

**Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**AINDA-NÃO:
POTENCIALIDADES E POSSIBILIDADES DO CUIDADO HUMANO**

Moema da Silva Borges

**Brasília - DF
Dezembro/2006**

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**AINDA-NÃO:
POTENCIALIDADES E POSSIBILIDADES DO CUIDADO HUMANO**

Moema da Silva Borges

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Helena Eri Shimizu

Co-orientador: Prof^o Dr^o. Boaventura Souza Santos

**Brasília - DF
Dezembro/2006**

TESE DE DOUTORADO

BORGES, M. S. **AINDA-NÃO**: potencialidades e possibilidades do cuidado humano. UnB. Faculdade de Ciências da Saúde 2006. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Helena Eri Shimizu (FCS/UnB)
(Presidente)

Prof. Dr. Marcelo Silva Alves (UFJF)
(Membro efetivo)

Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda (IESB/ Alvorada)
(Membro efetivo)

Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria de Oliveira Almeida (IP/UnB)
(Membro efetivo)

Prof^ª. Dr^ª. Diana Lúcia Moura Pinho (FCS/UnB)
(Membro efetivo)

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (FCS/UnB)
(Suplente)

Defendida a Tese: Aprovada
Em: 08/12/2006

Agradecimentos

Esta pesquisa é o resultado da sinergia de encontros afetivos. Eximindo a responsabilidade das pessoas aqui referidas sobre o resultado da pesquisa, quero expressar a minha profunda gratidão, pelo cuidado e apoio na concepção, execução e finalização em diferentes momentos desses quatro anos de elaboração desta tese:

Às professoras Diana Pinho e Ângela Almeida, quero expressar minha enorme satisfação pelo apoio recebido e aprendizado proporcionado. Cada uma, em diferente espaço-tempo, apoiou-me, incentivou-me, e respeitosamente soube compreender as minhas dificuldades.

À professora Helena Eri Shimizu, que me acolheu, quando eu muito necessitava de amparo para concluir este trabalho. Seu carinho e incentivo serão para sempre um marco importante a ser resgatado nas minhas memórias de cuidado.

Ao Professor Boaventura Santos, cuja acolhida epistemológica e afetiva foi crucial para o desenvolvimento das idéias que aqui foram expressas.

Aos sujeitos deste estudo, cuja prática do cuidado me inspirou a buscar a matriz epistemológica. Sem o trabalho incansável deles e a disponibilidade de compartilhar o seu saber, este estudo não existiria. Sem o cuidado dessas pessoas, certamente, o mundo seria mais cinzento.

Ao professores Pedro Sadi e Carlos Tomaz, que me apoiaram cada um a seu modo, a concretização deste estudo.

À professora Dirce Guilhen, que me acompanhou na primeira etapa desse processo.

Às inúmeras manifestações de carinho, afeto, colaboração e apoio de Rejane Griboski, Silvéria Santos e Luciana Andrade.

Aos meus amigos do curso de pós-colonialismo, cuja rede solidária de amparo foi crucial para resistir aos tempos de distância e saudades das pessoas queridas que ficaram na pátria-mãe, em especial a Gilza.

A todos os meus colegas de departamento, que apoiaram meu afastamento para gestar as idéias aqui apresentadas.

A Gislene, que, desde a qualificação, vem pacientemente lendo, organizando e dando forma aos diferentes frutos dessa tese.

A todos os companheiros metafísicos, grata pelo apoio e iluminação nas horas difíceis.

À minha família, minha mãe, meus filhos, minhas irmãs pela presença de cuidado em minha vida.

Agradeço também a CAPES, que me proporcionou a oportunidade de estagiar no Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A mágica presença das estrelas!

Mário Quintana

Resumo

Esta tese, **AINDA-NÃO: potencialidades e possibilidades do cuidado humano**, parte da hipótese de que a base epistemológica da produção sobre o cuidado está ancorada em saberes científicos e também em outros saberes e práticas advindas do conhecimento do senso comum, dentre os quais se situam as práticas do conhecimento do senso comum das parteiras tradicionais e das benzedadeiras. O estudo insere-se no contexto do debate epistemológico que, em meados da década de 1980, começou a dar mostras de exaustão do modelo de racionalidade da ciência, anunciando uma crise paradigmática e a emergência de um novo paradigma, anunciado como alternativa epistemológica pelas expressões pós-moderno e pós-modernidade. Ao lado da primazia conferida ao conhecimento científico, abre-se espaço para uma racionalidade mais ampla, que visa, dentre outras questões, a uma proposta de articulação entre o conhecimento científico e outras formas de conhecimento, reconhecendo a complexidade e a multiculturalidade do cuidado. As teorias que ancoram este estudo têm relação com a constituição do cuidado humano, e com a crítica da produção do conhecimento da razão moderna, de Boaventura de Sousa Santos. A percepção de um grupo social, acerca do fenômeno “cuidado humano”, apóia-se na Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, a fim de desvelar em que bases se organizam e forjam a interpretação do grupo da realidade, ou seja, os diferentes entendimentos do cuidado humano. A pesquisa de campo foi realizada na área de abrangência do Distrito Federal e região do Entorno de Goiás. Participaram do estudo um total de dez sujeitos, seis benzedadeiras e quatro parteiras. Os dados colhidos em entrevistas e questionários acerca das características da prática, do nível de envolvimento com o fazer, da forma de construção do saber/fazer e das possibilidades de articulação da prática com outros saberes buscam identificar aspectos significativos da temática do cuidado na visão das parteiras e das benzedadeiras. Busca-se, assim, compreender como se dá a constituição do fenômeno do cuidado humano, suscitando reflexões sobre essa temática, com vistas a favorecer o diálogo entre diferentes saberes em direção à integralidade da ação de cuidar.

Palavras-chave: epistemologia, cuidado humano, cuidado informal, parteiras tradicionais, benzedadeiras, representações sociais

Abstract

This thesis, **NOT-YET: potentialities and possibilities of the human care**, is founded on the hypothesis that the epistemological basis of the production on the human care is anchored in scientific knowledge and also in others knowledge and practices resulted from the knowledge of the common sense, amongst which they point out the popular practices derived from the work of the traditional midwives and the quacks. The study is inserted in the context of the epistemological debate that, in the middle of the decade of 1980, started to present samples of exhaustion of the model of scientific rationality, announcing a paradigmatic crisis and the emergency of a new paradigm, announced as an epistemological alternative for the expressions post-modern and post-modernity. Beside of the priority conferred to the scientific knowledge, it's opened a space for an ampler rationality, that it aims to, amongst other questions, a proposal of joint between the scientific knowledge and other forms of knowledge, recognizing the complexity and the multiculturalism of the care. The theories that anchor this study are related to the constitution of the human care, and they are represented by the critical of the modern reason, by Boaventura de Sousa Santos. The perception of a social group, concerning the phenomenon of the "human care", is based in the Theory of the Social Representations, by Serge Moscovici, in order to reveal the bases under which the interpretation of the group about reality organize and forge itself, or either, the different agreements of the human care. The field of the research was carried through in the area of Federal District and region of the surroundings of Goiás. A total of ten people, six quacks and four midwives participated of the research. The data reached in interviews and questionnaires concerning the characteristics of the practice, the level of involvement with making, the form of construction of knowing/doing and the possibilities of articulation of the practice with others knowledge search to identify significant aspects of the thematic of the care according to the perspective of midwives and quacks. It's searched to understand as the constitution of the phenomenon of the human care happens, stimulating reflections on this thematic, with the objective to favor the dialogue between different knowledge in direction to the completeness of the action of caring.

Keywords: epistemology, human care, informal care, traditional midwives, quacks, social representation

Índice das tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos por idade e sexo	76
Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos por ocupação	76
Tabela 3 – Palavras mais significativas da Classe 1	81
Tabela 4 - Palavras mais significativas da Classe 2	92
Tabela 5 - Palavras mais significativas da Classe 3	101
Tabela 6 - Palavras mais significativas da Classe 4	105
Tabela 7 - Palavras mais significativas da Classe 1	114
Tabela 8 - Palavras mais significativas da Classe 3	116
Tabela 9 - Palavras mais significantes da Classe 2	120
Tabela 10 - Palavras mais significantes da Classe 4	121
Tabela 11 - Palavras mais significativas da Classe 1	127
Tabela 12 - Palavras mais significativas da Classe 4	129
Tabela 13 - Palavras mais significativas da Classe 3	131
Tabela 14 - Palavras mais significativas da Classe 2	133
Tabela 15 - Palavras mais significativas da Classe 5	134

Índice de figuras

Figura 1 - Dendograma do corpus das representações sociais do cuidado das parteiras e benzedeadas organizado em quatro classes.	77
Figura 2 - Projeção das palavras analisadas no plano fatorial a partir das variáveis, sexo e religião – análise de correspondência das falas das parteiras e benzedeadas.	110
Figura 3 - Dendograma do corpus das representações sociais da benzeção organizada em quatro classes.	113
Figura 4 - Dendograma do corpus das representações sociais do cuidado das parteiras.	126

Sumário

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I - REFERENCIAL TEÓRICO	20
1.1- Os Diferentes Modos de Cuidar.....	21
1.1.1 O setor informal.....	21
1.1.1.1 O aprendizado dos cuidadores informais.....	23
1.1.1.2 O movimento de profissionalização dos cuidadores informais.....	24
1.1.2 O setor formal.....	25
1.1.2.1 O aprendizado dos cuidadores profissionais.....	26
1.2 Bases epistemológicas do conhecimento.....	27
1.2.1 A crítica da razão moderna e o pensamento pós-moderno.....	29
1.2.1.1 A crise epistemológica.....	29
1.2.1.2 O conhecimento do senso comum.....	32
1.2.1.3 Da concepção pós-moderna à concepção cosmopolita.....	35
1.2.1.4 Do saber técnico ao saber edificante e além destes.....	36
1.2.1.5 A Concepção da Razão Cosmopolita.....	37
1.2.2 Sociologia das Ausências e Emergências e Sociologia das Emergências.....	39
1.2.2.1 A Sociologia das Ausências.....	38
1.2.2.2 Sociologia das Emergências.....	41
1.2.2.3 Das Ausências e Emergências ao Trabalho da Tradução.....	42
1.3 As bases epistemológicas do cuidado humano.....	45
1.3.1 A Condição Humana e o cuidado.....	45
1.3.1.1 Emoção e Cuidado Humano.....	47
1.3.2 Fundamentos culturais do cuidado.....	49
1.3.3 Significado do cuidado.....	51
1.3.3.1 Diferentes olhares diferentes significados.....	51
1.3.3.2 O cuidado como o sentido da vida.....	52
1.3.3.3 Tratar não é cuidar.....	55
1.3.3.4 Do cuidado ao tratamento.....	57
1.3.3.5 Do corpo-sujeito ao corpo-objeto.....	58
1.4 Teoria das Representações Sociais.....	60
PARTE II - O MÉTODO	67
2.1 O MÉTODO.....	68
2.1.1 Os participantes e o cenário do estudo.....	68
2.1.1.1 Participantes.....	69
2.1.2 Procedimentos éticos.....	69
2.1.3 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....	70
2.1.4 Análise de dados.....	71
PARTE III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
3.1 O modo de cuidar de benzedeiras e parteiras.....	74
3.1.1 Campo de Estudo.....	75
3.1.2 Caracterização dos Participantes.....	75
3.2 Etapa 1- Representações Sociais das Parteiras e Benzedeiras.....	76
3.2.1 O campo comum das representações sobre o cuidado.....	76
3.2.2 Eixo da Racionalidade Divina.....	77
3.2.3 O Eixo das Racionalidades Negociadas.....	88

O rito de passagem	90
O domínio da natureza e a construção dos vínculos (<i>o tempo do antes</i>)	92
O tempo do estímulo e do apoio emocional (<i>o tempo do durante</i>)	94
Reajuste da rotina familiar à chegada do novo membro (<i>o tempo do depois</i>).....	97
As raízes do saber/fazer	100
Vivências no partejar	103
3.2.3.1 Diferentes rituais, diferentes modos de cuidar	107
3.2.4 Ancorando as Representações Sociais dos rituais de Cuidado.....	109
3.3 Etapa 2- O modo de cuidar das benzedeadas	112
3.3.1 Eixo 1 – O ritual	112
Os símbolos do Ritual de Benzeção	112
Os requisitos para o Ritual.....	115
3.3.2 O Eixo do Cuidado	118
O contexto do Cuidado	118
Os princípios da ética no benzimento.....	120
3.4 Etapa 3 - Modo de Cuidar das Parteiras	125
3.4.1 O Eixo das Bases do Saber	126
O pedido/A necessidade	126
Fazer e aprender, apesar dos pesares	128
Fazer para proteger a mãe e a criança.....	129
3.4.2 O Eixo das Bases Éticas do Cuidado.....	131
Cuidado como compromisso individual.....	131
Cuidado como compromisso social.....	133
PARTE IV - CONCLUSÃO.....	137
4.1 Diferentes respostas para a mesma pergunta.....	138
PÓS ESCRITO	142
Um olhar para as diferentes respostas à luz da Sociologia das Ausências e Emergências.....	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS	160
Anexo 1	161
Anexo 2	162
Anexo 3	163

INTRODUÇÃO

Por que não se valorizam as diferentes experiências de construção do fenômeno do cuidado? O cuidado existe a priori, sendo a essência dele o terreno onde se funda toda interpretação do ser humano (HEIDEGGER, 1993). Assim, podemos dizer que sem o cuidado, desde o nascimento até o derradeiro momento de sua vida, o ser humano se desestrutura, definha, perde o sentido e morre. De forma análoga, toda ação social empreendida sem cuidado pode prejudicar não só o protagonista da ação, mas também tudo e todos aqueles que estiverem ao seu redor.

“O cuidado só se concretiza como verdadeiro cuidar na relação com o outro e na medida em que envolve ajudar ao outro crescer” (MAYEROFF, 1971 apud WALDOW, 2004:131). Desta forma, o cuidado expressa uma atividade real, que traduz um sentimento de afeto e coloca em evidência bases da responsabilidade ética da ação. Nesse sentido, o cuidado revela o humano, e compreendê-lo requer tanto a apreensão da complexidade do fenômeno em si, quanto da natureza humana. É fato que o cuidado prestado no sistema instituído de saúde passa longe de contemplar os aspectos sensíveis de afeto nas relações com o ser humano, bem como não legitima os saberes e práticas forjadas por princípios não científicos. Além disso, separa o conhecimento em áreas compartimentalizadas.

O modo de produção do cuidado em saúde, de uma forma geral, tem sido determinado pela política capitalista globalizada que favorece a intensificação das desigualdades sociais (CARAPINHEIRO, 1998; LUZ, 2004; VALLA, 2004). É essa lógica que regula e permeia a organização dos serviços de saúde, e também as ações de cuidado. Essa regulação é institucionalizada, e segue os critérios ditados pela racionalidade científica. Tal racionalidade muitas vezes não considera que no bojo das ações do cuidado encontra-se um conjunto de valores, representações, padrões culturais, necessidades e práticas produzidas por diferentes atores sociais.

Essa teia caracteriza o cuidado como uma rede complexa de ações que envolvem saberes, valores, crenças, ideologias e sentidos que estão para além do significado da compaixão e da aplicação técnica do conhecimento, como tradicionalmente o cuidado tem sido abordado. As experiências acerca do cuidado são diferentes, o cuidado como modo de ser e fazer-se relacionar perpassa a existência humana e vai se moldando em distintos modos de saber e de construir o conhecimento com o mundo e com o outro, ou seja, por meio das relações sociais. Essa perspectiva põe em relevo a pluralidade de fontes/formas de saberes que

orientam as ações que se concretizam no cuidado humano. De forma análoga, parafraseando Boaventura de Sousa Santos, o cuidado é um conhecimento constituído de uma pluralidade metodológica que, por expressar “uma linguagem e a realidade, responde na língua em que é perguntada” (2003:48).

Assim, o cuidado pode se constituir a partir da lógica do senso comum – fruto das experiências cotidianas dos indivíduos, dos saberes tradicionais, transmitidos de geração em geração – ou simplesmente intuídos, a exemplo do saber das benzedadeiras. Esse escapa tanto aos aspectos formais e informais do aprendizado e, por não seguirem a racionalidade científica, não são considerados válidos sob os olhos da ciência. Entretanto, esses saberes forjaram-se a partir da valorização dos fatos cotidianos e giram em torno da subjetividade do ser humano, o que os coloca, portanto, na centralidade da axiologia do cuidado. O conhecimento do senso comum pode favorecer a evolução da ciência a partir das dificuldades que emergem no dia-a-dia das pessoas.

A ciência pós-moderna, segundo Boaventura Sousa Santos (2003:56), “procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo”. Pode-se dizer que a base epistemológica da produção sobre o cuidado se configura nos saberes científicos e outros saberes e práticas advindas das outras formas de conhecimento.

Jose Ricardo Ayres (2005) chama a atenção para a associação imediata que usualmente se estabelece entre a assistência à saúde e a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Essa forma de pensar leva a crer que a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, e a tecnologia transforma esse conhecimento em intervenções (AYRES, 2005).

Entretanto, o modo de aplicação dos conhecimentos científicos estabelece limites. Assim, para o autor, “nem tudo que é importante para o bem estar pode ser traduzido e aplicado como conhecimento técnico” (AYRES, 2005:101). Nesse sentido, a ação do cuidado não se resume ao procedimento técnico, por si só, mas, sobretudo, em uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão das necessidades do ser humano ou, parafraseando Rubens Alves (2003), dos seus desejos.

“Se a tecnologia não é apenas aplicação de ciências, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também, enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas”, “[...] é preciso ter clareza que se constroem mediações, selecionando dentro de algumas possibilidades” o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós

próprios (AYRES, 2005:101). Desta forma, pode-se dizer que a aplicação técnica precisa dialogar com outros saberes.

Nessa linha de argumentação, Boaventura de Souza Santos, ao discutir os tipos de conhecimento científico, distingue duas redes de aplicação do conhecimento: a aplicação técnica e a aplicação edificante. Para o autor, a aplicação técnica do conhecimento, embora se configure na condição da práxis da sociedade contemporânea, deverá regular sua eficácia por critérios “que lhe são estranhos”. Para tanto, o autor propõe outro modelo de aplicação do conhecimento, mais adequado à era pós-moderna, denominado de aplicação edificante. Assim, “a aplicação edificante não prescinde de aplicações técnicas, mas submete-se às exigências do know-how ético” (SANTOS, 1998:184).

De uma aproximação entre as ações derivadas das redes de aplicação do conhecimento (técnico e edificante) pode-se apreender que a produção do cuidado humano deve ser permeada por aplicações técnicas e edificantes. A distinção pode ser evidenciada pelas “relações sócio-éticas” do modo de produção do cuidado. Na aplicação técnica, o sujeito técnico não é obrigatoriamente um sujeito ético; já na aplicação edificante, não há discrepâncias entre o sujeito ético e o sujeito técnico.

O sujeito técnico está apartado do contexto em que se desenvolve a ação de cuidado, enquanto o sujeito ético considera que todas as suas ações fazem parte de uma realidade dada por um contexto histórico, e, como tal, produzem efeitos no presente e têm implicações no futuro (SANTOS, 1998). Sem a perspectiva ética, as ações de cuidado correm os riscos de não discernir as inter-relações de um dado contexto, e tendem a proteger os interesses pessoais, em detrimento dos valores do outro, sem capacidade de avaliar as conseqüências do seu ato. Ela configura-se numa relação assimétrica em que prevalece o saber ou desejo daquele que detém a autoridade. Neste contexto, a produção do cuidado humano concretiza-se na articulação das aplicações técnicas e edificantes dos diferentes modos de conhecimento. Portanto, faz-se importante o desvelamento das bases epistemológicas desse fenômeno.

O cuidado humano tem despertado interesse e tem sido objeto de debates na área da saúde há muitas décadas. Inicialmente pelas enfermeiras, no desenvolvimento de teorias e pesquisas, para dar sustentação à sua prática. A primeira foi Florence Nigtingale (2005), para quem o cuidado com o ambiente era crucial, e este se constituía das dimensões físicas, psicológicas e sociais. Para Lenninger (1991), o cuidado envolve os aspectos culturais e/ou diferentes representações em que sua ação é desenvolvida. Marie-Françoise Collière (2003) argumenta que a teia fundamental do cuidado foi tecida em torno da vida e da morte. A

pesquisadora do cuidado humano, Vera Regina Waldow (2004), afirma que parece inegável que o cuidar, em seu sentido pleno, é integral, universal, existencial e relacional e é a condição para a sobrevivência humana. Já Jean Watson (2002) entende o cuidado como resultado da interação das pessoas e sugere a necessidade do resgate de suas origens sagradas.

Esse cenário revela a preocupação entre os teóricos da enfermagem em apontar outros aspectos envolvidos na prática do cuidado, para além da aplicação técnica, englobando a pluralidade dos saberes e práticas. Teólogos, sociólogos e filósofos têm também contribuído com a discussão acerca do cuidado humano. Para Leonardo Boff (2004), o cuidado é uma forma de representar o mundo. Segundo Pinheiro, Rangel e Guizardi (2004), o cuidado possui duas dimensões: a primeira, abrangendo os aspectos exclusivos da vida individual e privada; e a segunda, que envolve a vida social, o significado de valores relacionados à tríade – solidariedade, amor e fé. Ayres (2001) interpreta o cuidado como uma dimensão da vida humana que toma forma no plano da intersubjetividade. Por outro lado, Mattos (2004) afirma que o cuidado é caracterizado por sua contribuição na promoção de uma vida decente, e não por sua cientificidade.

Essas abordagens do cuidado traduzem a significação do ser humano, e coloca em evidência uma diversidade epistemológica que se complementa. Pode-se afirmar que o cuidado se ancora em bases epistemológicas virtualmente infinitas. Desta forma, pode-se verificar que o cuidado tem suas bases ancoradas em crenças e valores, sejam eles científicos ou não. Mas que bases epistemológicas ancoram os diferentes modos de cuidar?

Compreender os modos de produção do cuidado é importante para a apreensão do fenômeno em todas as dimensões, considerando que as práticas do cuidado se constituem como resultado de um processo ativo de interpretações dos significados num contexto cultural, social, econômico, e histórico específico que permite aos indivíduos fazer frente aos desafios da vida cotidiana (MONTIEL, 2003).

No mundo moderno, o modo de produção do cuidado oficial tem sido determinado pela política capitalista globalizada, que intensifica a desigualdade na distribuição de renda, a precarização do trabalho, a violência, o aumento do desemprego, a retração das redes sociais, entre outras questões que contribuem para o agravamento da pobreza e as desigualdades sociais (CASTEL, 1993; BOUDIER, 1998; SANTOS, 2002; GIDDENS, 2004). Esse modo de produção do cuidado articula intimamente os interesses do Estado, o contexto sócio-econômico das políticas de saúde e os interesses do saber científico, buscando a maximização da eficiência de suas atividades produtivas (CARAPINHEIRO, 2004).

O debate sobre a pluralidade epistemológica do mundo aponta para uma mudança paradigmática no campo da produção do conhecimento científico (SANTOS, 1995; 2000; 2004). A crise epistemológica propicia o diálogo com outros saberes, sinalizando para a produção de uma ciência mais inclusiva e democrática. Isso implica no necessário reconhecimento da complexidade e multiculturalidade do cuidado, assim como a importância da valorização das diferentes formas do cuidado, seja o informal, da família, dos vizinhos e da comunidade, bem como aqueles oriundos de outras racionalidades, dentre as quais as originadas dos saberes do senso comum.

Ao assumir a multiculturalidade do cuidado, reconhece-se “que a saúde e a doença não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de ‘ser no mundo’”. É aí que pode estar a importância de se reconhecer as diferentes práticas, possibilitando a construção de espaços de inter-relações, do desenvolvimento de atitudes apoiados em tecnologias, entretanto, sem resumir-se a elas (AYRES, 2005:69).

Essas reflexões, associadas à minha vivência cuidando e transitando entre os diferentes saberes, foram a motivação para o aprofundamento desta temática; e, dessas inquietações, emergiram alguns questionamentos, que podem ser traduzidos nas seguintes indagações: como é produzido o sentido do cuidado nas diferentes práticas de saúde? Existem pontos de articulação entre o saber cuidar científico e o do senso comum? É possível fazer uma tradução entre os dois saberes? Quais seriam os limites e as possibilidades ou potencialidades dessa articulação?

É nesse contexto que o presente estudo é desenvolvido, buscando compreender como se dá essa tessitura na produção do sentido do cuidado. Dito de outra forma, como se dá a constituição do fenômeno do cuidado humano? O que se pretende é suscitar reflexões sobre essa temática, com vistas a favorecer o diálogo entre diferentes saberes em direção à integralidade da ação de cuidar.

Para tanto, as teorias que ancoram este estudo fundam dois grandes eixos: o primeiro tem relação com a concepção do vir a ser no mundo e o modo de forjar as práticas de cuidado, são discutidas no referencial teórico do cuidado e na crítica da razão moderna, de Boaventura de Souza Santos. O segundo eixo apresenta um caráter prático, em que a Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, propõe-se a explicar porque o mundo é visto de determinada forma por certo grupo. Em outras palavras, ela aponta para as bases que organizam e forjam a realidade, e, neste estudo, diz respeito às diferentes formas de representar o cuidado humano, e indica as peculiaridades do saber do senso comum.

Diante disso, pode-se afirmar que o **objetivo geral** deste estudo é analisar as bases epistemológicas do cuidado humano que ancoram a constituição deste conhecimento nas práticas populares das parteiras e benzedeadas. Ainda, **especificamente**: 1) apreender as representações sociais das parteiras e benzedeadas acerca do cuidado; 2) identificar os fundamentos éticos que ancoram esse conhecimento; 3) verificar o lugar das emoções e afetos nessas práticas.

O presente estudo estrutura-se em quatro partes, organizadas da seguinte forma:

Parte I - O Referencial Teórico

Os Diferentes Modos de Cuidar: A finalidade principal é demonstrar que modos de cuidado formal e informal coexistem nas sociedades.

As Bases Epistemológicas do Conhecimento: Ocupa-se das bases epistemológicas do conhecimento, partindo da crítica à razão moderna, com enfoque no pensamento pós-moderno, de Boaventura de Souza Santos.

As Bases Epistemológicas do Cuidado: Concentra-se na discussão das práticas de cuidado como base da sustentação da vida individual e grupal, a partir da origem da vida e sua evolução, de acordo com os contextos históricos até os dias de hoje.

A Teoria das Representações Sociais: Apresenta sucintamente algum entendimento da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, bem como suas dimensões metodológicas.

Parte II - O Método

O Método de Investigação: Aqui se discute a abordagem metodológica que permitiu apreender as representações sociais das parteiras e benzedeadas procedentes da área de abrangência do Distrito Federal e Região do Entorno.

Parte III - Resultados e Discussão

Apresentam-se, de forma detalhada, os resultados encontrados, explicitando as representações sociais que ancoram os modos de cuidar das benzedeadas e parteiras.

Parte IV - Conclusão

Diferentes Respostas para a Mesma Pergunta: As reflexões aqui apresentadas apontaram as respostas aos objetivos do estudo.

Um Olhar para as Diferentes Respostas à Luz da Sociologia das Ausências e Emergências: Aqui se buscou realizar um trabalho de tradução dos resultados.

PARTE I - REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Os diferentes modos de cuidar

Quanto mais complexa for uma determinada sociedade, maior a probabilidade que em seu seio coexistam diferentes formas terapêuticas de assistência à saúde, ou seja, diferentes modos de cuidar. Há um consenso entre os antropólogos de que o sistema de assistência de cuidados de uma dada sociedade não pode ser estudado isoladamente de outros aspectos daquela sociedade, sobretudo quanto à sua organização social, religiosa, política e econômica. O sistema de cuidados está imbricado com esses aspectos e revela as crenças e valores do grupo, que, segundo os estudiosos, inter-relaciona dois aspectos da sociedade: o cultural e o social.

O primeiro inclui certos conceitos básicos, teorias, práticas normativas e modos de percepção compartilhados, enquanto o segundo inclui a organização do sistema, onde se caracterizam os papéis específicos de quem cuida e de quem recebe o cuidado, ou seja, as regras que definem os espaços de cuidado. Numa sociedade ocidental, como a nossa, os aspectos culturais e sociais do cuidado da ciência são amparados por leis do Estado. (HELMAN, 2003)

Entre os diferentes sistemas de cuidado oficial, encontram-se os sistemas denominados de subculturas de assistência à saúde, a exemplo dos três setores de cuidado que coexistem sobrepostos e interligados: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional (KLEIMAN, 1980), que se configuram em diferentes modos de cuidar.

Entretanto, Leininger (1991) considera que existem dois sistemas de cuidados de saúde que interagem, o profissional e o *folk* ou popular. A autora observa que tanto o sistema popular quanto o tradicional são sistemas de conhecimento informal, ou seja, que se contrapõem ao sistema de cuidados do conhecimento institucionalizado. Neste estudo, adota-se a classificação de Leininger.

1.1.1 O SETOR INFORMAL

Este é o setor de domínio leigo, ou seja, não-profissionalizado da sociedade. Aqui o cuidado pode ser dispensado por parentes, vizinhos, colegas de trabalho, grupos

provenientes de organizações comunitárias, religiosas, dentre outros. A família desempenha um papel importante neste modo de cuidar, uma vez que os desconfortos iniciais que acompanham diferentes formas de comprometimento da saúde são detectados primeiramente no âmbito familiar. As mulheres são as principais provedoras de cuidados de saúde. Estima-se que em torno de 70 a 90% dos cuidados à saúde concretiza-se neste modo de cuidar, tanto nas sociedades ocidentais como nas sociedades não-ocidentais (HELMAN, 2003).

Como a maioria dos cuidados se faz entre pessoas próximas, seja por laços familiares, comunitários ou religiosos, entende-se que tanto quem cura, quanto quem é curado compartilham pressupostos semelhantes sobre a saúde e a doença. Esse setor caracteriza-se pela não-remuneração dos serviços e inexistência de regras fixas, podendo haver inclusive mudança nos papéis, pois o sujeito que hoje cuida poderá ser o sujeito que receberá cuidados amanhã.

Em geral, a credencial para a prestação de cuidados baseia-se na experiência, muito mais que na educação, status social ou dom especial. Assim, uma mulher que tenha vivenciado algumas gestações poderá, por exemplo, aconselhar uma mulher mais nova que acaba de engravidar. De forma análoga, as experiências pessoais com determinada situação de cuidados ou falta de saúde podem ser compartilhadas em grupos de auto-ajuda, que podem funcionar como fonte de conhecimentos sobre determinado assunto e podem favorecer outras pessoas e toda a sociedade.

Nesse âmbito, também os grupos religiosos têm significado um aporte importante de cuidado informal, bem como os movimentos da ciência cristã, diversos grupos de cristãos (carismáticos, grupos pentecostais, espíritas), grupos que visam desenvolver o potencial humano (cientologia, meditação, ioga), entre outros. Vitor Vicent Valla e seus colaboradores têm estudado o fenômeno da religiosidade popular por meio da proposta de apoio social (VALLA, 2004, 2005).

No cuidado informal há um envolvimento freqüente da família ou das pessoas que são significativas para quem recebe o cuidado, no diagnóstico e tratamento. Há uma cordialidade, informalidade e uso de um vocabulário que é inteligível para todos. Nesse sentido, o cuidado informal reforça os valores culturais da comunidade em que vive a pessoa em sofrimento. Fato que pode se apresentar como aspecto facilitador em relação ao cuidado provido pelo setor formal, onde a maioria dos profissionais mantém um afastamento cultural, educacional, de classe social e imposta pelas próprias regras do setor.

Por partilhar as mesmas crenças, em geral os cuidadores informais são capazes de compreender, diagnosticar e cuidar das dimensões sociais, psicológicas e morais associadas

ao desequilíbrio de saúde da pessoa e sua família. Este aspecto é importante, pois favorece a comunicação efetiva entre os sujeitos envolvidos na ação de cuidado. Segundo Helman (2003), mesmo quando os usuários e cuidadores profissionalizados compartilham a mesma origem cultural, os problemas de saúde tendem a ser vistos de maneira diferente, o que, com exceções, se constitui em nó górdio no processo de comunicação.

O processo de comunicação dos cuidadores informais oferece modos culturalmente familiares de explicar as manifestações e as causas da falta de saúde, envolvendo os aspectos social, psicológicos e espirituais da vida dos sujeitos.

1.1.1.1 O aprendizado dos cuidadores informais

O aprendizado necessário para o desempenho dos cuidadores informais é adquirido de diferentes formas e originado por diferentes fontes. Esse aprendizado se dá pela transmissão oral de ensinamentos de um cuidador mais velho, pela experiência em certas técnicas ou condições ou pela posse de poderes de cura natos ou adquiridos.

Neste sentido, Helman (2003) lista algumas dessas possibilidades por meio das quais a pessoa pode aprender o ofício de um cuidador informal:

- Herança: ter nascido em uma família de cuidadores, pois, em geral, esse dom é passado de geração em geração;
- Posição dentro da família: a exemplo do sétimo filho na tradição da Irlanda;
- Sinais de presságio no nascimento: como uma mancha de nascença, ter chorado no útero, ou ter nascido com a membrana amniótica envolvendo o rosto;
- Revelação: descobrir que possui o dom, o que pode ocorrer na forma de uma experiência emocional intensa durante uma enfermidade, um sonho, ou um transe. "Em casos extremos, a vocação pode ser anunciada por um estado incontrolável de possessão; uma experiência traumática associada a um estado de êxtase ou de histeria" (HELMAN, 2003:78);
- Aprendizagem com outro curandeiro, cujo período de ensinamento pode se estender por muitos anos;
- Aquisição de habilidade específica, sem auxílio de outros: "intuitiva", a exemplo dos sahis do Iêmem, dos doutores do Mato no Quênia e benzedeiros no Brasil;

Na prática, mesmo aqueles que "nascem com o dom" refinam seu saber na experiência, o que ressalta o caráter do aprendizado no contexto social dos cuidadores populares.

Vale ressaltar que alguns cuidadores, apesar de trabalharem individualmente, podem formar redes de troca de experiências e conhecimento, colocando em evidência a organização do grupo a fim de compartilhar informações, como é o caso das associações de parteiras tradicionais no Brasil.

Segundo dados da Organização Não-Governamental Cais do Parto (Centro Ativo de Formação do Ser), situada em Olinda-PE e que treina parteiras tradicionais, estima-se que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste existam cerca de 50.000 parteiras. Um das missões da ONG em questão é também organizar a categoria em associações, articulando-a politicamente, a fim de que seu trabalho seja reconhecido como profissão, por meio da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais, que distribui informações a cerca de quatro mil parteiras no país.

1.1.1.2 O movimento de profissionalização dos cuidadores informais

A relação entre os setores informal e formal em geral é muito tensa e marcada por sentimentos mútuos de desconfiança. Os cuidadores formais tendem a olhar os cuidadores tradicionais como trapaceiros charlatões que representam um perigo para a saúde da sociedade. Entretanto, é cada vez maior o reconhecimento da importância desses cuidadores. Em muitos países, as diferentes formas de cuidar têm sido incorporadas ao sistema de saúde oficial. E “os curandeiros populares tradicionais estão sendo incorporados marginalmente aos sistemas de saúde, às vezes contra a sua própria vontade” (HELMAN, 2003:79).

A iniciativa nesse sentido parte, em geral, da OMS (Organização Mundial de Saúde) ou de governos locais. Há um entendimento de que a união de esforços que resultem numa ação integrada entre políticos, lideranças sindicais trabalhadoras e patronais, educadores e médicos favorece a implementação de políticas e programas de saúde. Essa iniciativa sustenta-se sob o enfoque da promoção da saúde, que se apresenta como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população humana. A abordagem na promoção da saúde propõe uma articulação entre os saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos comunitários, públicos e privados por meio de parcerias (FRANCHI, 2001 apud HELMAN, 2003).

Os recursos humanos que a OMS têm procurado engajar incluem seguidores do herborismo, da medicina tradicional indiana, da persa, bem como de curadores tradicionais da medicina chinesa, como acupunturistas e outros. Uma atenção especial tem sido dispensada à seleção e treinamento de parteiras tradicionais.

Ao se associarem, os cuidadores populares esperam promover seus interesses e os interesses da população-alvo de seus cuidados, aprimorando padrões, elevando seu prestígio social e a capacidade de gerar renda, definindo uma área de atenção à saúde onde eles possam sem medo atuar.

É preciso ter clareza de que as ações do modo do informal de cuidados podem tanto ajudar quanto desencadear efeitos negativos na saúde das pessoas. Mesmo a família enquadra-se neste enfoque, a exemplo do relato de Jodelet (2006) acerca dos sentimentos de insegurança que são desencadeados numa família mexicana na região de Chiapas. Nessa família, a tradição reza que o parto deve ser realizado em casa, e, por isso, tenta impedir que a mulher seja removida para o hospital, ainda que a vida dela e do bebê estejam em perigo. Assim, tanto o modo formal de cuidados como o modo de cuidar informal apresentam efeitos negativos e positivos aos seus usuários.

O que se pode perceber é que as pessoas que necessitam de cuidados de saúde transitam livremente entre os diferentes modos de cuidar, muitas vezes utilizando os dois setores concomitantemente, sobretudo quando o cuidado dispensado por um deles não tem sucesso em aliviar o desconforto físico e emocional de quem sofre.

1.1.2 O SETOR FORMAL

O setor formal compreende as profissões de saúde que são organizadas e reguladas legalmente, configurando-se como modo de cuidar profissional. Inclui enfermeiras, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros cuidadores.

Os cuidadores que atuam no setor formal constituem o único grupo de curadores/cuidadores cuja atividade é garantida por lei. Este aspecto assegura também que eles possam interrogar, examinar, prescrever e encaminhar o paciente ou confiná-lo em um hospital, no caso de doenças psiquiátricas. O hospital favorece o controle da dieta, do comportamento, do padrão de sono, da ingestão de medicação, além da determinação de realização de uma variedade de exames, como biópsias, radiografias ou punções venosas.

Ao profissional desse setor é atribuído ainda o poder de rotular um paciente como incurável, simulador ou doente mental. Este aspecto tem grande peso social e jurídico. Um laudo médico pode confirmar o *status* de doente, influenciando pagamentos de pensão, seguro-saúde, e, no limite, afastando-o do convívio social. É preciso considerar que esses

rótulos podem entrar em conflito com as perspectivas do doente e causar grandes transtornos à família.

Na maior parte dos países, a medicina científica ocidental é a base do setor formal, porém ela representa apenas uma proporção pequena de atendimento em saúde a populações do mundo, já que

os recursos humanos na área médica são escassos, sendo que grande parte do atendimento à saúde ocorre no setor informal. [...] A distribuição de médicos não é uniforme. Em muitas sociedades não-industrializadas, eles tendem a concentrar-se nas cidades, onde as condições de infra-estrutura são melhores e a prática da profissão é mais lucrativa, o que leva grande parte da população a recorrer ao setor informal (KLEIMAN, 1980:82).

Um outro ponto importante a ser considerado no número de profissionais disponíveis para o atendimento das populações carentes é o grande contingente de profissionais que trabalha no serviço privado.

1.1.2.1 O aprendizado dos cuidadores profissionais

O sistema de saúde expressa os valores e crenças da sociedade em que ele está inserido. Portanto, diversos tipos de sociedade produzem diferentes sistemas de saúde conforme a ideologia dominante – seja ela capitalista ou não. De acordo com Helman (2003), apesar da pretensão de universalidade da medicina ocidental, vários estudos ilustram diferentes sistemas médicos ocidentais. Entretanto, no que se refere à formação desses profissionais, há certa concordância quanto às premissas que norteiam seu treinamento. Algumas dessas premissas são: o enfoque na racionalidade científica, ênfase na mensuração objetiva e numérica, ênfase nos dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das doenças como entidades; reducionismo, ênfase no indivíduo, em detrimento da família e da comunidade. Segundo Helman, isso ocorre porque

durante o processo de formação médica, os alunos passam por uma espécie de *enculturação*, na qual, gradualmente, adquirem uma perspectiva particular dos problemas de saúde que irá perdurar ao longo de suas carreiras profissionais. [...] Os fenômenos relacionados à saúde e à doença só se tornam reais quando podem ser observados e medidos objetivamente. Uma vez observados e quantificados, passam a ser considerados "fatos clínicos", cuja causa e efeitos devem, então, ser investigados (HELMAN, 2003:78).

De acordo com Kleimam, o enfoque que a ciência moderna ocidental dá à realidade clínica presume que os aspectos biológicos são mais básicos, reais, clinicamente significativos e interessantes que os aspectos sócio-culturais. Sendo assim, quando um

fenômeno não pode ser observado ou medido objetivamente, como no caso das crenças de uma pessoa sobre sua doença, o fenômeno deixa de ter significância.

Segundo Good & Good (1981), os sintomas assumem sentido para os profissionais de saúde quando relacionados a estados fisiológicos, que, por sua vez, são interpretados como os referentes do sintoma. Assim, as queixas não objetivas do usuário devem ser decodificadas no discurso dele. Quando isso acontece, é possível relacionar os sintomas a uma grelha de referência biológica, de modo a explicitar o diagnóstico. Por sua vez, esses referentes biológicos devem ser descobertos em exames físicos ou por meio do uso de tecnologia diagnóstica.

O modelo de formação do cuidador profissional é ainda fortemente influenciado pelo grupo de médicos que formam um grupo à parte com seus valores e organização hierárquica dos papéis de cura, e tem base na racionalidade da ciência. Um estudo realizado nos Estados Unidos sobre alguns conceitos e premissas subjacentes à profissão médica apontou resultados que, sem dúvida, podem ser aplicados ao modelo de formação brasileiro. São eles: – foco da atenção no médico: ele, e não o paciente, é quem define a natureza e os contornos do problema do paciente; orientação para a especialidade: são os especialistas e não os médicos generalistas que detêm maior prestígio social; – orientação para credenciais e títulos: os médicos com credenciais mais altas são considerados como detentores de maior habilidade clínica e maior conhecimento; – base na capacidade de memória: memórias sobre drogas, fatos, casos, e descobertas são recompensadas com promoções e maior respeito dos colegas; – orientação para o processo: a avaliação da capacidade clínica do médico se faz pela medida do impacto que ele produz sobre os processos biológicos quantificáveis no paciente (HELMAN, 2003).

Um aspecto que não pode ser perdido de vista é que, seja qual for o foco da formação dos profissionais do setor formal, eles provêm de diferentes sociedades, onde foram socializados e passaram um significativo período de suas vidas. Sendo assim, como indivíduos e membros de uma determinada comunidade, trazem consigo um conjunto de crenças, premissas, experiências e preconceitos que naturalmente influencia sua vida profissional.

Outro ponto a ser considerado na aprendizagem do cuidador profissional é que todo modelo educacional sofre mudanças ao longo do tempo, e vai se moldando com maior ou menor flexibilidade às novas descobertas da própria ciência ou a novas moralidades delas advindas. Assim, as questões morais da era contemporânea cada vez mais se refletem na formação dos cuidadores formais, e novas palavras são incorporadas no cotidiano, criando um

novo sistema simbólico na sociedade. Desta forma, as definições de certos comportamentos, como alcoolismo, infidelidade, absenteísmo, criminalidade, deixaram de ser pecados para se constituir domínios de regulação das ciências médicas, como a psiquiatria, traduzindo um discurso moral do cuidador profissional como detentor do saber.

Nessa perspectiva, assume-se que os diferentes modos de cuidar que existem e coabitam na nossa sociedade sustentam e revelam as crenças e valores oriundos de diferentes racionalidades. Embora se reconheça que os modos de cuidar sejam construídos sobre diferentes bases do conhecimento, as mudanças do papel social e simbólico da ciência da saúde moderna e das variações dentro do próprio modelo de saúde ainda privilegiam o enfoque biomédico.

1.2 Bases epistemológicas do conhecimento

1.2.1 A CRÍTICA DA RAZÃO MODERNA E O PENSAMENTO PÓS-MODERNO

1.2.1.1 A crise epistemológica

Um novo paradigma científico vem se anunciando e caracterizando uma espécie de revolução da ciência, que começou com a Física, em função das idéias da teoria da relatividade e da mecânica quântica. Essas duas teorias colocaram em pauta duas questões cruciais: a) o mundo não é exatamente como nós o percebemos pelos nossos sentidos e nossa capacidade mental limitada; b) a própria razão, âncora fundadora de ciência, coloca-nos em algumas situações cujos impasses são insolúveis; o que significa dizer, que nem tudo pode ser compreendido ou explicado pela razão. Isso advém da

teoria da relatividade proposta por Einstein, [que] mostrou que o espaço e tempo não são entidades absolutas, independentes do estado de movimento do observador, mas, antes, formam uma entidade única quadridimensional, denominada espaço-tempo. Além disso, a teoria da relatividade também mostrou que matéria e energia são conversíveis, uma na outra ou dito, de outro modo, matéria e energia são a mesma coisa. Einstein também demonstrou que a luz (e todas as outras formas de radiação eletromagnética) se comporta igualmente como onda e como partícula. Já a mecânica quântica, de Marx Planck, Niels Bohr, Werner Heisenberg e outros, mostraram que a natureza é fundamentalmente descontínua, bem como estendeu a dualidade onda-partícula a toda matéria. Mais ainda, formulou o famoso princípio da incerteza, segundo o qual é impossível conhecer com precisão absoluta tanto a posição quanto a velocidade de uma partícula num dado instante (BIZZOCHI; 2003:215).

Essas descobertas demonstram que o ser humano moderno vive um mundo bastante diferente daquele que pensava habitar. Também contribuíram para tal constatação as descobertas da genética e do insondável fenômeno da vida e da mente humana.

Esse vasto panorama tem contribuído para que a ciência moderna seja, a cada dia, questionada, sobretudo por seu caráter dogmático e por se chocar frontalmente com as evidências empíricas quanto a outras formas de aprendizado do ser humano. Vale ressaltar que, na história da ciência, pessoas que são âncoras do pensamento moderno descrevem experiências que não se poderiam chamar de racionais¹.

¹ Descartes escreveu, em suas memórias, que, no ano de 1619, foi visitado por um sonho que veio de cima: “Ouvi um estrondo de um trovão... Era o espírito da verdade que descia para assenhorear-se de mim”. Na manhã seguinte, orou a Deus para que lhe concedesse luz e passou a dedicar sua vida à busca da verdade. (DESCARTES, 2004:12).

Diante da constatação da fragilidade do paradigma moderno, Boaventura de Souza Santos esclarece que quando, em meados de 1980, começou a usar as expressões pós-moderno e pós-modernidade, fazia-o no contexto de um debate epistemológico que indicava a exaustão do modelo de racionalidade da ciência e anunciava uma crise paradigmática. Santos (2004) argumenta que o paradigma que dava sinais de esgotamento tinha sido formulado a partir das idéias do positivismo – que, com base no método científico, supõem ter o poder de afastar do processo de investigação e dos resultados da análise quaisquer vestígios de subjetividade, circunstancialidade – e fundava-se especialmente no seguinte ideário: 1 – distinção entre sujeito e objeto, bem como entre natureza e sociedade; 2 – redução da complexidade do mundo a leis simples, suscetíveis da formulação matemática; 3 – uma concepção da realidade dominada pelo mecanicismo determinista e da verdade como representação transparente da realidade; 4 – separação absoluta entre conhecimento científico – considerado o único válido – e outras formas de conhecimento como o senso comum ou estudos humanísticos.

Nesse cenário, o autor afirma que as expressões pós-moderno e pós-modernidade foram usadas como alternativa epistemológica, para anunciar a emergência de um novo paradigma. Esse novo paradigma, apesar da manutenção da primazia conferida ao conhecimento científico, abria espaço para uma racionalidade mais ampla, que visava, dentre outras questões, à superação da dicotomia natureza/sociedade; à complexização da relação sujeito/objeto; a uma nova relação entre ciência e a ética assentes na substituição da aplicação técnica da ciência pela aplicação edificante² e uma proposta de articulação entre o conhecimento científico e outras formas de conhecimento.

Santos (1998), apesar de reconhecer a contribuição da ciência na melhoria das condições da sobrevivência humana, implementadas pela vocação técnica e instrumental do conhecimento científico, entendia que a promessa social tinha ficado muito aquém da promessa técnica. Para o autor, isso se deveu ao fato de o conhecimento técnico ter se desenvolvido sem a contribuição de outras formas de conhecimento. Segundo sua apreciação, o conhecimento moderno pautou-se demasiadamente pela aplicação técnica. Essa crítica pode ser apreendida nas seguintes palavras: “aprendemos a sobreviver no mesmo processo e medida em que deixamos de saber viver. Um conhecimento anônimo reduziu a práxis à técnica” (SANTOS, 1998:169).

² A aplicação técnica e edificante será discutida com detalhes mais adiante neste trabalho.

Na mesma linha de argumentação, Edgar Morin (2005) afirma que essa visão técnica, reducionista e fragmentada da ciência influenciou a imagem do ser humano e do mundo, resultando no empobrecimento da essência humana. No Ocidente, a separação e dicotomia cultura-natureza, aliada à idéia de objetividade da ciência como fator independente da vontade do investigador, está estreitamente relacionada à verdade, interpretada no sonho de Descartes como o próprio paradigma da racionalidade humana.

Nesse contexto, a construção do objeto implica num ato de separar, denominado por Bachelard (1971) de *rupturas epistemológicas*. São essas rupturas que conferem um estatuto a determinado saber. Portanto, “na base da prática científica existe essa ação humana, e não um objeto que seria dado” (FOUREZ, 1999:107).

Desta forma, uma das idéias centrais sobre o debate do papel da ciência no mundo pós-moderno refere-se à natureza social do conhecimento científico. A aceitação do caráter social da ciência implica na necessidade de analisá-la à luz dos interesses, crenças e critérios de validade compartilhados que orientam a atividade dos cientistas e sua intervenção com outros seres sociais; implica, portanto, em valores (LIMA, 1994).

A crise epistemológica parece assentar-se, sobretudo, na concepção que separa princípio e valor, ou seja, na eliminação da ética do conhecimento em detrimento da objetividade. Todavia, como se sabe, a ciência não é neutra, e traduz uma visão de mundo e um discurso ideológico que é permeado por um projeto hegemônico. Assim, quando se divulga uma teoria científica, ao mesmo tempo difundem-se valores. Esses valores são partes da ideologia que originou o projeto de pesquisa, reafirmando a sua não-neutralidade.

Durante uma entrevista, Henri Atlan foi interrogado sobre a possibilidade de a ciência criar valor; e a resposta dele foi positiva. O pesquisador advertiu que a resposta a essa pergunta é quase sempre negativa, uma vez que, pretensamente, a ciência ocupa-se de fatos e não de valores. Entretanto, ele entende que isso não é tão simples, devido ao fato de a ciência não ser totalmente neutra e, por outro lado, de criar seus próprios valores, sendo esses valores válidos para seu próprio método de pesquisa.

Atlan entende ser preciso encontrar um meio-termo entre a divinização do valor da ciência, que considera apenas a verdade científica como admissível, e sua diabolização, entendida como a condução desmesurada de sua capacidade de promover a autodestruição humana. Sem dúvida, essas questões ganham relevância numa sociedade em que se agravam os problemas morais e políticos advindos dos resultados da aplicação da ciência (ATLAN, 2001).

Esses fatos confrontam os princípios da ciência e colocam-na numa encruzilhada. Um caminho diz que o conhecimento científico prima exatamente por se afastar da visão do senso comum, da familiaridade com o objeto, das preocupações de ordem pessoal, assim como de tudo que não pode ser reproduzido ou expresso por um discurso lógico. Outro caminho aponta que essa epistemologia sem imagens nem metáforas corre o risco de desencantar a sociedade, que carece de poesia e humanização.

Pesquisadores como Morin (1999), Santos (1998; 2002; 2004) e Zoahar (1990; 2003) entendem que, embora o conhecimento científico elimine de si a ética do conhecimento, a prática do pesquisador implica numa ética própria. Para Edgar Morin, o conhecimento científico deve comportar uma dimensão reflexiva, que se situe para além da reflexão filosófica, mas que venha da interioridade da própria ciência. Para tanto, o autor enfatiza que:

os diversos trabalhos de Popper, Kunh, Feyenbend, Lakatos assinalam como traço comum o fato de mostrar as teorias científicas como icebergs, pois têm enorme parte imersa, que não é científica, que é zona cega da ciência, indispensável, entretanto, ao desenvolvimento da ciência (MORIN, 1999:122).

Dessa forma, depreende-se que convive na interioridade da própria ciência uma “zona cega” “que não é científica”, mas, como afirma Morin, “ela é indispensável ao desenvolvimento da ciência”.

Pode-se verificar que a epistemologia científica precisa caminhar para uma concepção mais enriquecida e transformadora, que evolua e abrace todos os seres vivos e humanos e todo conhecimento deles advindos.

Santos (2003) aponta que, na fase de crise, a epistemologia continua ocupando um lugar central, pois é um fator sem o qual não se pode pensar a própria revolução científica. Entende, porém, que ela precisa ser relativizada por uma racionalidade mais envolvente que articule princípio e valor. É nestes termos que Santos concebe o reencontro da ciência e do senso comum.

1.2.1.2 O conhecimento do senso comum

O conhecimento do senso comum surgiu como conceito filosófico no século XVIII e representou o combate ideológico da burguesia emergente contra o racionalismo do regime real. Caracteriza-se, portanto, como um conhecimento que se pretendia natural, prudente, convertendo-se em senso médio e em senso universal. Sem nenhum caráter de

neutralidade, como todo conhecimento, foi valorizado filosoficamente por estar ligado a um projeto político de ascensão ao poder dos burgueses. Assim, não constitui nenhuma novidade que, após alcançado o objetivo do projeto político, ou seja, a conquista do poder, o conceito filosófico de senso comum tenha sido desvalorizado como um conhecimento superficial e ilusório (SANTOS, 1998).

Entretanto, o conhecimento do senso comum contribui para que a ciência progrida a partir dos desafios que emergem na vida cotidiana. Pesquisas em diferentes áreas são desencadeadas a partir de costumes da população, a exemplo do hábito do uso de chás para curar doenças. Portanto, esse conhecimento tem uma lógica e uma sabedoria que estão diretamente ligadas às dificuldades enfrentadas pela população.

Nem todas as correntes teóricas da ciência acham possível um rompimento com o senso comum, a exemplo da fenomenologia e da etnometodologia. Na avaliação de Santos, mesmo as correntes que propõem a ruptura têm diferentes concepções do senso comum. Algumas ressaltam sua positividade, e outras a sua negatividade. “Entre as primeiras devem se incluir os conceitos de consciência coletiva de Durkheim ou de opinião pública da ciência política e da comunicação e a **Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici**” (SANTOS, 1998:40). [grifos e inserção da autora]

Nas correntes que salientam a negatividade, encontra-se o conceito de ideologia espontânea, de origem marxista, ainda que a evolução recente desse conceito suscite dúvida quanto à sua negatividade ou positividade. O consenso é que o senso comum representa o laço que une um grupo ou um povo naquilo que ele coletivamente acredita. Esse laço traduz um conhecimento de vocação solidária e transclassista, por representar o menor denominador comum daquilo que um grupo ou um povo pensa coletivamente.

Santos (2003) insiste que é importante estar alerta para as dimensões do conhecimento do senso comum porque:

- o saber do senso comum contém sentido de resistência que, dadas as condições, pode desenvolver-se e transformar-se em arma de luta;

- embora a função principal do senso comum seja reconciliar a consciência social com o que existe, o mesmo viés conservador tem sido assinalado por teorias do saber científico. Tem-se aqui o exemplo da psicologia e da psicanálise, cujo objetivo é conciliar os indivíduos com o que existe;

- não é correta a afirmação de que o senso comum tem uma concepção fixista. O seu caráter superficial pode ser mais ou menos acentuado a depender do conjunto de relações sociais cujo sentido ele procura reconstituir. Numa sociedade de desigualdades sociais pouco

acentuadas e com sistema de educativo generalizado e orientado por uma pedagogia de emancipação e solidariedade, produzir-se-á um senso comum diferente de uma sociedade mais desigual e ignorante;

– a oposição ciência/senso comum não pode equivaler à oposição luz/trevas. Uma análise mais detalhada dos processos mentais tem demonstrado que a razão pode nos pregar algumas peças. Por isso, a relação racionalidade/irracionalidade é muito mais complexa do que se possa imaginar à primeira mão;

– finalmente, não se pode esquecer que a caracterização do senso comum se faz a partir das premissas da ciência. Por isso, não é surpreendente que esteja saturada de negatividade. Isso indica que um esforço analítico pode superar essa negatividade.

No contexto que leva em conta as características descritas, o conhecimento do senso comum pode ser positivado. E esse é o esforço do autor, no livro intitulado *Um discurso sobre as ciências*, ao afirmar que

o discurso faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e das responsabilidades individuais. O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e securizante. O senso comum é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetivos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência lingüística. O senso comum é superficial porque desdenha as estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e coisas. O senso comum é indisciplinar e imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para produzi-lo; reproduz-se espontaneamente no suceder quotidiano da vida. O senso comum aceita o que existe tal como existe; privilegia a ação que não produz rupturas significativas no real. Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade (SANTOS, 1998:56).

Esta descrição positivada do senso comum procura dar relevo às possíveis contribuições para um projeto de emancipação cultural e social. Aponta a conformação de uma nova ciência, nascida do abraço entre o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum. É com base neste referencial de uma nova conformação de ciência que se pretende olhar os diferentes modos de cuidar como uma possibilidade desse abraço. Essa abordagem científica, com a qual me identifico, tem sido sistematicamente defendida pelo autor, por meio de debates epistemológicos da Ciência Pós-Moderna.

1.2.1.3 Da concepção pós-moderna à concepção cosmopolita

Pode-se dizer que a concepção da ciência pós-moderna reivindica a superação de todas as dicotomias sobre as quais se funda a razão positivista da ciência moderna. E, dentre estas, figura, sobretudo, o fato de a ciência ser uma produção técnica de objetos cientificamente construídos por um sujeito social e técnico. Sendo assim, o cientista como sujeito social tem o compromisso de estar envolvido com os aspectos éticos de sua proposta de ação. Essa tendência desenvolve a noção de ciência contextual, contingencial, circunstancial, resultante de fatores sociais e econômicos (PORTOCARRERO, 1998).

Vera Portocarrero e Santos aprofundam o debate acrescentando que, em nossa sociedade, cada contexto ou espaço interativo e estrutural é duplo. Para Santos (2002), isso significa dizer que cada um deles guarda e dispõe de um saber local que lhe é inerente e do qual é sujeito. Todavia, também dispõem de um saber científico que se mistura ao saber local/senso comum; e nesse, o sujeito, em maior ou menor medida, é apenas objeto desse conhecimento, porque, ao invés de dispor dele, é disposto por ele.

A aplicação técnica do conhecimento científico produz-se apartada do saber local/senso comum e, naturalmente, suas aplicações práticas se dão separadamente. Conseqüentemente, o modo de racionalidade da comunidade científica sobrepõe-se ao modo de racionalidade das comunidades de saber local. Entretanto, a leitura dessa sobreposição é manifestada na forma de um “exercício de poder, porque a comunidade científica sendo, em certa medida, uma comunidade de saber local, goza de tal hegemonia cultural que se pode apresentar naturalmente como única comunidade de saber universal” (SANTOS, 1998:181).

Essa contradição sujeito/objeto não é manifestada e nem vivida de forma monolítica por todos os agentes que integram cada espaço, pois as experiências dependem dos mecanismos de poder segregados nas relações sociais construídas em desequilíbrio.

Santos (2002) pondera que o maior desequilíbrio, porém, reside no próprio conhecimento da ciência, que, de acordo com suas premissas, transforma alguns grupos sociais em sujeitos e outros em objeto. Não há dúvida de que a abordagem técnica da ciência muito contribui para essa divisão. A aplicação técnica é a forma social e a verdade social da ciência moderna e do conhecimento, que, embora se configure na condição da práxis na sociedade contemporânea, deverá, na fase de transição paradigmática, regular sua eficácia por critérios “que lhe são estranhos” (SANTOS, 1988). Para tanto, propôs um outro modelo de aplicação do conhecimento, que entendia ser mais adequado à era pós-moderna, denominado de saber edificante.

1.2.1.4 Do saber técnico ao saber edificante e além destes

As premissas do saber edificante conferem ao saber da ciência o caráter contextual e circunstancial requerido pelo pensamento pós-moderno. Nesse prisma, introduzem-se reflexões importantes, sobretudo acerca do caráter ético da ciência.

Santos (1998), quando reflete sobre as duas aplicações do conhecimento, entende-as como parte integrante da conflitualidade mais ampla; ou seja, dentre dos paradigmas sociais. O autor já apontava que a luta por um paradigma pós-moderno da ciência deveria obrigatoriamente ser complementada pela reflexão de uma sociedade pós-moderna. Sendo assim, os progressos epistemológicos e sociais propostos pelo emprego do saber edificante, bem como sua adequação à transição paradigmática, não deixavam de configurar-se como uma abordagem da ciência dentro da ciência, abordando sua pluralidade interna.

O modelo de aplicação que sugere Santos é o que chamou de aplicação edificante, cujas principais características foram adaptadas ao contexto do cuidado em saúde (Quadro 1):

Quadro 1 - Aplicação do Saber Técnico e Saber Edificante no contexto do cuidado em saúde.

Aplicação do Saber Técnico	Aplicação do Saber Edificante
➤ O profissional de saúde não se envolve na situação existencial em que se desenrola o cuidado, colocando-se fora da realidade;	➤ O profissional de saúde está diretamente vinculado à realidade, comprometendo-se com ela ética e socialmente;
➤ Há uma separação entre os meios e os fins;	➤ Não há separação entre os meios e os fins;
➤ A relação entre os sujeitos envolvidos no cuidado dispensa a argumentação, é baseada no poder/saber do profissional, caracterizando uma relação de submissão;	➤ A relação é mediada pela argumentação e respeito;
➤ Há um silenciamento das experiências e emoções;	➤ Há um favorecimento de credibilidade de diferentes saberes, dando voz ao silêncio;
➤ Ancora-se numa equação numérica onde o fio condutor é quantitativo;	➤ Ancora-se numa equação numérica, onde o qualitativo é a linha mestra da ação de cuidado;
➤ O sujeito técnico não é obrigatoriamente um sujeito técnico.	➤ Não há discrepâncias entre o sujeito ético e o sujeito técnico.

Fonte: Adaptado de SANTOS, Boaventura de Souza. Introdução a uma Ciência Pós-Moderna, 1998.

Na abordagem da pluralidade interna da ciência, o autor entende ser necessária uma mudança paradigmática na construção do saber científico, com ênfase nas ciências sociais e considera uma segunda vertente crítica. Essa vertente interroga sobre “o

exclusivismo epistemológico da ciência e centra-se nas relações a outros conhecimentos, o que se pode designar de pluralidade externa da ciência” (SANTOS, MENEZES E NUNES, 2004:31).

Nessa segunda vertente, pesa o reconhecimento da multiculturalidade do mundo, favorecendo a distinção da existência de sistemas de saberes plurais, alternativos à ciência moderna ou que com estas se articulam em novas configurações de conhecimento (SANTOS, 2004). Essa nova perspectiva abriu espaço para a consideração da pluralidade externa da ciência, abrindo as portas para uma maior expansão epistêmica, que visa tornar visíveis campos de saber que o privilégio hegemônico da ciência tendeu a neutralizar, ou mesmo ocultar, ao longo de séculos (SANTOS, 2004), permitindo a formulação de uma nova proposta de racionalidade científica.

1.2.1.5 A Concepção da Razão Cosmopolita

A razão cosmopolita surge como a alternativa epistemológica proposta por Santos (2004) para o tempo de transição paradigmática. Manifesta um tipo de conhecimento de caráter solidário, capaz de reconhecer a alteridade do outro. Pode-se dizer que a razão cosmopolita emerge de uma elaborada crítica à razão indolente³ e focaliza os seguintes aspectos: o primeiro aponta que a compreensão do mundo está para além da compreensão exclusiva do mundo ocidental; o segundo funda-se na idéia de que a legitimação do mundo ocidental está diretamente relacionada às concepções de tempo e temporalidade; e o terceiro entende que o fundamento da concepção ocidental de racionalidade consiste em contrair o presente e expandir o futuro.

Existe ainda o fato de o modelo de racionalidade atual desperdiçar grande parte da riqueza social. Por isso, a razão cosmopolita propõe-se, nesta fase de transição, a trilhar o caminho inverso da racionalidade vigente. Assim, as estratégias consistem em expandir o presente e contrair o futuro. De acordo com a argumentação de Santos (2004: 779), “só assim, será possível criar o espaço-tempo necessário para conhecer e valorizar a inesgotável experiência social que está em curso no mundo de hoje”. Por ocasião de uma reunião de orientação no ano de 2006, Santos verbalizou que sua contribuição para o cuidado do mundo consiste exatamente na contração do futuro e ampliação do presente.

³ *Razão indolente* é uma designação de Leibniz, usada por Boaventura de Souza Santos para proceder à crítica ao modelo de racionalidade ocidental dominante.

Para expandir o presente, Santos propõe o procedimento sociológico que denomina Sociologia das Ausências; e, como forma de contrair o futuro, sugere a utilização da Sociologia das Emergências.

1.2.2 SOCIOLOGIA DAS AUSÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E SOCIOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS

1.2.2.1 A Sociologia das Ausências

A proposta de Santos é a de que a ampliação do mundo e a dilatação do presente comecem pela Sociologia das Ausências, cujo objetivo

é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. Fá-lo centrando-se nos fragmentos da experiência social não socializada pela totalidade metonímica. O que é que existe na medicina tradicional que escapa à dicotomia medicina moderna/medicina tradicional? O que existe na mulher que é independente da sua relação com o homem? É possível ver o subalterno sem olhar a relação de subalternidade? (SANTOS, 2004:786-7).

Trata-se de uma investigação que visa demonstrar que aquilo que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não-existente. Pretende, assim, transformar objetos impossíveis em possíveis e, com base neles, transformar ausências em presenças.

Essa estratégia sociológica é de grande valia para compreender a construção da pluralidade do conhecimento do cuidado, pois permite desvelar a outra relação dos saberes que ancoram o cuidado tido como não-científico ou, como denominado neste estudo, cuidado informal. Faz com que eles ganhem visibilidade ou existencialidade, e conseqüente qualificação. Na argumentação de Santos, há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável, de modo irreversível.

O autor apresenta então, cinco lógicas ou modos de produção de ausências ou não-existência:

1 – Monocultura e rigor do saber: é percebido como o mais poderoso modo de não-existência. Implica em admitir que a ciência moderna é o único critério de verdade. Assim, tudo que não se legitima pela ciência moderna é considerado ignorante ou inculto;

2 – Monocultura do tempo linear: o sentido linear do tempo tem sido forjado sob as formas de progresso, revolução, modernidade, desenvolvimento, crescimento e

globalização, nos últimos duzentos anos. Esta lógica produz a não-existência, declarando atrasado tudo o que, segundo a norma temporal, é assimétrico em relação ao que é declarado avançado. Assim, tudo o que é considerado assimétrico, em relação ao que é declarado avançado, é entendido como pré-moderno, simples, obsoleto, subdesenvolvido, configurando-se como conhecimentos apenas residuais. Nos termos dessa lógica, o conhecimento que não se alinha ao conhecimento dos países centrais do sistema mundial é não-existente.

3 – Lógica da classificação social: está ancorada na monocultura da naturalização das diferenças. As classificações sociais e sexuais consistem na mais expressiva manifestação desta lógica. A não-existência aqui se esconde de maneira sutil. Caracteriza-se como uma inferioridade insuperável porque é natural. Esta lógica dá origem ao inferior.

4 – Lógica da escala dominante: nesta lógica é adotada uma escala que torna todos os outros escalonamentos irrelevantes. Na sociedade moderna, há duas formas principais de manifestação da escala dominante: o universal e o global. Neste sentido, a não-existência é produzida sob a forma do particular e do local. As entidades ou realidades definidas como particulares ou locais estão aprisionadas em escalas que as incapacitam de serem alternativas com credibilidade em relação ao que existe de modo universal ou global. Esta lógica dá origem ao local.

5 – Lógica produtivista: assenta-se na monocultura de produtividade capitalista. De acordo com seus fundamentos, a não-existência é produzida sob a forma do improdutivo. Quando aplicada à natureza, passa a ser entendida como esterilidade; e, no momento de aplicação ao trabalho, é entendida como preguiça ou desqualificação profissional. Esta lógica dá origem ao improdutivo.

As cinco lógicas de produção de ausência/não existência permeiam o saber/fazer do cuidado. Entretanto, neste estudo, o foco está voltado, sobretudo, para a lógica da monocultura do saber do rigor científico e a monocultura do tempo linear. Vale ressaltar que o modo de cuidar profissional se configura como um saber monocultural, uma vez que deriva da racionalidade da monocultura científica.

A Sociologia das Ausências, na perspectiva de Santos, não pretende acabar com categorias como ignorante, residual, inferior, local e improdutivo, pois

a Sociologia das Ausências visa assim criar uma carência e transformar a falta da experiência social em desperdício da experiência social. Com isso, criar as condições para ampliar o campo das experiências críveis neste mundo e neste espaço-tempo e, por essa razão, contribui para ampliar o mundo e dilatar o presente (SANTOS, 2004:789).

Considerando que não há saberes nem ignorâncias completas, a Sociologia das Ausências visa substituir a monocultura do saber científico por uma ecologia dos saberes. Tornar-se-ia possível, desta forma, superar o entendimento de que os saberes não-científicos são alternativos aos saberes científicos. Isso se daria por meio dos seguintes aspectos:

- 1) Substituição da lógica da monocultura do saber científico por uma ecologia dos saberes;
- 2) Substituição da lógica da monocultura do tempo linear pela ecologia das temporalidades: liberta as práticas sociais dos seus estatutos de resíduo, conferindo-lhes temporalidade própria;
- 3) Substituição da lógica da classificação social pela ecologia dos reconhecimentos: confronta-se com a colonialidade, procurando uma nova articulação entre o princípio da diferença, o que permitiria abrir espaço para a possibilidade de diferenças iguais – uma ecologia da diferença feita de reconhecimentos recíprocos;
- 4) Substituição da lógica da escala global pela ecologia das trans-escalas: neste domínio, a Sociologia das Ausências exige o exercício da imaginação cartográfica, quer para visualizar em cada escala de representação não só o que ela mostra, mas também o que ela oculta;
- 5) Substituição da lógica produtivista pela ecologia da produtividade: consiste na recuperação e valorização dos sistemas alternativos de produção, das organizações econômicas populares, das cooperativas operárias, das empresas autogeridas, da economia solidária que a ortodoxia produtivista capitalista ocultou ou descredibilizou.

O ponto de convergência entre essas ecologias reside na idéia de que a realidade não pode ser reduzida ao que é percebido, pois “trata-se de uma versão ampla de realismo, que inclui as realidades ausentes por via do silenciamento, da supressão e da marginalização, isto é, as realidades que são ativamente produzidas como não existentes” (SANTOS, 2004: 793).

A Sociologia das Ausências é contra-factual e ocorre por meio do confronto entre o senso comum e o saber científico. Para ser viabilizada, exige imaginação sociológica, dentre as quais o autor distingue a imaginação epistemológica e a imaginação democrática. A imaginação epistemológica permite diversificar os saberes, as perspectivas e as escalas de

identificação, a análise e a avaliação das práticas. A imaginação democrática possibilita o reconhecimento de diferentes práticas e atores sociais.

Segundo Santos:

enquanto a dilatação do presente é obtida por meio da Sociologia das Ausências, a contração do futuro é obtida através da Sociologia das Emergências. Assim, a Sociologia das Emergências consistiria em substituir o vazio do futuro segundo o tempo linear (um vazio que tanto é tudo como é nada) por um futuro de possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que vão se construindo no presente através das atividades de cuidado. O futuro não tem outro sentido nem outra direção senão os que resultam desse cuidado. Contrair o futuro consiste em eliminar ou, pelo menos, atenuar a discrepância entre a concepção do futuro da sociedade e a concepção de futuro dos indivíduos.

Ao contrário do futuro das sociedades, o futuro dos indivíduos está limitado ao tempo de duração de sua vida ou de suas vidas, em que pode reencarnar nas culturas que aceitam a metempsicose. Em qualquer dos casos, o caráter limitado do futuro e o fato dele depender da gestão e cuidado dos indivíduos faz com que, em vez de estar condenado a ser passado, ele se transforme em um fator de ampliação do presente (SANTOS, 2004: 794).

Enquanto a Sociologia das Ausências transita no campo das experiências sociais, a Sociologia das Emergências move-se no campo das expectativas sociais.

1.2.2.2 Sociologia das Emergências

O conceito que preside a Sociologia das Emergências é o conceito de Ainda-não (Not-Yet), proposto por Ernest Block, denominado o filósofo da esperança. O Ainda-não caracteriza a tendência no processo material como origem, que vai se externando pelo processo e tende para a manifestação do seu conteúdo. Assim, transforma a utopia na condição real da incompletude, da natureza apenas fragmentária em todos os objetos. A partir daí, o mundo como processo é a gigantesca prova exemplificada de sua solução satisfeita, isto é, do reino de sua satisfação (BLOCK, 2005: 302-3).

Na leitura objetiva de Santos (2004:794-5),

o Ainda-Não é, por um lado, capacidade (potência) e, por outro, possibilidade (potencialidade). Esta possibilidade tem um componente de escuridão que reside na origem dessa possibilidade no momento vivido, que nunca é inteiramente visível para si próprio, e tem também uma componente de incerteza que resulta de uma dupla carência: o conhecimento apenas parcial das condições que podem concretizar a possibilidade; o fato dessas condições só existirem parcialmente.

A Sociologia das Emergências é a investigação das alternativas que cabem no horizonte das possibilidades concretas e, como referencial desse estudo, transpõem-se para a busca das possibilidades do cuidado.

Ela consiste em proceder à ampliação simbólica de saberes, de práticas e de agentes. Assim, atua tanto sobre as possibilidades (potencialidades), como sobre as capacidades (realidades).

Desta forma, quanto maior for a multiplicidade e diversidade das experiências disponíveis e possíveis (conhecimentos e agentes), maior será a expansão do presente e dilatação do futuro, considerando que

a Sociologia das Emergências é a investigação das alternativas que cabem no horizonte das possibilidades concretas. Consistindo então, em proceder a uma ampliação simbólica de saberes, práticas e agentes de modo a identificar neles as tendências de futuro (o Ainda-não) sobre as quais é possível atuar para maximização a probabilidade de esperança em relação à probabilidade da frustração. Tal ampliação simbólica é, no fundo, uma forma de imaginação sociológica que visa um duplo objetivo: por um lado, conhecer melhor as condições de possibilidade da esperança, por outro, definir princípios de ação que promovam a realização dessas condições (SANTOS, 2004:798).

A discrepância entre expectativa e experiência tem sido constitutiva da modernidade ocidental. A busca de uma relação mais equilibrada entre a experiência e a expectativa é o que circunscreve o fenômeno da dilatação do presente e contração do futuro, pois “não se trata de minimizar as expectativas. Trata-se antes de racionalizar as expectativas assentes em possibilidades e capacidades reais, aqui e agora” (SANTOS, 2004:797).

Desta forma, atuando sobre as possibilidades de cuidado (potência e potencialidade) e de desperdício da experiência (consciência), o autor propõe uma vigilância epistemológica e ética como alternativa para a transição epistemológica que possibilite a tradução da experiência e expectativas.

Nesse contexto, Santos propõe o trabalho de tradução.

1.2.2.3 Das Ausências e Emergências ao Trabalho da Tradução

O trabalho de Tradução é entendido como um procedimento que permite criar inteligibilidade recíproca entre as experiências de mundo, tanto as disponíveis como as possíveis, e que são reveladas pela Sociologia das Ausências e pela Sociologia das Emergências.

Assim, o trabalho de Tradução tanto pode ocorrer entre saberes hegemônicos e saberes não-hegemônicos, como pode ocorrer entre diferentes saberes não-hegemônicos. O trabalho de Tradução tem lugar, também, entre práticas sociais e seus agentes. É evidente que todas as práticas sociais envolvem conhecimentos e, nesse sentido, são também práticas de saber.

O trabalho de Tradução busca criar inteligibilidade recíproca entre as formas de organização e os objetivos da ação. Incide sobre os saberes entendidos como saberes aplicados, transformados em práticas e materialidades. A importância do trabalho de Tradução entre as práticas decorre, por um lado, da Sociologia das Ausências, e, por outro, da Sociologia das Emergências. Isso permite elevar expressivamente o arsenal disponível e o arsenal possível das experiências sociais.

Ao incidir sobre os saberes, as práticas e os agentes envolvidos nesse contexto, o trabalho de Tradução procura identificar preocupações isomórficas entre elas e as diferentes respostas oferecidas a elas. Esclarece o que une e o que separa os diferentes movimentos e diferentes práticas, de modo a determinar as possibilidades e os limites de atuação ou agregação entre elas.

No contexto deste estudo, pergunta-se: 1) Como traduzir os diferentes modos de cuidar? 2) Quais as possibilidades e limites do cuidado formal e informal? 3) Quais seriam os pontos de convergência? Vale ressaltar que o que se busca, no âmbito do cuidado humano, é compreender como poderão se articular os saberes.

O trabalho de Tradução tornou-se, em tempos recentes, ainda mais importante, à medida que foi se configurando um novo movimento contra-hegemônico ou anti-sistêmico. Esse movimento, erradamente designado como movimento antiglobalização, tem como proposta favorecer um processo de globalização alternativo à globalização neoliberal que se daria a partir de redes transnacionais de movimentos locais. Chamou a atenção da mídia, a partir de novembro de 1999, em Seattle, e adquiriu a sua primeira forma organizativa global no Fórum Social Mundial, realizado em Porto Alegre, em janeiro de 2001.

Pode-se perceber que as questões que o *trabalho de Tradução* se propõe a responder exigem uma visão complexa do mundo e constitui um esforço igualmente complexo. O campo do trabalho de Tradução sugere que é preciso debruçar-se sobre uma diversidade de movimentos e organizações que se ancoram em saberes e práticas diferenciadas. Além disso, é preciso, sobretudo, identificar os pontos em comum que representam uma possibilidade de articulação ou combinação a partir de uma outra lógica que não seja a lógica hegemônica.

Assim, o trabalho de Tradução é um exercício de mão dupla. Configura-se como um trabalho intelectual e também um trabalho político. Tal como na Sociologia das Ausências, na Sociologia das Emergências o trabalho de Tradução é um procedimento transgressivo: não segue regras a priori e se faz à medida que vai acontecendo.

Restam, então, as perguntas: O que traduzir? Grosso modo, podemos falar em zonas de contacto, campos comuns das representações onde as diferentes práticas e conhecimentos se escondem, chocam e interagem. Entre o que traduzir? De forma análoga, entre a convergência de conjunções de sensação de experiências de carência. Quando traduzir? Quando houver uma conjugação de tempos, saberes e oportunidades. Quem traduz? Representantes dos grupos sociais, já que saberes e práticas só existem na medida em que são exercidos. Como traduzir? É um trabalho argumentativo: ancorado na razão (emoção) cosmopolita de partilhar o mundo com quem não partilha o nosso saber ou a nossa experiência.

As dificuldades do trabalho de Tradução são múltiplas. Dentre elas, destacam-se: as premissas de argumentação, a linguagem em que a argumentação é traduzida e os silêncios, que aqui não se trata do que é impronunciável, mas dos diferentes ritmos de saberes e práticas. A gestão do silêncio e a tradução do silêncio são algumas das tarefas mais exigentes do trabalho de Tradução.

Finalmente, a pergunta é: para que traduzir? A justiça social global não será possível sem uma justiça cognitiva global. Justamente porque se defende a idéia de que a possibilidade de um futuro melhor está aqui e agora, está na reinvenção do presente. Tomo emprestadas as palavras de Santos e argumento que “o tipo de transformação social que a partir dele pode construir-se exige que as constelações de sentido criadas pelo trabalho de Tradução se transformem em práticas transformadoras” (SANTOS, 2004:815). É o que pretendo, especificamente com o presente estudo, em relação às práticas de cuidado traduzidas nos diferentes modos do cuidado humano, por diferentes atores.

1.3 As bases epistemológicas do cuidado humano

1.3.1 A CONDIÇÃO HUMANA E O CUIDADO

Nossas raízes históricas residem no passado pré-humano, sendo difícil indicar com exatidão há quanto tempo esse passado existiu (ROBERTS, 1996). Portanto, algumas das idéias que compõem o cenário do tempo pré-histórico são especulações do que pode ter ocorrido, pois nem mesmo os especialistas compartilham unanimemente uma única versão de nossa evolução humana.

No esforço de entendimento para compreensão da condição humana e desse longo período, é preciso religar o conhecimento produzido a partir de diversas fontes de estudo. Assim, valem as reflexões filosóficas, as descrições literárias, a cosmologia, as ciências da terra, a ecologia, a sociologia e outras formas de saber forjado na experiência diária de cada um de nós. A origem da vida, a condição humana e o cuidado estão intricados e é sobre essas questões que se discute a partir de agora.

Os estudiosos da origem da vida dão conta de que ela teve início em algum ponto que os físicos quânticos e cosmólogos chamam de vazio quântico. Paradoxalmente, esse vazio parece ser a fonte de tudo e, exatamente por isso, é chamado também de vácuo fecundo, de plenitude vazia ou fonte originária. Não se sabe como, nem por que, esse vazio se inflacionou e explodiu ocasionando o famoso *big-bang*, há cerca de quinze bilhões de anos (HAWKING, 1992), dando origem aos processos da vida como a conhecemos hoje.

Todavia, ao longo dos tempos, a origem da vida foi interpretada de diferentes formas, e a visão da vida hoje difundida pela ciência foi por muito tempo desconhecida ou ignorada. Para as religiões judaico-cristãs, a imagem mais freqüentemente admitida era a de que a vida tinha sido concebida como um milagre de Deus.

Até o século XVI havia pouca distinção entre padres e acadêmicos, fato que representava pouca ou nenhuma ameaça científica à física ou à cosmologia da igreja. Por outro lado, nem a física mecânica de Newton nem a biologia de Darwin disseram muita coisa sobre a coerência entre a vida e a presença humana no universo. Como esse tipo de ciência e de tecnologia não disse nada de nós mesmos, deixou-nos com uma sensação de alienação de nosso ambiente material, remetendo-nos ao vazio da vida (ZOHAR, 1990).

A partir de 1950, as descobertas de estudos do código genético propiciaram a compreensão de que a vida não era apenas parte do processo cosmogênico universal, mas

sobretudo sua melhor expressão (BOFF, 2005). Descobriu-se também que todos os seres são resultados de complexas composições dos mesmos elementos físico-químicos: vinte aminoácidos e quatro ácidos nucléicos (WILSON, 2002).

A história da ciência dá conta de muitas mudanças na condição terrestre, incluindo uma expansão das espécies, após o desaparecimento dos dinossauros na Terra, e o aparecimento do ser humano⁴. Sabe-se, com base em registros fósseis, que há 3,5 milhões de anos havia primatas bípedes que, como os humanos, caminhavam eretos e possuíam ombros (MATURANA, 2005). Tudo indica que a cadeia de evolução que propiciou o surgimento do ser humano ocorreu por volta de 2,2 milhões de anos, momento em que emergiram, sucessivamente, o *homo habilis*, o *homo erectus* e o *homo sapiens*, já plenamente humanos (LANGNEY, 2002).

De acordo com Boff (2005), o humano tem origem híbrida, ao mesmo tempo cósmica e terrestre: sua vida está entrelaçada, imbricada, enleada com a vida da terra, do húmus raiz do *homo sapiens*. Entretanto, o seu horizonte está também voltado para as estrelas, ao momento do *big-bang*, a unidade, ao lugar de onde veio. Essa unidade cósmica, terrestre e cuidadosa parece ser o berço da condição humana.

Na concepção de Morin (2004:35), “tudo que é cósmico diz respeito essencialmente ao homem, tudo que é humano diz respeito essencialmente ao cosmos”. Pode-se acrescentar que tudo que é humano diz respeito ao cuidado.

Heidegger, ao recontar a fábula-mito de Higino sobre o cuidado essencial, ressalta que o homem, ao ser apreendido como resultado de um composto de corpo e espírito, tem a origem do seu ser no cuidado, e que o próprio cuidado possui uma anterioridade que cunha e mantém o ser-no-mundo. O cuidado, portanto, é a primeira de qualquer outra marca constitutiva do que é o ser humano.

O cuidado indica, portanto, o marco inicial do processo de desenvolvimento humano. Como processo, o fenômeno do cuidado é analisado por Mayeroff (1971) como um ato que confere significado à vida do ser humano, porque ajuda o outro a crescer (WALDOW, 2004).

Essa perspectiva de Roberts (1999:30) sugere que, à medida que o processo de evolução e as alterações biológicas do ser humano foram se consolidando, os cuidados e a

⁴ Segundo Roberts (1996), o desaparecimento dos grandes répteis é atribuído ao esfriamento da terra, embora se argumente que outros fatores tenham contribuído para tal fenômeno.

educação começaram a, gradualmente, ter maior importância que a existência de grandes ninhadas para assegurar a sobrevivência da espécie.

Embora Roberts (1996) assinale que *o homo erectus* já se organizava socialmente com algum grau de complexidade que permitia a partilha dos alimentos obtidos em regime de colaboração, achados arqueológicos têm estimulado os historiadores a acreditar que na Idade do Gelo já havia uma preocupação do grupo por cada um de seus membros, denotando interdependência entre eles.

São vestígios desse comportamento os túmulos bem ornamentados com flores e outros objetos. Esse comportamento denota também indícios de caráter espiritual. Outro achado que chama atenção para o sentido de interdependência grupal está relacionado ao esqueleto de um homem de Neanderthal que, possivelmente, tenha perdido o braço direito anos antes de sua morte, ficando muito dependente dos outros membros do grupo. Esse homem foi sustentado por eles, apesar de sua deficiência (ROBERTS, 1999).

1.3.1.1 Emoção e Cuidado Humano

Para Maturana (2001; 2004; 2005), o humano constitui-se no entrelaçamento do emocional com o racional. E o racional se constitui nas coerências operacionais dos sistemas argumentativos que forjamos na linguagem, para defender ou justificar nossas ações. Geralmente pensamos na emoção como um fator limitante da nossa capacidade racional.

Dizer que a razão caracteriza o ser humano constitui um antolho que nos deixa cegos frente à emoção, que fica desvalorizada como algo animal, ou como algo que nega o racional (MATURANA, 2005). Todo sistema racional tem um fundamento emocional porque se baseia em premissas ou noções que se aceitam e constituem um ponto de partida para construção desse sistema. Desse modo, premissas fundamentais ideológicas ou religiosas aceitas a priori são sistemas emocionais e, portanto, não têm fundamento racional, pois

se chegarmos a propor um argumento racional para escolher entre essas ou aquelas premissas, reivindicando para seu sistema um fundamento racional, o fazemos cegos ao que foi dito antes, isto é, cegos ao fato de que aceitamos a priori as premissas fundamentais últimas nas quais se baseia a racionalidade do argumento convincente. Por isso não podemos pretender uma justificativa transcendente para o nosso agir ao dizer *isto é racional*. Todo argumento sem erro é obviamente racional para aquele que aceita as premissas fundamentais em que ele se baseia (MATURANA, 2005:18).

Assim, se quisermos compreender as ações humanas, nós não devemos observar o movimento ou o ato como uma operação particular, mas a emoção que a possibilita. Por analogia, pode-se dizer que se quisermos compreender o cuidado, é preciso observar a emoção, a motivação do modo de ser de quem cuida.

Ao contrário do que se imagina o fundamento emocional do racional, não é uma limitação, mas uma possibilidade, pois para que exista um modo de vida baseado na interação que dá origem ao linguajar⁵ tão importante nas diferentes formas de comunicação da espécie humana, é preciso que haja emoção.

A emoção a que se refere Maturana (2005:23) é o amor. Segundo ele, o amor é a emoção fundadora particular, sem a qual não haveria um modo de vida de convivência, já que “a emoção fundamental que torna possível a história da hominização é o amor”. Maturana faz questão de ressaltar que fala como biólogo e não há na palavra amor uma conotação de valor.

Segundo ele, a palavra amor foi desvirtualizada, e a emoção que ela conota perdeu sua vitalidade de tanto ser associada a algo especial e difícil. Por entender que o amor é constitutivo da vida humana, acrescenta que a emoção do amor não é nada especial. Assim, em sua leitura objetiva o amor é “a aceitação do outro junto a nós na convivência, é o fundamento biológico do fenômeno social. Sem amor, sem aceitação do outro junto a nós, não há socialização, e sem esta não há humanidade” (MATURANA, 2001:269).

Se é a emoção do amor que propicia o linguajar na nossa vida cotidiana, pode-se inferir que se a evolução humana foi sendo forjada de conversa em conversa, ou seja, de convivência em convivência, o cérebro do *homo habilis*, do *homo erectus* e do *homo sapiens* passou pelo processo de enfacelização. Isso significa dizer que o cérebro humano cresceu de aproximadamente 430 cm³ a 1450 ou 1500 cm³, fato que, segundo os estudiosos, favoreceu o aprimoramento das ações de cuidado.

Nessa linha de raciocínio, Martin Buber (1987) defende a idéia de que os seres humanos se constituem por meio dos relacionamentos. O autor distingue dois modos de se relacionar: o I-thou (eu-tu) e o I-It (eu, aquilo, coisa). No modo I-Thou, as pessoas envolvidas reconhecem o modo de ser do outro como unidades totais, e encontram-se como seres num espaço de presença onde o valor é recíproco. No modo I-it, há um afastamento entre as pessoas, ou a objetivação do outro. Não há mutualidade, tampouco o reconhecimento, transformando os relacionamentos em impessoais.

⁵ Maturana usa o termo linguajar e não linguagem, reconceitualizando esta noção, enfatizando seu caráter de atividade, de comportamento, e evitando assim a associação com uma faculdade própria da espécie, como tradicionalmente se faz (MATURANA, 2005:21).

O fenômeno social do cuidado humano, que permite a interação *eu e tu*, remete-nos, segundo Maturana (2005), ao fundamento humano da emoção. Pensamos o ser humano como um ser racional, dizendo que é este aspecto que nos distingue dos animais. Porém estamos equivocados porque a emoção é a âncora constitutiva da espécie humana e, por consequência, do cuidado.

Como se pode verificar, a condição humana foi aos poucos sendo tramada pela emoção do amor e pelo cuidado que assegurava a sobrevivência da espécie, bem como a formação da cultura.

1.3.2 FUNDAMENTOS CULTURAIS DO CUIDADO

As práticas de cuidado não nasceram em torno da doença, mas à volta de tudo o que permitia sobreviver, lutar contra fome, e estar abrigado. Marie-Françoise Collière entende que a teia fundamental do cuidado foi tecida em torno da vida e da morte, e ao contrário do que se pode imaginar nos dias de hoje.

Assim, proteger-se dos animais predadores, descansar, abrigar-se das intempéries, proteger-se do frio e do calor originou todas as formas de refúgio e construção de abrigo, instaurando as maneiras de viver. O vestuário também é apontado como uma forma de proteção do corpo tanto do rigor do clima como dos riscos de danos corporais, devido ao ambiente perigoso, estabelecendo os modos de vestir (COLLIÈRE, 2003).

Seguindo essa linha de raciocínio, a prática da alimentação parece ter desempenhado na trama do cuidado e dos afetos um papel importante, uma vez que suscita todo um conjunto de reações afetivas geradas pelo prazer e pelo desagrado em relação aos alimentos, na forma de prepará-los, de oferecê-los e servi-los.

Nesse contexto, essas ações desenvolveram maneiras de fazer que originaram crenças e modos de organização social. Alimentar-se, abrigar-se e ter o mínimo de condições de vestuário constituem até hoje as necessidades vitais mais fundamentais do ser humano, a que se acrescentam as necessidades sexuais.

Para nossos irmãos pré-históricos, as atividades com alimentação, caça e proteções constituíram tanto a promoção quanto a preservação da vida. De acordo com esse contexto, pode-se verificar que a doença e seu tratamento só ganham relevância quando as necessidades básicas do ser humano não estão atendidas, da mesma forma que, nos dias de hoje, a luta contra a doença surge muito além dessas preocupações vitais. Ainda hoje, ela só

faz sentido se estiver assegurado o que conduz à sobrevivência do grupo, do país. “Isto é verdade tanto para as pessoas do Quarto Mundo como para as do Terceiro Mundo. A luta contra a doença é um luxo, a que só se podem habilitar os que comem todos os dias, os que têm um teto e um território de onde não podem ser expulsos” (COLLIÈRE, 2003:59).

Assim, confirma-se que, em todos os tempos e em todas as sociedades, a evolução das práticas e dos saberes dos cuidados girou em torno das formas de assegurar a continuidade da vida e no recuo da morte. Como tal, são também os resultados das representações do mundo, da vida e da morte, bem como do que está para além da morte, do corpo e do espírito.

No que tange às concepções que influenciaram a abordagem cultural dos cuidados ao longo da pré-história e história, Collière (1999; 2003) divide-as em três períodos distintos, a saber:

– *Antropologia do corpo-espírito* inserido no universo: é base de todas as culturas, independente de grupos étnicos; período em que a transmissão dos saberes se faz exclusivamente por via oral. Originam-se todas as práticas de cuidado com o corpo, práticas alimentares, remédios e medicinas populares;

– *Antropologia da salvação ou a antropologia da morte*: surgiu no cruzamento das filosofias espirituais de Platão e Aristóteles e da religião judaico-cristã. Defendida pelos padres da igreja, difunde a consciência do pecado, que rapidamente seria proposta para toda a civilização. “Construir a salvação no outro mundo, resgatar os seus pecados e sofrer para evitar a condenação eterna passam a ser a finalidade dos cuidados” (COLLIÈRE, 2003:66). Essa fase marcou a era dos cuidados das instituições religiosas, e influenciou o papel moral das enfermeiras;

– *Antropologia da doença*: fase em que a doença será apreendida como objeto do conhecimento da ciência, com um aprofundamento do olhar sobre a morte. Diferentemente da *antropologia do corpo-espírito*, aqui o objetivo não é mais fazer recuar a morte, mas sim fazer do corpo um objeto. O olhar sobre a doença favorece o aparecimento da clínica, que, com base na superioridade científica, pretende dominar a doença, relegando o corpo. Na condição de corpo-objeto, as emoções, desejos, sentidos serão desconsiderados e/ou transformados em dados estatísticos.

Um quarto período foi anunciado por Foucault (1976) e denominado a antropologia da biomedicina, bio-poder ou bio-política, suscitando os desafios e limites das intervenções da bioética.

Levando-se em conta a evolução das práticas e dos saberes produzidos nas concepções da abordagem cultural do cuidado como diferentes formas de viver e de morrer –

porque a morte possui múltiplas facetas culturais e sociais, sendo possível até sentir-se morto em vida –, é importante compreender as origens das práticas de cuidado, bem como daquelas que se anunciam na encruzilhada pelo emprego da biotecnologia, para pensar o cuidado das gerações do tempo presente em rápida transição (COLLIÈRE, 2003).

As afirmações de Collière enfatizam a necessária reflexão sobre o conhecimento do cuidado. De acordo com Leopardi (2006), esse conhecimento é denominado por Boykinn & Schoenhofer (1993), Leninger (1991) e Watson (1998) como a ciência do cuidado. As autoras sinalizam ainda uma importante crítica sobre o cuidar em tempos de transição paradigmática. Falam também das implicações na formação humana e dos profissionais de saúde, sustentando um projeto coletivo de política de cuidado para sensibilização das organizações empresariais, hospitalares e educativas.

A importância do projeto coletivo remete ao significado do cuidado, porque está relacionado a tudo que é conservador, com o “que faz viver e (...) que faz morrer, do que permite viver e do que permite morrer e do que compromete a vida” (COLLIÈRE, 2003:58). Assim, o estudo dos processos de viver e morrer são organizadores da maneira de identificação do significado do cuidado.

1.3.3 SIGNIFICADO DO CUIDADO

1.3.3.1 Diferentes olhares diferentes significados

Diferentes autores têm atribuído diferentes significados ao cuidado. Para Heidegger (1993), o cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, de modo que é a atitude fundamental, mediante a qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. Para o autor, o cuidado é a essência da existência humana. Para Boff (2004), o cuidado representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Assim, Heidegger e Boff entendem que o cuidado é uma forma de representar o pensamento.

O cuidado para Roach (1993) e Boykin & Schoenhofer (1993) também é interpretado como um modo de ser; e tem sido mencionado como *teoria do cuidado*, cujas idéias têm sido direcionadas ao ensino e à administração do cuidado.

Noddings (2003) e Mayeroff (1971) referenciam o cuidado como uma forma de se relacionar, embora não concordem quanto à reciprocidade do ato. Isso porque, enquanto para

Noddings o cuidado é uma seta de mão dupla, para Mayeroff ele não é obrigatoriamente recíproco.

Watson (1998) também significou o cuidado como uma forma de se relacionar. Em 2002, ela reescreveu a teoria do cuidado, alargando sua visão a partir dos significados do “eu pós-moderno” e agregando ao significado anteriormente desenvolvido aspectos metafísicos (alma, espírito) numa abordagem de cuidado transpessoal.

A mudança ontológica proposta por Watson (2000) está aliada a um retorno às práticas sagradas da cura, e requer, segundo suas palavras, “uma transformação radical da nossa consciência, da nossa cosmologia e da nossa existência no universo” (prólogo do livro *Enfermagem pós-moderna e futura*).

Lenninger (1991) focaliza os hábitos e comportamentos culturais do cuidado em diferentes grupos culturais, que correspondem, em última análise, às diferentes representações sociais de cada um de nós. Em síntese, Leninger propõe uma nova visão do mundo e do homem como um todo, num contexto em que a pessoa não pode ser separada de seu ambiente social e cultural. Assim, introduzem-se as crenças, mitos e valores, resultando uma abordagem dentro de um contexto multifocal (MOREIRA ET AL., 2001:239).

Waldow também significa o cuidado de acordo com uma visão ampla, pois considera que o cuidado humano é o resultado da inter-relação entre as dimensões do self, o outro ser e o cosmos. Segundo suas palavras, o cuidado humano consiste em

uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida (WALDOW, 2004:33).

No presente estudo, busca-se a aproximação com as abordagens propostas por Lenninger e de Waldow, entendendo-se que ambos encontram ressonância no pensamento de Collière (1999; 2003). Assume-se, assim, o significado do cuidado como a seta que acompanha o sentido da vida.

1.3.3.2 O cuidado como o sentido da vida

Cuidar é permitir nascer... é renascer para a vida, viver a morte – é reencontrar a dimensão simbólica dos cuidados, o sentido do sagrado: o que dá sentido à vida na sua inserção social – é permitir passar... ultrapassar... trespassar (COLLIÈRE, 2003:195). Nesse

enfoque, o cuidado aproxima-se da idéia de rito ou ritual, pois acontece dia a dia no ciclo das passagens da vida humana. Entre o nascimento e a morte, o ser humano vive uma sucessão de passagens que, para serem ultrapassadas, exigem cuidados.

Assim, o provimento de cuidados demanda que se compreenda como se desenvolve cada uma dessas fases. A passagem é uma noção universal com significado de algo que está em curso e dá o sentido de sentimentos que traduzem diferentes estados da alma. Esses estados de alma podem ser expressos, por exemplo, como: “isto tem que passar acompanhado muitas vezes de inquietação; como é que se vão passar? Marcadas pela espera. Quando passar” (COLLIÉRE, 2003:174).

Uma passagem é sempre um acontecimento determinante na vida do ser humano. Assim, o nascimento dos dentes no bebê, o aprendizado da natação, do andar, a ida à escola, as mudanças de emprego, o casamento, a gravidez, o parto o divórcio marcam tempos de mudança, tempo que anuncia limites e abre fronteiras. Esses tempos podem estabelecer crises, cuja transposição requer cuidados que auxiliem a adaptabilidade e o ajustamento necessário para ultrapassá-las. Cada uma delas se reveste de aspectos biológicos, afetivos e sociais, que são influenciados por maneiras de fazer, por costumes, a que se ligam símbolos carregados de significações que interagem entre si de forma complexa.

Arnold Van Gennep afirma que a passagem se desenrola em três tempos sucessivos: a) o tempo de separação, sem o qual nada pode acontecer; b) o tempo de espera ou da margem, momento intermediário que se caracteriza pelo desconforto da incerteza. É o mais perigoso de todos, especialmente quando é intenso (tempo curto para experiência intensa), como, por exemplo, o nascimento, no qual a margem transita entre a vida e morte, exigindo, portanto, acompanhamento vigilante; e c) o tempo de agregação, tempo de reinserção, de apropriação, de retorno à segurança, algumas vezes acompanhado de uma mudança no lugar social (GENEPP, 1980).

O nascimento marca a primeira das passagens. Entretanto, será em torno do nascimento, da morte e da doença que se classificam as práticas de cuidado. A natureza destas práticas se diferencia de acordo com sua finalidade, como:

Os cuidados de estimulação: centrados no despertar das capacidades mais fundamentais da vida – respirar, mamar, sentir, ouvir, ver – a fim de desenvolver as capacidades motoras; estão na base de todo desenvolvimento psicomotor;

Os cuidados de confortação: encorajam, permitem adquirir segurança, favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição de habilidades. O cuidado de confortação não deve ser confundido com aconselhamento, ou qualquer

segurança ilusória (“tudo vai correr bem”). Estes cuidados supõem a identificação do que deve ser confortado;

Os cuidados de manutenção da vida: sustentam e mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidades da vida cotidiana, como a alimentação, a higienização, vestir-se, deslocar-se, a eliminação;

Os cuidados de parecer: suporte da comunicação não-verbal, contribuem para valorizar a imagem de si próprio, favorecendo a emergência da valorização e construção da identidade e o sentimento da pertença de grupo. A carência desses cuidados pode levar à autodepreciação da imagem;

Os cuidados de compensação: visam substituir o que ainda não foi adquirido ou que foi só parcialmente adquirido. É dispensado ao bebê ou à criança pequena. Visam compensar o que a criança ainda não é capaz de assegurar à sua própria vida. Vão diminuindo à medida que a criança cresce biológica e afetivamente. Podem ser necessários na vida adulta quando por ocasião de um acidente ou doença e tornam-se predominantes no final da vida.

Os cuidados de apaziguamento: permitem o alívio da dor e contribuem para permitir suportar melhor os momentos de grande sofrimento. Favorecem a utilização dos recursos psico-afetivos, o atenuar da dor e da repercussão psicomental. Também chamados hoje “cuidados de relaxamento”, esses cuidados são conhecidos há séculos e são muito utilizados nas sociedades onde ainda impera a tradição oral. Um exemplo é a massagem nos pés, que permite acompanhar, física e simbolicamente, o fim do caminho da vida.

Os tempos de passagem pedem, com instância, o uso de criatividade do cuidador para assegurar a continuidade da vida. Entretanto, passagem após passagem, a natureza da prática é a mesma. O que muda é a inversão da sua predominância em função da idade, da gravidade da doença, das capacidades ainda existentes ou diminuição da mobilidade, mas também das que estão alteradas. Para desenvolver as capacidades para viver, ou esforçar-se para mantê-las, conservando as que se desgastam, se enfraquecem e se esgotam, há um desafio diário.

Quando, em meio às passagens da vida, ocorre a doença, é preciso limitar os seus prejuízos. Para tanto, será dispensada uma maior atenção aos cuidados da vida diária. Neste sentido, eles serão intensificados, com intuito de aliviar, confortar, manter as forças para combater a doença.

Caso esses cuidados não sejam suficientes, passa-se à fase seguinte, que consiste em remediar, ou seja, atenuar, compensar, impedir o agravamento, a fim de evitar que a doença ultrapasse o limiar de controle dos cuidados. Remediar é uma palavra quase

desaparecida do vocabulário médico ou de enfermagem; situa-se entre os cuidados e o tratamento (COLLIÉRE, 2003). Na maioria das vezes, o remediar se dá ancorado nos saberes do cuidado, e visam trazer de volta o equilíbrio homeostático, o equilíbrio entre as forças de vida e as forças que a impedem de prosseguir harmoniosamente.

Finalmente, se, apesar da acentuação dos cuidados e dos remédios, a doença não retrocede, então se torna necessário o tratamento. É usual que, antes de procurarem a ajuda médica, os indivíduos percorram as etapas do caminho do cuidado. O tratamento será, então, objeto da decisão e prescrição médica, em função de um diagnóstico estabelecido.

Neste enfoque, em que etapa podem se situar os diferentes modos de cuidar?

1.3.3.3 Tratar não é cuidar

O que diferencia o tratar do cuidar? A utilização freqüente de tratamento tem mascarado a necessidade de cuidado. Portanto, discernir, explicitar a natureza dos cuidados é importante para que eles não sejam confundidos com tratamento. O tratamento tem por finalidade circunscrever a doença, detê-la, atenuar os seus efeitos, limitando os prejuízos e suprimindo a diminuição ou perda de propriedades funcionais e orgânicas. "Os tratamentos têm por alvo o que lesa o organismo, não podem nem devem em nenhum momento substituir os cuidados, sem os quais as capacidades de viver não podem ser mantidas, nem permanecer" (COLLIÉRE, 2003:180). É fato que podemos viver sem tratamento, mas não podemos viver sem cuidados.

A fim de ilustrar o valor do cuidado, lanço mão do relato poético da experiência de Ana Cristina Sá, descrita no seu livro **O cuidado emocional**:

Lá estava aquele paciente... "Seu Pedro"....

Tão fraco... tão magro... uma expressão de dor... pele amarelo-esverdeada... a cor do final... do câncer...

É aquele tipo de visão que incomoda a gente (que é gente). Sofrimento vivo, vampirado pelo câncer que se alimenta do pouco que ainda resta...

Cheguei mais perto e um odor terrível invadiu e impregnou minhas narinas: fezes!

Ele, com os olhos fechados e uma expressão de profundo sofrimento, desconforto, depressão, parecia não suportar a própria situação.

Chamei um dos colegas de equipe de enfermagem e perguntei o porquê do odor tão forte se eu vira o paciente recebendo um banho de leito.

– Ele está com fistulas pra todo lado. As fezes saem pelo abdome, pelo testículo, pelas nádegas, não tem jeito.

– Não dá para dar um banho de chuveiro?

– Ele não tem força para ficar sentado.

Cheguei ao lado do leito:

– Olá... Como vai?

Ele deu um sorriso meio forçado e disse: é mais ou menos...

– O senhor já tomou banho hoje?

– Ah... (uma expressão tristonha apareceu) já sim... Agora há pouco...

– Pela sua forma de falar me parece que não foi algo que tenha lhe dado conforto...

– É esse paninhos, sabe? E minha nega vai vir me visitar daqui a três horas... Eu queria estar bonito para ela...

– O senhor quer tomar banho?

– Ah... Não adianta... Para lhe dizer a verdade, era tudo o que eu queria... Um banho mesmo de verdade!

Minha cabeça ficou a mil por hora.

Não tive dúvidas.

Peguei uma maca, um balde, coloquei uma roupa de Centro Cirúrgico, um sabonete bem cheiroso e fui à enfermaria.

– Que tal um banho de verdade? Ofereço serviço completo, com direito a desodorante e perfume no final. Vamos nessa?

Chamei dois auxiliares de enfermagem, colocamos o paciente na maca e entrei no banheiro com maca e tudo.

Eu enchia o balde com água morninha e “mandava bala”. O paciente ria; felicidade completa estampada no rosto. Fezes pra todo lado, banheiro molhado. As risadas agora, no entanto, eram dos dois.

Tanta felicidade por uma coisa aparentemente tão pequena - **poder tomar banho**.

Quando não havia mais resquícios algum da incômoda presença de fezes, o que sobrou foi: um odor de sabonete no corpo aquecido pela água tépida e milagrosamente curadora; depois de lavarmos o corpo e a alma; depois de uma higiene oral que eliminou o odor anterior e melhorou o amor interior; depois de um bom esguicho de desodorante e de um sorriso triunfante; depôs de um perfume barato, mas que deu a ele um trato, juntamente com um pijama novo...

Voltamos ao quarto.

– Sabe de uma coisa? Foi a melhor coisa que me aconteceu nesses últimos meses. Eu não podia agüentar mais. A senhora poderia chamar um padre, por favor. [...] é **nessas horas que penso nas “pequenas grandes coisas”, um banho**.

O relato poético de Ana Cristina permite verificar a importância da presença genuína da cuidadora na relação de cuidar. Dá relevo à preocupação e zelo com o outro, que permite perceber a sua necessidade, fazer a tradução, fazendo emergir as potencialidades e possibilidades do cuidado humano.

1.3.3.4 Do cuidado ao tratamento

Desde que as importantes descobertas, da química, da biologia, da física e especialmente da microbiologia, influenciaram radicalmente o olhar médico, aconteceu o deslocamento do significado do cuidar para a concepção de tratar. A invenção de instrumentos e métodos de investigação também favoreceu que, de certa forma, os cinco sentidos do ser humano, até então primordiais na elaboração de diagnósticos, fossem substituídos por aparelhos diversos. Como consequência, foi se instalando um afastamento cada vez maior entre as pessoas; favorecendo, por sua vez, o desdém pela intersubjetividade, fator crucial no processo de cuidar. As palavras de Walter Hesbeen ilustram bem essa mudança:

a medicina científica, ou medicina moderna, nasce no início do século XIX. Tem por pais, dois franceses, François Megendie (1783-1855) e seu discípulo Claude Bernard (1817-1878). É o nome deste último que devemos deter em particular, pois ele é considerado como o fundador da fisiologia, também designada como a ciência do homem normal. A vontade que prevalece no início do século XIX é de aprofundar e sistematizar os conhecimentos em medicina e fazê-la ascender à categoria de ciência. [...] Claude Bernard exprime-se muito claramente acerca do caminho pelo qual enveredou: o que eu pretendo é fundar a medicina experimental tornando científica a prática que hoje é apenas empírica. Para isso, provo que se pode atuar nos corpos vivos como nos corpos inanimados (HESBEEN, 2000:14).

Gérard Briché (1979) também faz referência ao afastamento do médico e do doente, quando disse que a medicina passaria a ter como objeto a doença, e, de preferência, sem o doente.

Ao discutir o que é essencial e acessório no cuidado de enfermagem, Jean Watson afirma que **a essência** dos cuidados de enfermagem é **a ação interpessoal** da enfermeira e do paciente com vistas a produzir neste um resultado terapêutico. Por outro lado, o **acessório** dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados (WATSON, 1998).

As considerações de Hesbeen, Briché e Watson realçam os meandros que levaram ao estabelecimento da confusão entre os conceitos de tratar e cuidar. A incapacidade de reconhecer as distinções entre cuidar e tratar tem desencadeado consequências funestas para a saúde das pessoas.

Nesse contexto, pode-se dizer que enquanto o cuidado privilegia a vida, o tratamento distingue a doença e a morte como linha de ação. O deslocamento do eixo da vida

para o eixo da morte tem influenciado drasticamente a organização da rotina dos cuidados de saúde, pois, como já se sabe, a filosofia que está subjacente ao cuidar e tratar imprime características peculiares a um e outro ato.

A diferença entre um ato e outro é realçada nas seguintes ponderações:

quando a função de um órgão acha-se impedida, a medicina ajuda a natureza a remover a obstrução e nada além disso, enquanto a enfermagem mantém a pessoas nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ela (NIGHTINGALE, 2005:13).

quando se pensa no cuidado de plantas, imagina-se o provimento de água, luz e calor. Quando se pensa no cuidado de animais, se imagina lavar, alimentar, escovar etc. Só quando essas espécies apresentam alguma doença, se fala em tratamento ou veterinário. Entretanto, para os seres humanos parece que as duas palavras acabaram por ter o mesmo significado. Não se percebe que tratar de uma doença não poderá nunca substituir as ações de cuidado que ajudam a pessoa doente a mobilizar a força curativa que reside em cada um de nós (COLLIÈRE, 1999: 99).

A questão preocupante na abordagem que privilegia o tratamento é a desconsideração da subjetividade do sujeito que sofre. A redução da pessoa e sua história à história da doença foi acompanhada pela perda do sentido do cuidado. Isso ocorreu à medida que o saber científico passou a ser o único saber válido e o corpo doente assumiu o corpo da doença, máquina viva que precisará se submeter ao toque técnico. Nesta perspectiva, verifica-se que o cuidado se funda nas bases do saber edificante e o tratar no saber técnico.

Contraditoriamente, nesse contexto de tratamento, momento em que supostamente as necessidades primeiras deveriam ser atendidas, a pessoa é colocada em situação de vulnerabilidade⁶, o que compromete sua própria sobrevivência enquanto sujeito.

1.3.3.5 Do corpo-sujeito ao corpo-objeto

Sabe-se que o momento do cuidado é, com raras exceções, um momento que envolve algum tipo de sofrimento. Todavia, o pensamento da racionalidade hegemônica tende a voltar-se exclusivamente para as alterações físicas em detrimento do sujeito, seu sofrimento e sua subjetividade. Bernard Honoré (2004:104) entende que o cuidado não deve se reduzir ao corpo do indivíduo em vida. Mas também “a tudo que constitui a sua existência, ou seja, a sua identidade pessoal, as suas preocupações e os seus projetos, a sua atividade, a suas palavras”, instigando-nos a pensar o corpo como alguém, uma pessoa, um outro.

⁶ A vulnerabilidade ocorre em todo e qualquer processo de desigualdade e exclusão social, opressão, discriminação e dificuldade de acesso aos serviços essenciais, que se reflete na incapacidade de gerar mudanças. (GRIBOSKI, 2004)

A consciência de nossa corporalidade não nos limita, ela abre espaços de possibilidades, porque é a consciência do corpo que sinaliza nossa condição de ser vivo, sujeito humano do cuidado.

A hiperespecialização na área da saúde, com seus tratamentos técnicos, propõe generalizações abusivas e instaura pensamentos uniformizadores, empobrecidos, limitados ao cumprimento da abordagem técnica. Essa abordagem reforça todo tipo de fragmentação, do corpo ao espírito, da emoção à experiência da vida em que o corpo é sujeito; desenha, portanto, o projeto do corpo-objeto.

A fragmentação da cultura científica, muitas vezes, não considera que o bojo das ações do cuidado requerem que se levem em conta valores, representações, sentidos, padrões culturais, necessidades e práticas que são tecidas em conjunto.

A abordagem do corpo-objeto separa tudo para melhor estudar e compreender. Segundo Morin (1991), o problema não se funda no separar, mas se constitui em não se religar o conhecimento obtido do estudo do órgão em separado ao seu contexto complexo, implicando numa demasiada simplificação do todo.

Todavia, é importante ter em mente que, para a pessoa que recebe o cuidado, mais importante que o pensamento que ancora a ação de cuidar é o alívio do sofrimento. E, exatamente por isso, o cuidado é complexo. Este fato remete à necessária consideração das diferentes formas de cuidar, que podem, à primeira vista, nos parecer ineficaz, mas que estão de acordo com as necessidades simbólicas daquele que é cuidado. Por isso, convivem de formas mais ou menos dissonantes, diferentes representações de cuidados na mesma cultura.

Cada cultura forja as bases epistemológicas do cuidado de acordo com seus valores e crenças. O que implica que nos diferentes modos de cuidar subjazem questões éticas, moralidades, emoções e valores diversos.

1.4 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais foi cunhada por Serge Moscovici, em 1961. O autor tomou como base os estudos sobre “representações coletivas”, de Émile Durkheim. Na compreensão de Faar (1994), o estabelecimento da diferença entre as abordagens de Durkheim e Moscovici assinala que a primeira é mais apropriada para um contexto de sociedades primitivas, enquanto a segunda se afiniza ao contexto das sociedades modernas, caracterizadas pelo pluralismo e pela rapidez de mudanças sócio-político-culturais e econômicas.

Para Herzlich (1991), a noção das representações sociais de Moscovici é uma proposta de tratamento da influência recíproca que existe entre a estrutura social e o sujeito. Desse modo, para uma mesma situação analisada podem-se obter respostas diferentes a depender da visão de mundo das pessoas inseridas naquele contexto.

Sabendo que a essência do ser humano vai se construindo ao longo da vida, e compreendendo que diferentes visões de mundo implicam em diferentes respostas, se se transpuser essa questão para o cuidado humano, vou reconhecer que as formas de perceber a construção do objeto deste estudo – o cuidado humano – são múltiplas. Porém, digo que o cuidado constituinte da condição humana em sua essência é único, embora possa acontecer em uma perspectiva plural.

O caráter pluralista do cuidado implica, dentre outros aspectos, no necessário reconhecimento da diversidade cultural em que os fundamentos de suas bases de conhecimento são construídos, bem como nos valores, crenças e atitudes que forjam suas práticas. Assim, temos que admitir que diferentes conhecimentos podem resultar em diferentes maneiras de cuidar.

Esta conclusão ancora-se nos argumentos de Johannes Hessen: para ele não é o objeto – cuidado – que se modifica, e sim o cuidador – sujeito do conhecimento. Embora haja uma correlação entre sujeito e objeto, ela não é reversível, pois, nas palavras do autor,

ser sujeito é algo completamente diverso de ser objeto. A função do sujeito é apreender o objeto e a função do objeto é ser apreensível e ser apreendido pelo sujeito. Vista a partir do sujeito, essa apreensão aparece como uma saída do sujeito para além de sua esfera própria, como uma invasão da esfera do objeto e como uma apreensão das determinações do objeto. Com isso, no entanto, o objeto não é arrastado para a esfera do sujeito, mas permanece transcendente a ele. Não é no objeto, mas no sujeito que algo foi alterado pela função cognoscitiva (HESSEN, 2003:20).

Neste sentido, quando observamos o fenômeno do cuidar, verificamos que as diferentes maneiras de cuidar, ou seja, as atitudes dos sujeitos para lidar com situações relacionadas à sua saúde e à doença estão diretamente relacionadas ao contexto social em que esses estão inseridos, refletindo as suas crenças e valores.

As percepções das pessoas quanto à saúde e à doença orientam suas ações, na busca de um estado saudável ou no enfrentamento das situações de adoecimento. No campo da antropologia da saúde, o sentido de doença é tido como um processo individual, porém socialmente construído, sendo que “a enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, na medida em que é afirmada como real, para os membros da sociedade e aceita como real entre eles” (ALVES, 1995:219).

Pode-se perceber bem as relações existentes entre o binômio sujeito-objeto nas relações mutuamente constitutivas do binômio indivíduo-sociedade. Nas palavras de Margot Madeira,

as representações sociais referem-se às relações dos indivíduos entre si, com os outros, consigo próprios e com o objeto, sintetizando necessidades e demandas de diversas ordens. Não se constituem como conjuntos fechados e disjuntos, mas como processos articulados à experiência do viver de sujeitos concretos, enquanto *saber-do-viver* (MADEIRA, 2001:137).

No âmbito desse estudo, pode-se verificar que o sujeito – o cuidador – e o objeto – o cuidado – são inseparáveis. Moscovici entendia que sujeito e objeto eram indissociáveis, não existindo “separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo). Sujeito e objeto não são forçosamente distintos” (SÁ, 1969:5). De acordo com os estudiosos da área, esse é um ponto forte na Teoria das Representações Sociais. A percepção de sociedade, adotada por Moscovici, a equipara a um organismo pensante, o que equivale dizer que ela não é mera reprodutora de ideologias dominantes, e sim que, a partir das informações recebidas, ela é capaz de elaborá-las e transformá-las em julgamentos e opiniões, os quais, por sua vez, determinam suas práticas.

A perspectiva de uma sociedade pensante vem ao encontro das idéias de Maturana (1997) acerca das formas fundamentais que o observador adota ao escutar explicações. Como já sabemos, essas duas formas de escutar definem o que ele chama de caminho da objetividade sem parênteses e caminho da objetividade entre parênteses. Assim, quando uma sociedade aceita um determinado caminho, isso implica que não está dando explicações certas ou erradas; implica apenas que, de acordo com sua percepção da realidade, as explicações se alinham com sua práxis de vivenciar determinado fenômeno.

No entanto, nem todas as informações podem ser consideradas representações sociais. Segundo os teóricos da área, pensamentos só são considerados representações sociais quando determinam as práticas de um grupo específico. Elas seriam identificadas como verdadeiras “Teorias do Senso Comum”, por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade.

Denise Jodelet (1989:39), principal colaboradora de Moscovici, define as representações sociais como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Desta forma, podemos verificar que, embora não haja uma representação certa e outra errada, é preciso que os grupos sociais compreendam que uma determinada forma de agir implicará em uma realidade social específica para aquele contexto.

Na esfera do cuidado da saúde humana, verificamos um esforço discursivo no sentido de justificá-lo como uma prática baseada no conhecimento científico. Este pensamento indica uma valoração do cuidado dispensado por profissionais de saúde em detrimento de outras maneiras de cuidar. Porém “se sabe que a base científica do cuidado não o torna necessariamente melhor que outro modo de cuidar” (MATTOS, 2004:120).

Entende-se que, no âmbito das ações que dizem respeito ao cuidado humano, além das habilidades e conhecimento, é importante um pensar e agir éticos. Qual será a representação acerca do cuidado humano, para cuidadores de diferentes formações? Qual será a representação acerca do cuidado humano, para cuidadores de saberes não-formalizados?

Segundo Guimelli (1994), a possibilidade de mudanças de uma representação social sobre determinado objeto está diretamente relacionada ao significado que novas interpretações a respeito desse mesmo objeto tenham para determinado grupo. Ou seja, um grupo só sentirá a necessidade de “reconstruir” a representação que forjou sobre determinado objeto, quando percebe que, se não o fizer, perderá o controle da situação, possibilitando o surgimento de eventos suscetíveis que ameacem sua organização atual, colocando em risco a identidade e a coesão entre seus membros.

Será que a formação científica, que tem privilegiado uma abordagem cujo maior enfoque está centrado na esfera biologicista, em relação à saúde e à doença, é percebida como uma ameaça para os profissionais de saúde?

Para Santos (1987), o conceito de doença, que considero ser aplicável também ao conceito de saúde, está no corpo do indivíduo, e este é um fichário organizado que o médico manuseia até encontrar o erro de catalogação. Isto implica que o saber médico está intimamente articulado à noção de corpo como espaço de doença e saúde.

Este olhar (des)cuida da dimensão relacional, da subjetividade, da ética do cuidado humano, bem como de suas questões ontológicas. Assim, devido ao enfoque do primado cartesiano, a formação profissional desintegra, em fragmentos desconexos, o conhecimento sobre o cuidado, desperdiçando as oportunidades que permeiam e constroem o conhecimento da condição humana e toda sua subjetividade.

O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um “como fazer”. Não faz parte de suas aptidões definir o “que fazer”. Por isso, é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde (AYRES, 2001:69). Concordo com as palavras do autor, pois entendo que o processo de adoecimento não se restringe à dimensão física dos sujeitos, que os aspectos ligados às dimensões psico-afetivas e espirituais muitas vezes não podem ser resolvidos concretamente, mas podem ser cuidados. Experiências pessoais, na escuta dos sujeitos, têm demonstrado que o acolhimento sincero de suas dores pode determinar a diferença entre o agravamento de uma crise ou o vislumbre de uma porta de saída dela.

As conseqüências do enfoque biomédico na efetividade dos serviços de saúde são analisadas por Victor Valla e Alda Lacerda e apontam as incongruências desse modo de atender as demandas de saúde. Na concepção dos autores,

de um lado há o limite existente da racionalidade do modelo biomédico em lidar com o sofrimento e com os aspectos subjetivos do adoecer humano. Do outro, a demanda crescente de atenção médica por agravos de natureza psicossocial. (VALLA & LACERDA, 2004:91).

Para os autores, a manifestação de um conjunto de síndromes e sintomas indefinidos, tais como ansiedade, angústia, depressão, dores generalizadas, entre outros,

não se configuram como doença na lógica biomédica, porém, elas têm sido responsáveis pelas queixas mais freqüentes dos pacientes que se dirigem aos serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio ao sofrimento (WHO, 2001, apud VALLA & LACERDA, 2004).

Fica evidente que as abordagens do cuidado em saúde, ditadas exclusivamente pelo saber científico e com enfoque no corpo físico, têm sido ineficazes no alívio do impacto causado pelo sofrimento do adoecimento humano. Nesta perspectiva, estão postos os perigos de se olhar da mesma forma diferentes objetos, a partir de uma única abordagem. Diz a sabedoria popular que quem tem unicamente um martelo, acaba tomando quase tudo o mais por prego. A reprodução da abordagem biomédica acontece, na maioria das vezes, sob o domínio de boas intenções e da certeza da prescrição do tratamento já conhecido. O desafio

consiste em estar alerta, desenvolver uma aprendizagem crítica, para não cair nas armadilhas que nos colocam a certeza e o previsível.

Neste terceiro milênio, parece que a aquisição da incerteza é uma das maiores conquistas da consciência, porque a aventura humana, desde seu início, sempre foi desconhecida. É preciso ensinar, também, que sabemos hoje que a aventura humana é desconhecida e que dispomos apenas de dois instrumentos para enfrentar o inesperado: o primeiro é a consciência do risco e do acaso. O segundo instrumento é a *estratégia*, e isso implica ser capaz de modificar **o cuidado** em função das informações e dos conhecimentos novos que o desenvolvimento da ação propicia (MORIN, 2004).

No âmbito do cuidado, as ações ganham sentido a partir dos contextos em que ocorrem. Heidegger (1999) identifica como *violência* uma interpretação imposta, e fora do universo da experiência da pessoa. A utilização de novas estratégias para as práticas de cuidado, sejam elas individuais ou coletivas, indica a necessária articulação entre diferentes formas de saber. Cada um de nós tem uma visão de mundo, ou seja, um padrão que dá sentido às nossas vidas. Esse sentido precisa ser preservado no Ser. Faço minhas as palavras de Jung que li em alguma obra, e ficaram gravadas em minha mente: “em última análise, o essencial é a vida do indivíduo”.

Em um mundo pós-moderno, as atividades humanas de aprendizagem terão de centrar seu potencial navegador no estabelecimento de novos paradigmas epistemológicos. Willian Dool imagina que o currículo pós-moderno deverá permitir

que os poderes humanos de organização e reorganização criativa da experiência sejam operativos num meio ambiente que mantém uma tensão saudável entre a necessidade de encontrar o fechamento e o desejo de explorar. Este sistema aberto permitirá que os alunos e seus professores conversem e dialoguem para criar ordens e estruturas mais complexas de matérias e idéias do que é possível nas estruturas de currículo fechado de hoje. O papel do professor não será mais considerado causal, e sim transformador. O currículo não será uma pista de corrida, mas a própria jornada. E a aprendizagem será uma aventura na criação do significado (DOOL, 1997:7).

O valor do uso da Teoria das Representações Sociais neste estudo é inquestionável, pois, como refere Moscovici (1986), vincula-se às relações que o sujeito vai estabelecendo no cotidiano do seu viver; vincula-se, outrossim, à significação que o sujeito atribui a determinado objeto e às formas de implicação de todas as suas articulações. O principal objetivo é, sobretudo, configurar os atores sociais envolvidos no cuidado humano, não como descobridores do mundo da saúde e da doença, mas como seres que constituem essas noções.

Esta abordagem de criação estende um convite a uma nova experiência de percepção da realidade. Segundo Wilber (2003:182), três importantes suposições básicas da pós-modernidade são:

- A realidade não é, em todos os sentidos, dada a nós, mas, em alguns sentidos significativos, é uma construção, uma interpretação. Essa crença em que a realidade nos é simplesmente dada, e não, também, em parte construída, tem sido chamada de “o mito do dado”;
- O significado depende do contexto e os contextos são ilimitados;
- A cognição não deve, portanto, privilegiar excessivamente uma perspectiva única.

Estas suposições são corroboradas por Maturana, quando afirma:

Ser e Conhecer, são constituídos juntos e do mesmo modo, na práxis do viver. Por extensão do conceito biológico de autopoiese à filosofia, não podemos falar em redução da questão ontológica à epistemológica, mas sim em um convite à transformação de ambas (MATURANA, 2002:29).

Nesse contexto, diz Elyana Yunes (2005:278), “não se trata de substituir paradigmas, mas sabê-los provisórios”. Diferentes saberes emergem da trama complexa das experiências de cada indivíduo. Podem ser tecidos, a princípio sem muita clareza, sobretudo para as mentes lógicas da ciência. Sob este olhar importam “mais as disjunções que coexistem, as singularidades que não reduzem ao universal, as leituras plurais que dialogam, do que a versão impositiva de um modelo único” (YUNES, 2005:277).

Na esfera do cuidado humano, os saberes da modernidade e do conhecimento científico têm sido colocados a serviço do mercado, polarizando dicotomias entre saberes populares – o senso comum, o bom senso e os saberes cotidianos – em contraposição ao saber acadêmico. Certamente, subjacente a essa tendência, encobre-se a tentativa de deslegitimar os saberes não-acadêmicos, promovendo e acentuando a exclusão de atores sociais que o possuem.

Segundo BOFF (2000:26), “o conhecimento demanda por um ethos que seja adequado ao novo patamar da história, que é global e planetário”. Assim, o fato de excluir o outro, exclui o excludente e o devasta moralmente. O cuidado não admite exclusão, por isso deverá integrar informações e diferentes experiências em sua estrutura de saber. Essas estruturas devem ser processualmente associadas a novos conceitos e valores que construam um ethos coerente com o sentido da vida humana.

Nesse contexto, parece-me que o método das Representações Sociais é capaz de apontar pistas que ajudem a ancorar a articulação do cuidado formal e cuidado informal em tempos de transição.

PARTE II - O MÉTODO

2.1 O MÉTODO

Para alcançar os objetivos enunciados, optou-se por realizar um estudo exploratório e descritivo, em uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Maria Cecília Minayo (1994:10), é capaz “de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Desta forma, em função do objeto do presente estudo – o cuidado humano – na percepção das parteiras e benzedeadas, buscou-se o aporte da teoria das representações sociais (TRS), sendo que

as representações sociais referem-se aos processos sócio-cognitivos que envolvem a pertença social dos indivíduos, suas histórias de vida, suas práticas sociais, bem como os modelos de conduta e pensamento que são socialmente transmitidos pela comunicação social e que participam da realidade (ALMEIDA, PACHECO e GARCIA, 2006:135-6).

Nesta perspectiva, é na realidade complexa e não-linear das visões de mundo dos diferentes atores sociais envolvidos no cuidado humano, e com base no conhecimento, que se forjam as maneiras de cuidar, como prática social. Essas, por sua vez, vinculam-se à subjetividade de cuidadores e das pessoas cuidadas, os valores, as crenças, as concepções. Enfim, as representações dos atores sociais envolvidos na prática do cuidado humano. É com esse olhar que se busca compreender o fenômeno “cuidado humano”, a fim de ampliar a realidade em que ele se insere como parte de uma delicada rede, tecida com diferentes significados.

2.1.1 OS PARTICIPANTES E O CENÁRIO DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram parteiras e benzedeadas residentes na região do entorno do Distrito Federal. Desta forma, tomaram-se como critérios de inclusão: 1) parteiras e benzedeadas residentes no entorno do Distrito Federal; 2) concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. E como critérios de exclusão: 1) parteiras e benzedeadas que não são residentes no entorno do Distrito Federal; e 2) não concordarem em participar do estudo.

2.1.1.1 Participantes

A amostra foi constituída por quatro parteiras e seis benzedeiiras, totalizando dez pessoas, todas residentes no Distrito Federal e região do entorno.

Na constituição do grupo de parteiras foi utilizada a amostra de conveniência, pois, segundo Patton (1990 apud FLICK, 2004), o critério de conveniência é aquele cuja seleção dos sujeitos é mais fácil de ser acessada em determinadas situações/condições. Desta forma, a constituição do grupo se deu no seio do evento *Oficina de capacitação de parteiras tradicionais na redução/prevenção de transmissão vertical dst/hiv/hepatites da região Sudeste e Centro-Oeste*, realizado em dezembro de 2005, em Brasília. Quando a pesquisadora teve a oportunidade de participar como observadora, com a anuência da organização do evento, pôde, assim, ter acesso ao universo de parteiras que participaram do evento. Apesar de terem participado do evento um total de 20 parteiras, apenas quatro delas eram procedentes da região do entorno do Distrito Federal.

Em função de não se conhecer esse universo, o critério adotado para a localização e a seleção do grupo das benzedeiiras/benedores foi a técnica da "bola de neve", na qual os primeiros entrevistados indicaram outros, e assim sucessivamente, até atingir um ponto de saturação denominado na literatura como o "ponto de saturação teórico". O "ponto de saturação" é atingido quando os novos entrevistados começam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes (ORLANDI & NOTO, 2005). Assim, o grupo foi constituído por seis benzedeiiras/benedores, respeitando os critérios de inclusão/exclusão.

2.1.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente, encaminhou-se o projeto para análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, observando a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/96 (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP do Ministério da Saúde, 1996), obtendo-se a aprovação.

Foi elaborado, seguindo as recomendações da Resolução nº. 196/96, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 1).

2.1.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Visando apreender o significado do fenômeno do cuidado humano, optou-se pela técnica de entrevista em profundidade como procedimento para a coleta de dados, bem como a utilização de questionário com o objetivo de caracterizar os participantes. Desta forma, construiu-se um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões abertas (ANEXO 2) e um questionário com questões estruturadas, a fim de se obter os dados sócio-demográficos dos participantes (ANEXO 3).

O roteiro de entrevista construído, adaptado do método proposto por Merton & Kendal (1946), citados por Flick (2004), buscou apreender a concepção da dimensão ética do cuidado humano e o modo de produção desse conhecimento pelos atores sociais, participantes do presente estudo.

Neste sentido, o roteiro foi estruturado em quatro partes: 1^a) aspectos gerais relativos à prática e à percepção do cuidado humano; 2^a) aspectos relativos à trajetória individual de cada ator social na prática do cuidado humano; 3^a) aspectos relativos à construção do conhecimento, a partir das categorias: auto-ética (auto-análise, autocrítica, responsabilidade ética, aceitação incondicional e empatia); e 4^a) percepção sobre as possibilidades e estratégias na inter-relação entre os diferentes saberes/fazeres dos atores sociais, buscando identificar meios para o processo de tradução.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e gravadas após concordância dos participantes. Em função das características dos participantes do estudo, optou-se por uma aproximação gradativa com eles, explicitando os objetivos da pesquisa, bem como garantindo o critério de sigilo da entrevista.

Este procedimento foi muito importante devido à desconfiança destes quanto às intenções do estudo. Somente após detalhada leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes consentiram em conceder a entrevista.

Adotou-se, no presente estudo, a estratégia de não realizar a entrevista no primeiro encontro. Assim, o primeiro encontro teve como objetivo explicar o estudo e entregar o TCLE, a ser recolhido posteriormente, possibilitando que o documento fosse examinado com maior detalhamento por pessoas de confiança dos entrevistados.

Essa estratégia objetivou, também, evitar constrangimentos às pessoas que não sabiam assinar, sendo realizado por pessoa próxima. Essa situação foi observada com apenas um dos entrevistados.

No segundo encontro, agendado previamente, em local e horário da conveniência dos participantes, recolhia-se o TCLE e realizava-se a entrevista. Essa estratégia de aproximação foi exitosa, pois, em todas as ocasiões, observou-se uma grande receptividade e a resistência e a desconfiança se desvaneceu.

2.1.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram transcritos e o conteúdo submetido a análise com auxílio do *software Alceste* (Análise lexical por contexto de um conjunto de seguimentos de texto).

Este *software* foi utilizado para analisar quantitativamente os dados textuais. Esse instrumental tem como base as leis de distribuição do vocabulário nos textos, sejam de origem verbal ou escrita. A análise estatística propõe desvendar as informações essenciais contidas no texto, obtendo assim enunciados simples. As palavras características desses enunciados são identificadas e contribuem para o refinamento a partir da análise do Qui-quadrado (teste estatístico não-paramétrico), das associações de palavras dentro de classes estudadas e na análise fatorial de correspondência múltipla.

Os resultados da análise quantitativa, gerados pelo *software Alceste*, possibilitaram as interpretações (a análise qualitativa), a partir da comparação dos traços típicos das classes entre si, na sua relação com o objeto de estudo, e a elaboração de categorias reajustadas. O processo de análise se dá seguinte forma:

Ao analisar o corpus das entrevistas, o programa identifica as Unidades do Contexto Inicial (cada entrevista) e, em seguida, fragmenta-as e classifica-as em unidades menores, chamadas Unidades de Contexto Elementar (UCE). Essas UCEs são compostas de enunciados lingüísticos que compõem a entrevista. Após a identificação e a classificação dessas UCEs, o *Alceste* verifica a existência de repetições, baseadas em contextos de semelhança, identificando os contextos-tipo, ou seja, contextos que se reproduzem nas entrevistas. A análise estatística, que possibilita a identificação de contexto-tipo, é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que separa esses contextos-tipo em classes/categorias e apresenta as relações entre elas sob a forma de dendograma. Em seguida, efetua-se uma Análise de Correspondência (AC), ou seja, um plano fatorial que permite a visualização de possíveis oposições entre as classes/categorias. Mediante essas análises, e a partir

de uma leitura exaustiva das entrevistas, o pesquisador busca reconstituir o discurso coletivo dos sujeitos (ALDRY, 2006).

Assim, buscou-se desvelar os contornos do objeto do estudo, tomando como referência distintos estudos até obter-se o estado final da análise e interpretação que se apresenta no capítulo seguinte.

PARTE III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O modo de cuidar de benzedoiras e parteiras

A fim de contextualizar o caminho seguido nesta pesquisa, destaca-se que, na apresentação dos resultados, a exposição percorrerá três etapas: Na primeira etapa, buscou-se, por meio da análise da totalidade das entrevistas, verificar se havia diferenças ou não no modo de cuidar dos participantes do estudo, a partir da compreensão do conteúdo das representações sociais analisadas em conjunto.

Assim sendo, na primeira etapa apresentam-se os resultados em três passos, que envolvem três níveis de análise, a saber: 1. O campo comum das RS; 2. As diferenciações grupais; e 3. A ancoragem das representações.

Foi apresentado o campo comum das representações dos dois grupos participantes do estudo, a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), possibilitando: 1. A identificação e reconstrução do discurso coletivo dos grupos entrevistados; 2. Os diferentes posicionamentos diante do Cuidado Humano com os resultados obtidos na Análise de Correspondência; 3. A ancoragem das RS do Cuidado Humano a partir das análises propostas (CHD e AC), nas quais se procurou evidenciar as ancoragens que cada grupo constrói a partir de seus valores, crenças e experiências.

Na segunda etapa, procurou-se apreender, por meio das análises das entrevistas dos grupos, em separado, o conteúdo das representações sociais de cada ator social. Apresentar-se-á, nesta etapa, a análise da fala dos sujeitos, a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Ao longo da discussão dos resultados, busca-se estabelecer um contraponto entre o conhecimento do universo consensual (o discurso das benzedoiras e parteiras) e o universo reificado (o discurso dos profissionais de saúde). O que pretendo é colocar em diálogo os diferentes modos de cuidar.

Por fim, será apresentada uma análise dos resultados do estudo à luz do pensamento de Boaventura de Souza Santos, com enfoque na Sociologia das Ausências e na Sociologia das Emergências, procurando encontrar caminhos que apontem as emergências do diálogo entre o saber cuidar formal e o saber cuidar informal, com vistas à constituição da matriz de um conhecimento emancipado.

3.1.1 Campo de Estudo

O estudo foi realizado na área de abrangência do Distrito Federal e região do Entorno de Goiás. Todas as entrevistas foram realizadas no período compreendido entre outubro e dezembro de 2005.

3.1.2 Caracterização dos Participantes

A identificação dos participantes foi obtida através do preenchimento de questionário após a entrevista. Dos 10 participantes do estudo, nove professavam a religião católica e um era umbandista. Nove tinham cursado o ensino fundamental incompleto e um o ensino fundamental completo.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos por idade e sexo

Faixa etária	Parteiras		Benzedeiras		Total
	F	M	F	M	
30 – 49 anos	01	-	01	-	02 (48,27%)
50 – 69 anos	01	-	03	-	03 (27,58%)
70 – 89 anos	02	-	01	02	05 (17,24%)
Total	04	-	04	02	10 (100%)

Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos por ocupação

Tempo de experiência	Ocupação			Total
	Do lar	Aposentada	Artesã	
10 – 19 anos	-	-	01	01 (34,48%)
20 – 39 anos	02	-	-	02 (6,9%)
40 – 59 anos	03	02	01	06 (20,69%)
60 – 79 anos	-	01	-	01 (27,59%)
Total	05 (20,69%)	03 (37,93%)	02 (41,38%)	10 (100%)

cuidado se expressa no ato de partejar, ou seja, no acompanhamento da gestante no processo de dar à luz.

Para efeito de compreensão, esclareço que o *Alceste* considera as relações estatísticas com valores acima de 0,5 como mais significativas, denominadas fortes. As relações abaixo desse ponto são consideradas menos significativas e denominadas fracas. Assim, quanto mais próxima de um, mais forte será a relação. De forma análoga, quanto mais próxima de zero, mais fraca será a relação. As classes expressam a proximidade do conteúdo do discurso dos sujeitos. Nesse sentido, as Classes 3 e 4 apresentam uma forte relação entre si ($R = 0,7$). Essas duas classes, por sua vez, mantêm uma forte relação com a Classe 2 ($R = 0,6$). Os dois eixos apresentam, por sua vez, uma fraca relação nula ($R = 0$).

3.2.2 EIXO DA RACIONALIDADE DIVINA

O Eixo 1 é constituído pela própria Classe 1, denominado Racionalidade Divina. Assim a Classe 1, denominada benzer/cuidar, confunde-se com o próprio eixo. O eixo e a classe dizem respeito ao cuidado das mulheres e homens que usam a oração como forma de cura das doenças físicas, sociais e espirituais. Essa prática é denominada benzimento, benzeção ou benzedura, e caracteriza um modo de cuidar baseado em rituais, estudados pelos precursores da Antropologia Simbólica, como Émile Durkheim e Mauss (1974). Esses autores abordavam-no como representações coletivas que favoreciam acessar os caminhos para compreender as culturas em diferentes sociedades humanas. Outros pesquisadores, como Gennep (1980), Douglas (1966), Geertz (1973) e Turner (1974), estudaram os rituais, enfocando que estes se constituem em competentes ferramentas de poder para transformar a vida social e individual das pessoas.

Segundo Herman (2003), os antropólogos classificam os rituais em três tipos:

1 – Os rituais de ciclo cósmico ou calendário: celebram as mudanças no ciclo cósmico, tais como as mudanças de estação, a divisão do ano em segmentos (dias, semanas ou meses) e festividades específicas, como dia santo; 2 – os rituais da transição ou ritos de passagem, presentes de formas distintas em todas as sociedades. Estão associados às mudanças do ciclo vital humano e às mudanças sociais, relacionando os aspectos fisiológicos aos aspectos sociais da vida dos indivíduos (ritos da gravidez, parto, casamento, funerais); e 3 – os rituais de infortúnio, que surgem em épocas de crises ou infortúnios inesperados, tais como acidentes e graves problemas de saúde.

Os rituais praticados na benzeção são os rituais de infortúnio. Cumprem a função de restabelecer relações conflituosas com o mundo social e sobrenatural. A doença, portanto, é representada como um evento social, sobretudo quando é atribuída a feitiçarias, inveja e mau-olhado resultantes de desacordos interpessoais. O ritual atua reordenando as relações, porque esses conflitos podem colocar em risco não apenas a segurança do indivíduo em questão, mas de todo o grupo social.

Exatamente por comprometerem a sobrevivência grupal, esses rituais de cura devem acontecer na presença da família e de outras pessoas do grupo de relações do indivíduo, ao contrário dos rituais da sociedade técnica moderna, na qual os ritos de cura se dão em espaços privados, como um atendimento em consultório médico.

O ritual de infortúnio nas diferentes sociedades tem geralmente duas fases consecutivas: a fase do diagnóstico ou adivinhação da causa do infortúnio e a fase de tratamento dos efeitos produzidos pelo infortúnio, com a eliminação de sua causa. Assim,

no caso de um problema de saúde, a primeira fase envolve conferir a condição um rótulo ou identidade no arcabouço cultural de referência. Isso implica um conceito de como um infortúnio é causado, sua história natural provável e seu prognóstico, que é então, compartilhado pelo agente de cura, pelo paciente e pelos espectadores. As diferenças culturais utilizam técnicas diversas para diagnosticar os problemas de saúde, que variam desde sessões de adivinhação até o uso de tecnologia diagnóstica sofisticada (HELMAN, 2003:216).

Nas formas dos rituais de cura, é importante distinguir o aspecto ritual do aspecto prático ou técnico, que, muitas vezes, coexiste com o aspecto ritual, embora, na prática, a divisão não seja absoluta: um ritual de natureza genuinamente sagrada pode exercer um efeito prático, técnico, de alterar permanentemente o estado emocional das pessoas. Por exemplo, “o aspecto técnico está amiúde imbricado no aspecto ritual e envolve técnicas de ordem prática, tais como o uso de medicamentos, operações cirúrgicas, massagens, sangrias, injeções [...] técnicas de psicoterapeutas e de parteiras” (HELMAN, 2003:216).

Os rituais preenchem, ainda, algumas funções tanto para o indivíduo como para a sociedade, que se classificam da seguinte forma:

– a função psicológica: em situações inesperadas de infortúnio, os rituais representam uma forma de explicar e controlar o desconhecido. Minimiza o sentimento de insegurança. O papel da benzedeira, nesta perspectiva, é fornecer, além do tratamento, a explicação para a doença, que, naturalmente, adequou-se ao sistema de crenças do indivíduo, legitimando culturalmente os sintomas de seu infortúnio.

– a função social: quando a doença é atribuída a um malefício interpessoal, a ação da benzedeira pode ter o objetivo de trazer o problema à tona, favorecendo que o conflito seja resolvido dentro do grupo em questão. Isso é possível, por ser a benzedeira a pessoa socialmente reconhecida para essa função, podendo, pelo ritual, construir junto ao doente uma explicação que lhe permita compreender aquilo que até aquele momento era incompreensível, possibilitando pensar o impensável. Vale ressaltar que, embora o reconhecimento do poder da benzedura se faça por meio de uma pessoa, é o grupo quem reconhece esse poder e o consagra.

– a função protetora: Os rituais que lidam com a saúde podem proteger seus participantes de duas formas: psicológica e fisicamente.

Ao pesquisar os rituais de benzimento, Alberto Quintana identificou três momentos: o do diálogo; o da bênção e o das prescrições. Porém, o autor reconhece essa divisão como basicamente didática, uma vez que, na prática cotidiana, não há regras fixas. Ratificando o aspecto social da doença, bem como suas representações, o autor afirma que a prática da benzedura não é somente a eficácia da terapêutica da benzedura que está em pauta, mas, também,

uma forma de conceber o corpo e a doença e a cura e, mais do que isso, o próprio pensamento do grupo que está em jogo, uma vez que nessa teia de significados não existe nada que esteja solto, cada fio está amarrado ao conjunto e, ao mesmo tempo que o sustenta, é sustentado por ele (QUINTANA, 1999:49).

Nesse contexto, enfatiza-se neste estudo que o modo de cuidar por meio do benzimento cuida tanto do indivíduo quanto do grupo no qual ele se insere. Nesse sentido, ele pode indicar uma estratégia de afirmação do lugar de onde se fala para promover a sobrevivência ou resistência do grupo.

Tabela 3 – Palavras mais significativas da Classe 1

Palavras relevantes (Classe 1)	<i>f</i> (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Pessoa	87,60	107	75,33
Tem	77,65	207	54,08
Deus	73,29	155	29,40
Benzer	100,00	69	26,86
Benzimento	100,00	34	24,27
Faço	94,13	42	23,56
Fé	93,94	46	22,63
Importante	96,00	34	18,69
Oração	85,00	47	16,78
Vida	95,24	21	15,03
53,02 % de variância explicada			

Na perspectiva da benzedeira⁷, seu modo de cuidar se justifica por uma bênção de Deus, algo que está ligado ao divino e sagrado, e determina uma obrigação em fazer caridade:

Cuidado para mim é não deixar ir abaixo o que eu sei. Esse trabalho que eu faço, a oração que graças a Deus eu tenho o dom. Cuidado é quando a pessoa tá precisando e se eu não servir eu não estou cuidando – (B-1).

Mas, embora a lógica do modo de cuidar das benzedeiças derive de uma racionalidade divina, elas são seres humanos, e, como tal, pode-se dizer que elas transitam por dois mundos – o profano e o sagrado. No âmbito da vida terrena – vida profana –, o cuidado é significado como presença que se faz importante tanto na vida quanto na morte.

Apreende-se que, no mundo das benzedeiças, os encontros que se dão no ritual são oportunidades de servir ao próximo, seguindo os preceitos ditados pela religião, traduzindo uma presença que expressa uma mensagem divina por meio do humano, já que “focalizar rituais é tratar da ação social. Se esta ação se realiza no contexto de visões de mundo partilhadas, então a comunicação entre os indivíduos deixa entrever classificações implícitas entre seres humanos, humanos e natureza e deuses (ou demônios)” (PEIRANO, 2001, apud SOUZA, 2005:10).

Ao analisar esse modo de cuidado, identifica-se a existência de um perigo oculto, ou ocultado: “é o de instaurar uma modalidade peculiar de exercício de poder que se estrutura

⁷ Embora a prática da benzeção seja efetuada por homens e mulheres, neste estudo utilizo a denominação “benzedeira”, ou seja, a declinação semântica da palavra no feminino para designar os cuidadores populares que assumem os papéis sociais relacionados ao fazer feminino de cuidar.

a partir do binômio servir-obedecer multiplicando, assim, a existência de relações dissimétricas entre quem assiste e entre quem é assistido” (CAPONI, 2000:16). A questão que aqui se põe é: há, por parte da benzedeira, a clareza da existência de uma relação dissimétrica, em seu modo de cuidar?

O extrato a seguir ilustra o encontro, presença que leva a palavra ou luz divina aqui simbolizada pela luz da vela:

O cuidado é quando a pessoa tá passando mal, e você vê que vai morrer, a gente fala: cuidado com ele, senão ele morre sozinho, sem uma vela na mão. Até no hospital não pode ficar sozinho, tem sempre uma enfermeira tomando conta – (B-5)

Outra nuance importante desse tipo de cuidado é a gratuidade. Como elas receberam uma graça, entendem que o desempenho de sua atividade não deve ser remunerado. Se elas colocassem um valor material em seu trabalho, estariam desvalorizando-o, pois o que é da ordem do sagrado não tem correspondência na ordem do material. Se assim fosse, elas estariam misturando fenômenos que correspondem a duas ordens distintas – o sagrado e o profano –, e estariam confundindo ou contradizendo as classificações ideais. (DOUGLAS, 1976; QUINTANA, 1999). Isso não quer dizer que elas não reconheçam o valor do dinheiro neste mundo; quer dizer apenas que o bem maior é a proteção de Deus, sem a qual estão impedidas de desempenhar sua atividade.

Reza não se paga, eu não acho certo. E não cobro, quando a pessoa faz oração e cobra não vá, porque ela não sabe curar, então eu não quero nada em troca – (B-1).

Eu me sinto muito feliz. Dinheiro não é tudo, dinheiro ajuda a felicidade, mas em si não é felicidade. Felicidade é a benção de Deus, porque esta ninguém tira, ninguém rouba. Você pode querer tirar, mas ninguém consegue – (B-2).

Segundo Quintana (1999), embora a prática da benzedeira não seja valorizada no mundo acadêmico ou científico, há, nos fenômenos terapêuticos da benzeção, uma espécie de encantamento não confessado sobre os segredos ocultos desse tipo de conhecimento. Na perspectiva do autor, a prática da benzedura permite uma compreensão das terapêuticas oficiais, sobretudo daquelas encarregadas do tratamento das feridas simbólicas, ou seja, as rupturas nas realidades construídas que impedem que nossa vida tenha sentido.

Na avaliação de Rubens Alves, “é quando a dor bate à porta e se esgotam os recursos da técnica, que nas pessoas acordam os videntes, os exorcistas, os mágicos, os curadores, os benzedores, os sacerdotes, os profetas e poetas, aquele que reza e suplica, sem saber direito a quem...” (ALVES, 2003:12).

Em geral, é no contexto da dor que surgem os questionamentos acerca de quem somos, de onde viemos e para onde vamos; todas essas perguntas buscam compreender o

sentido da vida. Jean-Yves Leloup insiste que “a doença e a inquietude ou a angústia, no mundo contemporâneo, tem em sua origem a separação do ser essencial” (LELOUP, 2002:17).

Para Leloup, o sentido da vida pode ser encontrado nas respostas às questões fundamentais que são colocadas pela filosofia: o quê? quem? por quê? para quê? Porém, entende que importa, sobretudo, responder o “para quem vivemos?”. Para ele, podemos viver sem um porquê. Mas não podemos viver sem um para quem. Se respondermos essa pergunta, encontramos o sentido da vida, e as dificuldades do cotidiano passam a significar uma oportunidade de consciência e nossa saúde total não é colocada em questão (LELOUP, 2002).

Essa abordagem difere do enfoque do cuidado formalizado pela ciência, que não se ocupa em responder as questões fundamentais da vida do ser humano. Seu olhar prende-se apenas ao que está visível, ele se faz na presença dos sintomas e da ausência da saúde. A preocupação com o sentido da vida afastaria a ciência de sua objetividade, prejudicando sua pureza. Mas será a ciência e sua objetividade um método puro? De acordo com as afirmações de Laplantine (2004), não existem práticas puramente científicas, e qualquer sistema de cura é perpassado por processos mágico-religiosos.

Essas idéias foram ratificadas por Quintana (1999), ao aprofundar o olhar sobre a prática das benzedeiras. O autor assinala que começou a olhar com estranheza a medicina oficial, pois percebeu que os procedimentos mágico-religiosos estão em qualquer sistema terapêutico, seja ele científico ou não.

“A história das ciências da saúde/medicina está intimamente ligada à história dos processos mágico-religiosos”, diz Laplantine, que, ao analisar a obra de Henry Ey, *Naissance da la médecine*, é possível identificar o destaque que esse eminente psiquiatra imprime ao “que considera o preâmbulo epistemológico de todo pensamento médico digno desse nome: arrancar a doença da religião, da filosofia e das ciências humanas, a fim de resgatar sua ordem natural” (LAPLANTINE, 2004:215).

A ordem natural das doenças associa a doença estritamente aos desajustes no corpo físico. Todavia, o afastamento a que se refere Henry Ey só ganhou força a partir do momento em que foi estabelecida a aliança entre as idéias da ciência e do positivismo, favorecendo o desvencilhamento de todo aspecto subjetivo do escopo de pensamento moderno.

Portanto, o afastamento da subjetividade do trabalho da medicina científica não deve ser interpretado como uma característica individual, mas social. No comportamento da medicina científica pode-se captar certa aproximação do papel do profissional com aquele que

pode controlar a vida e a morte, como se costuma dizer “certo complexo de Deus” (QUINTANA, 1999). Dessa forma, na mesma medida em que ela afasta os processos subjetivos que têm a função de intermediar o real, ela se coloca como a única que pode controlá-lo.

Vale a pena conferir as palavras do autor a esse respeito:

assim, o médico, através dessa equiparação entre as duas esferas, representa num outro plano, o todo poderoso, reafirmando, assim, sua realidade como única e verdadeira. Não se trataria aqui, pois, de uma característica pessoal daquele indivíduo, que em determinado momento exerce a profissão médica, mas do papel social que ocupa essa profissão legitimadora (QUINTANA, 1999).

Nesse enfoque, a proposta da medicina é de controlar a vida por meios técnicos e não simbólicos. Entretanto, ela se utiliza de meios simbólicos e, embora sua ação esteja baseada na lógica da ciência, sua prática também é exercida por meio de rituais (HELMAN, 2003). Dessa forma, os aspectos mágico-religiosos da medicina são removidos para uma zona obscura, oculta, que não é percebida nem pelos médicos, nem pelos pacientes (QUINTANA, 1999).

À luz desses argumentos, justificam-se os limites da racionalidade médica para lidar com o sofrimento difuso, já que

alguns profissionais comentam que, de cada dez pacientes, seis trazem queixa de sofrimento difuso. [...] uma queixa sobre dores de cabeça, dores em outros locais do corpo, medo, ansiedade – sintomas para cujo tratamento o sistema de saúde não dispõe nem de tempo, **nem de preparo**, nem de recursos (VALLA, 2003:78, grifos e inserção da autora).

A saída, para dar conta da demanda de tratamento do sofrimento difuso, tem sido a medicalização da sociedade. Valla assinala que, na tentativa de solucionar a questão do sofrimento cuja origem não pode ser abordada pela racionalidade do modelo biomédico, algumas hipóteses têm sido aventadas. Dentre essas, a hipótese de que, na origem, a doença estaria relacionada ao desequilíbrio das emoções (GOLEMAN, 1999), alinhando-se ao discurso da medicina psicossomática.

Parece que as conseqüências do ocultamento produzido pela lógica do binômio servir-obedecer para as benzedeadas produzem o mesmo efeito da lógica do ocultamento do aspecto simbólico da relação de cuidado para os médicos, pois ambos instalam relações dissimétricas. Ao mesmo tempo, denotam não ter ciência desse fato.

Ao largo de todo esse debate, o modo de cuidar da benzedeadora segue incorporando, no cerne de sua prática, os aspectos simbólicos da doença e a dimensão

religiosa. Posso dizer que elas se sentem muito à vontade no desempenho dessa prática de cuidado, pois entendem que a benzeção é coisa de Deus e que esse é o seu trabalho, e ponto final.

Embora deixem qualquer afazer para atender um pedido de ajuda, elas não vêm o benzimento como um encargo, tampouco como uma prática cuja realização dependa da autorização das leis do homem, pois entendem que têm a autorização essencial, ou seja, a autorização divina.

Pode-se dizer que, de certa forma, a prática da benzedeira cumpre o desafio humano de combinar trabalho com cuidado. Na visão de Boff (2004:97), esses desafios não se opõem, mas se compõem. Essa associação permite que o trabalho resgate, por um lado, a materialidade do ato de trabalhar e, por outro, sua espiritualidade: “o equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser-único do mesmo ser humano”. Por conseguinte, a lógica do trabalho delas difere em essência da lógica do modo-de-ser-trabalho-dominação⁸.

Mas será essa a verdadeira motivação do trabalho da benzedeira? Ou será que o cuidado-caridoso pelos que sofrem dá retorno em glórias para elas mesmas, ao aproximarem sua imagem à de benfeitoras virtuosas?

O benzimento é um dom que Deus nos dá. Então é importante, porque tudo que vem de Deus é importante. Quando Jesus andou no mundo já fazia benzimento. Ele benzeu de engasgo, é coisa mesmo do princípio do mundo – (S-3).

Eu tenho visto pessoas da igreja, que dá esse problema de erisipela e vem aqui procurar ele para benzer, e é curado. Deus não é contra o benzimento – (S-6).

O trabalho do benzimento prescinde de qualquer requisito, além do dom recebido. Como um cuidado sagrado, o benzimento pode ser interpretado como o mistério da celebração do sentido da vida ou da vida de sentido. Mas como tem sido assinalado, corre-se o risco de restituir o sentido à existência de uma pessoa, e, ao mesmo tempo, torná-la dependente, submissa a um poder que não a liberta, e reforça sua submissão.

Seria essa uma estratégia de dominação ou resistência? Tanto nossa tradição filosófica, quanto científica esforçaram-se e conseguiram fazer parecer ao ser humano que ele é um ser racional, um ser de pensamento. “Mas as produções culturais que saem de suas mãos sugerem, ao contrário, que o homem é um ser de desejo. Desejo é sintoma de privação, de ausência” (ALVES, 2002:21). O que deseja o ser humano? Sobreviver? Ser respeitado? Reconhecido? Um sentido? Minha própria experiência tem demonstrado não ser a dor física a

⁸ Leonardo Boff entende que o modo-de-ser-trabalho surgiu com a revolução industrial do século XVIII, caracterizando-se como a ditadura da intervenção, dominação e exploração capitalista.

responsável pela desintegração da personalidade, mas a dissolução dos esquemas de sentido na vida das pessoas.

A dor é mais bem tolerada quando significa algo, traduz um sentido, pressuposto este que ancora a medicina psicossomática. Nessa perspectiva, esse ramo da medicina se baseia na idéia de que doença é uma expressão de elementos em conflito em nossa psique. “Nos sintomas das doenças vivemos de forma clara e visível aquilo que sempre banimos da psique e que queremos ocultar” (DETHLEFSEN & DAHLKE, 1992:46).

Em outras palavras, os autores estão afirmando que os sintomas nos tornam honestos, porque torna visível o que reprimimos, o que nos fragmenta e o que nos afasta do sentido da condição humana. É em busca desse sentido, em geral não encontrado nas consultas médicas, que as pessoas procuram o cuidado da benzeção.

O sentido da vida para as benzedeadas é a união, é o perdão, que se traduz na lei fundamental do bem-estar individual, social e espiritual, bem como em igualdade entre os humanos, uma vez que somos todos os filhos de Deus:

Modificar, melhorar a situação, às vezes financeira, então Deus abençoa a saúde. Tem vezes que não melhora, porque tem gente que tem o coração duro. Às vezes a pessoa não quer entregar o braço, carrega aquele rancor. Mas, Deus é o pai fiel e não quer essas coisas, ele quer união. Perdoai para ser perdoado. Tem gente que diz: eu não perdô Fulano. Mas, a palavra de Deus diz: Perdoai para ser perdoado. Porque Jesus na hora da morte perdoou, quando viu que Ele estava acabando disse: Perdoai, porque eles não sabem o que fazem e isto está escrito na Bíblia, é ou não é? – (S-3).

A partir das representações das benzedeadas, verifica-se que o requisito do perdão se faz indispensável para a cura das doenças. Se se entender que a exigência de cura é propiciada pelo perdão, é possível também se admitir que o perdão abre uma chance para a transformação de dissipação da doença. Assim, sou levada a inferir que a doença, para as benzedeadas, significa a expressão ou polarização do mal. Por conseguinte, a saúde será a vitória do bem sobre o mal.

Essa linha de pensamento está de acordo com aquelas que legitimaram os cuidados de saúde nas últimas décadas do século XVIII, instalando a antropologia da salvação, descrita por Collière (2003) como a fase dos cuidados cuja finalidade era resgatar os pecados para evitar a condenação eterna. Friedrich Nietzsche empreendeu uma crítica a esse tipo de cuidado caridoso, que, em sua apreciação, multiplicava os mecanismos de coerção, docilização e submissão (CAPONI, 2000).

Nietzsche afirmava que havia duas éticas: a dos nobres e a dos escravos. Com este pensamento, ele tecia críticas a todo tipo de poder, fosse ele político ou religioso. Deste pensamento derivou-se a expressão “moral do rebanho”, entendida como fruto de pura

manipulação. De acordo com sua argumentação, “o poder do povo não existe. O que há são relações de força em que ou se domina ou se é dominado” (NIETZSCHE, 2002:14).

No âmbito do cuidado propiciado pelo rito de benzeção, essa dominação parece ser uma quase necessidade, que é interpretada como sagrada. Nesse contexto, o sagrado parece ganhar um significado de conforto, acolhimento, religação e unidade. Ao refletir sobre o sentido do sagrado, Quintana (1999) sugere que devemos entender o sagrado como aquilo que não se enquadra nos códigos disponíveis, com os quais interpretamos a realidade. Assim, por estar fora dos códigos sociais, o sagrado escapa ao controle do homem, e é exilado da vida moderna.

A finalidade do benzimento indica que o sagrado precisa ser reincorporado à existência humana moderna. Nesse sentido, o sagrado e a fé emergem como requisitos importantes nesse cuidado, pois tudo pode variar, até os símbolos. Seja qual for o símbolo, ele vai adquirir sentido quando inserido no rito do cuidado da benzeção.

Tanto faz benzer com terço ou com ramo, o que manda é a fé da gente que está benzendo e a fé da pessoa que está recebendo – (S-3).

Eu mesmo já benzi meu pé, fui ali atrás do velho Zé, ele não estava. Então eu benzi meu pé. Sarei o que vale é a fé. É a fé – (S-5).

Seria a fé o sagrado, os símbolos de resistência do modo de cuidar das benzedeadas? Danilo Streck diz o seguinte, sobre essa hipótese: “aprendemos sobre a vinda dos jesuítas e de seu esforço de catequizar os gentios indígenas, mas não se aprende sobre as expressões de fé das comunidades locais e como esta fé foi instrumento de resistência” (STRECK, 2005).

O cuidado do benzimento realiza-se por meio de “uma fala, uma mensagem que procura impor a onipotência imaginária ali onde o real se faz presença ameaçadora”. (QUINTANA, 1999:33). As benzedeadas usam palavras associadas a outros símbolos sagrados para curar as doenças do corpo e da alma, desde mordedura de cobra a mau-olhado.

Os extratos a seguir destacam algumas palavras no cuidado da benzeção:

Você tem que saber falar as palavras todas. São essas palavras que combatem o veneno dessa cobra. Ecoeli, alinana, sabateli, sabatana, surrate, surrite, supremo tigodero. E com o nome de Jesus, José, Joaquim, Ana, Maria e São Bento. A de sangue começa assim... – (S-4).

O credo sempre o credo, porque o credo é que combate e tira as coisas que tiver por perto da gente – (S-3).

Algumas palavras da benzedeadas não possuem uma lógica palpável, são palavras que não encontramos no discurso coloquial e evocam um mundo impenetrável ao sujeito que

recebe o cuidado. Essa impossibilidade de tradução contribui para instalar a assimetria nas relações. O sujeito do cuidado fica refém nessa situação, pois não é oferecida a ele uma possibilidade de diálogo racional. Nesse cenário, o diálogo só pode acontecer pela fé e respeito ao sagrado. De acordo com Quintana (1999), é exatamente por isso, por essa assimetria instalada entre a benzedeira e a pessoa que pede ajuda, que a relação exerce seu efeito terapêutico. Para o autor, o dom recebido, o ritual, as orações e os símbolos, por si só, não seriam garantia do efeito desejado.

Em sua avaliação, como representante do Divino na Terra, o lugar ocupado pela benzedeira emana poder, e é através do *status* conferido por esse poder que a cura acontece. Pode-se, então, afirmar que o cuidado da benzedeira está mais próximo de um dos itens da aplicação técnica, sugerida por Santos (2003), na qual a argumentação é secundária, pois se baseia no poder daquele que detém a autoridade? Haveria aqui uma relação de submissão à benzedeira? Ao poder divino? Ou a ambos?

A resposta a essas questões pode ser encontrada na fala das benzedeadas, quando afirmam:

Eu peço a Deus que cure aquela pessoa, porque ela tá precisando da ajuda de Jesus, e eu estou compartilhando com ela, para alcançar essa graça, que ela precisa muito – (B-2).

Em minha interpretação, a fala da benzedeira em questão clarifica que ela estabelece uma cumplicidade com a pessoa que recebe o cuidado, e ambas, então por meio da fé, rogam ao poder de Deus que a graça seja alcançada. Dessa forma, entendo que aqui está caracterizado o cuidado da resistência.

Sendo assim, não se distingue uma analogia de submissão, uma vez que fica estabelecida uma relação de equidade, pois benzedeira e pessoa a quem ela ajuda compartilham a mesma crença no poder divino. Essa conclusão planta em minha mente uma outra questão: num atendimento de abordagem biomédica, naquele momento, a dupla profissional-paciente compartilha a mesma crença no saber da ciência?

Ao estabelecer uma equiparação entre o saber da benzedeira e o do psicanalista, Quintana argumenta: “poderíamos dizer que, enquanto o segundo deve ocupar o lugar de sujeito do suposto saber, a primeira deve, por sua vez, ocupar o lugar de sujeito do suposto poder” (QUINTANA, 1999:113).

Para os grupos populares, a separação dos aspectos biopsicossociais da ação do cuidado da racionalidade médica entra em choque com seu universo cultural. Valla (2003)

tem apontado esse aspecto de fragmentação do cuidado oficial como motivo da busca das camadas mais pobres da população ao apoio social oferecido pelas igrejas.

Sobre essa temática, Clifford Geertz (2006) ⁹chama a atenção para o fato, segundo ele surpreendente, do enfrentamento que as ciências sociais têm sido obrigadas e encarar na cena mundial, erroneamente denominada de “o retorno da religião”.

Para Geertz, a expressão pode ser considerada errônea porque, na verdade, a religião nunca desapareceu – foi a atenção das ciências sociais que se desviou para outros campos. Para o autor, a ciência social voltou seu olhar para uma série de pressupostos evolutivos que consideravam o compromisso com a religião uma força em declínio na sociedade, que estariam inexoravelmente erodidos pelos quatro cavaleiros da modernidade: secularismo, nacionalismo, racionalização e globalização.

Se, dentre os quatro cavaleiros citados, realizar-se uma análise apenas sob o prisma da globalização, é possível que apenas esta dê conta de explicar a busca de sentido dos grupos populares. O cuidado formal deixa em aberto um flanco na relação com o outro, afetado por uma realidade que, muitas vezes, é denominada como *dura realidade*.

As leis da globalização, e sua consequência na organização dos sistemas de cuidado, tornam a sobrevivência uma luta desigual, que, por sua vez, abre fissuras que precisam ser fechadas a qualquer preço. O sentido de solidariedade, que teceu as origens do cuidado e tornou possível a sobrevivência do grupo, descrito por Collière, perdeu-se na sociedade moderna. Nela, a ansiedade de sobreviver das pessoas é a face do vazio resultante da competição que destrói as relações afetivas, à medida que positiva o culto ao deus dinheiro, em detrimento da divindade de sua própria inteireza (RATTNER & TRENCH, 2005).

3.2.3 O EIXO DAS RACIONALIDADES NEGOCIADAS

Neste eixo foi possível verificar que o modo de cuidar da parteira está permeado por diferentes racionalidades. Em sua prática, elas associam os saberes provenientes da lógica do senso comum, das práticas tradicionais, do saber reificado dos profissionais de saúde e do poder divino. Este aspecto confere ao modo de cuidar das parteiras grande flexibilidade, colocando-o na vanguarda do pensamento pós-moderno de Boaventura, pois vai ao encontro da idéia de que a pista que aponta o cuidado do futuro manifesta-se também por sua capacidade de negociação (SANTOS, 2005).

⁹ Entrevista concedida ao jornal francês Le Monde em data desconhecida.

Assim, pode-se verificar que a prática das parteiras está ancorada em diferentes bases do saber, como:

A experiência:

Eu fui fazendo a aprendendo, quando tive que aparar a minha primeira filha, eu já sabia de tudo – (P-2).

O saber intuído:

Aí assim, veio na minha cabeça: põe um algodão com álcool e cânfora e assim eu fiz, e coloquei a carapuça. Isso veio na minha cabeça ninguém me ensinou – (P-1).

Fazia os banhos de algodão. Se fosse para nascer, aumentava as dores se não fosse só ia ter as dores no dia seguinte. Fazia banho da folha da laranja, fazia o banho das folhas de croto. Não tem aqueles crotos roxo? Tudo é orientação que Deus dá. Aqueles crotos roxos que dá na beira do jardim e dá um pendão roxo, que serve para inflamação – (P-3).

A transmissão oral:

Então chegava com três dias de resguardo e minha mãe dizia: minha filha, tem que fechar o corpo [...] dizia minha mãe e as parteiras que têm um ossinho feito uma junta que os médicos costumam cortar. Então tem que fechar o osso – (P-1).

Pode-se inferir que as diferentes bases do modo de cuidar das parteiras permitem que elas estabeleçam, sem dificuldades, estratégias que viabilizem negociações com diferentes instâncias. Esses expedientes são ressaltados nas falas que se seguem.

A negociação com o divino:

Eu sentia a presença de Nossa Senhora e a presença do meu Divino Pai Espírito Eterno. Porque eu rezava e pedia proteção – (P-1).

Se acalme: Com o poder de Nossa Senhora, nós vamos resolver isso aqui – (P-2).

As parteiras têm umas orações que sempre ajudam na hora do parto – (P-4).

A negociação com o saber instituído:

Então é bom fazer o pré-natal. É bom para elas e prá gente também (P-3).

As parteiras são mulheres de coragem e elas sabem quando o parto não é para elas. [...] Então eu falei: Comadre! Vamos para o médico. Ela disse: Eu não quero ir para o

hospital. Mas, eu falei: Não se preocupe, porque eu vou junto. [...] imediatamente eu botei ela no carro e fui para o hospital. Quando cheguei, falei para o doutor o que estava acontecendo, disse: vim aqui porque ela tá assim, assim, e esse parto não é para as minhas mãos – (P-3).

Seria esse saber negociado uma episteme de resistência? Os extratos destacados demonstram as diferentes raízes que embasam o saber da parteira, destacando seu jogo de cintura, diante das necessárias negociações tecidas, para assegurar a eficácia de seu modo de cuidar. As negociações ressaltam então, ao mesmo tempo, o caráter de resistência de sua prática e amoldam-se ao grau de exigência de demanda da realidade. Nesse contexto, pode-se dizer que elas se baseiam em diferentes raízes de saber, bem como em diferentes relações com as dimensões do poder, seja ele formal ou não.

O eixo é composto por classes. Passemos, então, à análise de cada uma das classes que compõem o eixo.

O rito de passagem

Na Classe 2 emergem as diferentes vivências das parteiras tradicionais que tecem o fenômeno do cuidado humano em torno do rito do parto e nascimento. A gravidez e o nascimento são classificados como ritos de passagem ou margem, “período liminar, onde o estado do sujeito do rito, ou seja, *o passageiro, a pessoa liminar*, é ambíguo, possuindo pouco ou nenhum atributo, tanto do estado passado como do vindouro” (MONTICELLI, 2004).

“A profissão de parteira é seguramente um dos mais velhos ofícios do mundo”. É fruto das experiências das mulheres que têm sido transmitidas de geração a geração, na prática cotidiana e na subjetividade das pessoas envolvidas no processo de partejar (BARBAUT, 1990:141). O saber originado e construído pelas parteiras se diferenciou em algumas das profissões da saúde. Para Marie Françoise Collière (1999), o trabalho da parteira é um ofício que originou a profissão de enfermagem, que tem sido identificada como ciência e arte do cuidar e do acolhimento.

Na fala das parteiras na Classe 2 emergem as fases do processo de cuidado no rito do nascimento.

Tabela 4 - Palavras mais significativas da Classe 2

Palavras relevantes (Classe 2)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Fazia	89,47	20	99,58
Pegava	92,86	22	79,36
Punha	44,44	11	66,85
Algodão	90,91	13	59,04
Ficava	75,00	12	54,77
Folha	100,00	11	46,56
Banho	61,90	19	45,03
Passava	75,00	11	40,80
Resguardo	100,00	07	39,84
Paninho	80,00	09	39,59
Milho	87,50	09	39,06
Devagarinho	87,50	07	39,06
Chá	87,50	07	39,06
Placenta	72,73	08	34,64
Tomava	100,00	05	33,15
12,73 % de variância explicada			

A gravidez e o nascimento em todas as sociedades representam muito mais que simples eventos biológicos; são ritos de passagem, em que a mulher muda de status social, sobretudo na primeira gravidez, em que ela passa da condição de mulher à condição de mãe. No modo de cuidar das parteiras, tanto o tempo, quanto as exigências dessa passagem são amorosamente considerados.

Pude apreender que a questão fundamental nas fases do processo de cuidado da parteira diz respeito ao tempo no ritual do nascimento. Pode-se afirmar que, no processo de partejar/cuidar, a lógica do tempo não é linear. Embora comumente se mantenha a ilusão de que o tempo é uma unidade que não carece de explicação, ele não é um conceito único, o tempo das parteiras é o tempo da experiência, o tempo do que efetivamente é sentido (do verbo “sentir”).

Segundo Dossey (1998), a visão linear do tempo foi popularizada por Leibnitz, Barrow e Locke, e ganhou força nos três séculos subsequentes à invenção do relógio pendular de Huygens, de modo que, na atualidade, julga-se que o tempo flui e que pode ser dividido em passado, presente e futuro. Dossey (1998) sugere, ainda, que Robert Ornstein (1969) definiu o tempo segundo as seguintes categorias: 1. O presente – tempo de curto prazo; 2. O passado – memória de longo prazo; 3. O futuro – perspectiva temporal *tornar-se*; 4. Simultaneidade e sucessão.

Sabe-se que a vida contemporânea está tão dominada pela monocultura do tempo que a pressão temporal dá a sensação de encurtamento do tempo. Assim, não se atenta para nada, além do relógio de pulso; não se percebem os ciclos da natureza, e, da mesma forma, não se percebem os ciclos internos do nosso corpo.

O estudo dos ritmos dos rituais revelou certa predisposição a atribuir pouco valor ao tempo. O tempo é psicológico, “ele está relacionado aos nossos sentidos, – ele faz parte de nós não está lá fora. [...] se Einstein estava certo ao dizer que todo conhecimento sobre a realidade começa e termina na experiência” (DOSSEY, 1997:63), então o tempo e os significados do parto não podem ser reduzidos a uma realidade exterior.

Conta uma parábola Zen que, em certo dia de vento, dois monges estavam discutindo sobre uma bandeira esvoaçando no ar. O primeiro afirmou: digo que a bandeira está se movendo e não o vento. O segundo disse: digo que o vento está se movendo e não a bandeira. Um terceiro monge passava por ali e disse: o vento não está se movendo. A bandeira não está se movendo. A mente de vocês é que está se movendo.

Esta parábola pretende explicar que é a experiência pessoal de cada um de nós que dá sentido (significado) às coisas do mundo. Tudo leva a crer que o cuidado das parteiras se dá na lógica do vivido pela mulher, daquilo que está sendo experienciado. Esse tempo é vivido com o zelo adequado e respeito necessário para realização do trabalho fisiológico, num tempo que não é único e linear entre os seres humanos.

As parteiras têm ciência de que o parto é um momento-chave na vida de toda mulher. Intuitivamente elas sabem que quanto mais respeito, carinho, amor e confiança elas transmitem durante o processo de partejar, mais saudável permanecerá a mãe e a criança. A fim de propiciar o melhor para ambos, elas cuidam para que todos os recursos materiais necessários estejam à mão no momento do parto. Considerando as escassas possibilidades locais, muitas vezes esse preparo exige muita engenhosidade.

Sendo assim, nas minúcias desses preparativos, é possível aprender claramente as dimensões da hospitalidade da prática dessas mulheres, tanto com a mulher quanto com o bebê, antes, durante e depois do parto.

O domínio da natureza e a construção dos vínculos (o tempo do antes)

Os meus algodões, eu não comprava não. Eu tinha pé de algodão e pegava aqueles mais limpinhos e fervia, escapuchava ele, pegava o papel azul. Naquele tempo até papel era difícil, então quando comprava macarrão, eu pegava aquele papel azul do macarrão, aquele mais de dentro, aquele que não pegava poeira. Aí eu pegava o

algodão depois de fervido e cardava-o, punha espichadinho, e cardava. Sabe o que cardar, né? Aí eu ia enrolando, do jeitinho que a gente comprava na farmácia, tudo enroladinho, arrumava uma caixinha limpinha e guardava. [...] Às vezes nem fazenda eu tinha, eram umas roupinhas velhas que minha mãe dava. Saias que eu desmanchava, fervia aqueles paninhos, alvejava, e passava o ferro. Quando não tinha ferro, eu acendia um fogo de paninho de milho e colava bem perto, para tomar o calor e matar o micróbio – (P-1).

A fala das parteiras permite apreender que o *tempo do antes* pode significar também o tempo para estreitar laços, criar redes e estabelecer um ambiente propício para a realização adequada do parto e nascimento.

Historicamente, o processo do nascimento tem sido permeado pela teia das alianças femininas. Segundo Leavitt (1989), ao longo dos tempos, parteiras e parturientes celebram rituais a partir de seus saberes, advindos de suas próprias experiências emocionais e corporais, estabelecendo cumplicidade e uma aliança feminina de solidariedade para lidar com o sofrimento e as incertezas. Esse tem sido o espaço-tempo em que as mulheres falam de suas intimidades, compartilham conhecimento, preocupações e as representações da maternidade em suas vidas.

Entrava na casa delas e ficava lá. Hi, comadre! Eu fui te abusar, né? Eu respondia: não tá abusando. Aí entrava para casa delas, alegre satisfeita, fazia café, tomava café mais ela. Ria, dizia: vamos conversar, ler o catecismo. Ainda mais parto de madrugada. Vamos ler o catecismo, vamos ler a bíblia, e ela perguntava e dá tempo? Dá. Às vezes eu convidava outras comadres para ir me ajudar, e a gente ficava lá. Já teve mulher que eu precisei passar três dias na casa dela para ganhar. Longe, mas eu dizia: Esse menino vem pra minhas mãos. Menino preguiçoso eram aquelas contrações frias. Vinha uma passava tempo – (P-3).

“Essa vinculação afetiva e comunicativa parece ser característica presente não apenas nos ritos preparatórios, aparecendo também intensivamente durante o parto e diminuindo de intensidade apenas depois do parto” (SOUZA, 2005:9). Como será o *tempo do antes* dos profissionais de saúde? Há estudos cujos resultados apontaram que médicos não gostam de fazer atendimento pré-natal. Pode-se apreender, a partir desses resultados, a consequência da formação acadêmica, que se dá em torno do modelo biomédico centrado na doença. Não causa estranheza que os profissionais de saúde tenham dificuldades em acompanhar o processo fisiológico da gestação.

Segundo Michel Odent, o saber da racionalidade médica frequentemente evidencia o “*fator de risco* – legítima preocupação com a segurança da mãe e da criança – para justificar a *medicalização por atacado* do processo de nascimento”. Esse discurso descredibiliza as alternativas de partos domiciliares, em casas de parto ou unidades hospitalares voltadas para o parto fisiológico. Todavia, não há estudos que comprovem que

o enfoque – que envolve a ampla utilização de sedativos, hormônios artificiais para estimular o parto, peridural e outras anestésias, fórceps e a realização freqüente de cesarianas – tenha diminuído *o fator de risco*, uma vez que muitas dessas intervenções médicas introduzem na verdade novos riscos (ODENT, 2002:100).

O autor sugere que *o tempo do antes* seja utilizado para conhecer a história da mulher, sua cultura, experiências pessoais, hábitos cotidianos, vida afetiva, a fim de criar uma atmosfera de encorajamento para abordar o nascimento de forma diferenciada. As apreciações de Michel Odent são também as prioridades das parteiras.

O tempo do estímulo e do apoio emocional (*o tempo do durante*)

Entre as recomendações da humanização do parto, consta o respeito ao tempo fisiológico do evento. Na fala das parteiras verifica-se que esse tempo é plenamente atendido, pois seus cuidados apóiam e sobretudo perscrutam pacientemente os elementos que emergem no processo. O extrato a seguir ajuda a compreender as prioridades da passagem desse tempo:

*Quando eu estou fazendo um parto eu forro a cama da mulher, bem direitinho, boto ela para sentar um pouco, com as cadeiras mais baixa quando as contrações estão fortes. Porque enquanto as contrações estão fracas ela tem competência de ficar andando, passeando e alimentando um pouco. Quando começa a aumentar que eu vejo que não dá mais para ela está comendo muito aí eu começo a mandar ir botando as forças devagarzinho. Bota uma força hoje, descansa, vem outra, torna a botar. Torna a botar uma força hoje. Agora senti, bota força para baixo, torna a botar. Quando passa descansa, torna a botar. Não mando ela botar tudo numa hora porque não tem essa mulher que agüente. Meu trabalho é assim, sentada **vestida de branco, pano amarrado na cabeça, lá não tinha condições de luva, mas eu lavava minhas mãos direitinha, mãos bem lavadas, limpava com álcool, enxugava minha mãos para poder colocar a mão ao lado do corpo dela. Enquanto as contrações estavam aumentando eu ficava ali junto dela, até a hora que Jesus ajudava para o neném vir e eu poder aparar. Quando aparava o neném, quando ele nascia. Eu deixava descansar um pouquinho, deixo descansar, o enxugo com uma toalhinha devagarzinho. Não dou logo banho nele, deixo-o descansar uma meia hora, depois, cuido nela. Passo um oleozinho. Hoje não está mais assim, mas eu continuo, passo oleozinho de amêndoa na barriga dela, mando ela amolecer a barriga e suspirar para baixo para a placenta descer. Digo, minha filha bote uma força, aí ela vai devagarzinho, a placenta vai chegando com jeito até ela sair. Quando ela sai, eu pego e boto dentro de uma bacia forrada com pano. Aí, agora eu pego o neném puxo o umbigo, é o tempo que descansou mais, né? – (P-3).***

Neste extrato destacam-se duas questões importantes no cuidado das parteiras. A primeira diz respeito à racionalidade negociada. Observa-se que, nas palavras destacadas em negrito, pode-se apreender a aproximação da vestimenta, das ações de higiene com as mãos desinfetadas e da referência à falta de luvas, artefato tecnológico do saber formal da ciência.

A segunda questão realça o respeito à integralidade da mulher, ao ser biológico, social e espiritual que todos os seres humanos são. Durante o parto, esse respeito se traduz, sobretudo, no suporte emocional das ansiedades. Como o parto acontece no espaço doméstico, o tempo é favorecido com o valioso poder de velar e acompanhar o processo fisiológico, o que preserva a individualidade da parturiente, sua integridade como ser humano e sujeito social.

A importância de um ambiente restrito, calmo, de pouca luz e protegido tem sido destacada por Michel Odent, médico obstetra que defende a humanização do parto. Ele afirma que, durante o processo de parto, a parte primitiva do cérebro funciona como uma glândula liberando hormônios, e essa função deve ser priorizada, pois sua ação facilita todo o complexo sistema de nascimento. O autor enfatiza que as estimulações durante o processo de parto devem ser minimizadas.

Sendo assim, a linguagem racional, a luz brilhante, a sensação de estar sendo observada, insegura ou o uso de qualquer outro modo de estimulação conduzem a mulher a usar o neocórtex – parte mais desenvolvida do cérebro em humanos, o que tende a inibir o processo de parto: “mulher que dá a luz tem necessidade de estar abrigada de todos os estímulos do neocórtex” (ODENT, 2002:34).

De posse dessas informações, verifica-se que as parteiras, a partir de um saber não-científico, agem de modo a respeitar a fisiologia do parto, privando a mulher de estímulos desnecessários e prejudiciais ao desenvolvimento do trabalho de parto. Enquanto no saber biomédico os profissionais compartilham um equivocado conhecimento sobre a fisiologia do parto.

Outra vez, Odent (2002:38) chama atenção para pesquisas que apontam que o único efeito constante e significativo do monitoramento eletrônico, nas estatísticas de parto, é o aumento de cesarianas. E lamenta que os profissionais não possam entender que o mero fato de monitorar as funções corporais da mulher pode representar uma estimulação do neocórtex, “o que poderia tornar o parto mais difícil e, portanto, perigoso”.

A literatura da área, sobretudo a que se refere à humanização do parto, tem apontado a inadequação dos modelos médicos intervencionistas no processo de nascimento e parto. Davis-Floyd (1992) assinala que o momento do parto constitui um evento existencial e social íntimo, relacionado à sexualidade feminina e às relações familiares. Para a autora, as técnicas intervencionistas são capazes de desnaturalizar o processo natural do parto, prejudicar a relação e o vínculo entre a mãe e filho.

O pensamento feminista entende que, naturalmente, todo esse processo é permeado por relações de poder e de desigualdades de gênero, restringindo a oportunidade da mulher para fazer escolhas na sua vida.

Nas ações biomédicas, há um domínio sutilmente exercido sobre a vida e o corpo das mulheres, que se estabelece por meio da medicalização e da abordagem tecnificada do corpo feminino. Esse domínio se afirma como uma crença de que os corpos femininos são incapazes e impotentes para viver a reprodução. Esta representação exige um aparato tecnológico que se reafirma em função das patologias que podem advir com o processo de gestação e parto (DEL PRIORE, 2001). Inclusive,

para alguns analistas, o parto não deveria ser atribuição do profissional, como tem ocorrido, pois o nascimento é do bebê, da mulher, do casal e toda família. [...] Sua intervenção deveria ser solicitada apenas em casos de complicações. Também as enfermeiras obstetras, devido à formação e inserção no modelo de assistência, acabam reproduzindo o modelo médico (RATTNER & TRENCH, 2005:67).

Nesse contexto, pergunta-se: que abordagem de cuidados pode favorecer a mulher durante o trabalho de parto no ambiente institucional? Em geral, o trabalho de parto se arrasta, podendo levar entre oito a doze horas (NEME, 2000). O que fazer nesse tempo? Que tempo é esse?

Segundo Rattner & Trench (2005:48), o durante é o tempo de contrair e relaxar. As autoras assinalam que Rosa Maria Clauset, obstetra que tem dedicado seu trabalho ao resgate do parto como experiência própria e pessoal de cada casal, diz que o parto é a arte de curtir intervalos. A dor coloca a mulher no tempo presente, e “saber que há intervalos que propicia alívio entre uma contração e outra revigora e tranqüiliza a paciente”.

No entanto, a lógica do tempo institucional encontra-se na contramão dessa abordagem, uma vez que no tempo institucional conta a flecha do tempo linear. Pode-se inferir que, além do modelo de formação, a lógica do tempo institucional contribuiu para as dificuldades de acompanhamento do parto fisiológico. No sistema de saúde, o tempo fisiológico é interpretado como demora e entendido como perda de tempo. A estrutura do serviço é construída para que o profissional passe pouco tempo ao lado da parturiente. Os serviços não estão preparados, e, portanto, não se disponibilizam a escutar as necessidades da mulher.

A elevada taxa de número de cesarianas tem sido também atribuída à pressão temporal. No Brasil, foram realizadas 1.248.866 cesárias, dentre os 3.026.540 partos ocorridos no ano de 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SINASC). Segundo Rattner & Trench

(2005), alguns serviços nem oferecem mais a possibilidade de realizar um parto normal. O depoimento de uma das mulheres entrevistadas pela dupla de pesquisadoras sinaliza a confusão, o conflito entre o tempo institucional (rotinas) e o tempo da mãe, do pai, do bebê e da família. Disse a jovem mãe: “acho que sei por que nos cursos fala-se rápido em cesária. Ela é rápida mesmo. Não é nossa, é dos médicos. Parecia que o bebê tinha nascido, mas eu não tinha dado à luz”.

Reajuste da rotina familiar à chegada do novo membro (o tempo do depois)

Qual o *tempo do depois*?

A fala das parteiras permite verificar que o tempo imediato do pós-parto é, para elas, o tempo de tomar providências para promover o conforto e a saúde da mulher e da criança. Mas nenhuma ação é realizada às pressas, na lógica de flecha do tempo. Tudo vai acontecendo de acordo com o tempo exigido para cada ação (outra lógica), “devargarinho”, porém prontamente.

Lavava toda roupa suja, acompanhava o pai para cavar um buraquinho num lugar que ninguém mexia e enterrava a placenta. Depois, lavava minhas mãos de novo, bem lavadinha, enquanto ela estava lá enroladinha. Aí pegava a bacia de água, mudava a roupinha dela. Pedia: minha filha levante. Ia banhando ela, não banhava toda não, ia banhando ela todinha por dentro, por fora, a perna devagar, enxugava, e botava ela para dar mama ao neném. [...] a doutora não vai se incomodar de falar. Mas eu fazia uma temperada com macela galega, poejo, lorna, palma, arruda, um pedacinho de alho. Botava tudo para cozinhar como se fosse um chá. Quando tava feita, eu enchia a garrafa e botava açúcar e mel e botava enterrar. Enterrar é botar guardadinha num canto, aquelas folhas cozinhavam tudo, ficava igual um mel. Então ela ia tomando de colher até terminar o resguardo, isso é para limpeza. Depois ia à farmácia, comprava água inglesa ou licor de João Pai. Pegava todas aquelas folhas, pisava no pilão, com óleo de amêndoa para não quebrar o resguardo, não dá baticum no ouvido, não dá dor de cabeça, se alguém gritar, ela não se assusta. Sempre tratei minhas mulheres assim. E ainda hoje faço assim – (P-3).

As parteiras costumam permanecer na casa das mulheres até que elas readquiram a competência para cuidar de si, da família e do bebê. Esse tempo pode variar entre 10 e 30 dias, a depender da disponibilidade delas. Todavia, se elas precisarem se ausentar nesse espaço de tempo (às vezes, é preciso partejar outras mulheres), elas retornam diariamente para realizar as tarefas domésticas e verificar o estado de saúde de mãe e filho. Quando de todo é impossível retornar, elas delegam a visita e cuidados diários a uma outra pessoa, que lhes transmite as notícias frequentemente. Três das entrevistadas relataram ter ajudado outras mulheres, quando estavam grávidas:

Fiz a sopa na minha casa e levei tampadinho, para chegar lá bem quentinha, deu para comer. Lavei toda roupa dela na minha casa, com aquele buchão. Lavava e passava na minha casa levava tudo dobradinho e entregava para ela. Quando foi um dia, eu senti que eu não ia voltar no outro dia. Então falei: compadre, mas comadre, se eu não aparecer aqui amanhã, você pode ir lá a minha casa, que é porque eu ganhei neném – (P-1).

Qual o *tempo do depois*, segundo a lógica da humanização do parto? Para Rattner & Trench (2005), o *tempo do depois* tem sido utilizado, sobretudo, para caracterizar as implicações e os desdobramentos de ordem orgânica, psicológica e social que o nascimento de uma criança desencadeia. Entretanto, sendo o parto um rito de passagem, as autoras sugerem que o tempo do pós-parto reúne, simultaneamente, o encontro e a despedida.

No parto existem alguns elementos emergentes com o nascimento que precisam ser também partejados. São elementos que, independentemente das circunstâncias, estão presentes. Esses elementos podem ser imediatamente percebidos ou não; o processo depende das experiências de cada mulher ou casal. Marie Bertherat, em seu depoimento, nos dá uma pista desse processo:

No seu parto, uma dor antiga de perda, de morte, de despedida latejava. Quando minha filha nasceu, eu não quis tocá-la. Sempre pensei que, assim que ela nascesse, fosse pegá-la no colo imediatamente. Não aconteceu. Nasceu, olhei para ela e vi que era uma menina, fechei os olhos e me vi ali, mulher, agora mãe. Senti vontade de dizer para o meu marido que eu era mulher, já tinha sido menina e que essa menina, um dia possivelmente, estaria ali, como eu, tendo um filho. De agora em diante, minha filha estaria fora de mim, longe (RATTNER & TRENCH; 2005:53-4).

O depoimento de Bertherat faz referência a uma sensação de apartamento, separação, morte, que necessita de tempo para despedida.

Qual o *tempo do depois*, segundo a lógica institucional? Nos serviços de saúde, o tempo do pós-parto é também tempo de tomar iniciativas, para proteger a saúde da mãe e do bebê. Entretanto, a lógica dessas atividades é a do tempo linear. E tudo precisa ser efetuado com rapidez e eficiência.

Recordo-me que quando minha primeira filha nasceu de parto normal, após a expulsão do feto, eu a vi de longe, nas mãos das auxiliares de enfermagem. Essa é uma emoção indescritível, um misto de alívio, alegria e gratidão. Quando ela foi levada, fechei os olhos e tudo que eu desejava naquele momento era descansar, retomar as forças, a tranquilidade que a ausência de dor me proporcionava. Mas, de súbito, tive a sensação de que minhas entranhas estavam sendo extraídas à força: era o médico puxando a placenta. Este ato é significado pelas mulheres como uma agressão, um ato violento, o que na verdade é.

Mais tarde, durante os estágios de enfermagem no campo da obstetrícia, pude presenciar o mesmo procedimento mecânico, técnico, eficiente ser realizado. E me pegava, acudindo a mulher para minimizar as dores desse ato agressivo. Mas o tempo que dispunha para tal era curto. A rotina exigia de mim que o cuidado do *tempo depois*, como com a criança que nascia numa sala muito iluminada e artificialmente gelada, fosse rápido.

Essa rotina consistia numa rigorosa inspeção para verificar alguma anomalia, testar os reflexos, limpar, administrar uma ampola de vitamina K, um colírio, colocar fraldas, enrolar e colocar no berço de plástico. Acerca desse procedimento, Davis Floyds (citada por HELMAN, 2003) diz que no parto hospitalar “o útero materno é substituído não pelos braços da mãe, mas pelo útero de plástico da cultura **tecnológica**” (HELMAN, 2003:161, grifos e inserção desta autora).

Tudo isso é possível porque o tempo (rotina) e o espaço (hospital) do parto ocupam nos sistemas de saúde um evento de grande poder social, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Segundo Carapinheiro (2004), estudos de Turner (1897) e Larson (1977) ratificam o impacto social crescente da tecnologia médica nas sociedades modernas, resultante do poder social atribuído à profissão médica por meio dos hospitais e das universidades.

Esse aspecto aponta que a medicina se confunde com ideologia social. Isso porque dita as normas na interpretação da versão oficial da doença e da saúde, subscritas cientificamente, como instituição de controle social (CARAPINHEIRO, 2004). A autora afirma ainda que, na organização burocrática, contam as linhas de autoridade que ali se desenham, o próprio mito do poder médico de salvar vidas e a conhecida confraria dos médicos, que defendem a qualquer custo seus interesses hegemônicos.

Como resultante dessa ideologia, a flecha do tempo permanece impelindo os profissionais de saúde a não compreenderem, ou poderem contemplar, a necessidade de deixar a placenta se soltar sozinha, no tempo que é necessário para realização da primeira despedida da mulher de sua condição de gestante: não se respeita o tempo do rito de passagem. Ao arrancar o bebê de seu útero, levando-o para longe, tornam mais difícil, mais dolorido o processo de despedida.

No mundo institucional, guiado por interesses hegemônicos, com base no capital, a falta de tempo corrói a satisfação no desenvolvimento das ações dos profissionais de saúde. A produção é o indicador de eficiência dos serviços e o tempo de uma consulta não pode ultrapassar dez minutos.

Nesse cenário, quem ganha e quem perde com a devolução da temporalidade do processo do parto? Rattner & Trench convidam-nos a refletir sobre as conseqüências dessa temporalidade:

dos acontecimentos brutos, traumáticos e violentos faz parte a pressa, a falta de tempo. Deles, o tempo foi excluído. A ausência de cuidado e de preparos pré-natais, a curta duração das condutas, a antecipação injustificada do parto, a aceleração desnecessária dele, a falta de acompanhamento e cuidados pós-natais são algumas maneiras de exclusão do tempo, é a monocultura do tempo, e, portanto desumanização do processo de nascimento (RATTNER & TRENCH, 2005:48).

A resposta à questão enunciada aponta que, em tempo de globalização, não é aconselhável tratar os problemas de modo isolado, porque nesse tempo os problemas são transversais, multidimensionais e planetários. Não se pode imputar exclusivamente aos profissionais as mazelas do desrespeito do poder instituído. O modo de cuidar da ciência é hoje hiperespecializado, e fica difícil compreender, ou perceber, se ele é objeto extraído ou construído fora do tempo humano.

As raízes do saber/fazer

Na Classe 3, pode-se verificar que as informações contidas nas entrevistas é parte da própria história dos sujeitos e do seu grupo, e ajudam a compreender suas articulações sociais.

Tabela 5 - Palavras mais significativas da Classe 3

Palavras Relevantes (classe 3)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi²
Casa		41	87,52
Marido	59,62	37	85,80
Meu	41,67	47	52,00
Fui	46,00	29	39,42
Cavalo	100,00	07	33,43
Minha	31,25	61	31,59
Respondi	72,73	08	28,39
Pediu	85,71	06	26,99
Tinha	34,15	38	25,80
Chegou	45,45	16	24,35
Perguntou	60,00	10	23,61
Irmã	75,00	06	22,21
16,10% de variância explicada			

A narrativa dessas mulheres permite perceber como elas aprenderam e desenvolvem suas técnicas de cuidado a partir das experiências cotidianas, base de seu saber/fazer. O pedido de ajuda e a necessidade de cuidar são as bases em que se forjam o modo de cuidar dessas mulheres. O sentido de responsabilidade com o grupo em que está inserida é o motor da sua ação de cuidar. Nesse sentido, as narrativas abordam tanto as experiências pessoais quanto as experiências e aprendizados com as mulheres que foram cuidadas por elas. Algumas histórias estão impregnadas de emoções, e sentimentos de gratidão, outras nem tanto.

Ela estava com medo de morrer e o marido não ver o marido. Era sexta feira da paixão. Minha mãe me perguntou o seguinte: você tem coragem de pegar o cavalo com sua irmã na garupa, andar meia légua de distancia para ir à casa de minha tia, para ir buscar o marido dela? – (P-1).

Mas, além das vivências que favoreceram o aprendizado da parteira, é possível aprender também o grau de responsabilidade com a ação de cuidado realizada. Nesse sentido, a ação de cuidado traduz-se numa ação edificante, ou seja, aquela cuja aplicação se compromete com os resultados de sua ação (SANTOS, 2003).

Eu não posso dizer que foi com alguém. Porque eu tive minha mãe que foi parteira, tive minha bisavó que foi parteira, meu pai foi enfermeiro parteiro, tenho uma irmã que é enfermeira e mora em Salvador. Mas eu nunca assuntei. Quando eu morava na Bahia, eu acompanhava comadre Tarsila, e aí às vezes ela pedia para eu ajudar. Aí comecei, eu fui aprendendo, e quando as pessoas me viram pegar o neném ficaram tudo atrás de mim. E diziam: olha é a senhora que vai pegar meu neném. Olha meu neném vai nascer tal mês. E aí ficou, foi me dando segurança. E a confiança que elas tinham em mim. Porque cuidava delas direitinho, não deixava ninguém botar as mãos nelas. Sou enjoada neste ponto. Quando elas estão comigo, só eu é que tenho que mexer com elas, dá banho, cuidar do umbigo do neném. Porque o que se passar, eu posso responder. Pegar o neném e passar para outra: não estou de acordo – (P-3).

Nessa classe, não me proponho a fazer dialogar os saberes das parteiras e dos profissionais ancorada na literatura. Optei por comparar esses saberes a partir dos relatos delas próprias. Parto do princípio demonstrado das diferentes racionalidades que ancoram o cuidado de parteiras e profissionais de saúde, indicando que, para elas, a linguagem deles soa no mínimo como fora do tom. Para mulheres acostumadas com acolhimento e apoio emocional, as experiências pessoais no ambiente hospitalar não foram das mais favoráveis.

*Quando eu tive o meu parto de gêmeos, eu inchei muito, tive começo de pré-eclâmpsia e tive que ser internada no hospital. Tanto que eu fiquei um mês internada e sendo medicada. O médico me disse amanhã eu vou te dar alta, neste mesmo dia à noite eu tive os meus bebês. E aconteceu o seguinte: **Eu falei para a enfermeira que ficava atendendo a gente. Me leve para a sala lá de vocês, porque eu não sabia que eram dois; só sabia que estava com barrigão. Então falei, olha o meu bebê vai nascer,***

*porque eu senti a primeira contração na hora que estava tomando banho. Ela disse: **Que nada! Isso é bobagem, se ajeita para jantar.** Aí eu disse: O que? Jantar, só se for o menino. Então sai andando e encontrei uma senhora no corredor que era parteira antiga e trabalhava no hospital. Ela perguntou: Para onde você vai? E respondi, vou para essa tal de sala de parto de vocês. Era o primeiro parto que eu tinha em hospital e eu fiquei perdida. Ela olhou em volta e viu um quarto vazio, disse então: deita aí nessa cama, que eu vou ali e volto já. Quando ela voltou, eu já estava com um dos gêmeos no braço e segurando na cabeça do outro, porque não tinha condição de segurar o dois. Desses, eu não cortei o umbigo, elas cortaram. Ficaram todas assustadas e escabreadas e é assim – (P-2).*

Nessa fala, pode-se apreender o desrespeito, a desqualificação, a desconsideração, a produção de ausência do saber da mulher em relação a seu próprio corpo. A negação do poder das mulheres para conhecer e cuidar do próprio corpo tem corroborado no processo hegemônico da assistência à saúde da mulher.

Lamentavelmente, estudos indicam que a grande maioria das mulheres se submete e acata as ações tecnicizadas dos profissionais da saúde (GRIBOSKI, 2004). Esses resultados apontam que a opção ética da ciência segue os mandamentos de sua abordagem, que esquece ou nega as necessidades e desejos da mulher. Para justificar sua ação, ensaia explicações e promover articulações com os grandes quadros teóricos.

As palavras de Louro indicam que o processo de submissão foi construído porque

sempre houve uma relação conflituosa do movimento pela medicalização do corpo feminino e as reivindicações das mulheres para disporem de seus corpos, contestando o poder médico sobre suas vidas, em detrimento do conforto e respeito às individualidades (LOURO, 1996 apud LOPES et al, 1996:8).

A fala das parteiras ressalta que quando a mulher ancora o seu poder no próprio corpo, as ordens sem sentido dos profissionais nada significam; elas ouvem, mas não se submetem:

*Eu nunca fui cortada, foi normal e rápido. Dava para ganhar até sozinha. Eu dizia que não queria ter meus filhos no hospital. E os dois que nasceram no hospital; eu tive sozinha. O médico olhou para mim e disse assim: **Oh! Mãe fique aí porque você está na pesquisa. Não tem um negocio de pesquisa? Eu disse fique tranquilo doutor, eu sei quando vou ter meu filho. Sabe o que ele perguntou para mim? Então, o que você veio fazer aqui? O que você veio fazer aqui? Isso foi lá em Ituberá. Aí eu disse é isso mesmo doutor. A gente precisa. Aí fui ao banheiro, tomei banho, botei aquela camisola, fui à cozinha pedi um pouco de açúcar, que é ótimo para contrações. Quando eu virei, começou a sair vaga-lume dos meus olhos. Eu disse: Oh! Meu Deus dá-me forças. Só fiz dizer, valei minha mãe! Segurei na cabeceira da cama e tive minha filha sozinha e Deus. Aí levantei, peguei uma toalha limpei, limpei, limpei e ele começou a chorar. **Quando o médico me viu já estava sentada com ele no colo.** Eles são muito carniceiros. Puxam a placenta, e dói. Tem hora que eles não têm paciência de deixar o neném nascer, e nem a placenta sai – (P-4).***

Nesse contexto, salta aos olhos a estratégia da fabricação de ausências no ambiente hierarquizado do hospital. Ali as experiências pessoais são silenciadas, porque não são credíveis quando comparadas às experiências dos profissionais de saúde. A pessoa se aproxima de uma coisa; no caso do último extrato de entrevista, a mulher aparece como objeto de pesquisa. Nesse espaço, o acolhimento é mínimo ou nulo, e elas manifestam a sensação de solidão.

Já aconteceu até comigo, eu tava no hospital para ganhar neném e não tinha ninguém para ficar comigo, eu tive minha filha sozinha, quando chegaram foi só para cortar o umbigo. Não levei ponto nem nada – (P-4).

Essa fala destaca, ainda, a rotina das práticas intervencionistas no corpo feminino, pois é convencional que um parto hospitalar seja acompanhado de uma episiotomia¹⁰, embora a prática desse procedimento não seja defendida como rotina, devendo ser utilizado apenas em circunstâncias particulares (ODENT, 2002). Por isso, elas apontam as diferenças entre seu modo de cuidar e o modo de cuidar dos médicos:

A diferença dos médicos para as parteiras? É que elas esperam de Deus e os médicos querem fazer o serviço. Adiantam-se, puxam a placenta, não deixam ela descolar sozinha – (P-3).

Vivências no partejar

A Classe 4 narra os desafios enfrentados no cotidiano de partejar. Embora *aparar menino* constitua um desafio, a parteira entende que tem uma missão, e essa é ajudar amorosamente uma vida a vir ao mundo.

¹⁰ Episiotomia consiste em cortar a abertura vaginal com tesouras de forma a aumentá-la e, assim, facilitar a passagem do bebê (ODENT, 2002:108).

Tabela 6 - Palavras mais significativas da Classe 4

Palavras relevantes (Classe 4)	<i>f</i> (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Estava	45,31	34	37,64
Posição	90,00	10	36,60
Parto	50,00	28	35,82
Gravidez	71,43	04	28,50
Nascer	57,80	10	23,33
Umbigo	58,82	10	20,39
Peguei	55,00	18	19,84
Dedo	70,00	08	19,16
Braço	70,00	07	19,16
Botei	70,00	07	19,16
Virou	100,00	05	18,78
Olhou	83,33	05	17,98
18,14% de variância explicada			

Algumas vezes a experiência de partear vem acompanhada por desafios, mas parece que, para as parteiras, os desafios são cotidianos. Por isso, não constituem barreiras intransponíveis. Contudo, a literatura tem registrado as precárias condições de trabalho dessas mulheres. Mas, afinal, quem são essas mulheres? A entrevista de Bia Fioretti – concedida ao *Jornal do Brasil*, em maio de 2005 –, a qual pesquisa, por conta própria, a vida das parteiras por meio da fotografia, permite ter uma idéia do seu perfil e suas condições de trabalho:

elas defendem que nosso primeiro direito é o de escolher a hora de nascer. Por isso, elas estão sempre á disposição, abrem mão de suas noites de sono, de seus dias de trabalho na roça, atravessam matas e rios, fazem longas horas de caminhada, enfrentam chuva, sol, sereno e até cobras para poder amparar menino. São guardiãs das tradições, assim como as benzedeadas, exercem também o papel de líder comunitária. Uma comunidade que conta com uma parteira ativa é muito mais estruturada. Como não é atividade reconhecida, tampouco remunerada, as mulheres estão cada vez menos interessadas em se tornar parteiras, por temerem uma vida só de privação (FIORETTI, 2006).

No interior do Brasil, elas percorrem grandes distâncias a pé, a cavalo, em pequenas embarcações, por estradas, por rios ou no meio da mata para atender ao chamado das mulheres em trabalho de parto, que lhes confiam os cuidados ao parir e nascer. Rezam

implorando a proteção dos santos, de Deus e de Nossa Senhora e cantam para a mulher canções de estímulo e de conforto¹¹.

*Eu fui partejar uma mulher e quando eu apalpei a barriga dela eu vi que a criança não estava em boa posição. Mesmo que eu fizesse um toque, eu não ia resolver a situação. Também não tinha como levar ela para cidade, porque a cidade mais próxima ficava a sessenta e oito quilômetros e não tinha carro naquela época. Era só carro de boi, a gente levava dois dias para chegar à cidade. Tinha que ser ali mesmo. Eu não estava assistindo ela sozinha, tinha também a mãe dela que era uma parteira velha. Mas ela não quis ficar sozinha com a mãe dela, e mandou me chamar. A mãe dela já tinha feito mais de duzentos partos e eu estava fazendo o meu décimo parto. Eu me lembro que também estava grávida. Quando chegou a hora do menino nascer, o que saiu foi o braço da criança, a menina tava atravessada e o que saiu foi a mãozinha da criança. Eu fiquei muito preocupada, tanto eu quanto a mãe dela que ficou muito nervosa. Eu diss: se acalme, que com os poderes de Nossa Senhora, nós vamos resolver isso aqui. Então que fiz? Ela estava no assento para parir de cócoras. Eu peguei travesseiro, peguei colchão, dobrei. Era aquele colchão cheio de capim. Então peguei o colchão, forrei com lençol e coloquei-a com os quartos mais alto que a cabeça. Peguei a mãozinha da criança e passei óleo de mamona e pedi a ela para respirar puxando o ar para cima e a mãozinha foi voltando. Na posição que ela ficou o útero cedeu para dentro dela. Então o braço da criança voltou. No que o bracinho da criança retornou para dentro dela eu fui com os dois dedos, na posição da gente fazer o toque e procurei uma maneira de virar a criança e maneira que eu consegui foi colocar o dedo debaixo da axila dela. Ela tava com as costas virada, ela estava de banda, as costas dela estava para fora da barriga da mamãe. A posição que deveria ficar o rostinho estava a costa, então não foi difícil. Até porque o bracinho estava na parte inferior do útero. Então eu botei os dois dedos e fui dando um toquezinho, assim de leve, fazendo tipo cócegas para ela se mexer. Quando ela se mexeu, ela virou. Chegamos a ouvir o barulho do líquido, tipo pof. Então quando eu percebi que virou, tirei a mão depressa porque não ia impedi-la de fazer o trabalho da criança sozinha. Tanto que o nome da criança ficou Maria dos Remédios, porque a solução foi passar remédio na mãozinha dela. Quando ela virou, eu tirei a mão depressa e voltei a mamãe para o assento e começamos tudo de novo. Depois que terminamos tudo, que limpamos tudo, eu botei ela deitada junto da criança. **Eu fui me sentar no canto para rezar, agradecer e analisar se o que eu tinha feito estava certo ou errado. Mas no meu próprio julgamento, não pareceu errado, pois se eu não tinha a quem recorrer – (S-2).***

Pode-se apreender que a representação do partejar como missão permite, sem conflitos, que o processo de aprendizado da arte se faça na medida em que a necessidade vai aparecendo, ou seja, elas foram *fazendo e aprendendo* à medida que atendiam as necessidades do grupo. Para elas, ver uma criança nascer é motivo de alegria e gratidão, porque a vida tem um valor inestimável. Pode-se dizer que aqui emerge claramente a ideologia que ancora as práticas do senso comum, o seu sentido de resistência.

Neste extrato, emerge a negociação realizada com o plano divino para que seu trabalho se saia bem:

Eu tenho o dom de Deus, desde o ventre da minha mãe. Ela sempre me fala isso. Tenho passado muitas dificuldades na minha vida. Muitas coisas, mas tenho vencido. Então eu

¹¹ Projeto de seleção ao doutorado em História do departamento de história da Universidade de Brasília de Silveira Santos.

digo, não vou mais pegar menino. Quando penso que não, elas estão batendo lá em casa. Então, isso não é pela gente, esse dom, não somos nós. É uma missão. [...] Às vezes, eu não quero me submeter. Ainda hoje tava falando e chorando. Mas se Deus me deu o dom, eu tenho que agradecer e cumprir até o fim. A grande alegria da parteira é ver o neném já nos braços dela. É uma emoção muito grande. A gente sente. Eu mesma não sei se é por força do espiritual, ou se é por minha força. Mas eu começo a chorar de alegria. Mando soltar fogos, foguete de alegria, porque nasceu bonito, saudável, gordo. De primeiro porque os pais gostavam mais dos filhos. Porque hoje tá tudo mudado. Quando faz um filho, já abandona logo que sabe que a mulher está grávida – (P-3).

A fala da parteira em questão novamente destaca o grau de compromisso que permeia a sua ação, tranqüilamente ratificando a aplicação ética defendida por Santos (1998), ou seja, a aplicação edificante, bem como a noção de integralidade¹², pois elas se voltam para o nível individual e coletivo do atendimento das necessidades das pessoas:

Meu marido pediu para a gente ir morar na roça e aí eu tive que abandonar um pouco minha profissão. Mas como a Fulana diz: Quando Deus tem um plano na vida da gente. Eu estou voltando. Risos. Deus fala assim: minha filha, você tem que ajudar as pessoas. O povo precisa da sua ajuda. Não tem para onde correr. Eu sempre estou ajudando. Meu marido tem carro, então a gente leva, traz e não cobra nada. Porque lá não tem carro. Eu tô colaborando com todos, ajudando, dando de mim um pouco. Tô ajudando, tô servindo, dando carinho, palavras, se eu não ajudar com finanças eu ajudo com carinho, tô dando força, coragem, incentivando, fazendo o máximo de mim para dar para elas. Porque quando elas estão para parir ficam frágeis, choram. A gente tem que dá um pouco da gente quando a pessoa precisa de carinho.[...] Sabe!! eu quero ajudar o povo. Importante é estar trabalhando, ajudando, passando o que aprendi para elas, acordando os sonhos, que em muitas já está morrendo. Eu agora estou com quarenta mulheres. Mexer com mulheres não é brincado não. Estou com quarenta mulheres. Assim que eu cheguei lá. Veja você, quando Deus coloca um serviço na mão da gente a gente tem que fazer! Tem três anos que eu estou lá. E elas fazem artesanato. Aí mostrava para mim. Elas diziam: vou parar de fazer, não tem para quem vender. Eu disse péra aí. Corri, arranjei ajuda de uma pessoa que está ajudando a gente e hoje nos temos uma oficina. E vamos mandar para fora, a Unb também está ajudando a gente, tá dando a maior força. Eu resolvi, já que estou na briga vou ajudar elas a realizar o sonho delas – (P-4).

Françoise Thebaud (2002) sugere que a mais antiga das profissões femininas enfrenta os efeitos da transformação da mentalidade sobre o papel social das parteiras como sujeitos indispensáveis para mulheres que vivenciam o processo do nascimento e parto.

¹² No Brasil, a noção de integralidade tem sido forjada como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo uma expressão polissêmica, um dos seus sentidos traduz “uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados” (PINHEIRO e GUIZARD, 2004: 37).

3.2.3.1 Diferentes rituais, diferentes modos de cuidar

Os resultados apontam a presença de dois grandes fatores, como se observa na figura 2, no plano fatorial. O *primeiro fator*, situado à esquerda/superior e inferior do plano fatorial, agrupa as falas que estão relacionadas ao rito do cuidado no nascimento. O *segundo fator*, situado à direita/superior, agrupa falas que estão relacionadas ao rito do cuidado no benzimento. A oposição entre os fatores no eixo horizontal revela a existência de duas dimensões.

A primeira dimensão denominou-se o rito do partejar. Essa dimensão ressalta uma relação de base eminentemente afetiva, expressando o discurso feminino “no sentido clássico profundo – enraizada na receptividade, na relação e na sensibilidade” (NODDINGS, 2003: 12). Isso não quer dizer que a relação não é permeada pela razão. Quer dizer apenas que a razão feminina tem como base uma razão de singularidade, que contextualiza a ação qualitativamente: “precisamos falar com os participantes, observar seus olhos e expressões faciais, perceber o que estão sentindo” (NODDINGS, 2003:13). Vale chamar atenção que, embora essa seja uma abordagem predominantemente feminina, ela pode estar presente tanto no discurso de homens como de mulheres.

Nesse sentido, as palavras agrupadas nessa dimensão realçam a proximidade, favorecidas pelo toque, pela posição de parir, pelas relações de vizinhança. Constituem o cuidado que acolhe, abraça, integra e se tece na relação interpessoal mais íntima. Esse cuidado promove apoio emocional, amplia a cooperação do grupo e os sentimentos de solidariedade social. Na linguagem de Santos (2000), pode-se dizer que se caracteriza como baseado numa episteme do conhecimento-solidariedade, ou seja, o **conhecimento que reconhece** o outro, e estabelece uma relação de sujeito-sujeito.

Nessa dimensão, os princípios da religião umbandista de raiz africana aparecem em oposição aos princípios católicos. A religião dos afro-descendentes não separa o corpo da mente, nela esses dois aspectos constituem a inteireza do humano. “A identidade de cada pessoa não se reduz à existência física, aqui e agora. Ela está inserida em uma continuidade temporal, em que os antepassados dela própria e do grupo estão atuantes” (AUGRAS, 2003:95). Assim, essa idéia de continuidade temporal eleva o nível de aceitabilidade das parteiras para se deparar com o fenômeno da morte, parte da condição humana.

A segunda dimensão, denominada o rito do benzimento, associa-se ao discurso masculino, a fala do pai – daquele que está separado. É ancorada em princípios e proposições, em termos como justificação, integridade e justiça (NODDINGS, 2003:11). Nesse sentido, as

palavras agrupadas realçam que a ação de cuidado que opera pela palavra, em oposição ao toque, está distanciada do corpo. Giram em torno da obediência que salva e remete ao discurso da religião católica. É a oração, e todo o conjunto de símbolos intermediado pela autoridade conferida pelo Divino, que permite a reestruturação individual e grupal:

As palavras você tem que saber falar as palavras todas, que eu vou te falar. [...] Não. Você não precisa ter fé. Quem vai receber o benzimento que é a mãe da criança, ela tendo fé basta. Mesmo que você não acredite, que você não tenha fé. O que manda é a pessoa chegar em você e dizer: Moema, meu neném está enjoadinho, tá chorando e não sei o quê... Benze para mim. Ou então, você vê a criança que está enjoadinha e fala: Olha! eu posso benzer de quebrante. Você quer que eu benza o seu nenê? Só isso chega – (B-4).

Entretanto, quando se observa os eixos vertical e horizontal do plano fatorial, observa-se que as duas maneiras de cuidar revelam um caráter comum. Ambas se concretizam em função de um pedido de ajuda, demandado pelas necessidades dos indivíduos no contexto de sua realidade. Nesse aspecto, a prática das benzedadeiras e parteiras ancora-se na axiologia do cuidado.

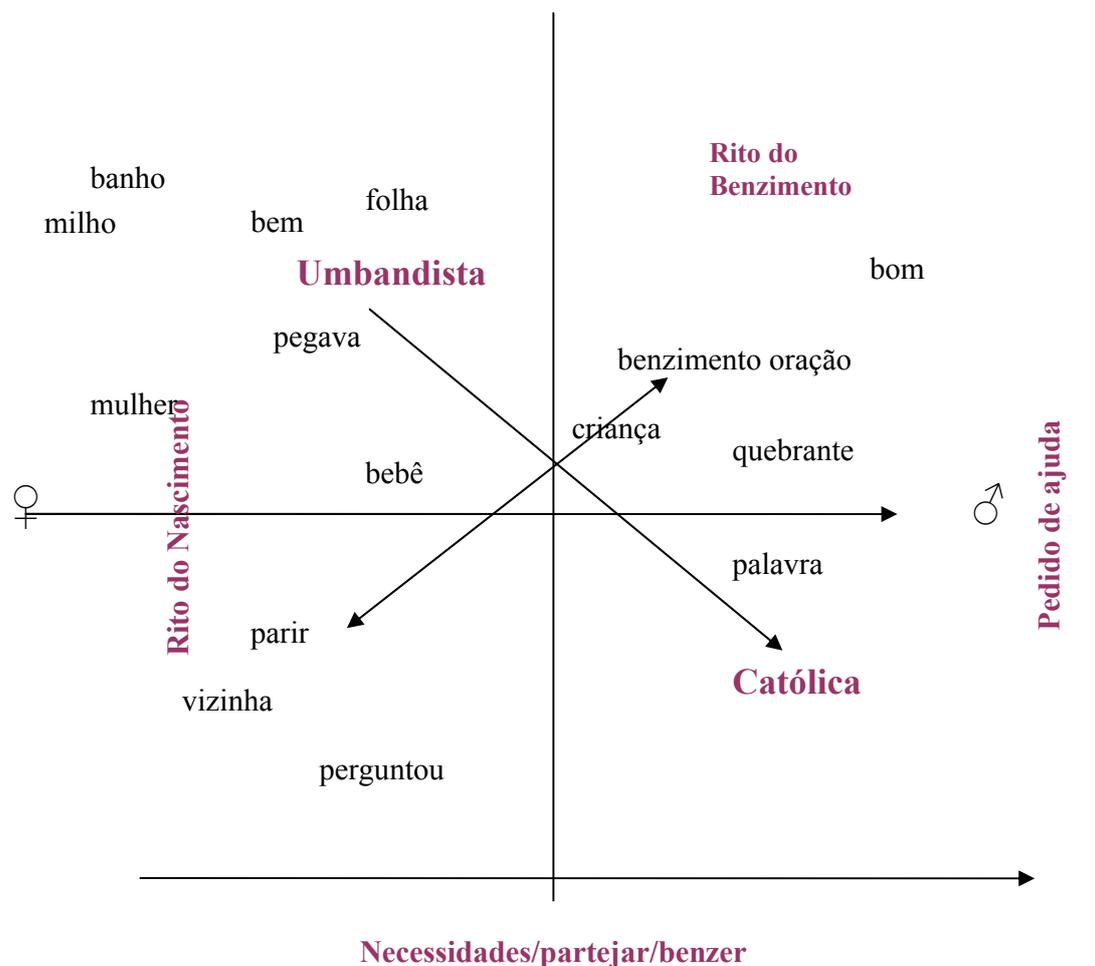


Figura 2 - Projecção das palavras analisadas no plano fatorial a partir das variáveis, sexo e religião – análise de correspondência das falas das parteiras e benzedeiros.

3.2.4 Ancorando as Representações Sociais dos rituais de Cuidado

No rito de passagem do nascimento, cada objeto, palavra, gesto traduz as crenças e os valores da parteira, do seu grupo e suas representações do momento tão especial. “Desta forma, os ritos tanto falam das mulheres e dos recém-nascidos quanto dizem algo para eles, ou seja, tanto permite a retransmissão dos sistemas de valores às redes de mulheres, como permitem a sua reestruturação” (MONTICELLI, 2003:130).

Os rituais de cuidado no nascimento e parto estão ancorados em ações desenvolvidas em torno das representações do binômio saúde-doença, bem como os dos papéis sociais a serem definidos ou redefinidos, para acolher o novo membro do grupo familiar.

A mulher é o centro das atenções de cuidado, seguida das necessidades da criança, bem como de toda família. Tudo é cuidadosamente aplicado, para favorecer o processo do parto. Nesse contexto, as ações privilegiam a proteção da mulher e da criança.

Todo esse período é identificado como um momento perigoso, em que tanto a mãe quanto a criança permanecem em condição de vulnerabilidade física ou simbólica. Para proteger a mulher e a criança, são tomadas algumas precauções, como o uso de remédios à base de ervas para facilitar a limpeza uterina e o retorno da contratatura vaginal por meio de banho de assento e exercícios especiais:

Eu pegava a folha do algodão, fazia um banho forte para ela. Cozinhava a folha de algodão até ficar amarelo, pegava um punhado de sal grosso, naquele tempo só tinha sal grosso, era o melhor. Desmanchava tudo, quando tava bem morninho, a mulher sentava e banhava bem banhadinho, porque o que tiver dentro vai soltando. Resto de parição, como dizia minha mãe, alguma pele, porque o algodão é cicatrizante é bom para tudo. [...] Então, eu dei para ela uns seis banhos da folha do algodão, depois dei o outro banho, expliquei para ela tudo – (P-1).

O período de resguardo, tempo de aproximadamente 40 dias após o parto, implica na abstinência das atividades domésticas e das relações sexuais, na não-exposição a bruscas mudanças de temperatura e na proibição da lavagem dos cabelos. A higiene corporal e alimentar são os pontos mais enfatizados nesse período considerado liminar, pois até mesmo o descuido com a placenta pode afetar a saúde da mulher.

A placenta também tem que ser enterrada, não pode ficar ao léu, com os cachorros comendo. Você sabia que a placenta era uma coisa muito delicada? Tem que enterrar. Manda o marido cavar com a enxada, raspa com o facão e coloca ali devagarzinho. Não pode jogar, para não dá cólica de mulher. Porque tem umas mulheres que rolam na cama – (P-3).

Quanto à criança, também são tomados cuidados especiais: elas são protegidas das mudanças de temperatura, dos eventos que podem gerar cólicas, da exposição ao mau-olhado e cuidados especiais com o umbigo. Em torno do significado do coto umbilical, ainda emanam idéias de potencialidade de perigo:

Eu meço três dedinhos, amarro cá, amarro lá e corto cá. Boto atadura, boto o mertiolato branquinho que agora é um doce que tem. Mas a outra médica me disse que não precisa mais botar. Mas no tempo que eu trabalhava direto, eu botava. Amarrava o umbiguinho dele, enrolava deixava lá e ia cuidar da mãe – (P-3).

De acordo com Douglas (1966) e Genep (1978), os rituais com o coto umbilical são ritos de margem, associados à fase de transição pela qual passa o organismo da criança. É comum também benzer os recém-nascidos para “prevenir o mal dos espíritos que se apossa do corpo da criança” (MONTICELLI, 2003:132).

Os homens também participam dos rituais, oferecem bebidas especiais aos visitantes, geralmente licores, charutos, que comemoram a chegada do novo membro. Costuma-se também soltar fogos; algumas tradições rezam que os homens devem compartilhar a primeira refeição após o parto com suas mulheres, inferindo-se que essa atitude pode significar agregação.

Quando fui botar no prato, ele disse: Dona fulana, esse pratinho aí é pequeno, porque o marido tem que comer junto com a mulher. Aí veio com uma travessa desse tamanho, cobriu de farinha de milho e eu pensei: haja caldo de galinha. Aí joguei a salsa por cima, fui mexendo com um garfo, coloquei aqueles pedaços de galinha, ficou aquele prato tão cheiroso, chamei ele e dei o prato. Eu fui acompanhando ele, que sentou na beira da cama e comeu com a mulher – (P-1).

As ancoragens dos rituais de benzimento ratificam sua ação terapêutica. Assim, eles buscam produzir o sentido na vida das pessoas e também se inserem então no universo biopsicosocial e espiritual do grupo. Nesse universo, essas quatro dimensões estão integradas.

Aí a vizinha de frente, disse: Fulana, o que você tem? Eu disse: nada, ela disse: desembucha. Você está muito triste, eu te conheço. Você só vive rindo e eu ainda não vi você abrir a boca para rir. E eu contei o problema que está acontecendo com meu marido. Conte a história. Ela disse: péra aí. Abriu a porta, foi buscar uma oração. Trouxe a oração de Jesus e me deu, dizendo: reza essa oração durante nove dias e nove horas – (B-2).

A racionalização das ciências da saúde, sobretudo a medicina, exclui das práticas de cuidar os ritos oriundos dos saberes empíricos, vendo neles apenas vestígios de superstição. Os ritos de cuidado das parteiras e benzedeiros mantêm e restituem ao cuidado a sua significação simbólica.

Os cuidados dessas mulheres, embora se apresentem impregnados de símbolos, não são estáticos, eles vêm se adequar às necessidades do momento do grupo, como uma estratégia de resistência. Assim, eles se transformam para acompanhar a realidade. “Segundo relatos das mulheres mais velhas, observa-se que alguns ritos estão num processo de mudança. Contudo, essas mudanças não são definitivas, os ritos vão mudando aos poucos” (MONTICELLI, 2003:132).

A seguir, passaremos a uma apreciação mais refinada do conteúdo das representações das parteiras e benzedeiros. Para tanto, foram realizadas, pelo *Alceste*, análises em separado das entrevistas dos sujeitos.

3.3 Etapa 2- O modo de cuidar das benzedeadas

Da análise do conteúdo das falas das benzedeadas emergiram dois eixos compostos por quatro categorias. O primeiro eixo, formado pelas Classes 1 e 3, faz menção ao ritual da benzeção, explicitando seus símbolos, bem como os requisitos para sua realização. O segundo eixo, composto pelas Classes 2 e 4, destacam o significado do cuidado humano para as benzedeadas e os aspectos éticos que permeiam essa prática (figura abaixo).

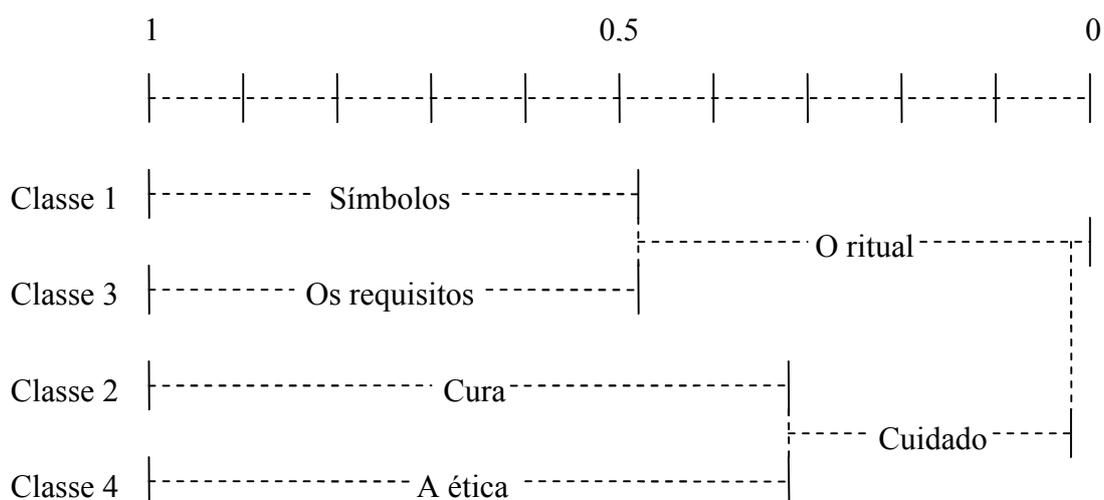


Figura 3 - Dendrograma do corpus das representações sociais da benzeção organizada em quatro classes.

3.3.1 EIXO 1 – O RITUAL

Na análise das entrevistas em separado, o ritual da benzeção emerge com maior detalhamento, composto pelas Classes 1 e 3, explicitando seus símbolos e requisitos.

Os símbolos do Ritual de Benzeção

Esta classe faz referência aos símbolos utilizados no ritual. Os símbolos estabelecem uma analogia entre o mundo exterior e o interior, numa proposição que pretende unir esses dois mundos. Assim, o que confere sentido a um símbolo é a sua função interior. Uma pedra é uma pedra. Mas se a ela é dada a função de servir de altar, ela ganha um novo sentido. Segundo Collière (2003:60), “o símbolo submete a natureza e as relações humanas a uma transfiguração”. Nesse sentido, galhos ou ramos verdes, terços, palavras sagradas,

orações ganham um significado e, quando associados a um ato de fé e reverência, propiciam a cura das doenças de crianças e adultos.

Tabela 7 - Palavras mais significativas da Classe 1

Palavras relevantes (Classe 1)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Palavra	100,00	02	46,68
Assim	70,59	02	23,87
Raminho	100,00	20	20,56
Nome	80,00	02	19,23
Pai	53,57	10	17,48
Quebrante	100,00	16	17,02
Rezo	66,67	06	13,69
Fala	100,00	05	13,53
Espírito Santo	100,00	06	13,53
Benzo	83,33	06	12,60
23,51 % de variância explicada			

Os símbolos dos rituais de cura representam, segundo Turner (1974), “depósitos de conhecimento tradicional”. Para o autor, cada símbolo é uma unidade de armazenagem, cujo caráter é multivocal, isto é, pode representar muitas coisas ao mesmo tempo. Nas palavras de Helman (2003:206), “cada símbolo pode ser considerado como um dado mnemônico multifacetado, onde cada faceta corresponde a feixe específico de valores, normas, crenças, papéis sociais e relações dentro do sistema cultural da comunidade que promove o ritual”. Sendo assim, para um observador externo é difícil apreender todos os significados do ritual.

Esse detalhe ratifica que os símbolos usados no ritual de cura pelas benzedadeiras é uma forma de resistência de sua prática. Os três extratos a seguir fazem referência aos diferentes símbolos usados no ritual.

As Palavras de Poder

Aí eu digo assim: Fulano, o nome dele. Aí eu digo assim: Quebrante, mau-olhado, quem te botou com os olhos, eu tira com o rabo, vai quebrante para as ondas do mar sagrado. O menino passa por cima dele, de volta de novo. Rezo nove vezes, o menino passa de novo por cima dele e rezo de novo, quebrante e mau-olhado, quem te botou com os olhos, eu tira com o rabo – (S-2).

Ramos Verdes e Terços

Falo as palavras, eu pego com Deus primeiro para benzer, para tirar aquele mal. Se for cobreiro eu tiro com ramo, se for menino eu benzo com terço. O terço de oração tira

muito peso da corcunda das pessoas. O ramo murcha todinho, qualquer ramo verde, pode tirar o galhinho e benzer – (S-4).

Tecidos, Linha e Orações

Na graça de Deus assim seja, aí eu digo: em nome do Pai, em nome do filho e do Espírito-Santo, que assim seja. Não uso nada, raminho não. Quando a criança tá com quebranto, eu pego três pedaços de linha grande, um pedaço de pano virgem e rezo a oração para a criança ou adulto – (S-5).

É o grupo quem ratifica o poder das benzedeadas, como se verificou na análise do primeiro eixo. Elas são as pessoas socialmente reconhecidas como capazes de intermediar a cura, por meio do rito da benzedura.

Nesse espaço-tempo, os terços, ramos verdes, linhas e pedaços de pano compõem um cenário de dramaticidade, numa atmosfera que envolve palavras sagradas, muita fé na divindade do céu e orações diversas. Observou-se que, embora os ritos sigam um padrão mais ou menos estável, não há entre eles um padrão único de símbolos para determinada cura. Os símbolos podem ser substituídos, de acordo com o tempo e a necessidade.

Durante uma entrevista, pude perceber os modos de substituição dos símbolos. Uma benzedeadora que morava no campo e mudou-se para a cidade verificou que ficava difícil ter acesso, sempre que precisava, a raminhos verdes. Então, uma manhã, ela ouviu uma voz dizendo que o galho verde poderia ser substituído pelo terço. Ela saiu e comprou três terços que agora usa para benzer:

Eu comecei com o raminho, mas quando foi um dia de manhãzinha parece que uma voz veio e falou no meu ouvido, mais ou menos seis horas da manhã: você benze com o terço. Aí eu comprei os terços e benzo agora com os terços, três tercinhos – (B-3).

Este fato corrobora que o modo de cuidar do senso comum vai ao encontro do pensamento de Santos (2003), quando afirma que o conhecimento do senso comum não tem uma concepção fixista, podendo se reconstituir de acordo com as necessidades, desenvolvendo novas estratégias que se transformam em focos de resistência e luta.

Esse tipo de resistência caracteriza-se, conforme enunciou Streck (2005: 60), como uma pedagogia de sobrevivência: “é uma pedagogia da qual pouco se sabe porque é gerada no clandestino, muitas vezes fora do âmbito do legal ou da formalidade oficial, entre as necessidades de se alimentar e curar, enfim, viver”.

Penso ser importante ressaltar que, também nos rituais de cura praticados pelos agentes da ciência, seus símbolos ajustam-se no tempo, a exemplo do jaleco branco, antes usado apenas por profissionais da área médica, que passou a ser usado por outras categorias. Quando isso aconteceu, foram agregados ao jaleco outros símbolos, como o estetoscópio que,

via de regra, aparece em volta do pescoço, ou alguma insígnia que destaque o seu status na equipe de saúde.

Os requisitos para o Ritual

Nessa classe emergem os requisitos necessários para realizar o ritual de benzimento, que são o dom e a fé. O dom aparece como uma forma de saber que escapa aos aspectos formais ou informais da aprendizagem; o dom da cura surge como algo inexplicável, uma bênção. Assim, a prática da benzeção se situa entre o dom e o ofício. A fala das participantes do estudo vai ao encontro dos achados de Quintana (1999), ao assinalar que o dom confere uma série de qualidades especiais à benzedeira, mas, ao mesmo tempo, determina uma obrigação: **o ofício de benzer**.

Tabela 8 - Palavras mais significativas da Classe 3

Palavras relevantes (Classe 3)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Dom	100,00	08	21,34
Pessoa	52,08	24	19,16
Fazendo	80,00	09	14,06
Todo	69,23	03	11,69
Dele	41,79	02	10,38
Aquele	57,14	08	9,92
Vem	66,67	08	9,41
Irmão	83,33	01	9,31
Fé	60,00	12	8,20
Acho	100,00	03	7,75
27,17 % de variância explicada			

O dom ratifica também o papel de intermediadora da cura da benzedeira, uma vez que quem cura não é ela, e sim a divindade do céu, embora seja ela a porta-voz da cura – que se dá por meio de sua intenção de curar do exercício de sua fé, com auxílio dos símbolos sagrados:

A oração vem do Espírito Santo, a gente sente. O Espírito Santo vem na gente. Às vezes a gente tá conversando, falando em Deus e eu sinto a força do Espírito Santo em mim. É muito forte, é muito bom. Não. Não é qualquer pessoa que pode fazer, porque vem de dom. Eu não sei explicar isso direito, porque não é ensinado, é de livre e espontânea vontade. Eu não sei explicar, porque não é ensinado, vem do dom da pessoa. Sem mais nem menos eu comecei a rezar e espalhou-se – (S-1).

Parece que o dom acompanha a fé, pois a benzedeira é, acima de tudo, uma pessoa de fé nos aspectos sagrados da vida e no ser divino, que, na sua perspectiva, criou a vida.

Estando seguro nas mãos Dele, eu estou sustentado, porque Ele tem força. Para Ele, que venceu a morte e tem força para sustentar todos nós irmãos, porque Ele é o caminho, a verdade, a luz e a salvação – (S-1).

Um aspecto que chama a atenção no pensamento social das benzedadeiras é a equiparação tecida por elas entre o ritual de cura da benzeção e o ritual de cura dos profissionais de saúde, ambos intermediados em sua visão pela dimensão do sagrado. Para elas, também os rituais dos profissionais de saúde são amparados pelo poder divino, sem os qual eles – os profissionais – não teriam êxito.

Nesse enfoque, ratifica-se o lugar de autoridade das benzedadeiras, que, na argumentação racional, aproxima-se da cura formalmente instituída. Essa argumentação contrasta com o sentimento de exclusão das parteiras, que será discutido mais adiante neste estudo. As benzedadeiras não referem nenhum sentimento de menor valia do seu fazer em relação ao fazer do profissional de saúde. Segundo elas, mesmo no âmbito do conhecimento formal, nada se consegue sem as bênçãos dos céus.

Eles estudam para aquilo, mas tem fé em Deus que aquilo vai salvar aquele paciente. É Deus que consagra as mãos que estão cuidando ali, o remédio, a injeção, enfim tudo. [...] Eu considero que o que faço é muito importante, é muito importante, eu considero porque o que eu peço a Deus ele atende. Acho que é igual porque as enfermeiras que trabalham naquele hospital fazem aquele serviço com muita fé em Deus, porque elas também têm medo – (S-4).

Este pensamento contrasta, ainda, com o sentimento de exclusão social no trabalho, manifestado por parteiras e enfermeiras, em pesquisa realizada sobre as representações sociais da enfermagem (BORGES, 2000). O sentimento de exclusão das parteiras e enfermeiras traduz as relações de gênero nos modos de cuidar. Ao mesmo tempo, ratifica o poder instituído em torno da autoridade, seja do Deus divino, seja do deus médico, alinhando os dois modos de cuidar ao discurso do pai.

Nesse contexto, os dois modos de cuidar em questão afastam-se da genuidade da emoção do afeto que dá origem à condição humana. Como bem explicitou Noddings (2003), “na verdade quem tenta ignorar ou ir além do afeto humano no cerne da eticalidade [**que aqui associa ao cuidado**], pode muito bem ser acusado de racionalismo romântico” (grifos e inserção da autora).

Para fugir desse julgamento, lanço mão das palavras que ancoram a convivência humana, reforçando a ética humana de base amorosa e o valor do amor na convivência. Nas palavras de Maturana (2005:22),

o amor é a emoção que constitui o domínio de ações em que nossas interações recorrentes com o outro fazem do outro um legítimo outro na convivência. As interações recorrentes no amor ampliam e estabilizam a

convivência; as interações recorrentes na agressão [**autoridade**] interferem e rompem a convivência (grifos e inserção da autora).

Cabe aos cuidadores, de modo geral, refletir sobre essas questões, e questionar o que é mais adequado ao seu desejo ou necessidade. Cuidar para reconhecer o outro como legítimo? Ou cuidar para mantê-lo como outro, estranho, e preservar as relações de autoridade? Em minha avaliação, embora esteja usando a expressão *modo de cuidar*, a segunda opção não traduz uma ação de cuidado. É importante demarcar o terreno onde se funda o humano, o cuidado e a ética, que, para mim, são sinônimos, como o terreno da relação de afeto, do reconhecimento do outro como legítimo, e do conhecimento-solidariedade.

Na linha de argumentação de que os saberes e poderes das racionalidades médicas e do benzimento caminham na mesma direção, vale a pena resgatar um trecho de estudo recente que reuniu artigos sobre a história social das artes de cura no Brasil, entre os séculos XVII e XX. O foco dos artigos é o conflituoso processo de implantação da medicina científica no país.

Segundo os autores, na época havia uma acirrada oposição entre os médicos e curandeiros. Os médicos defendiam veementemente a implantação de sua prática, e assim os discursos eram unânimes em demonstrar as vantagens da medicina científica sobre o saber empírico dos curandeiros. Mas parece que, no cotidiano, algumas vezes as coisas se passavam de outra forma. Aprecie-se a narração do caso:

vimos, por exemplo, o Dr. Daunt, em várias ocasiões, declarar guerra a homeopatas e curandeiros. Ele era, talvez, o mais empenhado em regular o exercício da medicina, incansável nas reclamações contra a fiscalização dos curandeiros, e não titubeava em exigir que a polícia verificasse as licenças e os diplomas. Chegou mesmo a escrever de forma obstinada ao presidente da província, empreendeu batalhas renhidas contra os outros curadores. Porém, era nada mais nada menos que amigo de mestre Tito. Consta até que em algumas de suas consultas o Dr. Daunt se fizera assistir por esse venerado curandeiro. Narra-se, porém, mais que isso. Conta-se o seguinte episódio:

À consulta do Dr. Ricardo, apresentou-se um indivíduo portador de uma úlcera na perna. Narrando a sua dolorosa história, concluiu, dizendo que os médicos que o haviam examinado foram unânimes em afirmar a necessidade de amputar aquele membro. O Dr. Ricardo, depois de cuidadoso exame, diz: estou de acordo. Os médicos que me precederam não deixaram de aconselhar essa terapêutica fulminante. Arrancada a perna, a ferida deixará de existir no seu corpo. Mas, ouça o meu conselho: procure o Mestre Tito e faça o que ele mandar. Estou certo de que a ferida irá embora e que a perna ficará no seu lugar. Mestre Tito curou o infeliz (XAVIER, 2003:344).

Sem dúvida, parece que, para as benzedeadas, a eficácia de sua ação é superior à dos médicos. Este aspecto suscita reflexões interessantes sobre o poder da religião versus o poder da ciência, o que, em meu entendimento, merece a atenção de pesquisadores:

Tem certas alturas que o benzimento vale mais que o médico. Porque médico não sabe benzer. Ele sabe consultar o remédio para pôr na doença. Eu não, eu vou benzer a doença para ela sair de lá. Vou à causa, mais importante que o médico. Porque médico é difícil pôr a mão no doente. Só quando vai fazer cirurgia, não sendo não põem a mão no doente. As enfermeiras põem. Eles mandam a enfermeira. Por isso, que eu falo: médico tem medo de doença. E as enfermeiras não têm. Deus já deu o trabalho dela para aquilo, então ela tem que seguir o que ela sabe – (B-6).

Não se pode perder de vista que o mundo do ritual traduz o cotidiano. Segundo a visão de DaMatta, os ritos só focalizam e ampliam, dão relevo ao que já é parte da vida social. Para o autor, o “domínio ritual é como se fosse uma região privilegiada para se penetrar no coração da sociedade” (DaMATTA, 1997:29). Dessa forma, os rituais de cura com base em diferentes epistemes podem gozar do mesmo poder?

3.3.2 O EIXO DO CUIDADO

O contexto do Cuidado

Nesta classe foram relatadas as curas e graças obtidas por meio do ritual de benzimento, revelando o contexto do cuidado.

Tabela 8 - Palavras mais significantes da Classe 2

Palavras relevantes (Classe 2)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Tinha	36,64	26	36,64
Casal	83,33	10	23,49
Ela	17,64	52	18,03
Já	66,67	15	17,64
Estava	15,39	12	16,00
Chegou	13,58	07	15,39
la	100,00	05	13,58
Trabalhar	100,00	04	12,30
Rapaz	100,00	03	9,78
Operar	100,00	04	9,78
Moça	100,00	04	9,78
Curada	100,00	04	9,78
31,22 % de variância explicada			

Os rituais de benzedura são particularmente importantes quando as pessoas e seu mundo se sentem ameaçados por infortúnios diversos, nos quais se incluem as doenças. É nesse cenário que as narrativas de cura e graças alcançadas são contextualizadas e tecidas:

*Eram seis e meia da noite e eu estava assistindo minha novela, quando chegou minha vizinha e disse: Dona Fulana, essa garota vai cortar a mão porque está com tétano no dedo grande. Então quer o telefone, porque ela precisa levar para o médico se comunicar. Porque a mãe só vai poder ver a filha depois de quarenta e oito horas. Ai eu disse que dava o telefone e disse: minha filha vem cá. Ela tinha onze anos e a outra que era minha vizinha de frente tinha quatorze anos. Ai eu perguntei: minha filha, você acredita em Jesus? Ela disse: acredito. Então eu perguntei: você deixa rezar sua mão, ela disse deixo. Ai eu rezei aquela oração: oh Jesus, vosso coração. Ai eu pedi: Meu pai, pelo bem que você quer a fulana, cura eu esqueci o nome dela porque já faz uns vinte anos. Cura a mão da fulana porque você pode tudo, é o maior pai do mundo. Se você não fizer isso, ela vai ter trauma para o resto da vida. **A vida dela vai se acabar, e não vai ter sentido.** E você pode tudo, porque você é nossa riqueza, porque você é nosso tudo. Quando eu acabei de dizer: **É nosso tudo**, veio um vento quente me queimando, que até hoje eu não consegui outra graça tão forte com essa. Ai eu disse: Minha filha, você está curada. Ela se agarrou comigo, me abraçando, rindo e alegre. A outra saiu debochando e dizendo que não acreditava. Eu respondi: Isso é problema seu. Ai elas foram embora. Quando chegou em casa, ela contou para mãe e ela não acreditou. No dia seguinte, o médico que ia operar ela, estava visitando os doentes que tinha operado no dia anterior. E tinha um médico escrevendo ao papéis para marcar a hora certa da operação. Ela chegou, às oito e meia, no hospital. Ela ia operar nove horas. Ai, o rapaz perguntou o que ela tinha e ela disse que estava com tétano no dedo grande. Ele olhou e disse: aqui não tem nada para operar. O médico deve estar doido, não tem nada aqui, tá tudo normal. Ai pediu para ela mostrar a mão e tudo estava normal. Ai ele foi dizendo: Rapaz você é doido, vão cortar a mão da garota sem necessidade. Então o outro disse: É mesmo, mas tava tudo escuro. Vamos tirar uma*

chapa. Tiraram duas chapas e estava tudo normal. E tiraram a terceira para acreditar. A terceira deu normal. Aí disse: você está curada, não precisa operar. Então ela voltou para casa. Aí, a garota que não acreditou, disse: Dona Fulana, a senhora falou a verdade. A garota ficou curada da mão. Eu disse: graças a Deus, meu pai eterno, muito obrigado meu pai pela graça que você fez. Eu gosto demais do que faço. Eu ajudo muitas pessoas, na medida do possível. Faço aquilo que a pessoa precisa – (S-2).

Vale ressaltar que, embora o dom seja o requisito primeiro da benzeção, nada impede que os jovens aprendizes sejam submetidos ao aprendizado das orações. Geralmente as benzedeadas vêm de linhagem de curadores, e as orações são transmitidas pela forma oral ou escrita. Sendo assim, alguns participantes do estudo relataram que as orações foram ensinadas por pessoas mais velhas, mães, avós e bisavós. Nessa perspectiva, o próprio aprendizado é entendido como o recebimento de uma graça:

E me sinto bem, porque aprendi as orações com um senhor muito velho. Naquele tempo eu era menina de nove anos para dez anos. Ele chegou a minha casa e me procurou, disse: minha fia, você está na escola? Eu respondi: estou. Você saber ler? Sei. Ele falou: vou te ensinar três orações, para quando eu morrer você falar que foi Olimpio Leocádio que ensinou essas orações. Aí eu peguei o lápis e até hoje eu faço as orações e digo quem me ensinou – (S-4).

Os princípios da ética no benzimento

As narrativas da Classe 4 traduzem a ética que permeia o cuidado das benzedeadas.

Tabela 9 - Palavras mais significantes da Classe 4

Palavras relevantes (Classe 4)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Ter	70,00	06	18,23
Resto	100,00	04	17,64
Mulher	100,00	04	17,64
Quiser	83,33	05	16,93
Posso	83,33	05	16,17
Isso	50,00	11	16,17
Vida	66,67	05	14,24
Feliz	58,33	06	13,21
Rio	100,00	03	13,15
Ensinar	100,00	03	13,15
Antes	80,00	04	12,60
18,10 % de variância explicada			

Pode-se apreender que a ação de cuidar é permeada pelo compromisso primeiro com Deus e depois com aqueles que vão em busca de auxílio, denotando que essas duas

exigências fundam o imperativo ético do benzimento. Esse foi o ensinamento religioso que aprenderam na família ou na Igreja:

Meu pai botava todo mundo junto e dizia: meu filho, Jesus está no céu, na terra e em todo lugar. Já que ele deu a chave a Pedro e mandou construir a Igreja, ele quer a nossa presença de oito em oito dias. Ele não está cobrando muito. Ele merece muito mais. Como eu sou pai de vocês e aí vocês casam, vão para a cidade e ficam muito bem lá e nunca tiram um dia na semana para ficar com seu pai, um dia, uma hora para ficar com seu pai. Eu sei que vou ficar muito triste com aquele filho, que é tão ingrato. Eu fiz tudo por ele, quero tanto bem a ele. Avalie Jesus, que nos deu tudo, nossa vida, nossa saúde, dá tudo que nós temos e nós não agradecemos. Nós vamos a um passeio, mas tiramos uma hora para ele. Isso é sagrado, porque aí vocês serão felizes o resto das suas vidas e terá a recompensar no outro mundo – (S-2).

A prática do cuidado das benzedeadas está ancorada na religião e traduz o cuidado como caridade, resultado do duplo estatuto assumido pela benzedead: sacerdócio e ofício. Essa ação de cuidado está impregnada pelas idéias de castigo, culpa, medo e pecado. Assim, pode-se dizer que o cuidado com enfoque na caridade traduz medo de perda do paraíso, que significa a salvação da alma.

Sandra Caponi, ao questionar as motivações que fundamentaram as modalidades de intervenção na saúde das populações no transcurso do século XX, apontou que a caridade ou compaixão pode ser usada como argumento para manter relações dissimétricas. Se considerar a argumentação de Caponi, sou induzida a admitir que, além da caridade, parece haver um segundo ingrediente na composição desse tipo de cuidado: é o sentimento de superioridade ou orgulho. Nesse contexto, o cuidado-caridade seria permeado por medo e orgulho. O primeiro sentimento – medo – ancora as concepções da ética que têm sido integradas pelas religiões. Essa atitude ética está associada aos conceitos de disciplina e obediência.

Pode-se inferir que a ética da religião faz eco ao que Michel Foucault (1979) denominou de “redes dos micro-poderes”. Essas redes permitem que o poder se entranhe em micro-espacos e legitimem o exercício da dominação. Essa dominação reforça a idéia da homogeneidade, capaz de regular a conduta humana por meio do conceito disciplinar, contribuindo para fomentar a exclusão da diferença:

Uma vez um homem chegou aqui e falou: eu vim aqui para o senhor fazer um remédio para mim. E aí contou o caso: ele é casado e mora até a beira do Rio Paraná. E disse: olha, seu Fulano, o senhor pode cobrar o que quiser que eu pago. Eu sou fazendeiro, tenho gado e posso lhe dar um gado, o senhor pode escolher. Eu perguntei: mas o que é? Aí ele respondeu: eu malinei, depois eu me arrependi, mas agora é tarde. [...] Você pode me dar uma fazenda fechadinha de porteira fechada com tudo o que estiver lá dentro, mas eu não faço isso. Eu preciso das graças de meu pai e não faço isso – (B-4).

O segundo sentimento – orgulho – figura entre os pecados capitais. “Podemos encarar o orgulho como uma paixão para a auto-inflação: ou, em outras palavras, uma paixão pelo engrandecimento da própria imagem” (NARANJO, 1997:238). Segundo esse autor, essa paixão é a estratégia de **dar** (servir) a serviço da sedução e do auto-engrandecimento.

Na linha de argumentação de Caponi e Naranjo, pode-se dizer que essa estratégia parece libertar-nos de um sentimento de dor que não é do outro, e sim nosso. A ação de servir nos colocaria em posição de superioridade em relação àquele que recebe o cuidado:

ao se manifestar piedade por alguém, está-se caracterizando essa pessoa como sujeita a alguma debilidade, como alguém que só pode superar suas limitações com a ajuda que a pessoa compassiva pode oferecer. Então, num mesmo gesto, se estabelece uma divisão binária entre aquele que se engrandece ao realizar a ação e aquele que se diminui ao recebê-la. Como já dissemos, conceder à compaixão, à caridade ou à piedade um valor moral pode levar a crer, erradamente, que ao socorrer os outros nos engrandecemos como agentes morais e que, desse modo, podemos converter-nos em sujeitos moralmente inobjetéveis (CAPONI, 2000:21).

Caponi diz que não é defensável imaginar que a caridade, a compaixão seja considerada uma virtude. Para ela, a justiça só pode ser compreendida num conjunto de ações que traduzam equidade e imparcialidade, já que “as diferenças que a compaixão reforça dificilmente podem produzir relações fundadas na equidade, até pela simples razão de que a compaixão não tem por objetivo transformar as condições materiais que conduzem à desigualdade” (CAPONI, 2000:19).

Concordo, em parte, com os argumentos de Caponi, considerando que, na condição humana, ninguém está isento da fazer caridade para se eximir de culpas, o que obrigatoriamente não significa se sentir superior. De forma análoga, ninguém obrigatoriamente faz caridade por culpa. A discussão tecida por Caponi (2000) não se aplica às classes menos favorecidas; antes, parece alinhar-se com os cuidados dispensados por pessoas da classe dominante e mais abastadas.

Embora o medo do castigo divino, pelo não cumprimento de uma missão, permeie o cuidado no benzimento, não há elementos para afirmar que ele se realiza num contexto de afirmação da superioridade. Na minha avaliação, o cuidado da benzeção justifica-se exatamente como estratégia de sobrevivência na luta contra as desigualdades. O ritual de cura da benzeção busca restaurar a saúde, resgatar um elemento do grupo para que ele possa fazer coro contra a dominação que é parte do cotidiano das classes populares. Como se pode fomentar as desigualdades quando todos correm o mesmo risco de não sobreviver?

No hospital eu cheguei e tava lá a menininha quietinha. A mãe tava chorando, enfiei a mão no bolso, tirei o terço, peguei o chapéu, pus em cima da cadeira e benzi. Daqui a pouco, ela começou a espernear, daí começou a chorar. A mãe pegou, deu peito, ela mamou. E a mãe disse: o senhor é bom benzedor – (B-5).

Além disso, amparo-me em Ayres (2005:104), que, ao advogar o diálogo mais simétrico possível entre profissional e paciente, declara que certas assimetrias podem ser humanamente inexoráveis. Por exemplo, “o lugar terapêutico de certa confiança quase-incondicional que a pessoa fragilizada por algum padecimento de saúde tende a depositar no seu cuidador; o que não precisa ser confundido com dependência ou inferioridade”. Posso inferir que, quando busca a ajuda da benzedeira, o indivíduo está fragilizado e esta ocupa o lugar terapêutico de confiança, o que possibilita certa entrega, que não pode ser confundida com assimetria.

Minha defesa da ética de resistência do cuidado-caridade se ancora também na preocupação, demonstrada pelas benzedeadas, de ensinar o que sabem. Em geral, as mentes egocentradas não compartilham o conhecimento. Muito ao contrário, ocultam-no para usá-lo a favor de seus próprios interesses.

Ensino, quando as pessoas me perguntam, eu ensino. Eu ensinei para uma senhora. Só de falar, ela não aprendeu não. Então, eu fui falando e ela escrevendo. Ela tinha um netinho, e queria benzer os netos, e hoje ela benze os netos – (B-6).

E o ensinamento não se prende à esfera do ofício. O ensinamento constitui uma *pedagogia de resistência*. Além disso, a vida é considerada sagrada. Sendo assim, qualquer conhecimento precisa e merece ser repassado, e elas ensinam tudo o que sabem:

Eu sou biscoiteira de primeira, fazer biscoito de polvilho é comigo mesmo. Eu ensino para quem quiser [...] Porque Deus quer que tudo que nós sabemos, nós ensinemos. E a pessoa tem que prestar atenção, ouvir para aprender, lá no dia do juízo final é que vai se arrepender, porque Deus cobra da gente essas coisas – (B-3).

Para finalizar esta análise, desejo chamar atenção para uma fala que considere bastante instigante:

Minha filha trabalhava com umas professora do Lago Norte, ela é professora na UnB, aí ela trouxe duas meninhas para eu benzer. E a mãe procurou se eu benzia de longe, eu falei: benze. Você quer que eu benza as meninhas depois? Ela falou: quero. E aí quando era de noitinha, eu pegava os raminhos, porque ainda benzia com ramo chamava a divindade do céu, e benzia no rumo que as crianças estavam. E aí ela mandou um recado: diz para sua mãe que as meninas estão boazinhas, melhoraram. Você vê, isso é bom demais. Né, fia? Eu benzo à distância. O que vale é a fé, é a intenção. Isso eu não sei, porque a gente benze as crianças, elas ficam bem – (B-3).

Embora a intenção não tenha figurado no rol das palavras relevantes de nenhuma classe, e, portanto, não se caracterize como uma representação social do grupo de benzedeadas, nessa fala emerge um aspecto que pode ser relevante às futuras pesquisas do modo de cuidar

no ritual da benção. Segundo Rossaman (1996), quando declaramos a nossa intenção, esta tende a mobilizar qualquer resistência que exista em nós e possa impedir sua manifestação.

A observação dessa possibilidade é de suma importância, pois, desse ponto de vista, o enfoque da intencionalidade permite conhecer os modos como a consciência¹³ pode influenciar, direta ou indiretamente, o bem-estar individual e coletivo. Pode dar pistas, também, no estudo de efeito placebo e outros que envolvam crenças e perspectivas espirituais, ampliando nossas percepções do cuidado para fenômenos como rezar, e curar à distância.

¹³ A teoria holográfica sugere que a consciência é um pulsar de energia que, no domínio físico, parece ocorrer num momento particular no tempo, enquanto que no domínio da frequência é intemporal, eterna e está para além do tempo e do espaço. Alguns dos princípios básicos do pensamento holográfico incluem as seguintes premissas: o todo está nas partes; há uma interligação inseparável entre pessoas e o universo; a mente/consciência está unida; a consciência é comunicada; a consciência humana está espacialmente estendida; a consciência existe através do tempo; a consciência não física domina a matéria física (BIASE & ROCHA, 2005).

3.4.1 O EIXO DAS BASES DO SABER

O pedido/A necessidade

A Classe 1 revela que a construção do modo de cuidar das parteiras tradicionais sustenta-se nas carências e na necessidade em dar continuidade à sua prática, motivada por um pedido de ajuda.

Tabela 10 - Palavras mais significativas da Classe 1

Palavras relevantes (Classe 1)	<i>f</i> (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
casa	58,62	25	24,41
dona	73,33	11	23,66
senhor	65,00	1	22,49
fui	57,14	22	22,49
faltei	61,90	14	20,39
chegou	62,50	10	15,71
marido	51,85	15	14,91
23,50% de variância explicada			

Duas razões parecem contribuir para esse fato:

1) o reconhecimento delas, pelo grupo social, como aquelas que podem auxiliar o processo de nascimento e parto. Essa habilidade é a senha para o pedido de ajuda que, se não for atendido, pode implicar perigo de vida para a mulher e a criança;

2) o cumprimento de uma missão, traduzida numa atitude de fé e respeito à vida.

A pedagogia da sobrevivência faz frente aos desafios e às limitações do cotidiano da comunidade permeada sobretudo pelas desigualdades: “sobreviver, nessas condições, é uma arte e requer estratégias pedagógicas” (STRECK, 2005). O modo de cuidar das parteiras serve à comunidade com o propósito de assegurar a manutenção da vida. Um ofício, antes de qualquer coisa, que assegura um serviço à comunidade (COLLIÈRE, 1999).

Teve uma do Piauí, o marido foi atrás de mim. Eu falei: mas o carro passa aí, vai para o hospital. Ela quer é a senhora. Aí eu fui, me preparei bem limpinha; desinfetei a mão, clareei as unhas e fui depressa, porque o marido disse que ela estava passando mal. Eu cheguei e falei: minha filha, você não quer ir para o hospital? Ela disse: dona Fulana, eu quero é a senhora – (P-1).

Por isso mesmo, o cuidado em saúde derivado do conhecimento do senso comum ganha relevância nas áreas rurais, aonde os serviços oficiais raramente chegam. O estudo de Benedita Pinto, junto às parteiras do Tocantins, ratifica essa realidade. Nas palavras da autora, as parteiras

têm plena consciência de que, na maioria das vezes, dependendo do lugar e da distância, elas são as únicas pessoas responsáveis pela saúde de seus habitantes. Pois, para essa população, a saúde, um direito universal, assegurado na Constituição Federal de 1988, ainda está longe da realidade (PINTO, 2002:441).

Outro aspecto importante diz respeito à relação estabelecida na comunidade. O compromisso com a realidade constrói uma rede, onde se criam laços de afeto, que, no parto, são potencialmente terapêuticos. A vinculação da parteira, da mulher e sua família caracteriza uma significativa relação interpessoal.

A enfermeira Jean Watson (2002), ao discorrer sobre o que considera essencial e o que pensa ser acessório nos cuidados de enfermagem, não titubeia em afirmar que o essencial é a ação interpessoal da enfermeira e do paciente com vistas a produzir neste um resultado terapêutico. Já o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados.

Nesse caminho argumentativo, Maria Tereza Maldonado e Paulo Canella assinalam que “o êxito terapêutico, ao contrário do que pretendem aqueles que louvam a ascensão da tecnologia impessoal, depende, na prática, da comunicação estabelecida durante a consulta” (CANELA & MALDONADO, 2003:2). As parteiras estabelecem uma rede de conversação que produz um resultado terapêutico eficaz, tecido no respeito e na solidariedade, entre outras habilidades interpessoais.

A comunicação na ação de cuidado das parteiras alimenta o sentido de rede e solidariedade humana, reforçando o sentido de resistência da ação. Além disso, “o apoio social também reforça a auto-estima e a confiança, permitindo que os sujeitos tenham maior controle das situações e enfrentem melhor as adversidades da vida” (DINIZ, 2006:98).

A segunda razão – o cumprimento de uma missão, traduzida numa atitude de fé e respeito à vida – remete ao entendimento de dignidade humana ou princípio de sacralidade da vida, que prima por “assegurar o valor moral da existência humana e fundamenta diferentes mecanismos que garantem o direito de estar vivo” (DINIZ, 2006).

Para as parteiras, o valor moral compartilhado é o que reconhece a vida humana como fruto de uma ação de cuidado que se avizinha do desejo de persistir na existência

humana. Para elas, partejar faz parte de uma missão que foi atribuída por Deus e, por isso, entendem que ele estará sempre ao seu lado, sobretudo nas horas de aflição, sendo o seu guia.

A fala a seguir exemplifica bem as duas razões:

Quando dão onze horas da noite, me chega ela sentada numa carroça, toda molhada, as contrações uma atrás da outra. E eu disse: menina que negocio é esse? Ela disse: por favor, não fala nada comigo não, vem cá me acudir [...] ela tem treze anos, olha que perigo. Então eu disse: Oh! Jesus está em minhas mãos. O que faço? – (P-3).

Fazer e aprender, apesar dos pesares

A Classe 4 revela o contexto social e as circunstâncias da construção do conhecimento da arte do rito de partejar. Explicita ainda que, nesse contexto, houve a necessidade de enfrentamento de uma situação, impondo escolhas entre abandonar a mulher ou prestar o cuidado.

Tabela 11 - Palavras mais significativas da Classe 4

Palavras relevantes (Classe 4)	<i>f</i> (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
mãe	31,12	18	41,25
cavalo	100,00	3	36,38
sozinha	62,50	5	34,82
medo	40,00	5	33,33
minha	21,92	3	25,88
chama	75,00	3	25,88
filha	42,86	6	25,64
menina	33,33	10	24,26
estava	27,78	11	60,00
fiquei	45,45	7	23,40
meu	45,45	11	22,97
estavam	60,00	4	21,19
aquilo	60,00	3	19,61
7,83% de variância explicada			

Pode-se observar que, em alguns casos, essas situações foram percebidas como críticas. Mas a experiência vivida conferiu-lhes o reconhecimento da comunidade como cuidadoras do nascimento.

Essa “prova de fogo” vai ao encontro da exposição circunstanciada por Collière (1999), ao afirmar que o valor social das práticas de cuidado das mulheres sempre foi determinado pelo que elas eram e tinham sido capazes de viver. Com esta idéia, a autora faz referência à experiência interiorizada e vivida no próprio corpo, ou seja, no ato de dar à luz. Assinala-se que, mesmo que o evento não tenha sido vivido em si, não se pode negar que a experiência de apoiar uma mulher no ato de parir não se constitua também em uma forma de autotransformação e aprendizado.

Foi tanto que uma vez quando eu estava esperando a primeira menina que eu apanhei sozinha, meu marido saiu a cavalo para ir buscar minha mãe, tinha que andar duas léguas à noite. Eu falei não vai porque eu não vou esperar chegar [...] Num instante eu ganhei a menina, quando ela chorou. O meu filho mais velho disse: mãe, neném. Eu respondi: é meu filho, levanta e abre aquela mala e pega umas roupinhas – (P-1).

Esse tipo de aprendizado está de acordo com a visão de Pinheiro e Guizardi, ao se referirem ao processo desencadeado por uma epistemologia de base prática. A prática pode ser “uma ação da qual já se sai transformado, a partir de um fazer-saber que não se reduz ao ato de dissertar, escrever ou, melhor dizendo, comunicar o que se sabe” (PINHEIRO e GUIZARD, 2004:26).

Um outro relato ratifica o *status* adquirido na vivência das experiências do acompanhamento do nascimento. No caso em questão, a parteira era ainda muito jovem, e a comunidade, ao mesmo tempo em que criticava sua experiência, reconhecia-lhe como facilitadora do nascimento:

Aquela moleca merecia uma surra, foi curiar. Fez o parto de dona Fulaninha, da tia dela. Então as outras mulheres que estavam grávidas e quando estavam na hora de parir, chamava quem? Fulana de Maria que era minha mãe. Eu fui fazendo e aprendendo. Quando tive que aparar a minha primeira filha, eu já sabia de tudo, porque tive que aparar os filhos de outras mulheres. Eu não conhecia os sintomas da gravidez, mas saber como nascia um menino e o que era preciso saber, eu sabia – (P-2).

Fazer para proteger a mãe e a criança

A Classe 3 aponta para a finalidade do saber/fazer. Depreende-se que as bases do saber/fazer são sustentadas na tradição oral e no conhecimento intuído. As parteiras

aprenderam sobre as potencialidades medicinais das plantas e lançam mão desses conhecimentos para prevenir os males que podem acometer a mãe e a criança após o parto.

Tabela 12 - Palavras mais significativas da Classe 3

Palavras Relevantes (classe 3)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Fazia	100,00	22	46,55
Pegava	100,00	22	31,15
Punha	100,00	11	23,70
Ficava	81,25	13	20,67
Algodão	90,91	13	19,78
Dava	90,00	10	17,38
Passava	83,33	13	16,57
Água	83,33	12	16,55
Folha	100,00	12	16,41
Paninho	88,89	07	15,01
Bem	58,82	27	14,71
Resguardo	100,00	07	14,02
Banho	68,42	16	13,89
29,06 % de variância explicada			

Considerando que os cuidados prestados pela parteira acontecem em locais distantes, onde em geral não há acesso ao serviço de saúde, faz-se necessário que elas busquem estratégias para promover e prevenir a saúde da mãe e do filho. No imaginário da sua comunidade, “as parteiras são vistas, como médicas, enfermeiras, farmacêuticas, capazes de fazer aliviar, com unguentos, banhos, chás de ervas e rezas, as dores e os males da população que não conta com outro recurso” (MONTIEL, 2003).

Assim, verifica-se que as parteiras atendem a demanda de prevenção da saúde de sua comunidade valendo-se dos recursos que estão ao seu alcance. O fenômeno caracterizado pelo não-atendimento das necessidades de saúde da população, em virtude da ausência de recursos adequados, tem sido denominado pelos sociólogos de “lei dos cuidados” (GIDDENS, 2004).

O conhecimento sobre as propriedades curativas das plantas é demonstrado nos extratos a seguir:

A folha só da salsinha, só o alho roxo macetado. A casca do alho é que é bom. Um dia eu explico porquê. A folha só da salsa, a raiz fazia um chá para tirar tudo do útero, desinflama – (P-1);

Quando o neném tá com cólica, a gente faz o chazinho de poejo. Dá chá de erva doce é bom. E o próprio umbiguinho, a gente pega, bota um pouquinho de água e deixa descansar dentro – (P-3).

As receitas das parteiras demonstram que o conhecimento ancestral de preparação de remédios à base de plantas se mantém nos dias de hoje. Rose Marie Muraro (1998) relembra que, desde a antiguidade, as mulheres eram as parteiras e curadoras populares que, embora sem possuir formação acadêmica, detinham um conhecimento transmitido oralmente, de geração em geração, e cultivavam as ervas que devolviam a saúde à população.

Nessa mesma linha de argumentação, Collière faz referência ao saber da mulher como a principal detentora do patrimônio de conhecimentos de cuidado do corpo e da utilização de plantas, pois eram elas que se ocupavam de cuidar das pessoas. Também “tinham a sua disposição mil remédios cuja utilização era praticada havia muitos anos, à base de ervas com virtudes curativas que ainda hoje se encontram entre os medicamentos modernos” (COLLIÈRE, 1999:56).

Como se pode verificar, a luta de influência religiosa e política, desencadeada pelo poder da medicina e da igreja que condenou sobretudo as mulheres à fogueira, não conseguiu destruir esse tipo de sabedoria. Na verdade, parece que só reforçou as bases de resistência desse modo de cuidar.

3.4.2 O EIXO DAS BASES ÉTICAS DO CUIDADO

Esse eixo foi composto pelas Classes 2 e 5. No detalhamento das classes que compuseram o segundo bloco, apreendemos aspectos ligados ao escopo ético da prática das parteiras.

Cuidado como compromisso individual

Na Classe 2 denominada Cuidado como Compromisso Individual, apreende-se uma das dimensões do sentido da integralidade assumida pelo cuidado praticado pelas parteiras.

Tabela 13 - Palavras mais significativas da Classe 2

Palavras relevantes (Classe 2)	f (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Estar	47,22	19	24,28
Espiritualmente	100,00	06	23,45
Mundo	77,78	07	22,79
Momento	85,71	07	22,57
Gente	34,72	01	18,69
Preparada	100,00	04	18,69
Gestante	100,00	04	18,69
Muita	41,18	17	14,35
Temos	83,33	07	17,95
Nossa	83,33	03	17,95
Humano	100,00	03	13,97
17,74 % de variância explicada			

Regis Palácios assinala que a preocupação com o bem-estar do indivíduo é também uma das preocupações essenciais do campo da saúde pública. Portanto, não se deve perder o foco na individualidade quando se observa o coletivo, e nem na coletividade quando se enfoca o indivíduo.

Nesse sentido, ao estabelecer um paralelo entre o saber/fazer das parteiras e as ações que regem os princípios das políticas de integralidade, é possível apreender o paralelo entre as duas ações. As ações de integralidade têm por objetivo assegurar “aos indivíduos a atenção à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos coletivos em suas singularidades” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nessa linha de pensamento, observa-se que na ação a parteira busca primeiramente atender as necessidades e singularidades do binômio mãe-filho. Porém, seus cuidados são estendidos posteriormente a toda a família. O sentido de responsabilidade é o guia da prática, e exige uma preparação física e espiritual para proteção e autoproteção. O cuidado, para as parteiras, é de fundamental importância, e revela o sentimento do orgulho pelo desempenho da prática. Mas, ao mesmo tempo, explicita, também, tristeza pela perda dos valores humanos, de respeito, amor e compreensão do outro.

Cuidado humano é respeitar o direito do outro. É respeitar aquela mulher que está na minha frente, é respeitar aquele momento de fragilidade dela, eu não posso me mostrar descuidada, senão estarei zombando da fragilidade dela [...] Isso deixa a gente muito triste. Mas que nossa profissão é bonita é, sem sombra de dúvidas ela é sim. Precisamos resgatar esses valores, eu chamo isso de amor, compreensão, trabalho humanitário. É preciso estar preparada espiritualmente – (P-2).

Cuidado como compromisso social

Na Classe 5 emerge a segunda dimensão do sentido de integralidade da ação de cuidar das parteiras, ou seja, a preocupação com o social. Coloca ainda em evidência que a responsabilidade de cuidar do ser humano exige a união dos saberes e dos esforços de cada um.

Tabela 14 - Palavras mais significativas da Classe 5

Palavras relevantes (Classe 5)	<i>f</i> (no corpus)	% (na classe)	Chi ²
Médico	76,47	07	31,96
Parteira	58,82	14	31,36
Sonho	100,00	04	29,92
Ajudar	81,82	10	24,37
Fazem	31,58	06	22,14
Estou	61,90	21	21,60
Ajudando	87,50	08	21,00
Hospital	61,11	02	17,59
Vão	85,71	06	17,33
Dela	77,78	03	17,33
Carinho	77,78	11	17,22
Tenho	62,50	12	17,22
Tem	39,13	41	16,13
Curso	100,00	04	14,66
21,87 % de variância explicada			

Neste sentido, é possível deduzir que o sentido da integralidade aponta para um saber/fazer edificante, pois é percebido como “o tratar, o respeitar, é o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto da fragilidade social” (LUZ, 2004).

No saber edificante, o sujeito da ação está diretamente vinculado à realidade e compromete-se com ela, tanto ética como socialmente. Esse aspecto fica evidenciado na fala de uma das participantes do estudo:

Cuidar do humano é respeitar o outro, é respeitar aquela mulher que está na minha frente, é respeitar aquele momento de fragilidade dela [...] o médico estudou para ser médico, a enfermeira estudou para ser enfermeira, a maioria de nós não estudou, aprendemos no dia-a-dia com as necessidades, e respeitamos isso – (P-2).

Estou convencida de que o saber edificante precisa ser a essência do modo de cuidar de qualquer racionalidade, seja ela científica ou não. O discurso da parteira em questão ratifica que a ética feminina não se ancora em princípios, mas sim no comportamento ético na resposta afetiva humana (NODDINGS, 2003). A noção do compromisso social faz também menção à necessidade de união manifestada pelas parteiras, refletindo que sua prática se mantém como um meio de resistência e luta para realização do sonho de cuidado, que doravante chamarei de edificante.

As parteiras pensam que o atendimento à mulher no processo de gestação e parto exige a união de esforços e saberes. Desde a Idade Média, as parteiras vêm sendo alijadas do serviço de saúde, sendo acusadas de charlatanear. Essa exclusão precisa ser repensada pela academia, visto a necessidade de estabelecimento de parcerias rumo à integralidade do cuidado humano, uma vez que “nos discursos médicos as parteiras ainda são vistas apenas como mulheres curiosas, ignorantes, incapazes de dominar, no seu dia-a-dia, termos médicos e técnicas obstétricas” (PINTO, 2002).

Entretanto, a sabedoria das parteiras tem sido amplamente relatada. Maria Nazareth Barros indica que, muitas vezes, os médicos diplomados, após a aplicação sucessiva de sangrias e purgantes, eram obrigados a reconhecer que muitos pacientes encontravam alívio para seu sofrimento nas mãos das mulheres que, sem nenhum diploma, dissertavam com desenvoltura sobre as propriedades de cada folha que utilizavam, assim como sabiam misturá-las de forma a potencializar suas propriedades farmacológicas. Como se pode verificar nos dias de hoje, as antigas receitas de nossas avós, parteiras, benzedadeiras, mulheres de sabedoria, ou seja, as propriedades farmacológicas do chazinho da vovó são amplamente utilizadas pela indústria farmacêutica.

Em sua fala, manifestam a união, o apoio, o respeito como cruciais para a sobrevivência:

O povo precisa de ajuda, não tem para onde correr, eu sempre estou ajudando. Meu marido tem carro, então a gente leva, traz e não cobra nada, porque lá não tem carro.[...] Tem três anos que eu estou lá. E elas fazem artesanato. Aí mostrava para mim. Elas diziam: vou parar de fazer, não tem para quem vender. Eu disse péra aí. Corri, arranjei ajuda de uma pessoa que está ajudando a gente e hoje nós temos uma oficina, e vamos mandar para fora, a Unb também está ajudando a gente, tá dando a maior força. Eu resolvi, já que estou na briga, vou ajudar elas a realizar o sonho delas. Agora vou ajudar essas mulheres a ser parteira. Porque o sonho delas é conseguir ser parteira, ser valorizadas e parar de ficar ouvindo que elas não são nada, que elas não sabem de nada, só fazem besteira – (P-4).

As parteiras reconhecem e respeitam também o saber da ciência, negociando com ele quando se faz necessário. Tem plena consciência de que nem todos os partos são fisiológicos, e, portanto, precisam do apoio de médicos e enfermeiras:

Não querendo invadir a área deles, querendo trabalhar junto. Porque eu sei que tem horas que eles passam apertado. Mas as parteiras têm umas orações, tem uns remedinhos que sempre ajuda sem cortar a mulher. [...] Eu sei que esse sonho vai ser realizado, olha para trás um tiquinho. As parteiras estavam todas escondidas, agora elas já estão aqui. Daqui a pouco vamos ver médicos, enfermeiras e tudo se unindo – (P-4).

Nesse sentido, a esperança manifesta o desejo de partejar numa equipe composta também por profissionais da equipe de saúde. Portanto, alinhar-se ao princípio da esperança de Ernest Block (2005) não é um disparate, mas um desejo que está dentro de um espaço de condicionalidade parcial. E, para elas, essa possibilidade está grávida de esperança.

Watson (2002) argumenta que é preciso unir o melhor das diferentes eras do cuidado em saúde e alargar o conceito de cuidado. Estou plenamente de acordo com esse pensamento, portanto discutir o velho do cuidado “tradicional” em oposição ao novo “tecnocientífico” não constrói laços e favorece as mudanças.

Os laços que se deseja firmar precisam ter como ponto de partida o conhecimento-solidariedade. É preciso **reconhecer** o saber das parteiras, benzedeiras, ou de qualquer cuidador do saber informal e formal, numa relação que propicie sacar o indivíduo do lugar de objeto, elevando-o à condição de sujeito. A esperança do Ainda-Não, que preside a Sociologia das Emergências, aponta que a equipe que se quer formar não pode se limitar a unir no mesmo espaço pessoas cujo saber formal e informal se dispõem a conviver sob os auspícios do princípio da tolerância.

Maria Irene Ramalho, no artigo intitulado “Tolerância não”, expõe minuciosamente os motivos pelos quais tolerar não é suficiente para construir o conhecimento-solidariedade. Partindo da raiz etimológica a autora explicita a evolução

semântica e o contexto histórico em que a palavra foi sendo positivada, ganhando uma conotação de indulgência necessária em tempos marcados pela desigualdade. “Tolerar significa ter que agüentar algo, que não é agradável e se deseja evitar” (RAMALHO, 2004:148). Assim, segue chamando atenção para o contido na raiz etimológica da palavra que faz reverberar no conceito de tolerância uma relação perigosa de poder, e finaliza manifestando-se plenamente favorável ao respeito mútuo, ao diálogo empenhado, na tradução mútua e constante das idéias e valores proposta por Santos (2004). Em pleno acordo com a apreciação de Ramalho, minha percepção é de que tolerar traduz a postergação da exclusão.

Portanto, está posto que o sentimento que se deverá permear uma equipe de saúde de saberes plurais precisa ser baseado no respeito. Assim, nessa nova equipe importa que as pessoas sejam capazes de interagir, respeitando e resguardando a identidade de cada um dos seus membros, na busca da integralidade da ação de cuidar. Como se pode constituir essa equipe, capaz de estabelecer entre diferentes saberes um diálogo horizontal? A proposta a seguir procura apontar nortes para a questão enunciada.

PARTE IV - CONCLUSÃO

4.1 Diferentes respostas para a mesma pergunta

À pergunta formulada no estudo – “qual a base epistemológica que ancora o cuidado das parteiras e benzedeadas?” – obtiveram-se respostas diferentes. O Eixo da Racionalidade Divina – o modo de cuidar das benzedeadas – aponta para um saber de base monocultural. O Eixo das Racionalidades Negociadas – o modo de cuidar das parteiras – constituído por saberes de bases múltiplas, já aponta para uma ecologia de saberes.

Esses resultados ratificam dois argumentos de Boaventura de Souza Santos: o primeiro diz que não há conhecimento, e sim conhecimentos. Assim, pode-se verificar que, na mesma matriz do conhecimento do senso comum, coexistem duas racionalidades, e que “cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada” (SANTOS, 1998:48). Em outras palavras pode-se afirmar que há um ritual para cada necessidade.

O segundo argumento de Boaventura sugere que o senso comum possui uma dimensão utópica e libertadora (SANTOS, 2003). Pode-se apreender que tanto do modo de cuidar das benzedeadas, como do modo de cuidar das parteiras emerge um conhecimento instrutivo associado ao sentido de uma resistência emancipadora. Ambos se forjam a partir das necessidades do grupo, e cada um, a seu modo, busca atender as necessidades dos grupos sociais.

Neste sentido, o modo de cuidar das parteiras e benzedeadas ganha significado no contexto real de sua produção, ratificando o caráter de resistência do senso comum. Pode-se dizer também que a pluralidade de métodos do modo de cuidar do senso comum revela o que Santos (1998) chamou de transgressão metodológica.

Enquanto o saber da benzedeadas se dá, sobretudo, por meio do dom atribuído a Deus, escapando dos aspectos formais e informais do aprendizado, o saber da parteira se tece na experiência cotidiana, na transmissão dos saberes que se faz através das gerações e agrega diferentes negociações tanto com a dimensão profana – saber reificado – quanto com a dimensão sagrada da vida do ser humano. Desse modo, as diferentes bases epistemológicas produzem diferentes representações do objeto, e emanam diferentes modos de cuidar.

Nesse contexto, o saber/cuidar da parteira constitui-se em torno de dinâmicas interpessoais íntimas próximas e afetivas, estabelecidas pela cumplicidade feminina, numa relação de equidade intersubjetiva que traduz um conhecimento-solidariedade.

O cuidado das benzedeadas forja-se com base na doutrina da religião judaico-cristã, assumindo a dimensão de caridade. Essa dimensão imprime ao ato de cuidar um caráter

dissimétrico, pois só é possível ser realizado pela submissão a Deus, ou àquela que está em seu lugar na terra. Não obstante, entendo que esse tipo de cuidado, por estar entrelaçado ao sagrado, e fugir à possibilidade de conceituação teórica discursiva, exige uma espécie de reverência.

As relações de cuidado das benzedeadas se dão à distância, processando-se por meio das orações e da palavra algumas vezes desconexa e inteligível para quem recebe o cuidado. Assim, a representação social do cuidado das benzedeadas se aproxima da idéia de caridade. Ao contrário, a relação das parteiras é tecida no diálogo, na intimidade das mãos que tocam a alma e o corpo. As representações sociais das parteiras se aproximam da idéia de cumplicidade. Diferentes tipos de base epistemológica configuram, assim, dois tipos de relação e resultam em diferentes expressões sócio-éticas.

Nesse contexto, à primeira vista, a ética das benzedeadas formula uma ética baseada na abordagem do pai, daquele que está separado. O discurso da lógica masculina se tece com base na lei, nos princípios da justiça que estabelecem direitos, mas, sobretudo, deveres para com Deus. A ética das parteiras aproxima-se da abordagem da mãe, que se enraíza na receptividade, na relação e na sensibilidade, remetendo à ética do cuidado (NODDINGS, 2003).

Assim, a ética das benzedeadas se forja, sobretudo, a partir da obediência à lei divina, com enfoque no deveres. Enquanto isso, a abordagem ética da parteira se enraíza na receptividade e na relação de sensibilidade.

Entretanto, é bom ter em conta que as abordagens éticas sugeridas pela religião, pela saúde e por outras instituições são meramente utilitárias, porque se baseiam num entendimento ordinário da ética, como um conjunto de regras que ancoram o contrato social, que as pessoas devem aceitar a priori. A perspectiva ética do cuidado do senso comum foge a esse tipo de abordagem. Pois ele – o cuidado – é uma ação e não um julgamento estéril. A reflexão instigada em torno do eixo do cuidado deve levar em conta as transformações que permeiam as relações entre o EU, o TU e o NÓS. Neste contexto, ela é uma ética de característica complexa e tem como base a compreensão, configurando-se, ao mesmo tempo, como uma Auto-Ética, que desemboca numa Sócio-Ética (MORIN, 2005).

As relações de afeto das benzedeadas se forjam com certa distância. Sua afinidade é com a fonte do sagrado, pois o ritual busca re-ligar o indivíduo, a fim de suprimir sua fragmentação. O afeto da parteira é mais explícito e se dá numa relação de maior proximidade, inclusive corporal.

Ressalto, ainda, que tanto a abordagem da parteira como a abordagem da benzedeira não prescindem dos aspectos racionais e emocionais; nenhum deles pode ser descartado. Isso porque, como nos lembra Maturana (2005), é a emoção que gera a razão e ambas fundam a ação humana. Há, ainda, uma reflexão à qual não posso deixar de fazer referência, por sua importância. A abordagem da parteira, embora configure uma lógica feminina, não representa exclusivamente um saber de mulheres. A lógica que privilegia a proximidade e os afetos tem sido usualmente criticada quando comparada à lógica masculina, âmbito prático da ação moral. A ação moral feminina tem sido considerada inferior à do homem (NODDINGS, 2003). Esse pensamento é fundado em preconceitos, que, por sua vez, fundam a lógica masculina. Diante disso, é desnecessário dizer que os afetos podem constituir abordagens femininas ou masculinas.

Para complementar, julgo ser prudente esclarecer que o meu conceito de gênero alinha-se com as descrições de Fátima Perurena, que defende o gênero como categoria relacional que engloba homens e mulheres e é construído a partir de referencial biossocial de cada um: “nem o biológico, nem o social. Os seres humanos gendrados que são respondem por uma totalidade: corpo-mente-alma-espírito inserida em determinada sociedade” (PERURENA, 2001:6). Assim como a autora, opto por observar o patriarcado sob o referencial duplo da dominação-exploração, que pode influenciar as ações de homens e mulheres, mesmo o mais veemente discurso feminista.

Os laços que unem as diferentes formas de cuidar dos sujeitos em questão são, por um lado, o das necessidades do grupo; por outro lado, o do pedido de ajuda. Por estarem comprometidas com a realidade à sua volta, cada uma, a seu modo, abraça quem precisa de seus préstimos, acolhendo a carência humana dentro do contexto real da necessidade.

Essas reflexões sobre os resultados conduzem a um terceiro argumento de Boaventura e têm relação direta com a inquestionável verificação da incompletude de todos os saberes: “toda ignorância é ignorante de certo conhecimento, e todo conhecimento é a superação de uma ignorância em particular” (SANTOS, 2000:74).

Penso ser o reconhecimento do princípio da incompletude de todos os saberes a condição que vai permitir a possibilidade do diálogo e da ampliação do debate epistemológico entre as racionalidades formal e informal, exigindo do saber formal certa humildade intelectual. Para que isso aconteça, é preciso também vigilância epistemológica e vigilância ética, abdicando do princípio de que apenas a ciência produz conhecimento credível.

Se se considerar o princípio da incompletude, há possibilidade do diálogo e do debate epistemológico entre as diferentes racionalidades. Por conseguinte, reside aí, também,

a condição para credibilização tanto de saberes quanto dos agentes desses saberes. Em sua análise, Boaventura sugere que “o confronto e o diálogo entre diferentes saberes é um confronto e um diálogo entre diferentes processos através dos quais práticas diferentemente ignorantes se transformam em práticas diferentemente sábias” (SANTOS, 2005:23).

Então será possível construir uma epistemologia mais democrática. Mas se dos agentes do saber formal é requerido humildade intelectual, dos agentes do saber informal é requerido que se pronunciem. E aí se põe um desafio: “como fazer falar o silêncio sem que ele fale necessariamente a linguagem hegemônica que o pretende fazer falar?” (SANTOS, 2000:30).

A grande maioria dos agentes do senso comum está silenciada e tem medo de se apresentar. A fala de uma das parteiras entrevistadas ilustra bem a questão aqui referida:

*Lá em Padre Bernardo tem muitas parteiras e eu convidei muitas, sabe o que eles falaram para mim? Eu? Tô fora. Eles vão é me prender lá, porque eu sou parteira. As mulheres parteiras ficam escondidas. Têm muitas, mas tudo escondida. Não sei se você sabe, mas saiu uma lei que acabou as parteiras. Não matando. **Mas silenciou as parteiras.** Então, as parteiras **têm medo.** Eu fiquei com medo de vir, eu falei não quero não. Mas Fulana me falou: vai dar tudo certo, e eu digo mesmo: só vim por causa dela. Eu tinha medo deles dizerem, você não tem que pegar menino. De hoje em diante não é mais para pegar não. Eu falei para ela: se a gente for para um lugar que tenha polícia ou qualquer coisa, a gente entra por uma porta e sai pela outra **sem dizer nada** – (P-4).*

A inserção dos agentes do senso comum, sobretudo as parteiras, no sistema de saúde formal é permeada por um tipo de receio. Esse aspecto é expresso pelos profissionais que defendem a valorização e o reconhecimento dos saberes e das práticas desses atores e atrizes sociais, por meio da articulação entre os saberes científicos e do senso comum. No cerne desse receio, está a possibilidade da perda dos valores dos primeiros em detrimento da hegemonia dos segundos. Pode esse fato se concretizar? Não há respostas imediatas para essa questão. Mas o processo de diálogo pode apontar algumas pistas. O que dizem as pistas? A proposta que se segue é observar essas pistas à luz da Sociologia da Ausência e Emergência, bem como o trabalho de Tradução.

PÓS ESCRITO

Um olhar para as diferentes respostas à luz da Sociologia das Ausências e Emergências

Para iniciar esta reflexão, recordo que Santos (2004) aponta que, de acordo com os critérios da racionalidade moderna, não há uma única lógica na fabricação de não-existência. Sendo assim, distingi cinco diferentes lógicas, que, por sua vez, fundam cinco diferentes monoculturas: a do saber e do rigor científico, a monocultura do tempo linear, a monocultura da naturalização das diferenças, a monocultura da escala dominante e a monocultura da produtividade.

Ao longo do diálogo entre os saberes reificado e consensuais efetuado na leitura dos resultados, emergiram fortemente duas monoculturas: a monocultura do saber e do rigor científico e a monocultura do tempo linear. A primeira representa, segundo Santos (2004:20), **o modo de produção de não-existência mais poderoso**. Essa monocultura consiste em transformar tanto a ciência moderna, quanto a alta cultura, respectivamente, nos únicos critérios de produção de verdade e qualidade estética. Nesse sentido, a não-existência/ausências assume a forma de ignorância ou de incultura. Com base nesse critério, o saber do modo de cuidar das parteiras e benzedeiros se caracteriza como um saber ignorante, restos arqueológicos de um saber deitado fora na construção da ciência moderna em nome do desenvolvimento.

Por sua vez, a monocultura do tempo linear descreve como “atrasado” tudo que é assimétrico em relação ao declarado avançado. A predominância do tempo linear resulta da primazia da concepção pela modernidade ocidental que o adotou como seu, inscrevendo seu valor em detrimento de outras lógicas de tempo. Nesse contexto, Boaventura argumenta que “as relações de dominação **mais resistentes** se assentam sobre essa lógica e a dominação tem lugar graças à redução da experiência social dominada, hostil ou indesejável à condição de resíduo” (SANTOS, 2005:25).

Pode-se observar que o tempo do modo de cuidar de base científica, com todo seu aparato tecnológico, é considerado avançado, em comparação ao tempo do modo de cuidar das parteiras. Isso porque este – o cuidado do senso comum – é avaliado como um saber residual, por não estar de acordo com o cânone da temporalidade moderna ocidental capitalista e, portanto, fugir aos parâmetros que indicam o desenvolvimento das sociedades.

Entretanto, na era pós-moderna, a lógica do desenvolvimento tem sido posta em xeque pelas críticas que se tecem, dentre outros aspectos, por sua racionalidade quantificadora que ignora o que não é mensurável: a vida, o sofrimento, a alegria, o amor. Segundo o critério do desenvolvimento, só tem valor o que é eficaz. Qualquer outro critério é desvalorizado.

O discurso de desenvolvimento tem sido criticado por Santos (2002), dentre outros aspectos, por forjar-se em torno da idéia de natureza cega à relação entre a degradação desta e a degradação da sociedade que ela ancora. Nos critérios levados em conta nos indicadores do PIB, nos múltiplos processos que geram as desigualdades que permeiam o movimento de globalização ou globalizações, como gosta de afirmar o autor. Mas Boaventura não é voz única nessas críticas. Outros pesquisadores não compartilham da lógica do desenvolvimento. Vale a pena conferir, também, as palavras de Morin sobre essa temática:

concebido unicamente em termos quantitativos, ignora as qualidades da existência, as qualidades de solidariedade, as qualidades do meio, a qualidade da vida, as riquezas humanas que não se podem calcular nem vender; ignora o dom, a magnanimidade, a honra, a consciência. O seu processo varre os tesouros culturais e os conhecimentos das civilizações arcaicas e tradicionais; o conceito cego de subdesenvolvimento desintegra as artes de vida e sabedoria de culturas milenares (MORIN, 2003:14).

Como se pode observar, o argumento do desenvolvimento está impregnado de estratégias de produção de ausências. Nesse contexto, a Sociologia das Ausências e Emergências propõe que as práticas designadas subdesenvolvidas ou ignorantes sejam qualificadas, credibilizadas para que possam constituir objeto de disputa política, transformando “a carência” em desperdício da experiência social.

Nesse cenário, toma-se por base, inicialmente, a lógica da monocultura do tempo linear, estabelecendo uma comparação entre a temporalidade do partejar e a temporalidade das ações de assistência ao parto desenvolvida pelos cuidadores formais. Se levarmos em conta o tempo do partejar das parteiras tradicionais e o tempo de fazer o parto dos médicos, sou levada a apontar a temporalidade das primeiras como uma emergência das potencialidades desse tempo/saber. Essa emergência inscrevendo essa temporalidade, como sugere Santos (2005), nas práticas de liberdade transgressivas que são, ao mesmo tempo, ações transformadoras e de um conhecimento transformador.

No modo de cuidar que leva em conta a subjetividade e a presença genuína do cuidador, a monocultura do tempo linear é confrontada com a idéia de que a lógica do tempo linear é apenas uma entre outras muitas concepções de tempo. E, para o cuidado humano no processo de parto fisiológico, ela se mostra ineficaz e violenta.

Para confrontar a monocultura do saber e do rigor científico, preciso, antes de qualquer coisa, dizer que são inegáveis os avanços que a ciência e a tecnologia têm trazido para o campo da saúde. Este aspecto está posto e é indiscutível, evidentemente resguardando que, por ele, não se pode justificar a medicalização dos desequilíbrios que são da esfera do cuidado, como referiu Collière (1999). Vale lembrar, também, que esses avanços não estão acessíveis a muitos; na verdade, são poucos os que desfrutam das ações geradas pelo conhecimento tecnocientífico de ponta.

É importante que se ressalte ainda que, não importa como tem argumentado Santos (1998; 2003; 2004), rejeitando a ciência de maneira liminar ou incondicional, o que se propõe é um alargamento da sua concepção, incluindo-a na cultura. O que ele coloca em questão é o conhecimento das circunstâncias e das particularidades de cada contexto social em que se dá a produção dos diferentes saberes.

Assim, Boaventura considera que o confronto da lógica da monocultura do saber e do rigor científico com outros saberes deve ser contextual, e pondera que essa condição é suficiente para que o conhecimento das práticas do senso comum tenha legitimidade para participar dos debates epistemológicos com o saber científico.

Nesse enfoque, no esforço de credibilização do saber das parteiras e benzedadeiras, lanço mão das palavras de Lavoisier: “o novo se faz do velho e nada se perde, tudo se transforma”. Sendo assim, penso que, além de contextualizar as práticas do saber do senso comum, é preciso recuperar e ressignificar os valores, os saberes, as experiências sobre o cuidado produzidas em diferentes espaço/tempo ao longo da história da humanidade.

Assim, é preciso construir um conhecimento-emancipação que seja uma teoria geral, mas, acima de tudo, uma teoria de Tradução que ancore do ponto de vista epistemológico os modos de cuidar do senso comum. Como qualquer modo de cuidar, independente de sua racionalidade, é finito e incompleto; ele só poderá se sustentar quando tecido em rede. Esse parece ser o caminho que sugere Santos (2004), para a construção de um conhecimento prudente, contra o desperdício da experiência social.

Penso que num esforço de Tradução é preciso enunciar algumas questões. A primeira é a seguinte: O que há de melhor na produção do modo de cuidar formal da ciência e o modo de cuidar informal do conhecimento de senso comum? Quando os limites do cuidado se esgotam, é preciso tratamento, e, nesse âmbito, há inúmeras possibilidades de assistência para as inúmeras faces da doença que se manifesta no humano. Como foi dito, esse aspecto é indiscutivelmente positivo e esse constitui o seu ponto forte.

O cerne das críticas à atenção à saúde instituída pelo saber formal passa ao largo do questionamento de sua competência tecnocientífica. O ponto das discussões tem se centrado na sua aplicação ética e na fragmentação do cuidado gerado por esse tipo de conhecimento, ou seja, o afastamento das questões relativas a subjetividades dos sujeitos que sofrem.

E aqui é possível identificar o ponto forte do modo de cuidar do senso comum. Esse ponto também é inquestionável, uma vez que o saber/cuidar do senso comum, quando comparado ao saber/cuidar da ciência, demonstra maior competência para criar, tecer, enredar, acessar as intersubjetividades que permeiam as ações necessárias ao cuidado humano.

Por seu caráter de resistência, o senso comum desenvolveu uma pedagogia de resistência cuja matriz não se tece a partir do princípio da exclusão do diferente ou da fabricação de inexistências, “mas pela radicalidade da afirmação do lugar de onde se fala. Um outro princípio dessa matriz diz respeito a uma policidade não reduzível à formação técnica” (STRECK, 2005:62). Na perspectiva do autor, a segunda expressão da matriz constitui uma pedagogia da relação.

Danilo Streck refere que a matriz pedagógica desse elemento pode ser encontrada no estudo de Alexandro Moreno Olmedo (1993) e destaca que essa episteme “não é pensada, mas pensa-se dentro dela e a partir dela” (STRECK, 2005:59). De acordo com o autor, a argumentação de Olmedo refere que existe algo como uma episteme popular; com lógica distinta daquela que rege o pensamento e a ciência hegemônicos.

Na alegação de Olmedo, essa lógica não poderia ser captada pelos parâmetros da tradicional discussão entre modernidade e pós-modernidade que gira no campo de significações do mundo externo ao povo. Assim, para Olmedo, “o homem do povo, não é nem o homo faber moderno nem o homo ludens pós-moderno, mas o homo convivialis” (STRECK, 2005:63).

Nessa linha de pensamento, o entendimento de Olmedo indica que a relação enquanto raiz matricial epistêmica não é um conceito e, por isso, não se pode explicá-la dentro de uma lógica discursiva. Apesar desse limite, aponta que “na relação haverão de construir-se – e reconstruir-se – a subjetividade, a racionalidade e a singularidade” (OLMEDO, 1993 apud STRECK, 2005:63).

É interessante observar que o raciocínio de Olmedo, balizado por Streck, vai ao encontro das palavras de citadas por Boaventura no livro *Um discurso sobre as ciências*, publicado em primeira edição em 1987: “O senso comum é superficial porque desdenha das

estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e coisa” (SANTOS; 2003:56).

Verifica-se que, com enunciados diferentes, os autores expressaram a mesma idéia. Coube a Olmedo retirá-la de um contexto mais amplo e nomear esse motor que dispara o coração do fazer do senso comum de *episteme da relação*. Sugiro que, quando aplicada à perspectiva da ação de cuidar, a episteme da relação deva ser denominada de *episteme do afeto pelo outro*.

Nesse sentido, pode-se verificar que os resultados deste estudo indicam que o modo de cuidar das benzedeadas e sobretudo das parteiras tem como matriz a episteme do afeto pelo outro. As palavras de Mario Pereson ratificam essa afirmação:

o autor identifica nos grupos populares: “uma racionalidade simbólica e uma racionalidade sapiencial. A primeira delas, ao remeter à profundidade da experiência, tem como objetivo entrar em relação com o outro, conforme indicado pela etimologia do símbolo (reunir, juntar). A segunda indica a busca de um saber radical sobre o sentido último da vida e também não se dá prioritariamente no mundo das idéias e conceitos, mas no âmbito das relações interpessoais”(PERESON;1994:114).

Nesse contexto, o ritual e as relações interpessoais apresentam-se como elementos reunificadores numa sociedade plural, onde coexistem muitas verdades, muitos valores, muitos estilos de vida e muitos significados que reclamam atenção.

Vale a pena observar que, enquanto o saber do senso comum caracteriza-se por uma racionalidade plural, que pode inclusive ser monocultural, como o saber das benzedeadas, o modo de cuidar informal aponta ser constituído por um afeto que não se traduz em uma linguagem única. Assim, digo que não há incompatibilidade entre o afeto e o modo de cuidar gerado pelo conhecimento da ciência, pois, com esforço, é possível que o modo de cuidar formal incorpore tanto a episteme das relações quanto a episteme do afeto em sua prática cotidiana.

Como poderão os agentes do modo de cuidar formal incorporar a episteme da relação e do afeto, se ela está apartada da formação desses cuidadores? Essa questão explicita a necessidade de repensar com urgência os conteúdos que ancoram a formação profissional. Mas Nel Noddings (2003:11) aponta outras possíveis pistas para efetivar esse acesso. A autora sustenta que “o cuidado humano e a memória do cuidar e do ser cuidado, é a base da resposta ética”. Ora, então se pode dizer que a eticidade da episteme da relação e do afeto é uma matriz universal e acessível a todos. Em outras palavras, o que Noddings sugere é que as

lembranças que guardamos dos cuidados recebidos, desde as mais longínquas até a mais recente, podem ser a chave para acessar a emoção que nos reúne.

A abordagem de Noddings sobre o acesso à matriz da memória de cuidado representa uma potencialidade de reunificação social, e, ao mesmo tempo, acende uma luz amarela, que significa atenção. Nas sociedades permeadas por intensa exclusão, a matriz que guarda as lembranças de cuidado pode se tornar, a cada dia, mais difícil de ser acessada.

Nessa linha de raciocínio, verifica-se que quanto mais cedo uma criança experimenta a rejeição, mais exposta ao perigo ela se encontrará. A própria forma de nascer constitui um risco. Segundo Michel Odent (2002:39), os problemas mais urgentes que a humanidade precisa encarar estão relacionados aos cuidados dispensados à mãe e ao bebê no processo de parturição, os quais fomentam os diferentes aspectos relativos à capacidade de amar. Para o autor, “a cientificação do amor precisa ser reconhecida como um aspecto vital da revolução científica da **era pós-moderna**” [grifo da autora].

Essas idéias são particularmente importantes, pois implicam que a responsabilidade ética faz referência ao estabelecimento de uma importante e recíproca relação entre o *eu* e o *outro*, que se ancora na intersubjetividade dos envolvidos na ação de cuidar. Esse aspecto é ratificado por Nel Noddings, quando diz: “é claro que o objeto do cuidado depende da cuidadora, mas a cuidadora também é estranhamente dependente do seu objeto do cuidado” (NODDINGS, 2003:69).

Heidegger (1995), Collière (2003), Boff (2004; 2005), Maturana (2001; 2005) e Morin (2005) afirmam que a base fundante do humano é o cuidado traduzido pelo amor e pela ética. Isso porque “o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz; eis a característica singular do ser humano” (BOFF, 2004:35).

Maturana é radical ao afirmar que

destacar o amor como fundamento biológico social, bem como as implicações éticas dessa dinâmica, seria desconhecer tudo o que nossa história de seres vivos de mais de três milhões e meio de anos nos diz e nos legou. Não prestar atenção ao fato que todo conhecer é um fazer, não perceber a identidade entre ação e conhecimento, não ver que todo ato humano, ao construir um mundo na linguagem, tem um caráter ético porque ocorre no domínio social – tudo isso é igual a não permitir-se ver que as maçãs caem para baixo (MATURANA, 2001:270).

As palavras de Maturana, corroboradas pelos outros autores, apontam que a nossa biologia humana implica viver de cuidado e para o cuidado, o que envolve uma dinâmica de reconhecimento do outro como legítimo.

Com base na biologia do amor, Maturana (2004) argumenta que, submersa na cultura patriarcal, a cultura matrística¹⁴ resiste aqui e ali, e sobrevive submersa em bolsões culturais até os nossos dias nas áreas rurais. Afirma, ainda, que essa relação está, em especial, oculta nos cuidados entre as mulheres e vem à tona na intimidade das interações mãe-filho, até o momento em que a criança entra na vida adulta, e o emocional patriarcal vai imperar em sua plenitude na vida do ser humano. Residiria nas lembranças de uma cultura matrística a matriz do *homo conviviallis*, ou as lembranças de cuidado a que se refere Noddings? Como se pode resgatar a episteme da relação de afeto no cuidado do humano?

Onde reside um ponto de apoio para confrontar no concreto do cotidiano do senso comum a lógica da monocultura do saber? Tudo indica que a resposta tende ao domínio do cuidado humano, baseado nas relações humanas permeadas pelo afeto, pela presença genuína, por estar com o outro e se importar com ele.

O cuidado não é hoje uma questão de sobrevivência apenas para as classes não-hegemônicas. O cuidado aqui serve de crítica ao conhecimento da ciência moderna que se despede e, ao mesmo tempo, de princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade para a era que se anuncia (BOFF, 2004). Assim, o cuidado apresenta um sentido de urgência, no momento crítico em que se encontra a nossa civilização; é condição de sobrevivência, não de um indivíduo, de uma comunidade ou de uma sociedade, mas de um planeta. Se a Terra não sobreviver, a espécie humana desaparecerá com ela.

Alan Touraine sugere que o único modelo cultural capaz de oferecer algo de novo à vida do Ocidente, agora quase totalmente globalizado, é o que se opõe à polarização da modernidade, um movimento inverso, “o da recomposição e da recombinação dos elementos que haviam sido separados para que um dominasse o outro” (TOURAINÉ, 2006:214).

O autor sugere, ainda, que são as mulheres que sustentam e conduzem as transformações culturais em nossa sociedade. Destaca que, diferentemente dos homens, que impõem constantemente opções obrigatórias entre um ou outro, elas pensam e agem em termos ambivalentes, que permitem combinar, e não obrigam à escolha polarizada.

Nessa linha de raciocínio, pode-se dizer que o antigo mundo da ciência moderna obrigava uma escolha entre o saber do senso comum e o saber da ciência, entre o modo de cuidar formal e o modo de cuidar informal. É aconselhável que em tempos de transição, se

¹⁴A expressão matrística faz referência a uma cultura em que homens e mulheres podem participar de um modo de vida centrado em uma cooperação não-hierárquica. Tal ocorre precisamente porque a figura feminina representa a consciência não-hierárquica do mundo natural a que nós, seres humanos, pertencemos. Uma relação de confiança, e não de controle e autoridade. A palavra matrística é o contrário de matriarcal (MATURANA, 2004: 25).

possa recompor e recombinar os elementos que antes separavam a episteme das relações (saber do senso comum) da episteme da separação (saber científico).

O cuidado, então, pode resgatar suas origens de colaboração, de parceria da sociedade matrística. Parafraseando Noddings (2003:11), é hora de a sociedade moderna, que sempre ouviu a voz do pai, abrir espaço para que se pronuncie a voz “da mãe [que] tem estado silenciosa”. A voz do pai é a voz do modo de cuidar científico. A voz da mãe é a voz do modo de cuidar do senso comum, das relações interpessoais, do afeto.

No cuidado do futuro, é preciso que se manifestem os afetos, a argumentação e a negociação entre as diferentes racionalidades que constituem os saberes formal e informal, permeados pela episteme das relações de afeto e do respeito.

Nesse enfoque, discurso e prática precisam ser radicais, e repito: **todo modo de cuidar precisa ser permeado pela episteme das relações de afeto, e, sobretudo, de respeito**. Este ponto é ratificado pela fala de uma das parteiras entrevistadas. Disse ela, quando questionada sobre a possibilidade de articulação do seu modo de cuidar ao modo de cuidar formal: “no hospital, mas com a condução do parto, como fazem as parteiras” – (P-4).

O paradigma da ciência moderna parece ter cometido um grande engano ao considerar o ser humano adulto como um produto acabado. Essa idéia tem dificultado qualquer possibilidade da saída criativa para os inúmeros problemas que assolam a humanidade em nossos dias. A alegria presente no afeto do cuidado matrístico foi substituída pela seriedade do cuidado patriarcal. Mas no interior dos humanos de qualquer idade residem criancinhas que necessitam de cuidado amoroso.

Como se pode aqui verificar, não há espaço para a lógica do desenvolvimento que se faz pela carência, por guerras, fome, sofrimento de toda ordem e pela agonia planetária. Danah Zohar propõe uma alternativa ao discurso do desenvolvimento pelas premissas dadas pela abordagem da evolução¹⁵. Nesse sentido, ela recomenda que a jornada evolutiva da humanidade não perca de vista o compromisso com o futuro, que se traduz como um compromisso com a diversidade, uma vez que “a evolução se alimenta de diversidade, precisa dela. Essa necessidade é a razão suprema universal por que cada um de nós e as sociedades em que vivemos precisam *do outro* e de sua alteridade” e **de cuidado** (ZOHAR, 2000:398, grifos e inserção da autora).

¹⁵ Segundo a autora, qualquer que seja o nível de realidade, a evolução alimenta-se da variedade. “Não pode existir sem variação, sem pluralidade [...] a evolução social requer que os pontos de vista, as idéias, os estilos de vida e as tradições diferentes se recombinaem (se ressintetizem) em todos emergentes maiores e mais complexos” (ZOHAR, 2000:344).

Nesse contexto, é preciso redesenhar a matriz do conhecimento que ancora a formação do saber formal na saúde; é preciso pensar como na técnica da bricolagem, onde o antigo e o novo podem se juntar para produzir uma outra expressão artística. Não se pode deitar no lixo da história o saber da ciência moderna. De forma análoga, não se pode deixar silenciado o saber do senso comum, que permite a expressão do que há de melhor no ser humano, a sua essência amorosa.

Nessa construção, não há fórmulas. Esse saber se constrói à medida que se pensa e repensa a partir da episteme da relação interpessoal amorosa. Essa dinâmica centra-se na incerteza, e não no controle. Osho diz que “um homem de verdadeira inteligência sempre hesita porque ele não tem nenhum dogma no qual se arrimar, se apoiar. Ele tem que olhar e responder”¹⁶. É esse o desafio da episteme do afeto, que deve ancorar o cuidado em tempos de transição. Da ausência, da inexistencialidade do modo de cuidar do senso comum, emergem as potencialidades do cuidado de futuro.

Algumas iniciativas já privilegiam esse tipo de abordagem, como a Política de Re-humanização da Assistência em Saúde, os grupos de apoio social (a exemplo do movimento da Terapia Comunitária), as atividades realizadas no âmbito da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde – ANEPS, da Rede de Educação Popular e Saúde (articulação de profissionais de saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais que acreditam na centralidade da Educação Popular como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa). Aí se incluem também os movimentos sociais de mulheres, dos indígenas, dos negros, dos trabalhadores sem terra, do movimento de agricultura familiar, dos movimentos pela paz, do orçamento participativo e outros. Todas essas são iniciativas que ocupam, ainda, a margem social, por isso estão muito mais próximas das fronteiras, dos limites que do território em si. Entretanto, lentamente elas se fazem presentes e se fazem ouvir.

Com relação específica ao parto, destacam-se: a Rede Nacional de Parteiras, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), O Cais do Parto, a Rede Nacional de Parteiras, dentre outros. Todas essas iniciativas são compostas por diferentes agentes e, por conseguinte, diferentes visões de mundo. Assim, no cotidiano, as pessoas estão passíveis de vivenciar discussões acirradas, onde cada um busca apresentar seu ponto de vista. A proximidade das relações e a livre expressão dos afetos é a senha para que cada um, “sem

¹⁶ Folder de divulgação de curso baseado no pensamento de Osho.

medo de ser feliz”, defenda sem omissão o seu ponto de vista. E é exatamente aí que reside a riqueza desse tipo de construção; esse é o desafio da Tradução.

Todavia, pode-se dizer que é também no calor dessa riqueza de conexões, polissêmicas e polifônicas, que se encontram as possibilidades da tradução. O importante, como diz Santos (2005), é que as experiências da margem lentamente abrem o espaço-tempo para as possibilidades de identificação e credibilização do conhecimento social contra-hegemônico.

Para finalizar, concluo a busca empreendida neste estudo para demonstrar a necessidade de conciliação entre as maneiras de cuidar do conhecimento formal e informal, com uma breve história retirada do texto de Streck (2005):

Uma história haitiana relata que nas noites escuras o feiticeiro, Senhor da Palavra, desenterra um corpo previamente adormecido que, por meio de feitiçaria, é convertido em escravo e vende sua força de trabalho aos proprietários de terras da região. Torna-se um trabalhador sem consciência, disposto a obedecer a qualquer ordem sem resistir, sem argumentar, sem questionar, sem perguntar e sem organizar-se para sua defesa. No entanto, os moradores da região conhecem o antídoto e sabem também que a versão de que o escravo é um morto-vivo tomado pelo espírito de Mu-Ntu (a alma de um falecido) é falsa. As pessoas então pegam sal, o antídoto, e penetram nos jardins e plantações para aspergir o sal sobre o escravo, até que desperte, voltando a ser pessoa, humano, gente.

Assim como na lenda, o trabalhador do cuidado formal permaneceu por muito tempo enfeitado, vendendo a sua força de trabalho ao poder hegemônico. Sem consciência, estive durante longo tempo “disposto a obedecer a qualquer ordem sem resistir, sem argumentar, sem questionar, sem perguntar e sem se organizar para sua defesa”. Mas as parteiras, benzedoras e outros cuidadores do povo (senso comum) conhecem o antídoto para tal apatia. Clandestinamente, dia e noite penetram nas alamedas da vida, e vão aspergindo o antídoto do afeto genuíno; eles sabem que o cuidado formal resgatará a sua abordagem humana. O saber do senso comum/povo entende que uma combinação de esforços será capaz de transformar a realidade do cuidado formal estão dispostos a colaborar.

Ainda-Não se sabe qual será o final dessa história, pois ela está em construção. O cuidado formal deixará sua forma zumbi para se tornar humano? Só se sabe que nem tudo o que se enfrenta pode ser modificado; mas nada pode ser modificado até que se enfrente. A possibilidade do cuidado humano reside em encarar as formas de produção do des(cuidar) e sua potencialidade reside no abraço à diversidade humana. A episteme do afeto pelo outro faz

milagres, porque é sinônimo de humano, de ética e de amor. E, como diz o poeta, “o amor tem feito coisas que até mesmo Deus duvida”¹⁷.

¹⁷ Lins, Ivan. “Iluminados”. Álbum *Mãos*. Polygram, 1987.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. O; PACHECO, J. G.; GARCIA L. “Representações sociais da adolescência e práticas educativas dos adultos”. In: ALMEIDA, Angela et al. (org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**: estudos em representações sociais. Brasília: Editora da UnB, 2006. pp. 135-56.
- ALVES, R. **O que é religião**. São Paulo: Loyola, 2003.
- ATLAN, H.. “Será que a ciência cria valores? O bom, o verdadeiro e o poeta”. In: PASTERNAK, Guitta Pessis (ed.). **A ciência**: deus ou diabo? São Paulo: Editora da Unesp, 2001.
- AUGRÁS, M. “O corpo na matriz africana”. In: SILVA, José Marmo (org). **Religiões afro-brasileiras e saúde**. São Luís: Centro de Cultura Negra do Maranhão, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. “Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde”. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 6, nº. 1. Rio de Janeiro, 2001.
- _____. “Cuidado e reconstrução das práticas de saúde”. In: MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA JR., Carlos (orgs.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. pp. 91-106.
- BARRETO, R. & MOREIRA, J. A. E. “A difícil tarefa de ser”. In: BARRETO, R. (org.) & MOREIRA, J. A. E (ed.). **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Editora da UFC, 2001.
- BARBAUT, J. **O nascimento através dos tempos e dos povos**. Lisboa: Terramar, 1990.
- BARROS, M. N. A. **As deusas, as bruxas e a igreja**: séculos de perseguição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2001.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Trad. de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- BIZZOCCHI, A. **Anatomia e cultura**: uma nova visão sobre ciência, arte, religião, esporte e técnica. São Paulo: Palas Athena, 2003.
- BLOCH, E. **O princípio da esperança**. Rio de Janeiro: UERJ/Contraponto; 2005.
- BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível**: hospitalidade. Petrópolis: Vozes, 2005.
- _____. **Ethos mundial**: um consenso mínimo entre humanos. Brasília: Letraviva, 2000.
- _____. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BORGES, M. S. **Mel com fel**: representações sociais da Enfermagem e suas implicações para a cidadania. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2000.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. In: SUS H, editor: Ministério da Saúde; 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **SINASC**. 2004.
- BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Moraes, 1987.
- BOYKIN, A. & SCHOENHOFER, S. **Nursing as caring**: a model for transformations practice. New York: NLN Press, 1993.

BRICHE, G. **Chronique hospitalière d'un loup, pour un nouveau malade**. Édité par Gérard Briche, 1979.

CANELLA, P. & MALDONADO, M. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichamann & Affonso Ed., 2003.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1998. v. 4.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CASTEL. R. Da indignação à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (org.). **Saúde e loucura**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

COLLIÈRE, F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2. ed. Porto-Coimbra: Lidel, 1999.

_____. **Cuidar**: a primeira arte da vida. 2. ed. Loures: Lusociência, 2003.

DA MATTA, Roberto. **A casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro, 1997.

DAHLKE, R. & DETHLEFSEN, T. **A doença como caminho**. São Paulo: Cultrix, 1992.

DAVIS-FLOYD, R. E. **Birth as an American rite of passage**. California: University of California Press, 1992.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

DI BIASE F. & ROCHA. M. **Ciência, espiritualidade e cura**: psicologia transpessoal e ciências holísticas. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

DINIZ, D.. “Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças”. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, nº. 8. Rio de Janeiro 2006. pp. 109-18.

DOOL JR., W. E. **Currículo**: uma perspectiva pós-moderna. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DOSSEY, L.. **Espaço, tempo e medicina**. São Paulo: Cultrix, 2000.

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1966.

DURKEIM. E. “Sociologia da religião e teoria do conhecimento”. In: _____. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1984. pp.147-60.

FARR, R. “Teoria e método no estudo das representações sociais”. In: BREAKWELL, G. M. & CANTER, D. V. (org.). **Empirical approaches to Social Representations**. Trad. de S. C. Dumont et al. Oxford: Clarendon Press, 1993. pp.15-38.

FIORETTI, B.. “Em defesa das parteiras”. **Jornal do Brasil**. 14/05/2005. Disponível em jbonline.terra.com.br/extra/2005/10/24/e24101693a.html, acessado em 14/05/2005.

FLICK, V. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. de Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Org e trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O nascimento da clínica**. Trad. de Roberto Machado, 4. ed. Rio de Janeiro. Forense, 1994.

- FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e a ética das ciências. São Paulo: Unesp, 1995.
- FUKUYAMA, F. **Nosso futuro pós-humano**: conseqüências da revolução da biotecnologia. Trad. de Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.
- GEERTZ, C. **The interpretations of cultures**. New York: Basic Books, 1973.
- GENNEP, A. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 1980.
- GIDDENS, A. **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
- Good, B. J. and. Good, M. D. The meaning of symptoms: a cultural hermetic model for clinical practice. In: **the relevance of Social for medicine**. p 165- 196. Reidel, 1981.
- GOLEMAN, D. **Emoções que curam**: conversa com o Dalai Lama sobre mente aberta, emoções e saúde. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- GRIBOSKI, R. **Humanização do parto à luz da bioética: percepções de mulheres e profissionais de saúde**. 127 f Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2000.
- GUIMELLI, C. “Transformações das representações sociais: novas práticas e esquemas cognitivos de base”. In: **Structure et transformations des representations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994. pp.171-98.
- HACKING, I. **Múltiplas personalidades e as ciências da memória**. Rio de Janeiro: José Olimpio, 2000.
- HAWKING, S. **Uma breve história do tempo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.
- HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1993.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HESBEEN, Walter. **Cuidar no hospital**: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000.
- HESSEN, J. **Teoria do conhecimento**. Trad. de João Vergílio Cuter. 2. ed. São Paulo: Martins Pena, 2003.
- HONORÉ. B. **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures: ed. Lusociências, 2004.
- JODELET, Denise. “Representações sociais: um domínio em expansão”. Trad. de Tarso Bonilha Mazzotti. In: _____. **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. pp. 32-61.
- _____. “Presença da cultura no campo da saúde”. In: ALMEIDA, Ângela et al. **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**: estudos em representações sociais. Brasília: Editora da UnB, 2006.
- JUNG, Carl. **Memórias, sonhos e reflexões**. Trad. de Dora Ferreira da Silva. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1963.
- KLEINMAM, Arthur. “Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry”. **Comparative studies of health systems and medical care**, nº. 3. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.
- LANGNEY et al. **A mais bela história do homem**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LEAVITT, J. W. “The medicalization of the childbirth in the Twentieth Century”. **Trans. Stud. College Pshy**, v. 11, nº 4. Philadelphia, 1989.

LEININGER, M. **Culture care, diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practice. New York: John Wiley, 1978.

LELOUP, Jean-Yves et al. **Espírito na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEOPARDI, M. **Teoria e método**. Florianópolis: Soldassoft, 2006.

LIMA, N. A. “Valores sociais e atividades científicas: um retorno a agenda de Robert Merton”. In: PORTOCARRERO, Vera (ed.). **Filosofia, história e sociologia das ciências**: abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

LOURO, G. “Nas redes do conceito de gênero”. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V. R. (orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LUZ, M. “Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje”: In: PINHEIRO & MATTOS (org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

MACHADO, F; PINHEIRO, Roseni & GUIZARDI, F.. “As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde”. In: **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MADEIRA, M. C. “Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação”. In: PAREDES, A. S. (org). **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. pp.123-44.

MAGRO, C.. “Valor de fato”. In: GIRARDI, Sábado & VAITSMAN, Jeni (orgs). **A ciência e seus impasses**: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

MANNHEIM, K. **Ideologia e utopia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

MATTOS, R. “Cuidado prudente para uma vida decente”. In: _____ & PINHEIRO, Roseni. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MATURANA, H. **De máquinas a seres vivos**: autopoiese – a organização do vivo. Trad. de Juan Acuña Llrens. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____ & VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. Trad. de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Pala Athenas, 2001.

_____ ; GRACIANO, M & VAZ, N. (org). **Ontologia da realidade**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1997.

_____. **O amar e brincar**: fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia. Trad. de H. Mariotti e L. Diskin. São Paulo: Pala Athenas, 2004.

_____. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**: esboço de uma teoria geral da magia. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Happer Perennial, 1971.

- MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.
- MIRANDA, C. F. & MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.
- MONTICELLI, M. "Rituais de vida e de cuidado com o nascimento e parto". In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva & SILVA, Maria Regina da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Paraná: EDUEM, 2004.
- MONTIEL, E. "A nova era simbólica: a diversidade cultural na área da globalização". In: Sidekum, A (org). **Alteridade e multiculturalismo**. Ijuí: Editora da Unijuí, 2003.
- MORAES, R. **Ecologia da mente**. Campinas: Psy, 1993.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
- _____. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- _____. **Educação e complexidade**: os sete saberes do futuro. São Paulo: Cortez, 2005.
- _____. "Para além da globalização e do desenvolvimento: sociedade mundo ou império mundo?". In: CARVALHO, E. A. & MENDONÇA, T. (org.). **Ensaio da complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 2003. pp.7-26.
- _____. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- _____. **O método 6**: ética. Trad. de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2005.
- MOSCOVICI, S. **L'ère des representations sociales**: L'etude des representations sociales. In: DOISE, W. & PALMONARI, A. (org.). Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1986. pp.34-80.
- MURARO, R. M. "Breve introdução histórica". In: KRAMER, H & SPRENGER, J. **O martelo das feiticeiras**. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Ventos; 1998. pp. 5-17.
- NARANJO, C. **Os nove tipos de personalidade**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.
- NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2000.
- NIETZSCHE, F. **Para além do bem e do mal**: prelúdio a uma filosofia do futuro. Trad. de Alex Martins. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005.
- NODDINGS, N. **O cuidado**: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. Trad. de Magda Lopes. São Leopoldo: Unisinos, 2003.
- ODENT, M. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002a.
- _____. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint German, 2002b.
- ORLANDI, P. & NOTO. Uso indevido de Benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**: 2005. nº.13. pp. 896-902.
- PERESON. Educar desde las culturas populares. **Cuadernos de Educación y Cultura**. Santa Fé de Bogotá: Dimenson Educativa, 1994.
- PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

- PINTO, B. M. “Vivências cotidianas de parteiras e ”experientes” do Tocantins”. **Revista de estudos feministas**. 2002. pp. 441-8.
- PORTOCARRERO, V. “Foucault: A história dos saberes e das práticas”. In: **Filosofia, História e Sociologia das Ciências**: abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- PRIORE, Mary Del. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2002.
- QUINTANA, A. **A ciência da benzedura**. São Paulo: EDUSC, 1999.
- RAMALHO Maria Irene. **Tolerância-Não**. Revista História das Idéias: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. 25: 147-155 p. 2004.
- RATTNER, B. & TRENCH, D. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: SENAC, 2005.
- REGO, Marisa & PALÁCIOS, Sergio. “A finitude humana e a saúde pública”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, nº. 8, ago. 2006. pp.1755-60.
- RIBEIRO, Aldry et al. **A homossexualidade masculina: vivências e significados**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- ROBERTS, J. M. **Breve história do mundo**: das origens até o mediterrâneo clássico. v. 1. Lisboa: Presença, 1996.
- ROSSMAN, M. L. **Intentionality and healing**. Advances, 1996.
- ROACH, S. M. S. **The human act of caring**: a blue print for the health. Ottawa: Canadian Hospital Association, 1993
- SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1996.
- SÁ, M. C. de. **O cuidado emocional em enfermagem**. São Paulo: Probel, 2001.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 4. ed. Porto: Afrontamento, 1998.
- _____. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- _____. **Um discurso sobre a ciência**. Porto: Afrontamento, 2003.
- _____. (org). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.
- _____. **Semear outras soluções**: os caminhos dos conhecimentos rivais. Porto: Afrontamento, 2004. v. 4.
- _____. “Do pós-moderno ao pós-colonial. E para além de um e de outro”. **Conferência de abertura do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, 2004.
- _____. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- _____. **O Fórum Social Mundial**: manual de uso. Porto: Afrontamento, 2005.
- SERAPIONI, M. “O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais”. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº. 10. 2005. pp. 243-55.
- SIDEKUM, A. “Alteridade e interculturalidade”. In: **Alteridade e multiculturalismo**. Ijuí: Unijuí, 2003. pp. 233-99.

SILVA, A. L. **Cuidado transdimensional**: um paradigma emergente. 177 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

SILVA, J. B. & MOREIRA, M. “Dificuldades de aplicação de uma teoria”. In: BARRETO, J. A. E. (org.), Moreira, R. V. O. (ed.). **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: UFC, 2001.

SOUZA, Heloísa Regina. **A arte de nascer em casa**: um olhar antropológico sobre a ética, e estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

STRECK, Danilo. “Encobrimentos e emergências pedagógicas na América Latina”. **Revista Lusófona de Educação**. 2005. pp. 55-66.

THEBAUD, Françoise. “A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras”. **Revista de estudos feministas**, nº. 2, v. 10. jul./dez. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>, acessado em 19/04/2006. pp. 415-26.

TUNNER, V. **O processo ritual**. Petrópolis: Vozes, 1974.

TOURAINE, Alain. **Um novo paradigma**: para compreender o mundo de hoje. Petrópolis: Vozes, 2006.

VALLA, Vicent & Alda LACERDA. “As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento”. In: **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

_____. “Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil”. In: **Críticas e Atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusociência, 2002.

_____. **Nursing**: human science and human care – a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1998.

WILBER, K. **Psicologia integral**: consciência, espírito, psicologia, terapia. Trad. de Newton R. Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 2000.

WILSON, E. **O futuro da vida**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

XAVIER, R. “Dos males às suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista”. In: **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

YUNES, E. “Poesis”. In: CARVALHO, E. A. & MENDONÇA, T. (org). **Ensaio da complexidade 2**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

ZOHAR, Danah. **O ser quântico**: uma visão revolucionária da natureza humana e da consciência baseada na nova física. Trad. de Maria Antonia Van Acker. São Paulo: Best Seller, 1990.

_____. **Sociedade quântica**: a promessa revolucionária de liberdade verdadeira. São Paulo: Best Seller, 2000.

ANEXOS

Anexo 1



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE DOUTORADO**

TÍTULO DA PESQUISA

AINDA NÃO: POTENCIALIDADES e POSSIBILIDADES DO CUIDADO HUMANO.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a participar de nossa pesquisa. Ela objetiva compreender como se constrói o conhecimento acerca do cuidado humano. Nosso objetivo principal é entender em que bases éticas esse conhecimento se dá e visa promover a integralidade do cuidado humano.

Para facilitar o registro das informações, solicitamos sua permissão para gravar as suas respostas. Esclarecemos que todas as suas respostas serão mantidas em segredo, bem como o seu nome, e, afirmamos ainda que, independente da sua resposta, não haverá nenhuma represália moral e/ou constrangimento pessoal para você.

Caso, o (a) Senhor (a) não concorde em colaborar conosco respondendo a esta pesquisa, em qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado em colaborar conosco, poderá voltar atrás em sua decisão, sem nenhum prejuízo.

Tendo ficado esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, assim como da confidencialidade de minhas respostas, bem como a garantia de manutenção de todos meus direitos, caso resolva não colaborar mais com esta pesquisa,

- Aceito participar do trabalho respondendo a entrevista.
 Não aceito participar do trabalho.

Pesquisadora _____

Entrevistado _____ Testemunha _____

Telefones e endereço da pesquisadora

**Moema da Silva Borges:
SQN 205 – bl. G, aptº 301 – Brasília-DF
3340-01-81 e 8133-8841**

NB: O Termo de Consentimento terá duas cópias. Uma ficará com o entrevistado e outra ficará em poder da pesquisadora.

Anexo 2

Pesquisa: **Ainda-Não: potencialidades e possibilidades do cuidado humano**

ENTREVISTA INDIVIDUAL

Entrevista N.º: _____

Data: ____/____/____ Entrevistadora: Moema da Silva Borges

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____
2. Onde você nasceu? Estado: _____ Cidade: _____
3. Qual a sua cor? Branca Preta Amarela Parda Indígena
Qual a sua religião? _____
4. Onde você mora atualmente? Estado: _____ Cidade: _____
5. Há quanto tempo você mora nessa cidade? _____ meses / anos (circular)
6. Qual a sua escolaridade?
7. Nunca estudou e não sabe ler
 Nunca estudou mas sabe ler
 Alfabetização de adultos
 Ensino fundamental completo
 Ensino fundamental incompleto
 Supletivo Fundamental
 Ensino médio completo
 Ensino médio incompleto
 Supletivo Médio
 Ensino superior completo
 Ensino superior incompleto
8. Qual a sua ocupação/trabalho? _____
9. Em relação ao seu trabalho:
 Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada
 Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada
 Empregado com carteira de trabalho assinada
 Empregado sem carteira de trabalho assinada
 Empregador
 Trabalha por conta própria
 Aprendiz ou estagiário sem remuneração
 Não remunerado em ajuda a membro do domicílio
 Trabalhador na produção para o próprio consumo
 Funcionário público em Regime Jurídico Único ou Militar
 Aposentado
 Desempregado
10. Qual o seu estado civil? solteira/o casada/o
 desquitada/o ou separada/o judicialmente divorciada/o
 viúva/o

Anexo 3

Roteiro para entrevista aberta

O significado do cuidado humano e sua prática na ótica de diferentes atores sociais

1- Perguntas gerais acerca da prática dos atores sociais

- a- Quando você está exercendo a sua ocupação, o que é que você faz?
- b- Como você se sente fazendo o que faz?
- c- Você gosta do que faz? Por quê?
- d- Como você chama isto que você faz? Dê detalhes.
- e- Para você o que significa cuidado?

2- Perguntas gerais sobre o envolvimento com a prática.

- a- Como você aprendeu a fazer o que faz?
- b- Qualquer pessoa pode fazer o que você faz? O que é preciso para isso?
- c- Você costuma ensinar sua prática a outras pessoas? Como?(se a resposta for não, por que não?)

3- Algumas questões sobre a construção da prática a partir da Auto-Ética

- a- Você costuma fazer um balanço geral acerca de suas atividades no final do dia? Por quê? Quando? Como?
- b- Quando você avalia que não fez o melhor que poderia ter feito em determinada situação, como você se sente? Fale sobre este aspecto.
- c- Você acha que seus atos influenciam a vida de outras pessoas? Por quê?
- d- Você tem dificuldade de cuidar de determinadas pessoas, ou de pessoas em determinadas situações? Fale sobre este aspecto.
- e- Você costuma se colocar no lugar de quem está cuidando? Por quê? Como?

4- Algumas questões acerca da possibilidade de tradução entre os saberes.

- a- Você considera o que você faz muito importante? Por quê?
- b- O que você faz é mais importante ou valioso do que o que outras pessoas fazem?
- c- Você acha que poderia fazer o que faz, em uma equipe com pessoas que pensam ou prestam o cuidado de forma diferente de você? Por exemplo: enfermeiras, médicos, benzedeiras e parteiras tradicionais. Explique melhor este aspecto. Por quê?
- e- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre o assunto que tratamos ou não tratamos?

OBS: A linguagem utilizada na entrevista será adaptada conforme as necessidades do sujeito de pesquisa.