidades tecnológicas) que dizem ter feito sete ou oito. Durante as ecografias a parteira fala com o feto; ela lhe atribui sentimentos, ela o apresenta, digamos, à mulher que o carrega: “Pronto, aqui ele diz oi, aqui ele está pensando com a

⁸ Nosso emprego dos termos “moderno” e “tradicional” não implica qualquer hierarquia de coerência lógica ou de valor moral. Reconhecemos ainda por cima que enquanto a ideologia “moderna”, dado seu modo de disseminação, é bastante uniforme, a ideologia “tradicional” é multiforme: as Maliks, as Wolofs, as Berbères, as Portuguesas e as Francesas de baixa renda são, evidentemente enormemente diferenciadas umas das outras. Para contrastar com o conjunto de crenças típicas do sistema médico, usaremos o usual expediente da simplificação. Criamos assim a categoria “tradicional” para enfatizar o caráter particular do moderno.

mão no queixinho, aqui ele está dizendo que está de saco cheio, que chega!”. Podendo prever o sexo, atribui-se freqüentemente um nome ao bebê desde o quarto ou quinto mês de gestação. Para certas mães, a primeira foto no álbum da criança será a da ecografia. Noutras palavras, pela ecografia traça-se a individualidade da criança por nascer. Antes mesmo do parto ele tem um caráter especial, acumula experiências que o tornarão singular, incomparável.

Na concepção tradicional as crianças não são necessariamente vistas do mesmo modo. Em certos casos, por exemplo, sua individualidade é inteiramente subordinada ao bem-estar do grupo familiar. Possuem assim um valor quantitativo além dum qualitativo. Quer dizer que se a soma total do que trazem as crianças para a casa aumenta em função de seu número, pode-se preferir ter muitas, mesmo considerando que isto limite o alcance individual de cada um. O seguinte episódio ilustra bem este princípio:

Um casal senegalês sabia que ambos portavam uma doença genética hereditária que se manifestaria, segundo as probabilidades, em metade de suas crianças. O médico do centro de Proteção Maternal e Infantil (P.M.I) que os acompanhava esperava que o casal procurasse limitar o número de suas crianças para cuidar bem de todos os nascidos; o casal deduzia, pelo contrário, que deveria ter mais crianças que o normal pois só poderia contar com a sobrevivência das sadias.

Das africanas diz-se que não dão muita importância aos bebês antes do batismo (normalmente pelo sétimo dia). No hospital, elas podem até mostrar uma certa “indiferença” em relação, por exemplo, a um bebê retirado e transferido para a neonatologia. Uma mãe esperou três dias (assim como o marido) para subir ver seu filho pela primeira vez; uma outra, cujo filho prematuro ficou em neonatologia por três semanas, só veio visitá-lo quando a assistente social a buscou de carro, rejeitando ainda a sugestão do pediatra de levar a criança para casa para curtas visitas durante o dia. Considerando que a “psicologia infantil” é uma noção estranha a este meio, suas atitudes tornam-se compreensíveis. O laço mãe-criança, especialmente nos primeiros dias de vida do nenê, simplesmente não é uma questão prioritária. Se a criança está bem cuidada (na neonatologia, berçário, etc.), para que se preocupar?

Os profissionais dos centros de P.M.I. têm oportunidade de trabalhar mais seguidamente com mães africanas, acompanhando-as por meses ou anos consecutivos inclusive com ocasionais visitas a domicílio. Vários destes profissionais sugeriram que a decisão de ter ou não um filho não depende da mulher. Os homens africanos se pronunciam quase todos contra as práticas anticoncepcionais, e, freqüentemente, suas mulheres pedem ao serviço de saúde métodos “secretos”- aqueles que podem ser usados sem conhecimento do marido. Era o caso de uma jovem mulher que, trazida à França para ser a segunda esposa de seu marido, teve dois filhos em três anos. A intérprete-mediadora senegalesa comentou meu diálogo com esta mulher: “É que os maridos dizem: Para que te fiz vir? Tu não trabalhas (por um salário). Tu vais te ocupar com o quê? Se só tens dois ou três bebês vão rir de mim, dizer que levas uma vida fácil.”

É difícil generalizar sobre a subordinação da mulher à autoridade do marido. Não somente o jogo do poder doméstico varia muito de acordo com a etnia como a situação específica do imigrante provoca profundas modificações no comportamento tradicional. Diversas mulheres alegaram que normas de costume que proíbem partos muito seguidos

não são respeitadas pelos homens após sua chegada na França. Em muitos casos o homem já vive na França há muito tempo quando manda buscar sua mulher. Por conhecer menos a língua e os modos de vida do novo país, ela por vezes dependerá de seu marido até para os mínimos detalhes da vida cotidiana. Ela não sairá para fazer compras nem faz uma consulta médica sem estar acompanhada de seu marido ou de algum amigo ou parente por ele designado. A reconstituição da comunidade de origem acontece aos poucos sobre o novo território, de modo que hoje podemos encontrar bairros habitados por diversas famílias oriundas dum mesmo grupo consangüíneo. Uma vez que o local de residência depende do homem (em função de ser assalariado), as redes de parentesco parecem se estabelecer mais pelo lado masculino. Estes fatores que, num primeiro momento, reforçam a autoridade masculina podem, eventualmente, perder sua força frente às influências “modernizastes” sobre o casal. Se a mulher fica tempo suficiente na França, se ela tem possibilidades de ter aulas de francês, alfabetização, se ela consegue estabelecer relações sociais que auxiliem neste sentido, ela poderá talvez se apropriar de noções sobre a “liberação das mulheres”. No entanto a imigração africana é recente e a maior parte das mulheres não parece ser influenciada por estas noções. Elas continuam tendo filhos mesmo quando expressam ressentimento quanto à repetição incessante de gravidezes..

É preciso, enfim, considerar as possíveis interpretações psicanalíticas do comportamento materno. A aparente indiferença das mães pode ser um mecanismo de defesa contra a angústia, por um lado, de ordem da formação reativa: prestar muita atenção ao recém-nascido pode provocar consequências negativas para sua saúde. Receia-se o mal olhado, a inveja, etc.). Por outro lado, a indiferença pode ser uma preparação para perdas futuras. Sabemos que a concepção tradicional da criança é freqüentemente ligada a uma taxa alta de mortalidade infantil. Nesse contexto pode ser um consolo crer que se uma criança desaparece, outra poderá preencher o vazio. Os indivíduos são, felizmente, substituíveis. No que diz respeito à mortalidade infantil, as normandas parecem estar apenas uma geração na frente das africanas: da mesma forma que estas já viram morrer muitos filhos de doença ou de complicações durante o parto, as normandas perderam, na sua infância, irmãos em condições semelhantes.. Vejamos na testemunha normanda a seguir que a lembrança de perdas ainda está viva:

“Meu tio regou seu nenê logo depois do nascimento (“regar”, isto é sair beber com os amigos para festejar a nova paternidade). O nenê não tinha nada, estava bem. E o dia seguinte, quando meu tio chegou no hospital, descobriu que a criança tinha morrido durante a noite. Pense bem! É por isso que nós, na nossa família, a gente só rega a criança depois que ele volte do hospital para casa”.

A escolha de nome revela outro detalhe indicador do lugar da criança nesse grupo. Segundo seu sexo, a criança recebe o nome de seu pai, sua mãe, de um tio ou tia, ou dos avós. Aproveitando o número máximo permitido (quatro), os Normando misturam o nome de estrelas (de cinema) ao de parentes. Frequentemente, encontra-se nomes “em série”; assim, o mais velho de irmãos será Michel (o nome do pai) Demitri, o segundo será Demitri Sebastião, o terceiro, Sebastião Luciano e assim adiante. As crianças constroem sua identidade social enquanto parte de um todo (a família). Os nomes fornecem a prova.

Ao consultar os documentos sobre os cuidados tradicionais sobre a mãe e o nenê na França, encontramos muitas práticas e atitudes semelhantes às aquelas que observamos em 1991 na maternidade entre as mulheres imigrantes e as francesas de baixa renda. Parece que “antigamente”, enfatizava-se mais os saberes femininos; antes do batismo, o nenê era considerado em margem da vida (nem mesmo era amamentado); a atribuição de um nome indicava ante de tudo um lugar na linhagem (F. Lux). Todavia, a menos que subscreva-se à visão evolucionista criticada acima, este tipo de prática não deveria ser usada para pintar as pessoas da época atual como “atrasadas”. Pelo contrário, deve reforçar a hipótese de que essas atitudes que escapam à lógica médico-higienista permanecem arraigadas em experiências concretas de existência.

3. Os ritos qui circundam o parto

Nos ritos que circundam o parto, encontra-se, de novo, um confronto entre as visões “tradicional” e “moderna”. Há anos que as equipes médicas francesas encorajam a participação do pai. Na Maternidade Flaubert, ritualiza-se essa participação deixando ao homem certas tarefas: cortar o cordão umbilical, dar o primeiro banho ao recém-nascido, etc. Quando assim deseja, uma mulher pode acompanhar o nascimento de seu nenê através de um espelho dependurado em cima dela. Logo depois do parto, coloca-se o nenê na barriga da mãe durante alguns momentos. As atenções se deslocam, então, da mãe para o nenê que se torna o centro de atenções. A parteira e a auxiliar de enfermagem limpam, pesam e vestem o nenê enquanto a mãe espera as contrações necessárias para a expulsão da placenta. Frequentemente, e especialmente quando o pediatra está presente, fala-se diretamente com a criança: “como sou bonito!”, etc.

É normal que os especialistas do parto inventam ritos para acompanhar seu ofício. Porém, esses ritos não são universalmente eficazes. Têm uma significação para aqueles que os criaram; reforçam um sistema de valores ligado à família moderna: intimidade, igualdade entre os esposos, a importância central do vínculo mãe/filho, e a imagem da criança enquanto ser psicologicamente em formação. Um “lindo parto” seria a condensação em um só retrato desses valores.

Se, há vinte anos, as parteiras eram as primeiras a expulsar da sala de parto os maridos ansiosos “que só atrapalhavam”, hoje, tendo feito viravolta, elas exercem uma pressão sutil para que os maridos participem do evento. Uma norte-africana me explica como ela respondeu à parteira que lhe perguntava se seu marido não ia participar do parto:

“Falei para ela, ‘Preciso trabalhar. Se meu marido estiver presente, não vou poder me concentrar’. Então, a parteira ficou com os olhos desse tamanho, ‘Ah é?’”

Como analisar as “resistências” que os estrangeiros opõem a essas pressões? os homens que cabram, por exemplo, à idéia de participar do parto?

Os etnólogos que trabalham no contexto europeu tentam desmistificar o ideal do “casal unido” (segundo o qual a maioria de atividades, do trabalho doméstico até o lazer, são compartilhadas pelos dois cônjuges). Elizabeth Bott, por exemplo, na sua pesquisa

sobre famílias inglesas, mostra como a segregação de papéis sexuais é típica de um contexto operário tradicional caracterizado por “redes densas”, isto é pelo interconhecimento de amigos e vizinhos. Marido e mulher acham normal e desejável passar boa parte de seu tempo com amigos do mesmo sexo, à exclusão do esposo. Atitudes são inseparáveis dos modos de organização social. O princípio de igualdade entre os sexos, que, em um contexto, pode promover a compreensão mútua e a harmonia do casal, pode, em outro contexto, contribuir para neurose individual e anomia social.

Louis Dumont, no seu estudo clássico da Índia, dissecou a ideologia individualista que subjaz a noção ocidental de igualdade, incluindo a igualdade entre os sexos. Em contraste, ele propõe a idéia de uma cultura holista em que a diferença de papéis e de participação na família não é vista como ameaça. A idéia da justiça não depende da similitude, em que cada um teria um papel idêntico ao outro, mas do princípio hierárquico segundo o qual a complementariedade de papéis diferentes garante o bem-estar do conjunto. Conforme essa lógica, a presença paterna no parto não teria muito sentido, nem sua participação nos primeiros cuidados do nené.

A centralidade da criança nos ritos do parto moderno pode entrar em conflito com valores “tradicionais”. Durante os últimos minutos do trabalho de parto, a mãe está normalmente amparada por duas ou três pessoas: a parteira, um auxiliar de enfermagem, e eventualmente uma enfermeira. Cinco minutos depois, a quase totalidade dessa equipe está agitando em torno do recém-nascido. Evidentemente, não estão longe da mãe, pois a toilette do nené ocorre na mesma peça, a dois metros da parturiente, sempre ao alcance caso a mulher venha a precisar delas. Porém, é inegável, que - durante um parto rotineiro - o nené, tão logo quanto nasce, é o centro de atenções. Certas mulheres, oriundas de culturas menos “filocêntricas”, podem ser chocadas por essa prioridade de atenções. Depois de tudo, para a saúde da mulher, a expulsão da placenta é tão crucial quanto o nascimento do nené. Assim, certa algeriana se queixa do tratamento que ela recebeu na sala de parto e, apesar de lembranças precisas sobre cada intervenção no tocante ao seu próprio corpo (as máquinas, as dores, um meio-litro de transfusão sanguínea, etc.), não lembra do peso de seu filho na hora do nascimento.

Nem todo mundo crê necessária uma demonstração constante de afeição materna para o bem-estar da criança. Enquanto o pediatra pressiona as mães a ficarem ao lado de seus recém-nascidos, um bom número de mulheres (francesas) expressa uma opinião contrária: “O problema dessa maternidade é que não tem nada para fazer. Quer dizer, nada além de cuidar do nené.” Certamente muitas mulheres não entendem bem por que deveriam falar com seus nenês durante suas primeiras semanas de vida. Por que traduzir a afeição necessariamente pela comunicação verbal? Enfim, existe a questão de amamentação. Outros estudos já demonstraram a importância do fator socio-econômico: quanto mais alta a mulher na hierarquia socio-econômica, mais a chance dela amamentar seu filho. Mais de cinquenta por cento das normandas entrevistadas tinham optado pela mamadeira. As razões são diversas. Em certos casos, é por causa de uma primeira experiência fracassada: “foi muito doloroso”, “não tinha bastante leite.” As vezes a mulher alega ter feito sua escolha em função do marido: “ele acha vulgar”; “ele gosta de seios pequenos. Amamentei meu primeiro filho apenas duas semanas e já tive que aumentar meu sutiã!” Poderíamos procurar explicações psicológicas para essas “recusas”. Mas, também,

poderíamos sugerir que para esses pais os benefícios higienicos para a saúde do nenê não são evidentes; os princípios freudianos, tão caros à pediatria contemporânea, tampouco.

4. A moralização da dor

A dor é um assunto que preocupa as mães. Nos seus círculos de comadres, as francesas falam muito dela. Dizem que a dor é inimaginável, que nenhum curso podia prepará-las para enfrentar uma experiência tão penosa. Especialmente nos primeiros dias que seguem o parto, elas juram que nunca mais vão se submeter a uma tal experiência. Enquanto as francesas lidam com sua angústia contando lembranças, as estrangeiras tendem a se expressar durante o próprio parto. Neste caso, os gritos, choros e gemidos, antes que perturbarem a mulher, parecem servir para descontraí-la.

Parece existir uma ambivalência dos membros de equipe médica quanto à aplicação da anestesia. Uma das jovens mães alega que, apesar de, já durante a gravidez, ter expressado seu desejo de receber um “peridural”, o médico tinha afastado essa possibilidade. Uma outra mãe alega ter pedido e recebido o “peridural” de maneira totalmente rotineira. Uma parteira declara que ela não chama a anestestista facilmente: “Tentamos ver. Se é simplesmente para satisfazer o belo prazer da mãezinha, então não.” Enquanto uma outra, chocada pelo grande sofrimento de uma mãe que acabou de parir, teve dificuldade para dissimular sua raiva contra um médico que, na sua opinião, deveria ter chamado o anestesista.

Enfim, existe uma imagem do “belo parto”, bem definido pelo estabelecimento médico... Dir-se-á que certas mulheres são “bem preparadas”; o termo diz respeito ostensivamente ao curso organizado pela maternidade, mas as parteiras reconhecem que certas mulheres conseguem realizar o ideal sem nunca ter feito o curso: “Tenho uma mãe que chegou numa tal tranquilidade que eu tinha certeza que não era para logo logo. E, porém, ela estava com dilatação de cinco dedos. Assumiu a postura do lotus, as mãos atrás a cabeça, os olhos fechados, enquanto escutava música clássica com seu headfone. Foi fabuloso”.

Durante a preparação para o parto, transmite-se às mulheres a idéia de que, pela força de vontade canalizada por determinadas técnicas corporais, podem dominar seus corpos. Se o parto dá certo, considera-se que “a mulher trabalhou bem”, isto é, que seu relaxamento facilitou a dilatação e que ela pode se considerar responsável pela boa saúde de seu filho. As implicações dessa lógica se tornam aparentes quando trata-se de um parto complicado. A mulher que entra em pânico, que sofre mais, é em princípio, aquele que não foi “bem preparada”. Sem querer colocar em questão o bem que produz essa preparação em numerosos casos, cabe assinalar que essa “moralização da dor” pode ter conseqüências discutíveis.

As mães que encampam todas as orientações da maternidade, que assistiram a todos os cursos e que, apesar de tudo, têm complicações, arriscam se sentir traídas. Especialmente quando trata-se de estrangeiras que abriram-se para as técnicas modernas em

vez de seguir um caminho tradicional, o risco é grande. Um parto doloroso, com forceps por exemplo, não é nunca fácil. As mães as mais indignadas que conheci (lembro-me em particular de uma senegalesa e de uma norte-africana) eram também entre as “mais preparadas”. Ficaram indignadas diante das técnicas modernas que não funcionaram e diante dos médicos que pareciam responsabilizá-las pessoalmente do “fracasso”.

VII. A IMIGRAÇÃO OU A FRONTEIRA DA ANGÚSTIA

Albert Nicollet que mapeou a chegada dos imigrantes a Le Havre durante as últimas décadas demonstra claramente que, até meados dos anos 70, a grande maioria de africanos a Le Havre eram homens, operários empregados principalmente por Renault. A partir de 1976, a composição dessa população mudou radicalmente: as mulheres e as crianças que até esse momento existiam em proporções mínimas, tornaram a representar mais do que a metade do grupo. Segundo esse mesmo pesquisador, as mulheres da África Ocidental passaram a ter mais partos à maternidade de Le Havre do que as norte-africanas (tradicionalmente mais numerosas) e seus filhos a constar, na escola, como grupo principal de crianças imigrantes.

Atualmente, as africanas destacam-se não somente porque fazem parte do grupo mais numeroso de imigrantes, mas também porque, chegadas há pouco tempo, são as mais “estrangeiras”. As norte-africanas, por seu lado, chegaram em geral há mais de uma geração. Há sempre exceções: uma jovem tunisiana, por exemplo, que acaba de desembarcar e que não fala uma palavra de francês. Mas a maioria mostra-se, se não plenamente aculturada, pelo menos bastante familiar com as práticas francesas para evitar os desentendimentos mais sérios.

As mulheres da África negra, sendo vistas como as mais exóticas, têm provocado uma certa perplexidade entre os membros da equipe da maternidade. Logo depois de nascer o nenê, as parteiras esperam que a mãe lhe forneça roupinhas e um nome; as mães africanas chegam frequentemente sem roupa nem nome. Em certos casos, seria visto como azar ou até sacrilégio pronunciar o nome da criança antes de passar pelos ritos necessários. Durante sua estadia à maternidade, as mães africanas pedem muitas vezes para seus parentes trazerem pratos de comida. Preparam chazinhos especiais que dão ao nenê, lhe conferindo, conforme os costumes tradicionais, uma boa saúde - práticas que transgridem as normas do local. Também há desentendimentos no que diz respeito à amamentação: certas africanas recusam amamentar seu filhos durante os três primeiros dias, dizendo que seu leite ainda não está bom. Num primeiro momento, o pessoal do hospital se posicionou contra esse comportamento, pois acreditavam que um nenê alimentado, até temporariamente, com mamadeira, teria dificuldades em se acostumar ao seio.

Diante desses comportamentos “desviantes”, os funcionários da maternidade manifestaram uma flexibilidade inesperada. As faxineiras esquentam os pratos de comida africana. As auxiliares de puericultura ousam contrariar a autoridade do pediatra ao fornecer mamadeiras aos nenês africanos durante os três primeiros dias: “Achamos que as mães sabem tão bem quanto nós o que estão fazendo.” As parteiras e os médicos escutam

atentivamente as interpretes-mediadoras. Assimilaram os detalhes pertinentes da cultura original das africanas tão bem que acabam, eles mesmos, fornecendo análises etnológicas para explicar o comportamento dos clientes. Permanece uma só diferença que parece provocar angústias de ambos lados: as atitudes no que diz respeito à cesariana.

Não há dúvida que a cesariana suscite angústias do lado dos agentes hospitalares tanto quanto do lado dos clientes. Os fantasmas sobre esse tema surgem em forma de dados contraditórios levantados ao decorrer dos debates. Por exemplo: uma enfermeira ligada à maternidade alega que há dez anos a cesariana estava na moda: “Fazia-se muito mais do que hoje em dia, especialmente nas clínicas”. Uma parteira lança mão de estatísticas para dizer o contrário. Uma interprete-mediadora jura que seus compatriotas, durante muito tempo, preferiram as clínicas particulares porque a maternidade pública tinha reputação de optar muito facilmente pela cesariana. Albert Nicollet, tendo feito um levantamento sistemático dos dados, diz claramente que as clínicas particulares nunca receberam mais do que uma ínfima porcentagem das imigrantes. A etnóloga precedente agiu, sem dúvida, como porta-voz de suas informantes ao insinuar que um médico podia praticar cesariana em africanas como meio de contraceptiva forçada. (Não é aconselhável uma mulher fazer mais de três ou quatro cesarianas.) Os médicos estão indignados por tal sugestão e insistem que a Maternidade Flaubert tem uma taxa de cesarianas mais baixa do que a maioria das outras maternidades. Um médico-pesquisador afirma que não há diferença “estatisticamente significativa” entre as taxas de cirurgia entre francesas e africanas (8.9% contra 10.6% em 1986), enquanto um outro membro da equipe deixa entender, pelo contrário, que as africanas têm mais frequentemente problemas, justamente, porque trata-se de “bebês europeus” (isto é, bebês bem alimentados) em “ventres africanos”.

Por que esse assunto mexe tanto com os sentimentos da equipe hospitalar? A grande maioria de médicos e parteiras são oriundos de meios sociais onde as famílias numerosas, normalmente associadas aos pobres, são bastante mal vistas. O desejo, entre africanas, de ter muitos filhos (isto é oito ou mais) entra em conflito com essa norma. Por outro lado, as africanas têm experiências de contato que vão muito além da maternidade. Os funcionários nem precisam expressar abertamente seus sentimentos; as clientes, antes mesmo de chegar à maternidade, já têm uma idéia sobre a censura que vai cair sobre a quantidade de nenês que produzem. Nesse jogo de fantasmas que mexe com os valores os mais arraigados dos dois lados, clientes e funcionários projetam mutuamente suas angústias.

Os raros conflitos raciais ocorrem entre mães francesas e mães imigrantes. Durante minha pesquisa, uma francesa pediu para mudar de lugar depois de ser acusada por sua colega de quarto, uma norte-africana, de querer assassiná-la. Embora que, manifestamente, se tratasse de uma personalidade desvairada, o incidente serviu para justificar, especialmente entre as pacientes, teorias separatistas. A mãe da francesa (acusada de desejo assassino) fornece um exemplo: “Viajei muito. Estive no país delas, e não tenho nada contra. Mas, seria melhor deixar as francesas com francesas.” É sem dúvida para evitar tais acontecimentos que a supervisora atual tende a alojar francesa com francesa, africana com africana e norte-africana com norte-africana. No entanto, essa prática que, por

vezes, coloca junto mulheres que não têm nada em comum (nem religião, nem língua) senão a cor da pele, não parece ser a solução ideal.

Entre os membros da equipe médica, a manifestação de atitudes racistas é negligenciável. Muito pelo contrário. Certas francesas se queixam do racismo “às avessas”: “Expulsaram meus sobrinhos, mas lá, na frente, no quarto das damas africana, estava cheia de crianças. Fizeram uma bagunça durante a tarde toda e ninguém falou nada!” Dir-se-ia, porém, que a equipe está constantemente se defendendo contra acusações de racismo. “Detesto o termo, ‘mãe francesa’, “ diz uma parteira. “Para mim, são todas mãezinhas iguais”. Que fazer, então das decisões práticas a serem tomadas em função da origem da cliente? Por exemplo, existem dois tipos fundamentais de cesariana: uma que cicatriza mais rapidamente e que é mais comum na África, e outra que deixa uma cicatriz menor, mais facilmente escondida (“para os biquinis”). Um dos médicos estima que é mais prudente aplicar a primeira entre as africanas pois, para elas, a saúde reprodutiva (necessária para um bom número de gravidezes) contaria mais do que a estética. A parteira que trabalha com ele questiona esse tipo de discriminação. Ainda por cima, certas pesquisas alegam demonstrar um ritmo de dilatação diferente entre certas etnias (mais lenta e com longas pausas). Uma falta de familiaridade com esse tipo de desenvolvimento explicaria por que os médicos franceses tenderiam a “entrar em pânico”, e recomendar a cesariana entre as africanas. Certamente seria irrealista ignorar a especificidade de problemas que surgem conforme a origem da mãe. Mas todo esforço para estabelecer normas e práticas distintas é sujeito a sofrer o pejo de discriminação racial ou paternalismo.

VIII. REFLEXÕES FINAIS

Quando uma mãe algeriana gritou durante seu sexto parto, “Vou morrer!”, a parteira a consolou, “Que é isso? Claro que não. Já pensou ? Se perdessemos todas as mães que dizem isto, estaríamos muito chateadas!”

Uma parturiente norte-africana explicava à parteira que o leite de uma mulher grávida pode provocar a morte de seu caçula. A prova: muitos recém-nascidos de sua aldeia natal morreram em circunstâncias semelhantes. A parteira discordou: “Essas mortes foram provocadas não pelo leite, mas sim pela desmame abrupta.” Vendo que a norte-africana não se deixava convencer pelo seu argumento, ela acabou o diálogo com um simples, “Ah bom”.

Seria absurdo pedir para as pessoas agirem como máquinas, que não se surpreendessem nunca com as crenças dos outros. Se o objetivo da interação é estabelecer uma troca, e não uma simples imposição de regras, não cabe virar as costas diante da manifestação de cada diferença. As profissionais citadas acima manifestaram sua diferença

de opinião; mas, pelo humor, ou pela discrição, tentaram evitar a inferiorização do saber da outra.

Seria ridículo querer que o pessoal técnico dominasse o sistema de crenças de cada grupo étnico que frequenta a maternidade. Depois das senegaleses e das norte-africanas, quais serão as próximas a desembarcar em Le Havre? Diz-se que tem 400 turcos chegando a qualquer momento. Depois do Wolof, deve o pessoal da maternidade meter-se a aprender a língua turca? No fundo, a prática médica é fundamentada num determinado sistema de crenças e os agentes hospitalares devem manter um mínimo de coerência. Todavia, pelo “diálogo”, poderia-se aproveitar esse contato com o “estrangeiro” para colocar em perspectiva o corpus de crenças em vigor e provocar a evolução o estabelecimento médico.

Para garantir esse diálogo, é preciso evitar certas armadilhas. Antes de tudo, não deve-se entregar às generalizações fáceis. As “conclusões” devem ser sempre vistas como hipóteses, constantemente desafiadas e frequentemente abandonadas. Assim, evitaria-se as palavras deselegantes de uma parteira que, diante dos gritos de uma parturiente (“je vais mourrir”), me diz: “As norte-africanas sempre dizem isso”. Ao formular hipóteses (não há outra maneira para avançar as discussões), é preciso ter sempre em mente sua fragilidade. Dessa maneira, quaisquer “conclusões” dessa ou outra pesquisa seriam constantemente modificadas para se adaptar à realidade.

Ao mesmo tempo que evita-se generalizações, aprende-se a “jogar” com as diferentes leituras possíveis de comportamento. Por exemplo, o psicólogo considera que as mulheres vivem de forma “persecutiva” seu tempo na maternidade pois elas estão sempre com pressa para voltar para casa. Eu atribuiria essa pressa não à inadaptação das mães mas, sim, à natureza particular da maternidade. Organizada quase que inteiramente conforme normas e sensibilidades dos grupos dominantes, não oferece um quadro ao gosto de todas as mães. O psicólogo observou que as mulheres ficavam muitas vezes conversando nos corredores; leu nesse comportamento uma “procura de segurança”. Concebo-o antes como forma de “sociabilidade” de grupos populares. Durante suas entrevistas, efetivadas nos quartos das mulheres, o psicólogo observava nenês chorando aos prantos, “abandonados” por suas mães. Ao permanecer nos círculos de comadres no corredor, tive outro ponto de vista: as mulheres que se retraiam periodicamente da conversa para checar no seu filho, que perguntavam às outras, recém chegando no grupo: “Ah, não ouviu meu nenê? Deixei a porta aberta para melhor ouvir quando acordava”. Conforme o “lugar” da observação, afirma-se ou nega-se a hipótese da “indiferença materna”.

Da mesma forma, entre a psicologia e a etnologia, há orientações teóricas diversas, arraigadas em “lugares” intelectuais distintos. Para apreciar análises conflitantes, é preciso contextualizar cada voz, levando em consideração os objetivos, premissas e epistemologias daquela forma de ciência. Não existe uma única “interpretação correta” da realidade. Se, nesse relatório, minha postura é bastante radical, é para apresentar **alternativas** às hipóteses já avançadas por outros especialistas, é para manter o **debate aberto**. É preciso saber jogar com todas as interpretações para ver, diante de situações precisas, qual faz sentido.

As consequências práticas desse debate podem ser pensadas no quadro da planificação da nova maternidade. Como vai ser a repartição do espaço? o tamanho dos

quartos? a dimensão do espaço coletivo? Conforme o gosto de quem? Pensa-se sempre no cliente “ideal”? Ouvi dizer de certas mães que o material fornecido pela maternidade torna-se cada dia mais rara: já as mães devem fornecer todas as roupas de seu nenê e ameaça-se lhes pedir para trazer as fraldas também. Em compensação, os que planejam o novo prédio privilegiam os equipamentos do parto moderno que exige despesas bem maiores do que para fraldas: uma piscina para fazer ginástica durante a gravidez, um sistemastereo para fornecer um ambiente aconchegante durante o parto, a produção de vídeos para instruir as mulheres durante o período pós-parto. Como determinar as prioridades? O problema não é simples. Definir o novo espaço à imagem que nós fazemos dos gostos dos “desfavorecidos” corre exatamente o mesmo risco (de paternalismo e de juiz de valor classista) que correm as práticas discriminadoras no que diz respeito à raça. Ainda por cima, seria mal avisado tomar o baixo nível econômico da clientela como um *fait accompli*: é preciso evitar os guetos e encorajar a mistura de classes e de grupos étnicos. “Nivelar por baixo” não é necessariamente a técnica mais indicada para encorajar essa “mistura”.

Reiteramos o veredito expresso no início desse relatório. Ao meu ver, as coisas grosso modo vão bem a Flaubert. Seria muito fácil criticar o comportamento dos profissionais diante dos estrangeiros e dos pobres. Poderia-se os submeter, à ajuda de instrumentos eminentemente científicos, ao mesmo jogo de *double bind* que achamos no discurso do psicólogo. Se os profissionais são muito atenciosos com as mulheres de grupos ‘desfavorecidos’, se lhes falam lentamente, se mostram-se curiosos em relação aos costumes de suas clientes, se dão carinho para consolá-las, etc., pode-se acusá-los de ser paternalistas ou de tomar liberdades. O chefe de serviço não marca nenhuma hora ou dia para a consulta das estrangeiras, justamente para evitar a criação de guetos ao interior de seu serviço. Por outro lado, se os profissionais não adaptam seu comportamento à especificidade da paciente, pode-se acusá-las de querer massificar toda a clientela e de ignorar os problemas particulares de cada grupo. À Maternidade Flaubert, ainda não se achou “a solução” a esse dilema. No entanto, o dilema suscita discussões e angústias constantes. Não poderíamos querer outra coisa. Que esse estado de coisas se mantenha, que a “solução” não se ache, e que a discussão se eternize.

Em suma, o espírito analítico e crítico que existe já na maternidade deve ser encorajado. Aguçar esse espírito não significa necessariamente uma mudança de práticas ou da política. O alvo almejado seria de outra ordem. Trataria-se antes de reforçar certas atitudes que já existem na equipe profissional, de promover um estado de inquietude que não seria apagada por respostas prontinhas, que aceita a incertitude crônica como um fato positivo da existência. Assim, em vez de se adaptar a uma necessidade pontual (a língua e os costumes de um grupo étnico determinado), instituiria-se um estado de espírito para enfrentar uma realidade complexa e em constante mutação.