

El hospital como una “realidad clínica”: una comprensión a partir del encuentro entre las trabajadoras de Enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto¹

The hospital as a “clinical reality”: an understanding based on the interaction of nursing employees and families in a multiple-patient room in a maternity ward

Marisa Monticelli

Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora de pregrado y postgrado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Santa Catarina. Brasil.

Ingrid Elsen

Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora del programa de Magíster Profesionalizante en Salud de la Universidad del Valle de Itajaí/UNIVALI. Profesora Colaboradora del Programa de Postgrado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Santa Catarina. Brasil.

Resumen

Se presenta una investigación de naturaleza cualitativa que tuvo como objetivo conocer de qué manera las profesionales de Enfermería vinculadas al nacimiento de un niño perciben un servicio de alojamiento conjunto hospitalario como una realidad clínica, durante los procesos de admisión, de permanencia y alta de las familias. El soporte teórico estuvo fundamentado en la concepción de la realidad clínica según la perspectiva simbólica, a través de los estudios de la Antropología de la Salud, y en la concepción de la Maternidad como una “Institución Total”. La información se recogió mediante dos técnicas etnográficas: la observación participante y la entrevista etnográfica. Los sujetos del estudio fueron 19 trabajadoras de Enfermería y 42 miembros de las familias. El análisis de los datos fue construido sobre la base de la “etnoenfermería”. Los resultados señalan que, de manera general, la Enfermería concibe la realidad hospitalaria, casi exclusivamente dentro de los parámetros de la biomedicina y de las fronteras que separan al hospital de la calle. Esta concepción es identificada a partir de las normas, expedientes, rutinas y patrones de conducta que envuelven a estas familias, desde que entran al alojamiento conjunto hasta la salida. En contraposición, los datos también revelan que las trabajadoras de Enfermería promueven algunos puentes de resistencia a la hegemonía establecida, auxiliando así en la promoción de las acciones más solidarias y terapéuticas con las familias.

Palabras clave: Alojamiento conjunto, cuidado cultural, enfermería obstétrica, hospital.

Abstract

This study is a qualitative investigation which try to understand in what way nursing professionals involved with the birthing process perceive a multiple-patient hospital room as a clinical reality, during the processes of admission, stay, and release of the families. The theoretical support for this study was based in the conception of the clinical reality within a symbolic perspective, taken from the area of Anthropology in Health Care, and in the conception of the Maternity Ward as a “Total Institution”. Two ethnographical techniques were applied in the collection of the data, using participative observation as the principal source and ethnographic interviews as the complementary source of data. Nineteen (19) nursing employees and forty-two (42) family members were involved as the subjects of the study. The data analysis was constructed based upon “ethno-nursing”. The results point out that nursing generally conceives the hospital’s clinical reality, almost exclusively within the parameters of biomedicine and the separatist barriers within the hospital and the outside world. This conception is identified from norms, work shifts, routines, and patterns of conduct, all of which include the participation of the families from the moment they enter the multiple-patient room until they leave. In counterpoint, the data also reveal that nursing workers promote come small breaches in resistance to the established hegemony, facilitating the promotion of more unified and therapeutic interactions with the families.

Key words: Multiple-patient rooms, cultural care, obstetric nursing, hospital.

¹ Parte de la Tesis de Doctorado de la primera autora “Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto”, defendida em 2003, na Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC-Brasil.

Introducción

Los establecimientos sociales, y especialmente las instituciones hospitalarias, son organizaciones complejas que envuelven algunas veces poderes ocultos en la racionalidad organizacional que enriquecen los saberes y las prácticas de los profesionales. Teniendo en consideración la perspectiva de las diversas instituciones hospitalarias, ya sea en Brasil y en otras culturas diferentes latinoamericanas, las investigaciones en el área de la salud vienen demostrando, de manera general que esta racionalidad de saberes y de prácticas sintetiza la "visión médica" sobre dicho fenómeno.

Carapinheiro (1998) señala que el hospital no es solamente una institución crucial en los sistemas modernos de salud, simboliza igualmente el poder social de la profesión médica, representando así la institucionalización de los conocimientos médicos especializados. Al instituirse las 'cámaras vitales' de los hospitales, conforme dice Carapinheiro (1998), se estudia a los profesionales, pero también se estudia a los clientes o usuarios. A ambos se les revelan los contenidos de los saberes, sus referentes simbólicos y los sentidos de sus prácticas sociales, las cuales hacen posible comprenderlas, porque la realidad del hospital se compone de diversas realidades culturales. El hospital, cualquiera sea su especialidad o dominio de intervención, es considerado como una "realidad clínica", ya que engloba todo aquello que sucede en las interacciones entre los profesionales, los clientes y los procesos terapéuticos que ocurren dentro de las instituciones de la salud.

No obstante, aunque se conozca con algún grado de profundidad las interacciones que ocurren en los hospitales generales y especializados, la producción científica todavía es muy incipiente en lo que respecta a las prácticas y a los saberes que toman lugar en el seno de la Enfermería en relación con la clientela usuaria en los servicios de la salud. Específicamente, aún son pocos los estudios que auxilian en la comprensión de las maternidades concebidas como el "locus" hospitalario que, por excelencia, vislumbra la realidad clínica en relación al nacimiento de los seres humanos, uno de los procesos del ciclo vital evidentemente fisiológico, y que la biomedicina la llevó para dentro de la institución hospitalaria como realidades clínicas, o sea, como espacios simbólicos de interacciones, poderes y saberes envueltos en los procesos terapéuticos del cuidado de enfermería.

Frente a lo expuesto, es con ese propósito que el presente estudio fue delineado. Se cree que al comprender la red de símbolos y significados implícitos en las relaciones entre la Enfermería y las familias que buscan las maternidades para dar a luz, tendremos la oportunidad de reflexionar sobre esta realidad clínica y, al mismo tiempo, propondremos alternativas de superación de las relaciones asimétricas que tal vez la Enfermería de las maternidades mantiene con las familias.

Para perseguir este propósito desarrollamos el estudio, recortando la realidad a partir de un Alojamiento Conjunto (ahora denominado AC) de una institución de salud pública, por haber percibido anteriormente que en servicios como éste las prácticas y los saberes de la Enfermería y de las familias relacionados al nacimiento son un campo fértil de aproximaciones y desencuentros, desde que los usuarios ingresan a la institución hasta su regreso para casa. El objetivo de la investigación fue conocer cómo los profesionales de Enfermería relacionados con el nacimiento perciben una unidad de AC hospitalario como una realidad clínica, durante los procesos de admisión, permanencia y el alta de las familias.

El AC, en el Brasil, ha sido caracterizado oficialmente como un sistema hospitalario en donde el recién nacido sano, después del nacimiento, permanece al lado de la madre 24 horas por día, en un

mismo ambiente, hasta el alta hospitalaria, estimulándose así la participación del padre y de la familia. Este sistema se brinda bajo la orientación y la supervisión de un equipo multiprofesional, que incluyen a trabajadoras de Enfermería de nivel medio, médicos obstetras y neonatólogos, psicólogos, nutricionistas y asistentes sociales.

En esta investigación, al adoptar la perspectiva del AC como una realidad clínica, significa reconocer que los procesos terapéuticos del cuidado son fenómenos culturalmente construidos e interpretados y que, en este juego de reconocimiento, tanto la cultura profesional cuanto la cultura familiar, poseen espacios de articulación y de movimientos, aunque las rutinas y las reglas institucionales diseñen los contornos normativos de la asistencia.

Marco de referencia teórico

Los estudiosos del área de Antropología de la Salud han manifestado que las prácticas y los saberes ejercidos con finalidades terapéuticas son prácticas clínicas, y que por ser estas prácticas clínicas las formas de actuación que ahí se alojan son consideradas como constituyendo determinada *realidad cultural*, donde el poder profesional es dominante. Para esta situación Kleinman (1980) la denominó *realidad clínica*, un término usado para designar los contextos socialmente constituidos que influyen en los procesos terapéuticos y el cuidado clínico. Tal contexto es mediatizado por la realidad simbólica la cual incluye el lenguaje, los sistemas de significados, las normas y los poderes que se establecen en la vigencia del proceso terapéutico.

Igualmente, es necesario percibir este contexto como una construcción cultural, o sea, la manera de ver y de actuar engendrada en una confusa red de símbolos y significados que, en nuestra realidad, se sustenta en la racionalidad biomédica. Esta racionalidad posee determinada forma de relacionarse con su objeto, traducándose en un poder dominante en el área de la salud. Muchas veces los profesionales de esta área tienen dificultades para entender que su saber es un saber propio de esta racionalidad y que este también es un saber cultural, y no solamente un “saber popular”.

Al analizar el proceso mediante el cual la biomedicina construye su objeto, el antropólogo Byron Good argumenta que “la medicina formula el cuerpo y la enfermedad de una manera culturalmente distinta” (Good, 1997, p. 65), y que esto envuelve la construcción de un mundo diferente de experiencia.

En tanto en la formación profesional, por ejemplo, los principiantes aprenden que entrar en el mundo de la medicina –fuertemente centrado en el ambiente hospitalario– éste no se reduce sólo en aprender el lenguaje y la base del conocimiento biológico, sino también en aprender las prácticas fundamentales a través de las cuales los practicantes se comprometen y formulan la realidad de un estilo específicamente “médico”. En esta manera de enculturación, están incluidas las formas especializadas de percibir el cuerpo humano como un ‘cuerpo’ médico y como el lugar del ‘conocimiento’ médico. La educación médica autoriza las prácticas clínicas y sus objetos y, al mismo tiempo, “estas prácticas construyen los objetos de la atención médica y reproducen las relaciones de poder en las cuales ellas se encuentran situadas” (Good, 1997, p. 83).

En este contexto, la enfermedad es considerada como residiendo en un cuerpo individual y su historia es buscada a partir del proyecto médico, vale decir, sin la presencia del cliente, el cual es percibido como un ‘agente personalizado’, como alguien que vive el drama con sus visiones, creen-

cias, sentimientos, motivaciones y tiempos diferentes a aquellos del conocimiento y de las prácticas médicas (Wagner, 1997). Esto es particularmente importante, porque si tomamos en consideración el nacimiento visto como un proceso 'medicalizado' o 'a ser medicalizado', Good (1997) sustenta que, en algunas áreas, la condición objetiva del cuerpo ha servido de mucho a la medicina. Para otros procesos en que la medicina asiste –nacimientos o enfermedades crónicas, por ejemplo– la abstracción de un mundo de objetos físicos ha llevado a una forma racional más altamente distorsionada de la práctica clínica. Principalmente en ese lugar, dice el antropólogo, el conocimiento objetivo del cuerpo humano y de la enfermedad no es posible separarlo de la experiencia subjetiva.

Mattingly (1998) argumenta que esta racionalidad de saberes y prácticas también se refleja, de manera general e histórica, en la construcción de la cultura de las otras profesiones en el área de la salud. Aunque existan otros saberes y otras prácticas frecuentemente adoptadas en el desempeño y realización de las prácticas clínicas, "los valores médicos y la estructura autoritaria son poderosos y son, de cierta forma, internalizados por los terapeutas" (Mattingly, 1998, p. 148).

Atribuyéndose una "institución total", según la interpretación de Goffman (1999, p. 20), en el hospital "se desenvuelven dos mundos sociales y culturales diferentes, que caminan juntos con puntos de contacto oficial, con poca interpenetración". Como una organización compleja, la institución se diferencia por su carácter comprometido o totalizante, sintetizado en la barrera de su intercambio social con el mundo exterior.

Goffman (1999), en su estudio clásico sobre la condición social de los individuos en los hospitales psiquiátricos, cárceles y conventos, traza una minuciosa sociología de los aspectos formales de la vida institucional, donde las relaciones de poder traspasan desde el proceso de admisión, en donde se observan las formalidades de llegada o ingreso al hospital, y el sector de internamiento, el despojamiento de las ropas y sus valores personales, la otorgación de una cama y la obligación de ocuparla inmediatamente. Luego pasa por la 'fase de internado', en donde se observan situaciones de reclusión, cuyas modalidades "son explícita y minuciosamente reguladas", hasta el momento del alta institucional, cuando las acciones de rito manifiestan que el individuo ya puede ser "liberado" de las reglas y de las normas para ser entonces reconducido al 'ambiente de afuera'.

Por otra parte, los estudios del autor también revelan, en sus intersticios, algunos dominios informales en la vida de la "institución total", mostrando que los internados se valen de dispositivos conocidos como 'expedientes', 'zonas francas', 'territorios reservados', entre otros, cuyos propósitos son reveladores de prácticas 'clandestinas', compuestas no sólo de aquello que la institución oficialmente espera que ellos realicen en su cotidiano, sino también de aquello que no está reglamentado por la institución y que los individuos exploran para humanizar el ambiente y para preservar su 'yo individual' con miras a la imposición del 'yo institucional'. Según Carapinheiro (1998) y Boehs (2001), esto indica la importancia de la dimensión informal que ocurre en la organización hospitalaria, mostrando que este tipo de institución se organiza según sistemas múltiples de autoridad y de formas múltiples de poder, aunque el poder profesional sea el dominante.

Metodología

Se realizó una investigación cuyo abordaje fue la etnografía, adoptándose la observación participante como la técnica principal de recolección de datos y la entrevista etnográfica como una técnica

complementaria. Ambas técnicas siguieron las indicaciones señaladas por Leininger (1991), Geertz (2001) y Spradley (1979, 1980). El trabajo de campo fue desarrollado en una unidad colectiva de alojamiento conjunto de una maternidad pública del sur de Brasil, considerada como la 'realidad clínica' donde ocurre el cuidado posnatal inmediato. El período de recolección de datos se realizó entre marzo del 2001 y marzo del 2002. Los sujetos del estudio fueron 19 trabajadoras de Enfermería y 42 miembros de las familias, seleccionados como informantes-clave, de manera deliberada e intencionada, por tener más conocimiento sobre el asunto de investigación y porque contribuyeron de manera más eficaz para la obtención del rigor de la investigación. Las otras trabajadoras de la unidad, así como las demás familias que acudieron a la maternidad durante el período de trabajo de campo, fueron incluidas en la investigación como informantes generales, o sea, como participantes que comparativamente no tenían un conocimiento tan profundo sobre el tema; sin embargo, poseían un dominio general al respecto del mismo, participando; conforme señala Spradley (1980, p. 59), como "reflectores de la cultura", para ayudar a confirmar las ideas de los informantes-clave.

Durante el período de observación fueron focos de atención todas las actividades relacionadas con aquello que las trabajadoras y las familias decían y hacían en conjunto (en cuanto vivencia colectiva del cuidado en el alojamiento), sin descuidarse de estos mismos elementos en lo que respecta a las interacciones entre las profesionales de Enfermería, entre éstas y los otros profesionales del sector y lo que ocurría en el interior de cada familia, así como, en las relaciones interfamiliares. Los datos etnográficos que emergieron de la realidad clínica, tales como los símbolos y los significados expresados en las manifestaciones verbales y no verbales, fueron minuciosamente explorados en las 'descripciones densas' (Geertz, 2001), y registrados en un diario de campo. Optamos por la observación libre, sin la planificación de un itinerario 'a priori', aun cuando las observaciones se tornaron más focalizadas. Las anotaciones realizadas y las incesantes lecturas efectuadas antes de cada retorno al campo encaminaban los nuevos rumbos de cada nueva incursión al campo hasta el término de la investigación.

Las entrevistas complementarias fueron realizadas con los miembros de las familias y con las trabajadoras de Enfermería, siempre en el sentido de profundizar, pulir, perfeccionar o descartar las interpretaciones hechas por la investigadora durante el trabajo de observación. Estas entrevistas siempre fueron agendadas previamente con los informantes, respetando sus derechos, inclusive en relación a los horarios de inicio y de término, y en lo referente al indiscutible derecho de no participar.

El plano de organización y análisis de los datos se efectuó a partir del método de la "Etno-enfermería" propuesta por Leininger (1991), resumido por las siguientes etapas: recolección, descripción y documentación de los datos brutos; identificación de los descriptores y componentes; identificación de los padrones recurrentes, y la formulación de los hallazgos relevantes. Preocupaciones como el rigor científico del estudio estuvieron presentes en todas las etapas de la recolección y del análisis de los datos, utilizándose los criterios de credibilidad, confirmabilidad, saturación y de transferibilidad señalados por Leininger (1997).

En cuanto a los aspectos éticos, todas las actividades de investigación fueron dirigidas por los principios de la beneficencia, y no maleficencia, justicia y la autonomía, abordados en la Resolución Específica del Consejo Nacional de la Salud y los Principios del Código de Ética Profesional Brasileño. El proyecto de investigación obtuvo consentimiento formal de la institución hospitalaria donde

se desarrolló, además de haber sido sometida al parecer del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina y aprobado. La identificación de la institución fue resguardada, recibiendo el nombre ficticio de "Maternidad de la Luz", lo que ayudó a mantener la privacidad personal de los miembros del equipo y de las familias donde se obtuvo el consentimiento informado de todos los informantes.

Resultados y discusión

El alojamiento conjunto como un escenario cultural: "la casa"

El espacio físico y geográfico de la Maternidad de la Luz aparece inmerso a través de simbologías. En principio puede parecer extraño el lugar de trabajo por considerarse como una casa o un hogar. Existe la sensación inmediata de incongruencia, puesto que la casa es un 'nido' y, en una palabra, de acuerdo con Eliade (1992, p. 148), "simboliza el mundo familiar". Asimismo, es importante destacar que el acto de simbolizar, por sí solo, no significa abrirse al mundo utilitario e inmanente donde apenas determinada lógica regula las acciones y los comportamientos. Existen múltiples posibilidades interpretativas, como posteriormente apreciaremos.

En todos los rincones de la Maternidad de la Luz se percibe que la palabra "casa" es denominada por los profesionales como una referencia explícita a la institución en que éstos trabajan. Esto se observa de una manera casi unánime, independiente de los locales de actuación dentro del hospital. En ese caso, por ejemplo, es común escuchar que alguna trabajadora de Enfermería "está en la casa", cuando se indaga por su presencia; o tal vez cuando conversan entre sí, mismos, comentando: "*Oh María, ¿vio usted cómo la casa está llena? No hay lugar para nadie más*", lo que indica la necesidad de que estas personas deben de tornar un poco más 'privada' la institución 'pública' en que desarrollan sus actividades profesionales.

Esta perspectiva también es adoptada por los otros componentes del equipo de salud inclusive la gerencia, como el propio director de la institución, al manifestar con mucho ánimo sobre los "*nuevos proyectos que tenemos para la casa*", señalando: "*Aquí vamos a hacer un jardín para las madres y los empleados, aquí vamos a crear un espacio permanente para las mamás de los recién nacidos que necesitan quedar internados (...)*", en una clara referencia a tornar el espacio público un poco más 'privado' (parecido con los hogares) y de acogida.

Aunque la distancia entre tales conceptos no pareciese algo totalmente polarizado –puesto que deja escapar alguna capilaridad entre lo doméstico y lo institucional–, aun así existe una constante búsqueda por la localización de experiencias que se tornan suficientemente significativas para crear aquello que Velho (1999) denomina *la frontera simbólica*, algo que mapea una determinada red de significados y provee alguna 'identidad' al grupo de trabajadores de la Maternidad de la Luz: un grupo social (vale decir, una cultura) más o menos sistemática, aunque no necesariamente ajustada y armoniosa.

Haciendo un análisis un poco más profundo sobre los datos obtenidos estos revelan que "la casa", como frontera simbólica, posee dos amplios significados. Uno de ellos, ligado a la percepción de la institución como la gran madre para aquellos que vienen de afuera, pudiéndose denominar como "*la casa es de ellos*". Esta percepción de los empleados de la maternidad es bastante fuerte y es

común observar que ellos se esfuerzan para ayudar a promover la imagen de la gran madre para los usuarios. Es la visión que se prende al compromiso de solidaridad con las familias, para que éstas no se sientan como unas forasteras en la institución.

El segundo significado está más ligado eternamente al lugar de los “de adentro” (de los propios trabajadores). Se trata de la necesidad de hacer el encuadre de la institución, ‘domesticándola’. Una vez que ésta se domestica, se tiene un mayor conocimiento y poder sobre la cosa domesticada; en suma, el lugar pasa a ser dominado por quien es habitado todos los días. Atribuimos así, en este sentido, la expresión “*la casa es nuestra*”.

Se percibe que “*la casa es de ellos*” relacionándose al hecho de que la Maternidad de la Luz recibe familias que vivencian un ritual propio del ciclo vital, cuya ocurrencia anterior se presentaba en el contexto doméstico (privado) y ahora tiene lugar en el contexto público; tal vez sea por eso que este lugar precisa de ajustes, a fin de parecerse a un hogar de familia. Así, la mujer da a luz y el bebé nace, pero no ‘en la calle’ o expuesto al frío y distante del hospital, sino en un espacio que, aunque institucionalizado, posee un grupo de personas y de profesionales que lo recibe como si fuese la ‘gran madre’ o la ‘gran familia’.

Durante las observaciones sistemáticas, en muchos momentos fue posible percibir que las trabajadoras hacen asociaciones con la organización privada del hogar y la composición tradicional de la familia. El hecho de tener como lugar de trabajo un lugar donde nacen personas, la vida se renueva y las familias se expanden, ésta genera una asociación significativa con la propia similitud que la realidad abarca. En este sentido, las trabajadoras se sienten un poco responsables por ‘santificar’ este espacio, en tal sentido manifestado por Eliade (1992), (tornar familiar, particular, conocido), tornándolo semejante al mundo doméstico de donde las familias provienen y para donde tendrán que retornar. La alusión que hacen a los papeles sociales indica que, para ellas, la referencia simbólica “casa” también tiene el sentido de posibilitar otro pasaje (además de aquella del domicilio para el hospital) que es de orden ontológico; de un modo de ser (mujer, hombre, feto, recién nacido) para otro (madre, padre, hijo). Esta representación dice relación con las situaciones de condición humana ligadas a la vida y, particularmente, a su inicio, lo que por sí solo la inserta en el ámbito de lo sagrado.

En fin, se crea el sentido de “casa” para el lugar de trabajo, porque, como refieren DaMatta (1990) y Fonseca (1995), existe un valor más o menos común que nos remite a la noción de casa-familia-esfera privada (representando seguridad, lugar tradicional de la madre, padre, hijos) como siendo contrastante con la noción de hospital-institución-esfera pública (representando lo desconocido, lugar de pacientes y profesionales). Las trabajadoras sienten la necesidad de aproximar estos universos simbólicos.

Con relación a la frontera simbólica “*la casa es nuestra*”, sin embargo, el sentido se sustenta en otra dirección, o mejor, en otras dos direcciones. Una de ellas está más volcada a la “*casa es nuestra*”, como las posibilidades que las trabajadoras tienen de insertarse como sujetos de su propio trabajo y, otra que direcciona para el sentido de la apropiación del espacio, garantizando con esto la sustentación y la permanencia de la Maternidad como una “institución total”.

“La casa es nuestra”, en cuanto producción de subjetividades, surge de diversos ejemplos, como aquel en que una de las auxiliares de Enfermería, una mañana casi amaneciendo, y delante de nuestro espanto por encontrarla en la Maternidad por tercer día consecutivo, explica: “*Mi hermana tuvo que*

hacer una cesárea, pero como se hizo tarde yo acabé durmiendo aquí mismo en la casa". Tal vez las afirmaciones que incitan a los pares a la reproducción de las alianzas: "Gente, qué casa más desordenada... vamos a ordenar, ¿vamos? Y aún: "Aquí esta es nuestra segunda casa. La gente hace muchos amigos aquí adentro".

Según Lunardi Filho et al. (2001), la apropiación del espacio público como privado se constituye en relaciones de trabajo que crean la subjetividad del trabajador, su modo de ser moral. El espacio del lugar de trabajo es percibido entre las trabajadoras como el lugar en cual se establecen las relaciones intersubjetivas, las interacciones y la convivencia construidas entre sí, generándose sentimientos de amistad y camaradería. La manera de ser de las trabajadoras en la casa es reforzada por el pensamiento de los autores mencionados, donde se percibe el desplazamiento y no propiamente la sustitución del espacio de la convivencia familiar para el espacio del lugar de trabajo, "la forma como un segundo hogar, o sea, la apropiación por el trabajador del espacio público como un espacio privado" (Lunardi Filho et al., 2001, p. 94).

La otra dirección para "la casa es nuestra" aparece simbolizando el poder social de las profesiones de la salud, representando, como dice Carapinheiro (1998, p. 45), "la institucionalización de los conocimientos médicos especializados".

Tal representación se sustenta tanto en los dominios de las necesidades cotidianas de los instrumentos y las 'herramientas' de trabajo ("*la auxiliar Cassia informa a todos que es necesario economizar el alcohol en la casa*"), como en las relaciones de poder más macrocontextuales que se aproximan a la "institución total" referida por Goffman (1999).

Dentro de esta perspectiva, se puede decir que la Maternidad de la Luz promueve algunas estrategias para llevar a las mujeres púérperas y a sus familiares para que concuerden con las rutinas, las expectativas y las reglas hospitalarias, muchas veces a expensas de sus propios intereses. Esto queda demarcado tanto en la entrada de la institución, donde existe un gran letrero que indica el horario de visitas, así como las normas que precisan ser cumplidas para permanecer en el hospital: "*disculpe, pero ahora el señor precisa salir, porque son normas de la casa*" (portero) (*Extractos del Diario de Campo*). Fragmentos como éste muestran que existe una tendencia en operar de acuerdo con los intereses del hospital. Virtualmente las necesidades terapéuticas no son las necesidades expresadas por la clientela, sino aquellas que provienen de los intereses institucionales y, como dice Goffman (1999, p. 55), con un pequeño resquicio de ironía muchas veces esa organización "es traducida como beneficiosa o necesaria (como una) poderosa armonía, en la cual lo que es bueno para la profesión es bueno para el paciente". "La casa es nuestra", a partir de las normas creadas y mostradas, de cierta manera regula el 'encerramiento' (o su carácter total) de la institución con el mundo externo. Las normas son "la barrera que las instituciones totales colocan entre el internado y el mundo externo y que marcan la primera mutilación del yo" (Goffman, 1999, p. 24).

Se puede también adicionar la "casa es nuestra" a otro sentido que la refuerza. Este se relaciona fuertemente con el sentimiento separatista que crean campos espaciales diferenciados, recortes simbólicos que resguardan especificidades profesionales e intereses que refuerzan los poderes de la institución y de arenas de conocimientos especializadas. Esto se da ya sea a nivel interinstitucional o dentro de la propia institución. Al conversar con la enfermera, por ejemplo, sobre los diferentes niveles de formación médica presentes en la "casa", intentando entender las relaciones todavía no muy bien claras, obtuvimos la siguiente declaración: "*Es que los residentes de obstetricia son nuestros y los de neonatología, del hospital X (otro hospital igualmente importante en la ciudad)*".

Resguardar la imagen positiva de la “casa” es algo que se percibe en todas las instancias de la institución, desde la dirección hasta cada uno de los sectores de internamiento. En una de las reuniones con el director y las trabajadoras de Enfermería del AC, por ejemplo, después de comunicar que estaba recibiendo quejas de las puérperas y de sus familiares sobre la atención recibida en aquel sector, el director comentó: *“Aunque la gran mayoría de los pacientes haya tenido una buena percepción de la casa, algunos realmente no salieron de aquí satisfechos, y como nosotros luchamos por la casa como un todo, yo estoy aquí para que conversemos sobre estas situaciones, para repensar nuestro comportamiento frente al usuario”*.

Después de mostrar explícitamente que deben hacerse todos los esfuerzos para que se preserve la imagen de la organización, la imagen de la ‘gran madre’, se destaca que esta verbalización evoca a dos amplias fronteras simbólicas de manera concomitante. Cuando comunica que *“(…) nosotros luchamos por la casa como un todo”*, se está refiriendo a la *“casa es nuestra”* y, después, al decir: *“(precisamos) repensar nuestro comportamiento frente al usuario”*, se está refiriendo a la *“casa es de ellos”*.

Ejemplos como estos ayudan a argumentar que los trabajadores de la institución crean, mantienen y vigorizan un tipo particular de esfuerzo que tanto puede ser usado para sustentar la idea de la gran madre que acoge y protege la vida, cuanto para reforzar la característica de identidad cultural que emana del grupo específico de servidores de la Maternidad de la Luz. Se percibe que existe una permanente tensión entre las dos fronteras simbólicas –“la casa es nuestra” y “la casa es de ellos”– y tal vez sea esto mismo lo que haga la “casa” funcionar como “casa”.

Admisión: entre las camillas y los camilleros

Después de un breve período de recuperación –más o menos una hora para aquéllas que presentaron parto normal y un poco más para aquéllas sometidas a cesárea– las mujeres son ‘liberadas’ del territorio hospitalario destinado al parto y luego ingresan en dirección al posparto (el AC propiamente dicho), conforme recomiendan las reglas físicas y los preceptos simbólicos de la “casa”. Este tiempo también es considerado suficiente para que sean realizados los cuidados con el recién nacido y para que se inicie la lactancia. Si todo estuviera ocurriendo bien, madre e hijo serán entregados entonces a los cuidados de las trabajadoras de enfermería del AC, avisados de la ‘liberación’ por vía telefónica. Las puérperas de cesárea llegan al AC provenientes del centro quirúrgico, a través de un ascensor localizado en el patio principal de la institución. Las que dieron a luz vía fisiológica son oriundas del centro obstétrico, que está junto al alojamiento.

También hacen parte de la demanda del AC las puérperas que ‘llegan solas’, o sea, cuya gravidez tuvo que ser interrumpida o cuyo hijo fue considerado mortinato (o feto muerto, o simplemente “FM”). En cuanto las mujeres son encaminadas al AC, los “FM” son llevados a la conservadora (refrigeradora) de la “casa”.

Como la admisión en el alojamiento acontece durante las 24 horas, esto acaba facilitando una cierta dinámica a la unidad. El sonido de las camillas puede ser escuchado a cualquier hora del día o de la noche. Puede parecer incongruente, pero las trabajadoras prefieren que la unidad esté ‘loteada’ y esto ocurre justamente en razón de que, estando las vacantes ocupadas, no existe la menor posibilidad que sean admitidas más clientes.

El transporte de la puérpera y del bebé hasta el cuarto es siempre realizado en camilla. La mujer es conducida acostada y el bebé es ‘adaptado’ próximo a ella sin un padrón determinado. Algunas

veces él va al lado de la mamá, un tanto forzado, puesto que las camillas son estrechas y otras veces, es colocado sobre la mamá, "barriga con barriga". En determinadas ocasiones, inclusive, presenciamos al bebé succionando vigorosamente el seno materno, estando él en la posición ventral y la puérpera en la posición dorsal. Además de ser pequeña para acomodar a dos personas, la camilla precisa de espacio para proteger las bolsas que la familia trajo de casa y que 'viajan' con la mujer por dentro de la institución, hasta llegar a su destino final el cual; casi siempre es el AC.

El camillero (siempre es un hombre) de guardia, luego que llega al cuarto de destino de la puérpera y del bebé, entrega rápidamente la camilla a la trabajadora responsable y sale apurado para el área externa, donde aguarda la devolución de la misma. Esta es una clara demostración de que los territorios de circulación son bien comprendidos y que los espacios de actuación profesional y los de género continúan garantizados y preservados.

A continuación describimos el proceso de admisión en el AC, procurando demostrar con el ejemplo la rutina empleada en el transporte y en la recepción de las mujeres y los recién nacidos.

El camillero, casi sin voluntad, empuja con demasiada dificultad una camilla. Para en el balcón, entrega una nota ("cuarto C") y pregunta en dónde está. Salió del puesto y lo encaminó para allá. No fue fácil hacer esta maniobra de retorno con la camilla, puesto que el cuarto C, ya había quedado para atrás hace tiempo. Lo ayudó en la tarea. Él me explica que es su primer día de trabajo y que no tiene práctica. El recién nacido duerme, reposando entre las piernas de la mamá, por sobre las sábanas y colchas. La camilla es estrecha, el bebé no cabe al lado de ella. Una enorme bolsa de "nylon" está colocada en los pies de la puérpera y entre ella y el bebé también tienen un saco de plástico color negro con las ropas con que la puérpera entró en la maternidad. El bebé se balancea demasiado con las maniobras efectuadas por el camillero, pero no se despierta. El camillero suda intensamente, pero consigue comunicarse con la puérpera diciéndole: "No se preocupe. Está todo bien". Al llegar al cuarto de destino el camillero entrega la camilla para la auxiliar y cuando se está retirando, éste es llamado por ella, quien le dice, con un gesto solemne: "Por favor, coloca las bolsas debajo de la cuna y después puedes salir". La auxiliar empuja la pesada camilla para el lado derecho del lecho (el único espacio libre) y solicita que yo coloque al bebé en la cuna. En cuanto esto, automáticamente, solicita a la mujer que se encamine para el lecho, aún acostada, y que permanezca con el forro en el lugar. La puérpera, medio atontada, pregunta: "¿Cuál forro?" La auxiliar responde: "Aquel que está en medio de tus piernas". Después de acomodada, pide para ver al bebé. La auxiliar lo sitúa al lado de la mamá y dice: "Puede darle de mamar que él se va despertar (hablando con o bebé)... né nené? Sea bienvenido". "¡Bienvenida! (repite la mamá) Es una mujercita". Continúa la auxiliar: "Ah, pero cuando todo es nuevito todo es la misma cosa". Después de eso, sale llevando la camilla y las hojas para componer los informes. En la salida, todavía dice: "Mira, mamita, ahora tú eres la paciente de A-8. Yo voy a abrir tu informe... cualquier cosa, puede llamarnos" (Extractos del Diario de Campo).

Normalmente las puérperas que llegan permanecen en el lecho entre dos horas y media a tres horas, cuando estas son auxiliadas por las trabajadoras para levantarse. Cuando el (la) acompañante está junto, a él (ella) es informado oralmente sobre las normas y las rutinas que reglamentan su estancia en el AC. También se comunica que durante el horario de visitas podrán entrar dos personas más y con mucho énfasis en el horario de permanencia en la unidad: desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la noche. A partir de este horario está permitido el "acompañante nocturno" solamente en casos muy especiales.

El proceso de admisión en el AC, entendido como un conjunto de procedimientos y operaciones que reducen a la persona a un ser enfermo (Carapineiro, 1998), parece remitirse a la tesis del hospital como una institución total (Goffman, 1999). Se repara que el transporte de la puérpera en

una camilla (sin preguntarle si a ella le gustaría o no ir caminando); las formalidades de la llegada a la unidad; el hecho de no tener derecho a elección del cuarto y del lecho y la obligación de ocuparlo inmediatamente; la formalización de otra identificación (“*ahora tú eres; la paciente del A-8*”); la atribución de otro papel sin que la puérpera haya concordado con el (“*madrecita*”); el recibimiento de instrucciones contradictorias (“*puede darle de mamar que él va a despertar*”); recibir informaciones explícitas y directas sobre las reglas que deberán ser seguidas y no recibir información exacta sobre los derechos durante el internamiento; sin ser presentada ni siquiera a la compañera de al lado y hasta desconocer el nombre y la identificación de quién la admitió en la unidad; no tener la oportunidad de reconocer el ambiente nuevo en que deberá permanecer las 24 horas; tener sus valores cuestionados y muchas veces algo banalizados o trivializados al expresarse (“*cuando es nuevo siempre es la misma cosa*”) y tener un informe abierto que conecta a los dominios institucionales, marcando su exclusión temporaria del mundo exterior.

La(el) acompañante nocturna(o)

Para quien viene de afuera no es nada fácil entender los criterios que fundamentan la autorización de un acompañante para pasar la noche con la puérpera y el bebé. Además, entre los “de la casa” hay indecisiones sobre lo que es y quien será considerado como un ‘caso especial’, ya que solamente los que se encuadran en esta categoría pueden tener derecho al ‘beneficio’. Tienen derecho al acompañante nocturno las puérperas portadoras de deficiencia, las adolescentes y aquéllas que se encuentran con fragilidad o labilidad emocional. En tanto, tales criterios no son tan claros que no dejen algún margen de interpretación subjetiva, va a depender de quién va a hacer el análisis para autorizar o no la permanencia del acompañante. Así, no es raro que una empleada, en una guardia, entienda que determinada puérpera con una anomalía congénita en los miembros inferiores tenga derecho al acompañante nocturno; en tanto que la otra, en la siguiente guardia, crea que no debe tener derecho, por interpretar que ‘el defecto es leve’ y no requiere de acompañamiento familiar.

De cualquier forma, no obstante sea obligatorio para que permanezca durante la noche el acompañante, necesita de una autorización por escrito de la enfermera de turno. Lo que se observa en la práctica es que son las trabajadoras quienes tienen el poder para la primera decisión. Son ellas que conversan con la puérpera y el acompañante elegido, para decidir si éste se queda o no. Después de la decisión, entonces la enfermera de guardia es comunicada para pasar a la unidad y firmar la autorización.

Cada acompañante recibe un documento impreso, donde están registradas algunas normas a cumplirse, aunque pareciese insuficiente entregar solamente las normas por escrito. Siempre que la noche se aproxima y la autorización formal se entrega, el acompañante también escucha de las trabajadoras una serie de aspectos de ‘buenos comportamientos’ que tanto refuerzan las normas que él ya recibió por escrito y se añaden algunas más que son consideradas ‘inherentes’ al papel a ser desempeñado en el transcurrir de la noche. Tales consejos incluyen: permanecer en la silla, no dormir en el piso y mucho menos “hacer la cama en el piso”, no hablar en tono alto, no mirar para las compañeras del cuarto de la puérpera, no sentarse y mucho menos echarse en la cama de la puérpera (y menos aún en cualquier otra, aunque esté vacía o desocupada), no usar el baño del cuarto, no cubrirse con la misma frazada de la puérpera y no caminar haciendo ruidos.

Tales reglas, reiteradamente comunicadas, forman un conjunto relativamente explícito y formal de las prescripciones y prohibiciones que exponen claramente las exigencias en relación a la conducta del acompañante nocturno que, según Goffman (1999), pueden ser vistos como una forma que la institución prepara para comenzar a vivir de acuerdo con las reglas de la casa.

¿Cómo las familias reaccionan frente a tales prescripciones? Ciertamente, son más frecuentes las reacciones de conformidad, de concordancia y hasta de un cierto 'compromiso' con el padrón de comportamiento esperado. Así, por ejemplo, diversas veces observamos reacciones verbales de tipo: "ab, yo no quiero incomodar", "no se preocupen que yo no voy a hacer ninguna estupidez", "yo sé comportarme", "yo cierro los ojos para no ver a las otras mujeres", y también algunas actitudes que demuestran claramente la sumisión frente al perfil que fue diseñado como un 'buen acompañante': andar en la punta de los pies, ir hasta el carro y cambiarse las zapatillas por las sandalias, permanecer toda la noche en la silla con posiciones incómodas diversas, así como con el cuidado en desviar los ojos o hasta cerrarlos cada vez que la colega del cuarto de la mujer va a amamantar al hijo, o dirigirse al baño, o levantarse del lecho.

Por otro lado, existen también los que se resisten a las reglas establecidas, valiéndose de diversos 'expedientes', más o menos ocultos, con una clara intención de estar al margen de la organización reglamentada de manera rígida. Algunos ejemplos: afirmar vehementemente que sólo tienen aquel acompañante para quedarse con la mujer (ni siempre es aquel el de 'preferencia' de las trabajadoras), apoyar la silla en el lecho, de modo que la cabeza pueda tener un soporte más seguro, caminar descalzo por los corredores, explorar el cuarto para aconsejar a otras puérperas para que ellas también soliciten un acompañante (es común que muchas adolescentes no sepan que poseen tal derecho. No preguntan nada; sin embargo, tampoco reciben informaciones espontáneas del profesional de la salud), así como usar diversos rodeos o evasivas para compartir los alimentos de la bandeja con la puérpera.

Algunas veces es posible observar que la Enfermería no cuestiona que haya un acompañante nocturno e, inclusive, no estimula esta práctica, aun cuando es de gran importancia para las familias. Ciertamente, que tal constatación no se generaliza, ya que inclusive existen aquellas que van en la búsqueda de los derechos de los usuarios y haciendo valer las conquistas sociales ya oficializadas, aunque también se percibe que muchas apoyan y algunas veces incentivan la participación de los acompañantes, pero con la intención de que el acompañante sea un auxiliar en las tareas ligadas a aliviar el llanto del bebé, en la higiene nocturna del mismo y de la puérpera así como en los cuidados con el amamantamiento, sobre todo si la mujer o el niño tuvieran dificultades en este proceso.

En la mayoría de los casos las puérperas prefieren tener a su lado a una mujer, aquella con más experiencia de la familia y con quien tiene buenas relaciones de afecto, pero cuando deciden por el hombre (siempre es el papá del bebé), se percibe una resistencia por parte de las trabajadoras, cuya preferencia no es simple coincidencia. Las trabajadoras son explícitas en argumentar e insistir que sea una mujer para acompañarlas. Sólo en caso de que no existan mujeres para desempeñar el papel es donde se hace una 'excepción' para el marido.

Según la percepción de las trabajadoras, el acompañante hombre siempre tiene la posibilidad de interferir o hasta de comprometer a las otras puérperas, aparte de "dormir demasiado" y no tener la 'capacidad femenina' de permanecer atentas frente a las necesidades de la puérpera y del recién nacido. En suma, los hombres perturban más de lo que ayudan, independiente de los deseos de la familia.

Las familias, cuando se deciden por la presencia femenina normalmente argumentan que las mujeres tienen mucho más experiencia en la asistencia al nacimiento y tampoco discuten la posibilidad de ser un hombre el acompañante, aunque sea el papá del bebé. Así como las trabajadoras, ellas también se 'extrañan' por el simple hecho de ser un hombre llamado para acompañar una situación que consideran 'naturalmente' femenina. En tanto, cuando optan conscientemente por la presencia masculina durante la noche, precisan argumentar con bastante énfasis que 'no hay ninguna mujer' en la familia que tenga disponibilidad. Cuando toman esta opción, ni siquiera viene a tono cualquiera de las representaciones similares a aquellas de las trabajadoras. Para estas familias éste es el momento de iniciar la división igualitaria en los cuidados con los hijos.

La presencia de un acompañante durante el día también es motivo de preocupaciones, preferencias y limitaciones normativas, a pesar de ser más leve, comparado con la presencia del acompañante nocturno, tal vez porque todas las puérperas tienen derecho a permanecer en compañía de alguien de su preferencia (siendo notoria la figura femenina). Conforme ya señalamos, además de los acompañantes, las puérperas y el recién nacido tienen autorización para recibir visitas en los horarios estipulados por la institución. Durante la tarde, es suficiente pasar sólo algunas horas en el AC, para constatar que los cuartos se encuentran llenos de personas, principalmente durante los fines de semana. Se movilizan personas con algún grado de parentesco, vecinos y colegas de trabajo que vienen a conocer al bebé y para felicitar a los padres. Mayormente se trata de mujeres que después de hacer las visitas propiamente dichas, se colocan a disposición para realizar algún momento de acompañamiento con las abuelas, cuando se necesite. También no es extraño encontrar a los padres (compañeros de las puérperas) que vienen a la maternidad apenas como visita, porque consideran que las abuelas son las que deben permanecer al lado de la mujer y del hijo durante el período de internamiento.

En ocasiones cuando los visitantes 'permanecen' más allá del horario permitido, las trabajadoras, en permanente vigilancia, señalan una 'manera' de indicar que el horario ya pasó; pero, de cualquier forma, aunque ellas en algunas situaciones 'relajen' la guardia, la presencia activa de los porteros es percibida en cada uno de los cuartos, avisando que "*el horario de visita ya acabó*".

Las altas

De acuerdo con las rutinas establecidas, el alta acontece en no más de 48 horas si la mujer tuvo un parto normal y en 72 horas, en los casos de cesárea. La prerrogativa de la prescripción para el alta, así como en la inmensa mayoría de las instituciones hospitalarias, esta compete a los médicos. A ellos cabe la formalización de la prescripción del alta y la elaboración de las recetas. Estas últimas permanecen fijas a los protocolos y algunas de las veces este procedimiento sólo señala 'la indicación' de que las mujeres y los niños están aptos para dejar el hospital. La Enfermería precisa estar atenta a tales señales para proceder a los encaminamientos necesarios para la liberación de las familias.

Una vez que la demanda de las puérperas y los bebés en el AC es demasiado grande o cuando hay una incompatibilidad entre el número de camas y el de las pacientes admitidas, muchas veces se observa que algunas altas son providenciadas de manera precoz, aunque estas sean justificadas por el buen estado general de la mujer y del niño. En estas ocasiones, frente a la necesidad de proporcionar una explicación convincente a las puérperas para la liberación precoz, 'se crean' otras rutinas que, aún

no estando escritas en algún lugar en los documentos de la unidad, acaban colocando un punto final en cualquier intento futuro de contraargumentación por parte de la puérpera o de su familia.

La inexistencia de criterios mejor definidos para el encaminamiento de las altas acaba por generar desentendimientos y algunos conflictos principalmente entre las trabajadoras y los médicos, ya sean estos residentes o sean del *staff* clínico.

Los conflictos se exageran principalmente cuando las relaciones de poder son verticales y los parámetros que guían las acciones relacionadas al alta hospitalaria se mueven en contornos más o menos propicios a la categoría médica y no para el fortalecimiento de las mujeres y los bebés que serán liberados, o hasta para garantizar el mínimo de coherencia asistencial. Así, en el caso que la trabajadora (que posee una posición de poder intermediaria entre el médico y la puérpera/familia) se tome 'la libertad' de mostrar la posibilidad de alta del binomio madre-niño, dentro de una determinada agenda, luego esta es 'recordada' que el proceso de decisión no es de su competencia.

De manera extraña, cuando el conflicto sobre la cuestión de las altas ocurre, esto envuelve siempre a las trabajadoras y a los médicos, no siendo así con los dos especialistas médicos (gineco-obstetra y neonatólogo). En caso que el neonatólogo haya firmado precozmente el alta del recién nacido, por ejemplo, y, para dejar el lecho liberado, se precisa que el gineco-obstetra firme también el alta de la puérpera de modo precoz, ambos concuerdan con la liberación conjunta del binomio, sin que por lo menos estos hayan conversado explícitamente sobre el caso.

Pero también ocurren situaciones en que la puérpera ya tuvo su alta firmada y el bebé todavía no, en la dependencia de resolución de algunos problemas neonatales. También ocurre lo contrario; cuando el período en que uno aguarda el alta del otro, no siendo este muy prolongado (más de tres días), ambos tienen su vacante garantizada en el AC.

El expediente del "alta a pedido" también es utilizado siempre que la puérpera o alguien de su familia desea dejar la maternidad, cualquiera que sea el motivo. Cuando tal decisión es tomada, las puérperas firman un documento de término de compromiso en donde la institución está exenta de responsabilidad, en la cual ellas asumen los riesgos inherentes a sus decisiones, frente a la rebeldía de la decisión médica. Es interesante observar en tanto que este expediente algunas veces es sugerido por las propias trabajadoras que no ven otra salida institucional para las situaciones de las puérperas y 'las aconsejan' a tomar tal camino.

Los procedimientos para el alta acontecen por la mañana, después de las visitas médicas. Alrededor de las 9 horas ya es posible saber si alguien será liberado por lo menos en uno de los cuartos de Alojamiento. Con frecuencia a las 10 horas ya se tiene una idea más concreta sobre el número total de altas efectivas. En la medida en que las trabajadoras perciben que las altas fueron firmadas, encaminan las fichas clínicas a la sala de enfermería para que la secretaria realice los trámites administrativos correspondientes. En términos prácticos, a partir de este momento la puérpera y el recién nacido ya pueden comparecer a la sala para la salida; sin embargo, esto acontece solamente después de la participación en la palestra del alta, que ocurre en una sala específica, envolviendo a todas las que ya obtuvieron el alta firmada.

Los procedimientos y la organización de las altas, a ejemplo de los procesos de admisión en el AC, difieren bastante de otros sectores hospitalarios, ya sea envolviendo la clientela infantil o adulta. En el alojamiento, las altas acontecen siempre en duplas (mujer y recién nacido), y siempre de carácter colectivo. Si por un lado esto es considerado enteramente positivo, una vez que envuelve la colectividad

de participantes que vivencian el mismo rito de pasaje —lo que, de cierta forma, ocasionaría una ganancia desigual frente al intercambio de experiencias que podría ser propiciada en las orientaciones para las altas, por ejemplo— por otro, muchas veces, esta lleva a una atención en masa, en serie, y con una tendencia a la atomización de las informaciones, descaracterizando así a las mujeres a los recién nacidos y a las familias como únicos, peculiares, singulares y con derechos iguales en la satisfacción de sus necesidades y en la aclaración de sus dudas antes de regresar a sus domicilios.

Nos llama la atención el hecho de que no existan orientaciones específicas. Normalmente, sólo cuando hay alumnos es que las orientaciones específicas e individuales son realizadas por la Enfermería. Algunas veces, cuando la enfermera está en el sector desarrolla un plan de alta de manera más individualizada para la familia que por ahí pasan antes de dejar la “casa”. No obstante, este no es un procedimiento de rutina. El medio más común y frecuente de alcanzar orientaciones específicas con relación al alta es mediante la palestra.

La palestra del alta es concebida como una condición para la salida de la “casa”. Todos los profesionales que actúan en el AC conocen la actividad y la reconocen como una metodología importante para las acciones de la educación para la salud; en tanto, muchas veces, las púerperas y sus familias se enteran del acontecimiento sólo en el momento inmediato al alta, lo que ocasiona algunos contratiempos y conflictos, principalmente si el ‘carro’ que llegó para llevar a la mujer y al bebé para casa ya se encuentra en las inmediaciones de la institución. Aún así, la mayoría de las púerperas no dejan de participar, pero las manifestaciones son explicadas rápidamente y se percibe la aflicción para dejar la unidad. Algunas ni llegan a sentarse, escuchando de pie las informaciones alcanzadas.

El contenido de tales palestras tiene una secuencia de informaciones que abarca desde la lactancia materna, pasando por el baño de sol, curación del cordón umbilical, prueba del piccito, calendario de vacunas neonatales, consultas médicas de *follow-up* y alimentación de la nutriz. Normalmente las consideraciones orales son realizadas sobre todos estos tópicos y en seguida se pregunta si tienen alguna duda sobre los cuidados. Algunas púerperas hacen preguntas, en cuanto otras apenas cuestionan si la palestra ya terminó y se retiran. El total del tiempo de permanencia en la sala difícilmente demora más de 15 minutos.

La etapa final de la salida consiste en atravesar el corredor extenso y alcanzar la puerta de calle. En momentos como este es posible observar que el espacio simbólico de la “casa” cede lugar a los imperativos territoriales de la “institución total”. En determinada ocasión, por ejemplo, se observa que el compañero de la púerpera seguía por el corredor detrás de la mujer y del bebé, cargado de bolsas. Entonces la púerpera pregunta a la auxiliar de Enfermería: “¿Nos va a acompañar hasta la puerta?” “Ahora no se puede, responde la auxiliar, pero será para la próxima vez”.

Consideraciones Finales

El hospital como una realidad clínica, a partir de una unidad de AC, es percibida por la Enfermería, con muy poca diferencia, desde la perspectiva impresa en los fuertes lazos simbólicos de la biomedicina, circundada por las fronteras de la “institución total”. Entretanto, los datos recolectados en esta investigación también permiten vislumbrar la existencia de algunos expedientes de resistencia a las reglas hospitalarias, tales como la red de símbolos y significados impresos en la expresión “la casa es

de ellos", que incorpora otras perspectivas para las relaciones entre los profesionales y las familias usuarias del sistema de salud.

Al comprender la institución hospitalaria como el escenario destinado para la acogida de la familia y con el objetivo de la promoción en las relaciones terapéuticas entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema de salud, la realidad clínica aparece valorizada principalmente por el compromiso solidario de aproximar el universo simbólico de la esfera privada (los hogares de las familias) con el universo simbólico de la esfera pública (las unidades hospitalarias). Estos significados –no obstante aún tímidos, si consideramos que las instituciones-maternidades deberían de ser escenarios incuestionables como “promoción de la vida”–, pudiéndonos auxiliar, en cuanto trabajadores de enfermería, a redireccionar nuestra visión para la realidad clínica, proponiendo así alternativas de superación para las relaciones asimétricas que mantenemos con las familias, quienes procuran las instituciones hospitalarias para el alcance de un proceso de nacimiento más saludable en todos los sentidos.

Referencias bibliográficas

- Boehs, A. E. (2001). *Los movimientos de aproximación y distanciamiento entre los sistemas del cuidado familiar y profesional*. Tesis de Doctorado en Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Carapineiro, G. (1998). *Saberes y poderes en el hospital: una sociología de los servicios hospitalarios*. 3. ed. Porto: Afrontamento.
- DaMatta, R. (1990). *Carnavales, ladrones y héroes*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Eliade, M. (1992). *Lo sagrado y lo profano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fonseca, C. (1995). *Caminos de la adopción*. Porto Alegre: Cortez.
- Goffman, I. (1999). *Manicómos, prisiones y conventos*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva.
- Good, B.J. (1997). *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. 3th ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Leininger, M. M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethn nursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 28, 2, 32-51, January/June.
- Leininger, M. M. (1991). *Cultural care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Lunardi Filho, W. D. et al. (2001). El trabajo de la enfermería y la producción de la subjetividad de sus trabajadores. *Rev. Latinoamericana de Enfermería*, 9, 91-96.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Velho, G. (1999). *Individualismo y cultura: notas para una antropología de la sociedad contemporánea*. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Wagner, M. (1997). Confessions of a dissident. In: Davis-Floyd, R. y Sargent, C. (Eds) *Childbirth and authoritative knowledge*. (pp. 366-391). Berkeley: University of California Press.

Correspondencia: Marisa Monticelli. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSC. Endereço: Rua Duarte Schutel, 181, apto 1326. Centro. Florianópolis-SC-Brasil. CEP: 88015-640. E-mail: marisa@nfr.ufsc.br. Telefone: (48) 3319480.

Ingrid Elsen. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Orientadora do Estudo. Endereço: Casa Vida & Saúde. Travessa Raticlif, 56. Centro. Florianópolis-SC-Brasil. CEP: 88010-470. E-mail: gapefam@terra.com.br. Telefone (48) 2232954.