

¿Quién cuida? Prácticas de cuidados en el servicio de Neonatología de un Hospital Público del conurbano bonaerense

Por Aldana Lescano, Carolina Gaudio, María Antonela Sagardoytho y Lucía Marisol Gallo

Aldana Lescano. Instructora residencia de Trabajo Social HIGA Eva Perón de San Martín, Docente IDAES-UNSAM (CUSAM). Residente de Trabajo Social, HIGA Eva Perón de San Martín, Lic. en Trabajo Social, UNSAM (Universidad Nacional de San Martín), Argentina

Carolina Gaudio. Jefa de residentes HIGA Eva Perón de San Martín, Residente de Trabajo Social, Residente de Trabajo Social, HIGA Eva Perón de San Martín, Lic. en Trabajo Social UBA (Universidad Nacional de Buenos Aires), Argentina

María Antonela Sagardoytho. Instructora residencia de Trabajo Social Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Jefa de residentes HIGA Eva Perón de San Martín, Residente de Trabajo Social, HIGA Eva Perón de San Martín, Lic. en Trabajo Social, UNLP (Universidad Nacional de La Plata), Argentina

Lucía Marisol Gallo. Servicio Social de U.P N°7 de Entre Ríos. Residente de Trabajo Social, HIGA Eva Perón de San Martín. Lic. en Trabajo Social, UNLP (Universidad Nacional de La Plata), Argentina

Introducción

Esta producción surge a partir de la reflexión de las prácticas desarrolladas en el tránsito de la Residencia de Trabajo Social por el servicio de Neonatología de un Hospital Público del Conurbano bonaerense (provincia de Buenos Aires, Argentina).

En las mismas se realizaron rotaciones curriculares en diferentes servicios de dicha Institución, siendo uno de ellos el servicio de Neonatología. Ha sido un espacio transitado por todo el equipo de residencia, el cual nos ha interpelado en nuestras prácticas y estrategias de intervención. En el mismo, las temáticas de salud sexual, maternidad y prácticas de cuidado son recurrentes y hasta transversales en relación a los distintos espacios. Por lo tanto, esto ha conllevado la búsqueda de material bibliográfico que acerque al equipo de residencia a las discusiones teóricas que se dan sobre dichos ejes, como así también a la reflexión y producción escrita propia en el marco del proceso dialéctico de aprendizaje que caracteriza a la capacitación en servicio.

En este recorrido por el Servicio de Neonatología hemos dado cuenta de que las demandas realizadas por el equipo de salud a las familias de los/as niño/as internados/as, en algunas ocasiones exceden las necesidades propias de la internación, es decir que se relacionan más bien con imaginarios de familia tradicional y -en consecuencia dentro de ella- el quién y cómo se cuida. Es así que fuimos profundizando el análisis en torno a las prácticas de cuidado que lleva a cabo el equipo de salud, por lo cual se propuso identificar y analizar desde una perspectiva de género las significaciones imaginarias sociales que subyacen en las prácticas de cuidado del equipo de salud del servicio de Neonatología de un Hospital Público del conurbano bonaerense. Para esto se utilizó el método etnográfico, por centrarse en los modos de pensamiento que guían las acciones de los individuos o que les proveen estándares para interpretar o dar sentido a sus propias acciones y a las

de los demás. Los modos de pensamiento pueden referirse tanto a las formas en que la gente clasifica o conceptualiza su mundo (categorías culturales, concepciones, representaciones, unidades culturales) como a las formas en que la gente considera que debe actuar o espera que se actúe, lo que los antropólogos llaman “sistemas normativos”, reglas y normas. Por lo tanto, se trata de mirar qué significado otorgan al cuidado y cómo estas percepciones se institucionalizan, ya que no hay espacios para su reflexión y cuestionamiento.

Permanentemente se naturalizan roles, funciones, comportamientos, los que serán desglosados en los siguientes apartados.

El artículo está estructurado en cuatro partes. En primer lugar realizamos una pequeña descripción del lugar para adentrarnos en el espacio y su dinámica. Luego desarrollamos cómo las percepciones del equipo de salud alrededor del cuidado se instalan en el servicio de modo tal que fijan parámetros a observar y producen enunciados inamovibles; aquí las enfermeras tienen un lugar central –que se expone en el tercer punto- dando funcionamiento a las lógicas del servicio y tejiendo las comunicaciones que allí se dinamizan. Finalmente, se esbozan aportes del trabajo social a aquellos nuevos márgenes que se nos abren para pensar, acompañar e intervenir con las familias diversas que se nos presentan.

Una fotografía del espacio

El Servicio de Neonatología cuenta con una pequeña sala de espera con bancos; allí hay dos puertas, una de ellas es la sala de médicos y la otra es para el ingreso a las salas de internación neonatológica. Las mismas están cerradas de manera permanente, haciendo que para el acceso a las terapias se deba dar aviso a través de un timbre-cámara para posterior presentación, siendo las enfermeras quienes reciben.

Diariamente transitan por este servicio familias provenientes del conurbano bonaerense, en un gran número pertenecientes al sector social sin cobertura, por tratarse de trabajadores informales que por diversas razones deben pasar unos días o hasta meses en dicho servicio debido a que los/as recién nacidos/as requieren de atención especial del sistema de salud y también de sus familias.

Los padres y madres no tienen restricciones para el ingreso a las salas de internación y se espera la llegada del fin de semana para las visitas de otros familiares directos. Es así que las terapias o la sala de espera se constituyen en los espacios en los que se encuentran las mujeres -en gran medida- y los hombres, acompañando a sus hijos/as. Y es el lugar donde se comienza a mantener una relación con el equipo de salud, se construye un entramado en el que hay expectativas y demandas.

Las dimensiones espaciales no son grandes, por lo que las ausencias se perciben, los comportamientos se observan y las actitudes se evalúan. El equipo de salud cuenta con información precisa acerca de los/as niños/as, tanto de sus patologías como de sus familias, siendo el pase médico un momento en el que se sintetiza todo esto ya que aquí se reúnen los datos biológicos y familiares de cada paciente, es decir, es donde se clasifican los datos recopilados, sean por la cercanía (o no) con la familia o por las observaciones de las enfermeras.

¿Madre hay una sola?

Muchas historias y situaciones son abordadas por el equipo de salud desde “idearios maternos” que se asientan en discursos basados en *la familia nuclear-patriarcal*, si bien la realidad argentina

nunca se ajustó totalmente a este prototipo de familia nuclear patriarcal. En la actualidad, las familias se constituyen de diferentes formas, no existe un modelo único. Sin embargo, al naturalizarse un cierto tipo de familia, otros tipos son estigmatizados (Jelin, E. 2012). En esta institución, la mujer tiene un rol central y en esta situación particular se espera que sea la que acompañe y quien acate todo los pedidos de los/as médicos/as y enfermeras, sin cuestionar ninguna indicación, desde la consideración de que es el deber ser/ hacer de una mamá.

Entre tantas historias, podemos referirnos a la situación de Sandra, que es una mujer de treinta y dos años, madre de seis hijas/os. De su último parto nació Benicio, con fisura de labio leporino, por lo cual estuvo varios días en sala intermedia del Servicio de Neonatología. Una vez dado de alta médica se le indicaron los controles post-alta, en los que el aumento de peso resulta una variable importante debido a la dificultad de la succión de leche materna. Sandra concurre a los mismos cumpliendo con las citas pautadas.

Durante la internación se le explicó que una vez colocada la placa en el paladar de su hijo, se le facilitaría la succión, promoviendo así la lactancia materna, fortaleciendo el vínculo madre-niño/a además de aportar una alimentación saludable. Podríamos pensar entonces que la lactancia materna forma parte del cuidado que se espera de las mujeres-madres.

En uno de los controles, Benicio bajó de peso, por lo que la conversación del profesional con Sandra fue la siguiente:

Profesional: *“mamá, Benicio bajo de peso y eso no puede pasar”*

Sandra: *“me cuesta mucho darle la teta, me da miedo”, llora cuando me lo acerco al pecho”, “pero a la noche duerme bien, me da cosa despertarlo”*

Profesional: *“a la noche tenés que despertarlo, porque antes me habías dicho que dormía toda la noche, y eso no está bien”. “es lo que tenés que hacer”* (frunciendo el ceño)

Sandra se retiró angustiada. Su saber fue invisibilizado. Su experiencia fue negativa en tanto se remarcó su dificultad para la alimentación de su bebé sumada a la situación singular de la fisura de labio leporino. Nos preguntamos entonces, ¿quiénes cuidan?, ¿qué es cuidar?, ¿cómo transmiten los profesionales?

Siguiendo el ideario del instinto materno, del cual deviene la instauración de la mujer como única cuidadora -desde que que su naturaleza le permitiría un saber-hacer para el bienestar de un/a “otro/a”- los cuidados deben ser llevados adelante por una mujer que tiene que disponer de tiempo completo, acatar los pedidos médicos y no abstenerse a brindar la lactancia materna. A grandes rasgos, estos son algunas de las demandas institucionales que ponen de manifiesto el imaginario alrededor de la “maternidad”, esto es el rol de la “buena madre” que el Servicio espera recibir.

Cuando esto no sucede, se genera malestar hacia las mujeres/madres, por no actuar como se espera (sacrificio, paciencia, cuidado y atención), imponiendo ciertos estereotipos cuando no se cumple con ese rol materno esperado. Así, son culpabilizadas y caracterizadas como “malas madres”.

A este servicio de salud llegan mujeres de todas las edades, es decir que en varias oportunidades llegan mujeres que tienen menos de dieciocho años, lo que en los países médicos resuena como *madre adolescente* o “demasiado chica para ser madre”. Esta creencia conlleva a que el trato/comunicación para con ellas sea particular debido a esta caracterización.

Eugenia tiene 16 años, hace un año está en pareja con Fernando de 18; hace unos meses conviven en la casa en la que él vive con su familia. La única familiar de Eugenia es su abuela, con la que vive desde que nació, pero el último tiempo mantenían una relación conflictiva. Ella transitó casi todo su embarazo sin saberlo.

Eugenia y Fernando se encuentran desempleados. Ambos concurren diariamente a visitar a su hija. Los primeros días, el parte médico diario era destinado a ellos, pero luego el equipo médico solicitó la presencia de un adulto/a, así es que entró en escena la abuela de Eugenia. Esta situación trajo enojos y tensiones, ya que desde el servicio de Neonatología se solicitaba la presencia de esta abuela como así también el parte médico sólo era entregado a ella.

Tales sucesos nos invitan a pensar: ¿son nuestras creencias personales -de los profesionales de la salud- suficientes para tomar decisiones sobre el derecho al acceso a la información médica sobre una hija/o?

Esta situación refuerza también los estereotipos que se construyen en torno al cuidado, que tiene que estar a cargo de una mujer. ¿Y la pareja de Eugenia?, ¿se lo excluye de los cuidados de su hija por ser joven o por ser varón? El discurso del equipo de salud pone en juego aquellas significaciones propias que ponen de manifiesto cierta tensión, ya que cada familia tiene sus propias creencias, estilos y trayectoria en relación a lo que entienden como cuidados. En este sentido, el cómo hacer esos cuidados se destina a las mujeres-madres que llegan al servicio de neonatología, dejando afuera a los varones de la familia, sosteniendo prácticas que ponen el foco en las mujeres como únicas cuidadoras.

Es dable reflexionar sobre la existencia de una mirada hegemónica sobre este punto, siendo que hay mujeres con diferentes contextos sociales, económicos, culturales y modos singulares de vincularse con esa hijo/a.

En ese sentido, María es una mujer de 20 años que tiene una hija de un año y medio. Hace varios años que tiene VIH. Previo al parto de su hija estuvo dos semanas internada, su embarazo era de riesgo y su estado era delicado. Ella vive con su abuela, una mujer adulta mayor con varios problemas de salud. Llegó el momento del parto y su hija inmediatamente fue llevada al servicio de neonatología. Los tres primeros días María no pudo subir al piso donde estaba su hija. El equipo de salud demandaba la presencia de la mamá. María estaba atravesando un proceso de salud complejo al momento del parto, lo que impidió acompañar a su hija durante los primeros días de internación.

Así fue que, al momento de alta médica, las indicaciones sobre medicación y pautas de alarma se informaron a la abuela y al padre de la beba, dejando afuera de la sala a María tras la ausencia de la misma durante la internación de la niña.

Es necesario reflexionar en estas situaciones entendiendo el proceso de salud enfermedad de estas mujeres. *¿Madre hay una sola?*

¿Información que cuida?

Enfermería es una profesión tan antigua como la medicina, una profesión subsidiaria a la figura del médico, que a lo largo del tiempo ha ocupado un lugar importante dentro de la salud, podría pensarse que hasta imprescindible. Dentro de las instituciones de salud mantiene un ejercicio del poder que se asocia al conocimiento directo de las familias y de las personas internadas. Acompaña día a día la internación, los estudios médicos diarios, los enojos, las tomas de medicación, la alimentación, las noches, los días.

Es la profesión que se ocupa de los cuidados de cada persona y, particularmente durante las internaciones, la que mantiene el contacto directo de la persona internada con el resto del sistema de salud. Las/os enfermeras/os son quienes transmiten lo que sucedió durante todas las horas que los profesionales médicos/as (y de otras áreas) no se encuentran presentes. Saben cuándo se reciben visitas y la dinámica de las mismas, si trajeron ropa limpia, si respetan los horarios, si llevan comida (o no), si acatan las normas de la institución o no. Transmiten lo que sucede en la sala, los conflictos que puedan darse, los pormenores.

En lo que respecta a la formación de Enfermería, cuenta con el programa de Residencia de Enfermería de Neonatología de la Provincia de Buenos Aires, que apunta a formar profesionales “con una visión holística para asistir al binomio madre- hijo recién nacido de bajo, mediano y alto riesgo con un amplio sentido del valor de la vida, responsabilidad legal y sentido ético”.

Dentro de los contenidos existe material que tiene como objetivo llevar adelante un trabajo que entienda la situación familiar, la cual está atravesada por múltiples dimensiones: económicas, sociales y culturales, promoviendo su abordaje desde una comunicación intercultural. Su diseño está orientado al cuidado del prematuro y en fomentar los lazos vinculares entre la familia y el/la recién nacido/a.

Si bien en su desarrollo y desde un lugar teórico/técnico, no se especifica a qué se refieren con “cuidados”, se puede desglosar que son aquellas tareas que el personal de enfermería realiza con los padres y las madres de el/la recién nacido/a, quienes son los responsables de su bienestar. Dichas tareas implican una serie de aspectos que abarcan desde la promoción de la lactancia materna y la enseñanza de sus técnicas, la información de los factores de riesgo y la orientación para modificarlos, la implementación de estrategias educativas en relación al alta de el/la niño/a con patologías crónicas, entre otras cosas.

En la extensión del programa se puede visualizar la importancia de la educación hacia los padres y madres o al binomio madre-hijo, dejando por fuera situaciones complejas en las que sólo se encuentra el papá o una red vincular diversa.

Enfermería es un colectivo profesional construido principalmente por mujeres que enseña, transmite conocimientos técnicos en relación al cuidado; educa a madres, padres y familiares respecto a cómo cuidar, qué pautas de alarma mantener, la manera de vincularse. En los discursos se presenta el “*si yo fuera la mamá estaría todo el día acá*”, “*...le traería ropa limpia*”. Se presentan modos de ser madres; hay una forma de cuidar y una de no cuidar que se asocian a la presencia constante en el servicio, a estar dispuesta siempre como madre, a llevar sangre al laboratorio o retirar una placa de radiografía, a estar presente cada vez que el/la recién nacido/a llora o tiene el horario de su alimentación.

En el mencionado servicio de Neonatología, en reiteradas oportunidades se genera malestar cuando esa mujer no está presente (o no del modo que se espera). Cuando la misma es inconstante en las visitas, se dice que es una madre que “*le importa poco su hijo/a*”, que “*no hay vínculo*”, naturalizando la preexistencia de un vínculo por el hecho de haber parido. Por otro lado tampoco se visualiza o indaga cuáles son los factores por lo cual no hay acercamiento. En la formación es donde no se rompe con los estereotipos de familia en los que la mujer ocupa un rol central en las tareas de cuidado.

¿Cuál es el rol de enfermería en torno a las prácticas de cuidado? Es la profesión que permanece al lado de quienes están en situación de internación durante más horas al día. Son quienes habitan las salas de internación y quienes construyen la cotidianidad más allá de los controles médicos

diarios. Dentro del servicio de neonatología, enfermería mantiene un minucioso registro de los horarios que la/el recién nacida/o debe cumplir en tanto medicaciones y lactancia; también existe una anotación sobre si las madres estuvieron o no en ese momento, si se realizaron visitas y con qué frecuencia. La presencia física se presenta como eje transversal, presencia que debe ser como el equipo de salud dice, sin cuestionar, sólo acompañar: *“esas son las familias que da gusto atender”, “esta mamá es una divina”, “eso es una mamá”*.

El cumplimiento del horario para el pase médico y para la extracción de leche materna o darle el pecho, es requisito que se espera que cumplan las madres.

Es enfermería la que informa sobre las noches en vela de las madres esperando en el pasillo del hospital, la tramitación del DNI, como así también lo que ocurre en cada incubadora, que cada una tenga pañales, ropa limpia, accesorios. En ese sentido, cada incubadora cuenta con dos cajones donde guardar elementos, puede ser algún juguete previamente informado, alguna foto, como también pañales y ropa.

Detrás de cada información corre un deber ser, una transmisión, no sólo de información sino también de maneras de ser madres, modos de ser familias que acompañan (o no); un deber ser, un deber vincularse, un deber ser cuidadora. No sólo se espera que la mujer-madre cumpla con los horarios de la alimentación de la/el beba/é, sino también que amamante (o dé la mamadera) de una manera determinada. Por esta razón, cuando una mujer no se encuentra presente en el horario de lactancia de su hijo/a, el personal de enfermería expresa: *“no puede ser que yo le esté dando la mamadera porque la madre no viene o viene más tarde”, desde que su ausencia es visualizada como una irresponsabilidad por parte de la mujer o como expresión de lo que es como “cuidadora”*.

Durante las internaciones de un niño/a con labio leporino existe una mirada exclusiva en la lactancia (alimentación) y un deber ser, un deber amamantar para que no se produzcan bajas en peso. He aquí la importancia que tiene para el equipo de salud que la mujer se encuentre aún más presente, ya que dicha situación así lo requiere para que el niño/a pueda aprender a succionar lactancia materna. Es así que enfermería está más enfocada en la educación de esta familia. Pero cuando esa mujer no cuenta con esa disposición horaria o simplemente se niega a hacerlo, las enfermeras expresan: *“a vos te parece que no quiera... pobrecito (por el niño/a)”*. A partir de esto nos preguntamos: ¿el binomio madre-hija/o y sus vinculaciones conlleva protocolos y saberes técnicos?

Es así que durante la internación de Jacinto (labio leporino y doble fisura de paladar), en que la información recabada por enfermería era que su mamá asistía una vez por día -por lo que no estaba brindando lactancia materna- generó malestar en todo el equipo de salud. En el mismo momento se dio ingreso a otro niño a la sala de terapia intermedia, en donde su mamá no estaba dispuesta a amamantar a su hijo ya que tampoco lo había hecho con su otra hija. Ante esa situación, una enfermera dijo de manera molesta: *“unas divinas las mamás que están... ninguna quiere dar la teta”*.

Vemos que se construyen cualidades acerca de la “maternidad”, siendo la edad de la mujer una variable de evaluación del deber ser madre. Estas cuestiones en torno a la edad de las mujeres serán observadas a través de la presencia de ellas, su predisposición y la necesidad de una compañía femenina mayor, “alguien” que se ocupe de los cuidados; no importa qué tipo de vínculo se establezca mientras sea mujeres/madre-hija/o, mientras sean las que transmitan la experiencia de cuidar.

Enfermería observa los ingresos y egresos, los acompañamientos: *“vino sola”, “siempre está*

con la pareja”, como se amamanta, qué conexión visual se genera (o no), fortaleciendo a los imaginarios sociales de cómo deben ser los cuidados y los modos de ser de las mujeres madres.

Reflexiones finales

Estas prácticas de cuidado merecen ser revisadas analíticamente debido a que en esta institución de salud seguimos convocando a las mujeres-madres. ¿Por qué consideramos importante su contribución para la adhesión a los tratamientos médicos? ¿Por qué seguimos promoviendo la lógica de la familia nuclear patriarcal? ¿Por qué seguimos responsabilizando de manera exclusiva a las mujeres-madres por las tareas de cuidado y atención de sus familiares?

Para nuestra profesión -trabajo social- que históricamente tiene entre sus demandas la contribución a la conformación y consolidación de la institución familiar entre la clase trabajadora, creemos como tarea fundamental seguir desnaturalizando y problematizando el lugar asignado a las “mujeres-madres” como población destinataria de nuestra intervención cotidiana, si queremos - como proyecto profesional- contribuir a una sociedad que aspira a la emancipación social y sexual. Para ello es necesario un cúmulo de conocimientos y herramientas que permitan leer la realidad de manera crítica. En esta línea entendemos a la investigación como parte constitutiva de la profesión, aportando insumos al análisis del proceso de reproducción y producción de la vida social de las familias con las que intervenimos, donde “...*las visiones o concepciones que el profesional tiene de las relaciones familiares inciden en los diálogos que mantiene con la persona entrevistada, principalmente en aquellos ejes vinculados a sus relaciones cotidianas*” (Mallardi; 2014:98).

A partir de esto creemos necesario definir y ampliar los márgenes de lo que se entiende por familia, recuperando su historia, lo que implica vislumbrar cómo se inscriben -en la dinámica familiar y en las subjetividades- las transformaciones sociales. Romper con estereotipos y cuestionar lo establecido necesariamente va a tener injerencia en nuestro quehacer profesional, sea por brindarnos la capacidad de conocer, repreguntar, problematizar o reflexionar al momento del encuentro con las personas, al mismo tiempo que puedan generarse otras estrategias de trabajo dentro del equipo de salud.

El proceso de investigación, entendido como un proceso dialéctico -intervenir e investigar-, permitió analizar y captar el movimiento de los procesos sociales como así también aportó a revisar los datos concretos que obtuvimos en nuestras rotaciones y así poder encontrar elementos que dan cuenta de actores centrales y cercanos a nuestras intervenciones, tal como enfermería. Se presenta así el desafío de reconstruir las múltiples aristas de los problemas que afectan hoy a las familias en general y a la mujer en particular.

Bibliografía

Esquivel Valeria, Eleonor Faur y Elizabeth Jelin. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado, familia, mercado y estado En: "Las lógicas del cuidado infantil: entre la familia, el estado, y el mercado" Buenos Aires, IDES.

Federici, Silvia. (2010). Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Bs. As: Tinta limón.

Felliti, K, (2011). Madre hay una sola, Experiencias en maternidad en Argentina, Editorial Ciccus.

Findling, Liliana. (2015). De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas. Liliana Findling y Elsa López coordinadoras. 1a edición Biblos.

Guber, R. Método. (2012). Campo y Reflexividad, Siglo veintiuno editores, Bs. As.

Laurell, Asa Cristina. (1981). La salud como proceso social. Revista latinoamericana de salud, 2(1): 7-25.

Mallardi, Manuel (Comp). Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. 1ª ed. 1ª reimpresión. La Plata, Colegio de Asistentes y /o Trabajadores sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Meng, Griselda. (2006). Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina: ¿una política de género? en La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia , Mónica Petracci y Silvina Ramos coordinadoras. 1a ed., Buenos Aires, CEDES.

Menéndez, Eduardo, L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Ciencia & Saúde coletiva 8 (1):185-207.

Pozzio, María. (2011). Madres, mujeres y amantes... usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud. Ed Antropofagia.