

6A

Cuidados e Interculturalidade*

Arlette Meyer:

Enfermeira-puericultora.

*Parte da tese defendida na Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, orientada pelo Prof. Dr. Jean-Pierre Goubert, junho/ 2013, denominada PUÉRICULTURE ET SOCIÉTÉ: UNE ANALYSE COMPARÉE DE DEUX TEMPORALITÉ. LA FRANCE ET L'EQUATEUR(1970-2007). TRADUÇÃO: ELAINE PEDREIRA RABINOVICH.



BSTRACT RESUMO ABSTRACT RESUMO ABSTRACT

Resumo O artigo utiliza o exemplo da profissão de enfermeira-puericultora para ilustrar seu propósito de estudar os exercícios de uma profissão da área da saúde em dois países pertencentes a duas culturas distantes entre si, França e Equador. Para isto, realizou estudos de campo em duas épocas diferentes, anos 1970 e 2006. Na análise das observações de campo em 1972-73, em Guayaquil, Equador, o exercício da profissão de puericultora se revelou uma síntese dos ensinamentos herdados da medicina européia ao qual tinham vindo se integrar, recentemente, elementos da medicina tradicional da civilização Inca, transmitidos inter geracionalmente. Uma geração após, a contribuição dos ensinamentos norte-americanos estava acrescida aos demais. Este estudo constatar que um profissional de saúde considera os cuidados de modo em função de seu universo cultural de referência e de sua esfera social. Eis porque, além de sua especialidade como técnica e da relação individual cuidador-cuidado, sua formação, fazendo referência às ciências sociais e à antropologia, permite compreender as famílias e passar uma mensagem de prevenção. Este trabalho deseja contribuir para o desenvolvimento da profissão de puericultura, assim como ao reforço do diálogo entre áreas culturais diferentes.

Palavras Chave Profissões de Saúde; Saúde da Criança, Cuidados, Ensino, Interculturalidade.

Resumé L'article utilise l'exemple de la profession de infirmière-puéricultrice pour illustrer son propos d'étudier les exercices d'une profession de santé dans deux pays appartenant à deux aires culturelles éloignées, la France et l'Equateur, dans les années 1970 et 2006. Dans l'analyse des observations de terrain en 1972-73, à Guayaquil, Equateur, l'exercice de la profession de puéricultrice s'est révélé comme une synthèse des enseignements hérités de la médecine européenne à laquelle étaient venus s'intégrer assez récemment des éléments de la médecine traditionnelle de la civilisation Inca, transmis intergénérationnellement. Une génération après, en 2006, la contribution des enseignements de l'Amérique du Nord y étaient ajoutés aux autres. On a pu constater qu'un professionnel de santé considère des soins en fonction de l'univers culturel de référence et de la sphère sociale dans laquelle il agit. C'est pourquoi, en plus de sa spécialité de technicienne et de la relation individuelle soignant-soigné, sa formation en faisant référence aux sciences sociales et à l'anthropologie permet de comprendre les familles et de pouvoir passer un message de prévention pertinent. Ce travail veut apporter une contribution au développement de la profession de la puériculture, ainsi qu'au renforcement du dialogue entre aires culturelles différentes.

Mots Clés Professions de Santé, Santé de L'enfant, Soins, Enseignement, Interculturalité.



O objeto deste estudo é uma profissão de saúde referente à criança e à sua família, denominada, na França, puericultura³⁹. O exercício desta profissão é analisado em dois países muito diferentes – a França e o Equador - a partir da comparação de situações decorrentes de diferentes temporalidades (espaço-tempo) e de suas distintas sociedades.

De um lado, existe a especialização na França das enfermeiras nos cuidados às crianças pequenas (quatro anos além da obtenção do mestrado francês): a enfermeira-puericultora, cuja denominação faz referência ao período higienista do começo do século XX, assim como à sua polivalência médico-social, tornando-se atualmente uma clínica especializada em práticas avançadas. De outro lado, seu equivalente em um país da América do Sul, o Equador, - país andino cuja superfície é a metade da França, colonizado pelos espanhóis dos séculos XVI ao XIX -, que segue uma formação especializada diferente: a da enfermeira comunitária destinada aos centros de saúde e/ou a da enfermeira pediátrica orientada para o trabalho hospitalar.

A colocação em perspectiva destas profissões a partir da análise de seu exercício profissional referente à criança e à sua família nestes dois países, pertencentes a áreas culturais diversas, permite esboçar uma reflexão sobre a profissão e sobre os profissionais e abordar o clássico protocolo e a temática da interculturalidade. Tenta apreender a ponte, se não as pontes, lançadas entre duas culturas e duas sociedades distintas sendo beneficiadas pela abordagem médico-científica e, como objetivo, elaborar uma mensagem de saúde pertinente.

Com respeito ao dever ético de um profissional da saúde, o estudo do meio cultural é indispensável para melhor exercer suas práticas e para estar próximo às necessidades e expectativas da população. Isto é mais importante ainda quando se trata de crianças.

A dificuldade em atravessar uma fronteira mental, entre um “aqui” e um “além daqui”, em particular quando se trata de exercer uma profissão de saúde, foi reconhecida mais de uma vez como o provam os trabalhos realizados pela Dra Marie-Rose Moro (2004), que constata efetivamente, enquanto participante das equipes dos Médicos do Mundo, que

Arriscar-se a ir cuidar fora de seu ambiente não é confortável, fazê-lo observando as maneiras do outro, tolerando-os, quer dizer, respeitando as diferenças sem se deixar diminuir por elas ... uma posição interativa é aquela que desejamos defender, postura que manda conhecer os atores em seu ambiente e

³⁹A profissão de enfermeira-puericultora não existe no Brasil, assim como não existe no Equador, onde haveria enfermeira-pediátrica. Há cursos de puericultura no Brasil, como especializações dentro de faculdades de Medicina. (Nota da tradutora).



conhecer o próprio contexto (MORO, 2004, p. 23-24)⁴⁰

De modo semelhante, o trabalho de Hélène Stork (1986) está inscrito no prolongamento dos antigos trabalhos de Marcelle Geber (1998) em uma perspectiva intercultural. Segundo estes dois autores, a investigação cultural minuciosa se revela tanto mais necessária quanto as sociedades ditas tradicionais não são sempre tão homogêneas em seus costumes como parece em um primeiro olhar; e que estas sociedades estão submetidas a correntes de aculturação extremamente rápidas e poderosas que modificam seus costumes e as práticas de cuidados infantis. Para abordar sociedades às vezes muito diferentes em suas concepções, suas crenças e seu equilíbrio emocional, constatamos que convém se libertar tanto quanto possível de todo julgamento de valor, de preconceitos, de interpretações prematuras.

Sair da centralização inicial que cada um adota frequentemente em relação a seu próprio ponto de vista, abandonar a tendência mais usual do pensamento espontâneo de se acreditar o centro do mundo e de erigir em normas universais as regras ou os hábitos de sua própria conduta ou aquelas da cultura à qual se pertence. (STORK, 1986, p. 63-64)⁴¹.

As características principais da interculturalidade são evocadas por Marandon (2003) na seguinte definição:

A noção de interculturalidade, para ter seu pleno valor, deve, com efeito, ser estendida a toda situação de ruptura cultural – resultado, essencialmente, de diferenças de códigos e de significações – as diferenças em questão podendo estar ligadas a diversos tipos de pertencimento (etnia, nação, região, religião, gênero, geração, grupo social, organizacional, ocupacional, em particular). Há, portanto, uma situação intercultural quando as pessoas ou grupos em presença não partilham dos mesmos universos de significações e das mesmas formas de expressão destas significações, podendo

⁴⁰ Prendre le risque d'aller soigner hors de chez soi n'est pas confortable, le faire en observant les manières de l'autre, en les tolérant, c'est-à-dire en respectant les différences sans se laisser anéantir par elles ... une position interactive est celle que nous voulons défendre, posture qui commande d'apprendre des acteurs sur place, du contexte lui-même (MORO, 2004, p. 23-24).

⁴¹ Sortir de la centration initiale que chacun adopte le plus souvent par rapport à son point de vue propre, abandonner la tendance la plus courante de la pensée spontanée qui serait de se croire au centre du monde et d'ériger en normes universelles les règles ou les habitudes de sa propre conduite ou celles de la culture à laquelle on appartient. (STORK, 1986, p. 63-64).



estas diferenças constituírem um obstáculo à comunicação.⁴² (MARONDON, 2003, p. 20)

A propensão a generalizar para culturas muito diferentes as conclusões elaboradas nas sociedades ocidentais tem sido bastante criticada. A este respeito, as comparações interculturais confirmam a necessidade de levar em conta os contextos nos quais o desenvolvimento acontece; a percepção da cultura é subjetiva, não a vemos da mesma maneira se nela vivemos ou se a observamos. Assim, Lucie Caritoux (2008), puericultora, afirma:

Todo encontro intercultural é um encontro interpessoal no qual cada protagonista traz sua identidade cultural, mas também sua identidade pessoal. O diálogo entre as mães e as puericultoras é, sem dúvida, a melhor abordagem possível. (CARITOUX, 2008, p. 20)⁴³

Foi constatado também pela psicóloga Renée Attias (1997) que:

É se deixar tomar pela magia de uma viagem que nos conduz para outras margens, mas, sem parar, leva-nos em um movimento regular a nós mesmos, nossa história, nossa cultura. (ATTIAS, 1997, PAGE)⁴⁴

Nossas pesquisas realizadas no Equador (1970-2007) mostram a preocupação com o respeito aos costumes ancestrais ao introduzir os conhecimentos científicos ocidentais.

O Dr. Emiliano Crespo, médico equatoriano que, na sua volta à França (1930), julgou oportuno estabelecer uma relação entre a puericultura científica e a realidade das crenças presentes em seu país, prova que ele era, em sua época, o representante de uma cultura verdadeiramente mestiça.

Mais de sessenta anos depois (1992), um médico antropólogo francês, Didier Fassin, quando de um estudo de

⁴² La notion d'interculturalité, pour avoir sa pleine valeur, doit, en effet, être étendue à toute situation de rupture culturelle — résultant, essentiellement, de différences de codes et de significations —, les différences en jeu pouvant être liées à divers types d'appartenance (ethnie, nation, région, religion, genre, génération, groupe social, organisationnel, occupationnel, en particulier). Il y a donc situation interculturelle dès que les personnes ou les groupes en présence ne partagent pas les mêmes univers de significations et les mêmes formes d'expression de ces significations, ces écarts pouvant faire obstacle à la communication. (MARONDON, 2003, p. 20)

⁴³ Toute rencontre interculturelle est une rencontre interpersonnelle dans laquelle chaque protagoniste apporte son identité culturelle mais aussi son identité personnelle. Le dialogue entre les mères et les puericultrices est sans doute la meilleure des approches possibles. (CARITOUX, 2008, p. 21)

⁴⁴ C'est se laisser prendre par la magie d'un voyage qui nous conduit sur d'autres rives, mais sans cesse, nous ramène dans un mouvement régulier vers nous-même, notre histoire, notre culture. (ATTIAS, 1997, p.???)



campo no Equador, demonstra a importância de associar a prática de ensino da medicina moderna às exigências éticas de respeito aos valores tradicionais, depois de ter observado a ineficiência dos promotores de saúde quando da condução de ações precisas de saúde pública a fim de reduzir a prevalência da desnutrição infantil.

Metodologia da História Comparada

A metodologia da História Comparada permitiu identificar, através de uma análise das semelhanças e das divergências, um campo de exercício dedicado ao domínio da saúde da criança, assim como o papel de mediadora cultural, qual seja, intercultural, que tem de representar uma interventora profissional neste domínio. Interventora que não pode ser simplesmente uma executora, mas que deve ser responsável e autônoma: por seus pensamentos, seus gestos, suas palavras e seus atos. Deste modo, o problema da identidade pessoal e profissional fica proposto.

Para determinar a eficácia do trabalho profissional efetuado por uma enfermeira-puericultora francesa no Equador, a observação no campo foi praticada durante 18 meses, isto é, de uma população no seu meio de vida, seja familiar ou estranho/ estrangeiro. O contexto de uma vila na periferia de Guayaquil, - capital econômica do Equador e grande porto no oceano Pacífico -, é de interesse porque apresenta características particulares:

- Uma população migrante originária de todas as regiões do país, frequentemente separada de suas origens, vivendo em lugares onde o acaso a levou, reinventa uma sociedade que é qualificada como “tropical”. Esta população do litoral se compõe principalmente de mestiços: os Montuvios, cujo sangue é tanto indígena, negro e branco, assim como os Cholos que são ou indígenas que adotaram o modo de vida dos ocidentais ou mestiços indígenas-espanhóis. Os Montuvios são, no seu conjunto, camponeses e plantadores da costa. Eles se dedicam também à pesca. As crianças pequenas da costa são frequentemente denominadas «Cholitos».

- Dois grupos de indígenas subsistindo na época (1970) nesta zona costeira. São os Cayapas, estabelecidos às duas margens do rio do mesmo nome, e os Colorados que vivem normalmente na floresta tropical. Estes indígenas, frequentemente desprovidos de terra, vão para a costa a fim de ganhar sua vida. Eles não são protegidos e se tornam presa dos «cabeças» (contramestres) que abusam de seu serviço. Estes homens mal nutridos acabam por desenvolver, muitas vezes, tuberculose.



A fim de conduzir um processo satisfatório de resolução de problemas de cuidados ligados à higiene e à alimentação, foi indispensável mobilizar todos os fatores que entram em jogo nos processos de saúde e criar uma dinâmica de parceria com as famílias com outros profissionais a fim de atingir o objetivo desejado.

Esta prática suscitou questionamentos sobre a cultura, sobre a situação e costumes de saúde próprios a uma população mestiça, de maneira a definir modos de comunicação com ela. Tínhamos nós recursos:

- apenas ao saber normativo escolar de base científica?;
- ao conhecimento da população, de seus usos, de seus costumes, de sua história?;
- ou de trata de ambos ao mesmo tempo?

Trata-se de mobilizar os fatores que entram em jogo no processo de saúde e de conduzir uma ação para a resolução de problemas de cuidados. Uma dinâmica deve ser criada por um parceiro com as famílias, com os outros profissionais da saúde com a finalidade de uma melhoria sanitária, mas também de uma melhoria sócio-econômica satisfatória.

As metodologias de observação e de comunicação utilizadas

Desde 1970, os processos utilizados no campo estão dirigidos a um melhor conhecimento psicológico da criança e de seu ambiente.

- **O MÉTODO DE OBSERVAÇÃO**

A definição deste processo é, na origem, de inspiração científica⁴⁵. É um instrumento de conhecimento, um processo intelectual que permite deduzir, interpretar e analisar os comportamentos das crianças pequenas. Ao lado das práticas pediátricas e das transmissões médicas, as estruturas de acolhimento da infância e os cuidados hospitalares vão colocar em ação um dispositivo de observação emprestado dos protocolos behavioristas e da originalidade dos trabalhos de Emmi Pikler em Löczy⁴⁶, em 1946, mas também aos métodos de observação de Esther Bick⁴⁷, em 1948.

⁴⁵ Inspiração científica, herdada da medicina experimental (Claude Bernard).

⁴⁶ Emmi Pikler é uma pediatra húngara conhecida por seus trabalhos sobre as competências da criança pequena. Ela se dedicou, em 1946, a criar uma creche/berçário preservada das carências inerentes a este gênero de organização.

⁴⁷ Esther Bick, psicanalista polonesa, desenvolveu em 1948 um método de observação, instrumento de prevenção, de trabalho e de pesquisa. **L'Observation selon Esther Bick**, P. Delion. Paris: Erès, 2006. 288p.



A observação é concebida como um instrumento de conhecimento e de cuidado, segundo Négre (2001), desde quando se adquiriu a necessidade de fundar a ação sobre a compreensão da criança. O método está baseado na constituição de grades de observação onde figuram os diferentes temas que fazem parte da vida da criança. A coleta de dados relativos a cada uma das situações encontradas constitui uma possibilidade de questionamento quanto às suas próprias práticas profissionais. Ela permite ancorar a reflexão na realidade, enriquecer e identificar com mais justeza as respostas necessárias com respeito às diferentes categorias de necessidades que a análise evidencia.

- A ESCUTA ATENTA (EMPATIA) DOS PACIENTES:

Ela integra uma noção nova da saúde humana, em que o homem está em interação com o seu ambiente, ou seja, um ser biológico e social susceptível de agir e de satisfazer seus desejos e necessidade (catorze necessidades segundo Virginia Henderson⁴⁸) quando tem boa saúde. Desde então, o cuidador está lá para ajudá-lo em caso de problema a encontrar sua autonomia.

- IMPORTANCIA DA ESCRITA

O método analítico da escrita transcreve as instruções e permite a sua transmissão aos outros membros da equipe de cuidados.

Os modelos abordados se referem a uma abordagem holística da saúde e à utilização de um quadro conceitual. Eles constituem a base do exercício da enfermagem e da puericultura para realizar cuidados de tipo humanista e não apenas «organicistas e tecnicistas». Estas noções ampliadas de cuidado permitiriam uma abertura suficiente para o conhecimento e compreensão de uma população estrangeira a fim de estabelecer uma troca satisfatória e participativa no domínio da saúde?

O ambiente geográfico e sanitário

No presente caso, parece essencial partir de informações correspondentes aos seguintes aspectos: a história da região e, mais precisamente, da localidade; a repartição da população no espaço local; o acesso aos serviços públicos; os movimentos migratórios; as formas de expressão referentes às doenças das crianças, da morte, do corpo; as formas de solidariedade e os sistemas de valores e de referências; as práticas ligadas ao parto; os primeiros gestos ante a doença; os recursos alimentares.

⁴⁸ Virginia Henderson. Enfermeira americana, criou uma teoria relativa às 14 necessidades dos indivíduos, princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem, 1960. **Conseil International des infirmiers**, edição revista em 1969.



O método de intervenção na vila de San Pedro em 1971-72

Na vila de San Pedro (periferia ao sudoeste de Guayaquil), as reuniões e as visitas hebdomadárias refletem a preocupação médica de urgência do momento e o caráter novo e gratuito de um centro de saúde.

Difundido nestas populações, o sistema comunitário funciona. O nome de *Minga* é empregado, e significa tanto uma tomada de decisão comum como a da realização de um trabalho em comum como a construção de uma casa ou a instalação de uma rede de distribuição de água.

Nossa equipe de intervenção médica se compõe, então, unicamente de mulheres, cada uma de uma profissão distinta e de ministérios de referência diferentes. A colaboração com os habitantes do bairro nos permitiu ser acolhidos em uma sala comunitária.

Os temas abordados são os seguintes: as medidas de higiene em geral, adaptadas aos meios locais; os cuidados aos recém-nascidos; a coleta das águas da chuva (segundo as recomendações da OMS): os telhados destas casas são de telha ondulada; a ilustração dos regimes alimentares com os produtos locais.

A consulta médica atrai um grande número de mães com seus filhos. Sua assiduidade hebdomadária permite estabelecer a guia de acompanhamento de cada família.

O objetivo principal da consulta é claro: levar as crianças e suas mães a encontrar um melhor equilíbrio alimentar, mas também uma prevenção por meio da vacinação e sanitária.

Um método pessoal⁴⁹ foi colocado em prática:

- Uma escuta atenta às expressões, referente aos hábitos alimentares praticados na vila, segundo as idades das crianças (legumes, frutas, carnes de consumo corrente, modo de preparação).
- Uma referência a outra pessoa da população, que pode ser considerada como um «mediador», vai me permitir, de um lado, interpretar práticas locais estrangeiras em relação em relação às noções de dietética francesa e, de outro lado, transmitir noções de puericultura e também estabelecer um diálogo em torno de um assunto que suscita um vivo interesse.
- Este diálogo triangular permite uma distância suficiente e me dá, deste modo, a possibilidade de transcrever um máximo de informações que eu posso, a seguir, analisar e completar.

⁴⁹ Fonte: registros em cadernos de pesquisa pessoais do ano 1972.



➤ Uma observação e um conhecimento são assim instalados que permitem colocar em uso os meios de encontrar os alimentos em um perímetro o mais próximo possível.

Para apoiar nossas demonstrações, recorreremos à técnica educativa do «sócio drama»: isto é, amplificar sob forma teatral os erros de comportamentos feitos habitualmente e convidar o público a identificá-los e, assim, corrigi-los.

Esta ação, junto a esta população neste ambiente particular, conduziu-me à seguinte reflexão:

➤ Uma ação curativa ou preventiva deve ser necessariamente seguida de um amplo desenvolvimento ao nível da comunidade, seja educativo ou fazendo referência a uma problemática global da organização do espaço para um ambiente sadio.

➤ É assim que pode intervir uma dinâmica comunitária. O trabalho em saúde está, assim, na origem de uma melhoria das condições de vida e de estratégias com a finalidade de modificá-las. Sempre na mesma esperança de reduzir as causas da morbilidade infantil.

Se a observação permitiu apreender de uma maneira explícita os gestos, as atitudes, as palavras destas mães e cuidadores, foi-me mais difícil perceber o que estava implícito em seu sistema de valores, ditado pela religião ou pela cultura e evocados por inúmeros rituais. Não estaria aqui uma expressão da tomada de consciência dos limites de comunicação entre populações de origens diferentes? Assim, as práticas de outras culturas me fizeram refletir sobre minhas próprias práticas e a necessidade de uma pesquisa de sua história, donde a questão das formações profissionais e pessoais se colocou.

➤ As diferentes ações no campo, como a de San Pedro no Equador (1971-73), aqui analisada, mas também depois de viagens (expatriações) posteriores, como ao Brasil (2000-2003), ao Cameroun (1994-97), ao Gabão (1979-82), ao Sultanato de Oman (1984-86), foram todas fontes de interrogações e de reflexões para a puericultura expatriada:

➤ De um lado sobre questões concretas de saúde pública e comunitária;

➤ Mas também sobre a maneira de partilhar um ensino *a priori* pouco de acordo com os usos e práticas dos países.

➤ Depois, de volta à França, na escola do começo de minha formação, transmitir estas múltiplas experiências adquiridas.

Eis porque, além de sua especialidade de técnica e da relação individual *cuidadora-cuidado*, uma formação de cuidadora referindo-se às ciências sociais e à antropologia permite compreender as famílias e passar uma mensagem de prevenção pertinente. Admite-se que a puericultutura intervém



em uma ação que reagrupa tanto o aspecto preventivo quanto o aspecto curativo e contribui de modo bastante amplo ao desenvolvimento da criança em seu meio familiar e social. Donde sua abertura a diferentes modos de vida, seja:

- Reconhecer e analisar o meio de vida;
- Identificar a demanda prioritária de saúde de uma população;
- Propor pistas de ação com os recursos existentes;
- Indicar os elementos de avaliação.

Esta abordagem obriga todos os profissionais da saúde, donde certamente as puericultoras, a se perguntar sobre os diferentes fatores determinantes da saúde, assim como sobre seus principais indicadores e, devido a isto, entrar em contato com as populações não apenas pelo viés único da doença.

Esta orientação mostra que é importante saber explorar os recursos existentes em matéria de saúde pública, para sua eficácia a longo termo nos cuidados trazidos às crianças. Para fazer isto, as puericultoras devem realizar uma parceria com as famílias e outros profissionais, assim se cria uma dinâmica.

Neste momento, vou precisar novamente que, durante todo o processo (da iniciação à profissão e de seu exercício no campo), duas identidades – ao mesmo tempo profissional e pessoal – foram mobilizadas simultaneamente.

Farei agora referência a três categorias de ensino, categorias evocadas ao longo das formações profissionais, mas que fazem parte integrante de minha identidade pessoal, pois o tempo longo deixa em nós a marca de nossa profissão e vice versa: o «saber», o «saber fazer» e o «saber ser». Passarei em revista o que estas três categorias representam.

Seguindo uma tendência muito forte do pensamento médico contemporâneo, seria admitido representar o «saber» como uma verdade definitiva, dogmática, ainda mais que a influência de correntes anglo-saxoônicas (Canadá) está presente na minha formação, embora esta influência não seja dominante na nossa tradição francesa cartesiana. É o que os anglo-saxões chamam de «*evidence based medicine*», isto é, a medicina fundada em provas, que afasta toda crítica e toda criatividade pessoal: estamos, agora, em condições de se perguntar sobre o risco de condutas padronizadas. O «saber» de um cuidador não pode ter esta evidência por que os sintomas de uma doença podem se revestir de aspectos diferentes segundo o contexto. O exemplo da dor na criança é importante, porque, segundo as culturas, ela pode se exteriorizar violentamente ou ser reprimida.

No referente aos «**saber fazer**», penso que nossas tradições nos aproximam enormemente do que pude encontrar num país como o Equador: um «saber fazer» local, ancestral, observado, que me permitiu fazer um retorno à minha própria cultura e compreender a lógica de certos comportamentos e atitudes num contexto particular, mesmo se a decalagem era



absoluta com as práticas ensinadas então na França. Este processo está na origem deste trabalho de pesquisa e da importância do questionamento em todo ato de cuidado.

Quanto ao «saber ser», ele é facilitado pela observação social da família, ponto de ancoragem universal e uma empatia natural pela criança que permite perceber, fora de qualquer explicação, seu mal estar ou sua alegria. Um «saber ser» mostra uma atitude para se adaptar às mudanças, uma abertura de espírito.

Pessoalmente, estas mudanças sucessivas enquanto cuidadora e professora, me colocaram então as seguintes questões:

- Como conhecemos o que observamos?
- Falamos da natureza tal qual ela é, “a coisa em si” de Kant, ou falamos antes de nossas próprias sensações, de nossa própria subjetividade?

É o que nos apresentam nossos sentidos que é o objeto de nossa consciência, resultante, apesar de tudo, dos encontros com o mundo segundo leis bem precisas.

É importante evocar o *conceito de representação*. Etimologicamente, «*representare*» em latim é «tornar presente», compreender. Didier Houzel⁵⁰ aplica este conceito de representação a uma relação que nos interessa: à relação professor e a suas aplicações pedagógicas.

A representação que me fiz das observações, durante as experiências diretas no campo, aconteceu de duas maneiras: uma para compreender o que eu observava, a outra a fim de tornar possível e concreto minhas demonstrações (desejo de transmitir), depois uma segunda transmissão foi realizada dirigida aos estudantes na minha profissão de formadora.

Neste estágio de nossa reflexão, as questões colocadas se tornam:

- Como transmitir, em uma dinâmica de formação, elementos de sua experiência a fim de fazer evoluir uma profissão?
- Que se pode transmitir? E que é preciso transmitir?
- Um saber?
- Um saber-fazer?
- Uma história?
- Valores?
- Uma cultura que seja o ciclo no fim do qual o sujeito se conheça a si próprio?

Parece, ao fim de nosso processo no tempo de uma geração, que eu «naveguei» durante esta pesquisa em direção a

⁵⁰ Didier Houzel é psiquiatra e professor no curso de formação dos estudantes no Instituto de Puericultura de Paris.



uma dupla lógica da semelhança e da diferença: um sistema ocidental e moderno de cuidado, que cruzou o mundo mais tradicional sul-americano, ancorado nas raízes de uma cultura muito antiga.

Este encontro abre os olhos para a significação dos símbolos e nos aproximou, de uma maneira não esperada, de nossas próprias origens gregas e latinas.

No assunto estudado, a mediação entre duas culturas passa por um ponto de junção, no cruzamento da cosmogonia inca e confrontada à sua representação do mundo, da divinização das forças da natureza e do respeito humilde e escrupuloso das alternâncias das estações e das exigências dos elementos climáticos.

Encontramos, graças a um povo de «identidades plurais», que soube conservar seus costumes, seus ritos e seus mitos melhor do que o Ocidente – este saber esquecido da Terra e do Céu que nossa modernidade rejeitou. No fim de nosso estudo e à luz dos elementos colhidos no campo no Equador nos anos 1972-73, de um lado, e depois em 2007, deveríamos ser capazes de abordar de maneira mais esclarecida a questão da resolução do problema da mediação intercultural no caso que nos ocupa, ou seja, o de uma profissão de cuidadora junto às mães e crianças e sua evolução em um mundo multicultural.

Eis porque pensamos que os cuidados são a base da formação que designa antes de tudo o conjunto de questões que esta profissional tem o dever de se colocar, sendo dados em seus múltiplos papéis: prevenção, promoção da saúde e proteção da criança, educação para a saúde cuidado do corpo. Os cuidados constituem, numa primeira abordagem, um conjunto de gestos e de palavras, respondendo a valores e visando a sustentação, a ajuda, o acompanhamento de pessoas frágeis. Pode-se associar aos cuidados tarefas de aprendizagem e de educação (higiene, alimentação, prevenção) e as dimensões relacionais e emocionais do acompanhamento. Porque são encontro e presença, por seu caráter essencialmente relacional, eles se desdobram levantando questões de identidade, de reconhecimento e de alteridade. Os cuidados se estendem, assim, bem além desta dimensão de «saúde» à qual estiveram frequentemente ligados.

Como analisar as práticas de cuidados?

Em um primeiro momento, eu definirei o que cuidar pode significar, quando a enfermeira-puericultora encontra outras culturas. Com efeito, as representações mentais de tal ou tal doença nas diferentes etnias das populações encontradas são muito variáveis. Se elas não forem levadas em conta, o tratamento ou o cuidado arrisca ser inútil. A interpretação que as pessoas têm da doença, e os motivos que subentendem os recursos terapêuticos, ultrapassam amplamente o sistema



estritamente médico e colocam em jogo tanto o sistema de pensamento quanto o de representação do real que o cuidador tem de se aplicar em decodificar.

- Como se chega a pensar os cuidados e de que maneira?
- Em que a categoria cuidados permite a comparação entre diversas práticas e diversas sociedades?

Porque é bem evidente que os cuidados não se tornaram em todos os lugares, como no Ocidente, um conjunto distinto de atividades, um objeto específico de preocupações e de reflexões.

Assim, admite-se que a biomedicina poderia ser caracterizada pela separação entre a cura e o cuidado (*cure e care*), categorias que são muito marcadas na América do Norte (como pude observar durante muitos anos no Canadá), e que traduzimos respectivamente por tratamento e cuidados. Retenho agora a idéia de que não há uma separação precisa entre *cure e care*, mas antes medicinas variáveis segundo o contexto histórico, cultural, econômico ou técnico, do qual este contexto é um paradigma, uma instituição ou um meio cultural.

Parece-me evidente que as competências profissionais somente definidas pelos códigos ou normas são insuficientes. As marcas normativas e técnicas são apenas instrumentos delimitando um «espaço de liberdade» no qual uma troca é indispensável para elaborar um projeto de cuidado coerente.

A relação de cuidado deve ser considerada como uma realidade complexa onde interferem valores de caráter técnico, administrativo, econômico, jurídico, mas também cultural, religioso e moral.

O sentido de cada situação deve ser descoberta no equilíbrio entre estes diversos valores; para nós, puericultoras, é numa deliberação pluridisciplinar onde esta reflexão se efetua. Creio que a Cultura, no sentido mais amplo do termo, é um elemento constitutivo da identidade coletiva e da identidade individual: com efeito, confere aos indivíduos maneiras de pensar, de sentir, de se conduzir, de comunicar comuns, assim como o sentimento de pertencimento a um mesmo grupo e a uma mesma história.

Para a médica de saúde pública Myriam Le Sommer-Péré (2000), esta reflexão se refere a um modelo do qual se deve ter consciência porque ele condiciona nossa prática. Três tipos de modelos permitem analisar a prática de cuidar:

1. O modelo paternalista, relação cuidador /cuidado do último século. Ele regula uma relação de poder. Seu fundamento ético é o princípio de caridade (*bienfaisance*).
2. O modelo contratual, seu fundamento ético é a autonomia.
3. Retenho o 3º modelo, que é uma abordagem interpedagógica, e leva em conta a assimetria criada na relação pela crise na qual se encontra o paciente. Segundo esta abordagem, o



cuidador se empenha em uma dinâmica de ajustamento e de negociação entre todas as partes concernentes, portanto também dele próprio, avaliando as possibilidades e os limites próprios a cada uma delas. Este modelo se refere a uma idéia da vida como processo de crescimento contínuo no curso do qual nós estamos sem cessar em adaptação. Esta abordagem é dita pedagógica, porque o cuidador (a puericultora) se situa como um educador ou um formador que favorece, ao acompanhar, as potencialidades de uma pessoa, da criança, mas também da mãe ou da família cuja história é singular. Segundo esta abordagem, o cuidador tem, ele próprio, de evoluir, aceitar aprender com a pessoa cuidada e modificar seu olhar e sua prática no que se refere ao paciente.

Esta abordagem pedagógica se refere ao princípio fundamental enunciado por Kant: *«Aja de tal maneira que você trate a humanidade tão bem na tua pessoa como na pessoa de cada outro, sempre e ao mesmo tempo como um fim e jamais como um meio»*⁵¹

A reflexão sobre a evolução do pensamento enquanto cuidadora esclarece o horizonte quanto ao meu próprio pensamento a propósito da formação, primeiramente, depois do cuidado e da saúde aparecem como dimensões fundamentais de nossa existência.

Seria conveniente procurar qual a coerência entre o sentido que dou em pensamento ao cuidado e o sentido que lhe dou nas minhas práticas e, de modo mais amplo, em sua evolução no decorrer de uma história de vida? Donde a importância desta expressão: *«para uma prática portadora de sentido»*. Na prática, há uma relação entre o que ela produz, seu efeito e seu resultado e a maneira como ela é produzida: sua *poiesis* e sua *praxis*. Práticas portadoras de mudanças, caminho pessoal:

- A emergência de sentido a propósito de uma prática não é o sentido da própria prática. É o sentido dado pela pessoa que a exerce no caminho do sentido de sua existência, tentando apreender o sentido que dá à sua ação a pessoa que é o paciente, mãe e/ou criança. As práticas da enfermagem mudaram consideravelmente há 20 anos, elas se adaptaram a técnicas novas, em consequência, a responsabilidades maiores.
- É porque a enfermeira-puericultora se inscreve em uma perspectiva de trabalho portadora desta história de duplo sentido, a de sua identidade profissional em si própria e a de sua identidade pessoal, mesmo se as duas permanecem, em geral, escondidas. Entretanto, ela permanece insuficiente se a

⁵¹ *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen.* Kant



identidade da pessoa cuidada, a de sua inserção social e, mais ainda, de sua cultura, não for identificada pela cuidadora.

A análise de minhas observações no campo

Em 1972-73, em Guayaquil, o exercício da profissão de puericultora se revelou como uma síntese, frequentemente bem sucedida, dos ensinamentos de base herdados da medicina européia à qual vieram se integrar bastante recentemente elementos da medicina tradicional, transmitidos de boca a boca intergeracionalmente, da civilização Inca, conservado pelos mestiços da Costa equatoriana.

Uma geração mais tarde (quando da minha missão « retorno » de 2006), a contribuição dos ensinamentos, dos materiais e das práticas de saúde da América do Norte já havia se completado, sem colocar em questão, contudo, o estado dos lugares precedentes (anos 1970) quanto à prática da profissão de cuidadora de crianças.

A análise desta constatação foi facilitada pelo fato que tive a oportunidade de viver no Canadá britânico (Calgary, Alberta) e de aí cotejar profissionalmente os estabelecimentos pediátricos e/ou de puericultura norte-americanos. A observação e a prática profissional das mais modernas inovações deste decênio neste domínio profissional, frequentemente me esclareceram quanto ao que não estava ainda em vigor na França em 2000, mas que foram encontradas como práticas adotadas e conhecidas no Equador em 2006. Não seria, pois, exagerado dizer que o sistema de saúde equatoriano no século XXI começava, não apenas a conseguir integrar a tradição na modernidade, ensinando ao seu pessoal as técnicas e práticas herdadas da Europa, como também foi capaz, em certos domínios precisos, de ultrapassar o mestre, revelando-se capaz de adotar, algumas vezes, técnicas norte-americanas resultantes da pesquisa científica nos Estados Unidos e que a França não havia ainda desejado, em 2006, ou sabido, tornar suas no cotidiano de sua saúde pública, e na puericultura mais precisamente?

Uma transmissão pedagógica

Devemos reconhecer que as posições da puericultura contribuem de modo decisivo para estabelecer um vínculo entre a medicina curativa e a medicina preventiva no domínio materno-infantil, onde parece especialmente intensificar este elo, e a prevenção como estratégia de Saúde Pública a ser desenvolvida considerando a criança na sua globalidade física e psíquica (DOLTO, 1997). Conhecer a origem das práticas milenares é reconhecer que é a cultura que nos conduz a praticá-las e que o conhecimento médico pode nos ajudar a revisitá-las



por nós mesmos e para o recém-nascido. É impossível considerar a família e o recém-nascido como entidades distintas.

As escolhas adaptadas às condições sociais e econômicas do tempo-lugar permitem compreender os fundamentos históricos de nossas práticas de cuidados e ajudar a ver sua evolução, abrir para outras escolhas terapêuticas e permite transformar o desafio: a experiência como um valor de um especialista.

A pesquisa aprofundada pode fazer mudar as práticas, os modos de pensamento, assim como a reflexão ética é um processo que conduz a uma evolução dinâmica das funções e das responsabilidades.

A questão delicada da interculturalidade

No decorrer da análise comparada que conduzi entre a puericultura científica aprendida e praticada na França e confrontada nos anos 1970 ao mundo equatoriano mestiço da Costa, aos seus costumes, suas heranças da grande civilização Inca, análise seguida da medida, graças ao nosso retorno em 2007, da evolução deste país andino sobre a geração seguinte, tive a oportunidade de aprofundar as características principais da interculturalidade.

Atualmente, com a banalização do fenômeno da mundialização, tornou-se corrente ver as relações interculturais sob a forma de conflitos, como estabeleceu, em 1997, a tese principal de Samuel Huntington, o «*choque das civilizações*». Esta percepção é frequentemente encorajada pelos acontecimentos da atualidade. É muito tentador e fácil só reter o negativo das experiências pessoais difíceis vividas no contato com uma cultura diferente, e deste modo deixá-las corroborar uma versão negra do conceito que desejamos agora abordar de outro lado. Lado este muito mais exigente que é, ao contrário, portador de elementos positivos, saídos da diversidade cultural e provenientes da confrontação de duas culturas, cada cultura se enriquecendo no contato com a outra.

Trabalhando em San Pedro de Guayaquil em 1972, eu aprendi tanto sobre a cultura que não era a minha neste mundo mestiço quanto sobre a abordagem de um «saber» ocidental. A cultura da «Costa» do Equador induz a uma percepção particular dos parâmetros que influenciam o trabalho da Saúde cotidianamente: o tempo, o espaço, a função, o dinheiro, a eficácia, as prioridades, as relações, a autoridade, o valor da palavra oral ou escrita. Além disso, Guayaquil, por sua História e por seu povoamento, é uma megalópole muito mestiçada, e mesmo se for verdade que cada país e cada região apresentam uma cultura dita nacional, parece que esta cidade possui várias misturas em graus diversos. São, em verdade, várias culturas que se cruzam dentro de uma pessoa e constituem sua identidade



(cultura nacional, local, familiar, empresarial...), e Guayaquil, cidade mestiça, disto é um exemplo.

Fui sem medo nem *a priori* ao encontro destas mulheres, destas crianças, em um quadro profissional que eu conhecia certamente em seus aspectos gerais ditos universais, mas não em suas características culturais. Fui colocada em contato com minha própria visão do mundo da saúde com outra visão que, sem ser radicalmente diferente, apresentava, contudo, variantes, qual seja, aprofundando o assunto, elementos bem surpreendentes para uma visão muito européia.

No campo e com o tempo, aprendi que a aprendizagem do intercultural alia a escuta, a observação, a experimentação, a intuição e a confrontação consigo próprio. Sua aprendizagem pede um necessário desequilíbrio, experimentado até nos mal-entendidos, nos próprios conflitos, e finalmente, no questionamento dos próprios valores ou, no mínimo, em sua relativização.

A interculturalidade assim praticada e compreendida me deu a oportunidade de compreender e admitir que meus novos interlocutores não funcionavam segundo os mesmos marcos; a me fazer compreender por eles; a diminuir os choques culturais para preservar a eficácia no trabalho; a trazer para os meus interlocutores um olhar positivo e a conservar sua estima e sua confiança em todas as circunstâncias; a melhorar minha capacidade de adaptação a fim de ultrapassar as dificuldades não habituais no começo, aceitas a seguir; a de me abrir à nova cultura encontrada e à sua riqueza, à sua história; a cultivar no trabalho cotidiano um espírito de atenção, de confiança e de colaboração entre as culturas e entre as pessoas; e finalmente, de maneira surpreendente, no final de um fenômeno de idas e vindas, a aprender muito sobre minha própria cultura e sobre mim mesma.

A filosofia da interculturalidade que pratiquei em Guayaquil passava pela apreensão das diferenças como fonte de riqueza humana, frequentemente também pelo enriquecimento profissional. Se estas diferenças culturais quase sempre traziam dificuldades inicialmente, cada uma das culturas me propunha também suas soluções, em geral diferentes daquelas às quais eu estava habituada em meu meio de origem, o ocidental.

Desta experiência de diversidade cultural no meio profissional de saúde (mãe/criança), eu finalmente deparei os seguintes conceitos, que me parecem ser « invariantes » da interculturalidade positiva:

1. Toda pessoa deve saber e aceitar que, quando ela viajar, traz consigo seus valores, e que ela assume o risco de vê-los questionados duramente, no contato com o Outro,
2. A consideração das variáveis culturais (que variam de uma cultura a outra) permite ao ocidental melhor compreender sua própria cultura e compreender as dos outros países,



3. São estas variáveis culturais bem assimiladas que permitem perceber a ordem das prioridades na outra cultura.

Conclusão

A partir deste estudo, os sistemas centralizados de saúde e o intervencionismo médico mostraram seus limites e sua insuficiência para solucionar as exigências sanitárias nos setores populares. Parece indispensável, além disto, no caso, encontrar uma orientação na cosmogonia que implica a medicina tradicional e seus atores terapêuticos. Para transmitir a mensagem de saúde, esta deve, necessariamente, referir-se a um fundamento de tipo cultural.

O ensinamento dado por nossas observações parece orientar os cuidados para uma medicina moderna, conservando, contudo, a possibilidade de um recurso aos conhecimentos mais tradicionais. Assim, em certos centros de saúde e hospitais modernos as diferentes culturas indígenas são levadas em consideração. Por exemplo, as mães têm a escolha de realizar o parto segundo as posições tradicionais e podem ser acompanhadas por médicos e enfermeiras que têm uma formação em etimologia.

Uma escolha é possível, em diferentes países, no que se refere ao que o homem denomina « partos naturais », seja no domicílio, seja nos centros de parto, geralmente exercido por parteiras. É importante que esta escolha exista, desde que as práticas sejam realizadas com um máximo de segurança reservada a grávidas que não apresentam nenhuma patologia particular, o que impõe um acompanhamento regular.

Referências

ATTIAS, Renée. *Eveil culturel et petite enfance*, **Gazette de l'ACEPP** (Association des collectifs enfants parents professionnels), mar., p.1-19, 1997.

BICK, Esther. **L'observation selon Esther Bick**. P. Delion. Paris: Erès, 2006.

CARITOUX, Lucie. **Cahier de la puéricultrice**, mars n. 215, p. 19-21, 2008.

DOLTO, François. **La cause des enfants** Paris: Robert Laffont, 1997.

GEBER, Marcelle. **L'enfant africain dans un monde en changement**. Etude ethnographique. Paris: Presse Universitaire de France, 1998.

HENDERSON, Virginia. **Conseil International des infirmiers**, 1969.



HUNTINGTON, Samuel. **Le choc des civilisations**. Paris: Odile Jacob, 1997.

MARANDON, Gérard. Expériences pluriculturelles et pratiques professionnelles dans le travail social. **CIDOB**, Barcelona, n. 6, p. 20-25, 2003.

MORO, Marie-Rose. **Enfants d'ici venus d'ailleurs, naître et grandir en France**. Paris: La Découverte, Syros, 2004.

NEGRE, Pierre. Observation professionnelle : les questions de l'histoire, **Le journal des professionnels de l'Enfance**, n. 10, pages, 2001.

SOMMER-PERE, Myriam Le. Relation soignant-soigné : quels modèles de référence?, **Perspectives Soignantes**, n. 9, déc., p. 67-79, 2000.

STORK, Hélène. **Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant**, Paris: Païdos, Le centurion, 1986.