

JANE BAPTISTA QUITETE

MULHERES CUIDANDO DE MULHERES: uma relação entre sujeitos.

Dissertação de Mestrado apresentada à
ao Programa de Mestrado da Faculdade
de Enfermagem da UERJ, para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Dr. OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS.

Rio de Janeiro - RJ

Dezembro/2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

Q8	<p>Quitete, Jane Baptista. Mulheres cuidando de mulheres : uma relação entre sujeitos / Jane Baptista Quitete. - 2007. 71f.</p> <p>Orientador: Octávio Muniz da Costa Vargens. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Enfermagem obstétrica. 2. Mulheres – Saúde e higiene. 3. Humanização na saúde. 4. Relações humanas. I. Vargens, Octávio Muniz da Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
----	--

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

JANE BAPTISTA QUITETE

MULHERES CUIDANDO DE MULHERES: uma relação entre sujeitos.

Dissertação de Mestrado apresentada à
ao Programa de Mestrado da Faculdade
de Enfermagem da UERJ, para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 07 de dezembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens – Presidente
Faculdade de Enfermagem/UERJ

Prof^a Dr^a. Rosângela da Silva Santos – 1^a Examinadora
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Prof^a Dr^a. Jane Márcia Progianti – 2^a Examinadora
Faculdade de Enfermagem/UERJ

Prof^a Dr^a. Thelma Spindola - Suplente
Faculdade de Enfermagem/UERJ

Prof^a Dr^a. Kleyde Ventura de Souza - Suplente
Faculdade de Enfermagem/PUCPR

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que, de alguma maneira, estiveram e ainda estão presentes na minha vida: minha mãe, minhas avós e tias, minhas irmãs e minhas filhas, usuárias e amigas, Enfermeiras e demais mulheres trabalhadoras da saúde, cuja convivência contribuiu significativamente para construir a mulher que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Às Enfermeiras que gentilmente contaram suas histórias de vida.

À equipe do Posto de Saúde Cecília Donnangelo pelo apoio e pela adequação de minha carga horária de trabalho durante esta etapa de estudo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens por ter me escolhido como aluna e por todo aprendizado que me propiciou.

A meu amigo-irmão Prof. Dr. Fernando Rocha Porto pelo carinho, pelo incentivo, por todas as sugestões e todas as horas dedicadas no telefone.

A meu marido Herveon Fábio da Silva Rangel e minhas filhas Luisa e Eduarda, pela tolerância na minha ausência física e, em alguns momentos, também na minha ausência espiritual. Senti muita falta de vocês!

A meu pai Volmar Henriques Quitete e minha mãe Zulma Baptista por despertarem em mim o gosto pelo estudo. Por acreditarem que a educação melhora o mundo e traz cidadania. Podem ficar tranquilos, não vou parar por aqui...

Mulheres

Bonitas ou feias,
Gordas ou magras.
Amadas, esquecidas.

Dependentes ou não.
Carentes, envolventes.
Submissas, acreditadas?

Quando amigas são fiéis.
Se inimigas são cruéis.
São mães e amam demais.

Perdoam e se doam.
Dizem não e cortam,
Despedaçam o coração.

São avós e deixam tudo,
Atendem pedidos
Fazem carinho – fadas.

São amantes que choram,
Riem e compartilham.

Trabalhadoras, sustentam,
Enfrentam resignadas
Duas, três jornadas.

Diferentes ou iguais
Poderosas, virtuosas, evoluem.

Velhas ou meninas
Puras ou impuras
Cristalinas.

Masculinas e femininas
São controvérsia e emoção.

Ser mulher é um jeito
De viver, amar e crescer.
Por natureza ou opção.

(Ana Mello, *apud* VARELLA, 2006, epígrafe).

RESUMO

Mulheres cuidando de mulheres: uma relação entre sujeitos.

Estudo decorrente da inquietação profissional da autora, frente à incoerência de algumas profissionais de saúde diante de uma proposta de assistência humanizada à população feminina. O discurso direciona-se para o protagonismo da mulher. Mas, no cotidiano, continuam a controlar e manipular as condutas. Sendo assim, defini como questão de pesquisa: o papel que a Enfermeira assume no encontro de cuidar-cuidado com a mulher/usuária dos serviços de saúde, em face aos novos/renovados paradigmas da assistência em saúde, no campo da saúde da mulher. Os objetivos são: descrever o papel assumido pela Enfermeira na relação de cuidar; identificar como a Enfermeira se compreende nessa relação de cuidado; e discutir como as práticas de cuidado da Enfermeira evidenciam o papel que assume na relação de cuidar. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa utilizando o método história de vida, mais precisamente a *life story*. As sujeitas da pesquisa foram 12(doze) Enfermeiras Obstétricas que vivenciam diretamente o cuidado da população feminina. A técnica utilizada foi a entrevista aberta aplicada por meio da pergunta: “Fale-me o que você considera importante a respeito de sua vida como mulher e que tenha relação com o cuidar de mulheres.” Para análise dos dados obtidos, utilizou-se a análise temática dos discursos. Foi utilizado multi-referencial teórico, que incluiu Daniel Bertaux, Robby Davis-Floyd, Marie Françoise Collière, Milton Mayeroff, entre outros. A análise dos dados permitiu a identificação de três categorias: *as mulheres que eu vejo em mim quando me encontro com a mulher que cuido; a mulher cuidando de outra mulher – o eu com a outra; o poder (in)visível na vida das mulheres*. A interpretação das categorias evidencia que as mulheres enfermeiras estão descobrindo-se mulheres a cada novo encontro de cuidado, vivenciam uma crise paradigmática no cotidiano do cuidado, assumem o protagonismo no cuidado por não reconhecerem as mulheres/usuárias como sujeito e por submetê-las às regras institucionais e/ou valores individuais, que estão em busca de “empoderamento” de si e das mulheres que cuidam. Vivenciando a relação humana por meio da troca de experiências, podemos aprender e crescer como seres humanos, como mulheres e como cidadãs. Portanto, é preciso que ocorra uma mudança de mentalidade na mulher Enfermeira para que seu cuidado não reflita preconceito, mas uma ação de respeito, de crescimento e de troca.

Palavras chave: Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher. Cuidado humanizado. História de vida.

ABSTRACT

Women caring for women: a relationship between subjects.

This is a study resulting from the author's professional worry while facing the incoherence of some health professionals considering a humanized aid proposal to the feminine populations. The speech points out the woman's principal role, but daily they continue to control and to manipulate the conducts. From this perspective the research question was: what role the Nurse takes in the caring relationship with the health service woman/user, considering the new/renewed paradigms of the aid in woman's health area. The objectives are: to describe the role taken by the Nurse in the relationship of caring; to identify how the nurse is understood in this caring relationship; and to discuss how the nurse's practices evidence the role that they take in this relationship of caring. This is a descriptive study with qualitative approach using the life story method. The research subjects were 12 (twelve) Obstetric Nurse that works caring to the feminine population caring. The used technique was an open-ended interview starting through question: "Tell me what you consider important regarding your life as woman and its relationship with taking care of women". For data analysis obtained the thematic speech analysis was used. Theoretical multi-referencial to analysis was used, including Daniel Bertaux, Robby Davis-Floyd, Marie Françoise Collière, Milton Mayeroff, among others. Data analysis has allowed the identification of three categories: the women that I see inside myself when I am with the woman whom I take care; the women taking care of another woman - me with the other; the (in)visible power in the women's life. The interpretation of these categories points to: nurses are discovering themselves as women at each new caring meeting; they experience a paradigmatic crisis in the daily of caring, they take the principal role in caring because they do not recognize women/users as subject and they use to submit them to the institutional rules and/or individual values; nurses are in search of their own empowerment and also for the women that care about. We believed that living the human relationship through the experience exchange we can learn and grow as human beings, women and citizens. Therefore, it is necessary that nurses change their minds in order to not show prejudice in their attitude, but a respect action, development and interchange.

Key words: Obstetric nursing. Woman's health. Humanized care. Life story.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – Considerações iniciais	09
CAPÍTULO II – Contexto do estudo	14
2.1. A crise paradigmática e suas relações com os modelos assistenciais propostos no campo da saúde da mulher.....	14
2.2. O cuidar-cuidado no cotidiano da Enfermagem Obstétrica – lacunas entre as proposições teóricas e o cotidiano da prática assistencial.....	20
CAPÍTULO III - O caminho metodológico	25
3.1. Caracterização do estudo	25
3.2. Sujeitas da pesquisa	27
3.3. Coleta de dados	27
3.4. Aspectos éticos	28
3.5. Caracterização das Depoentes	29
3.6. Análise dos Depoimentos	31
CAPÍTULO IV – Descrevendo e discutindo os resultados.....	35
CAPÍTULO V – Síntese interpretativa	59
CAPÍTULO VI – Considerações Finais	62
Referências	65
Apêndice A – Carta convite	69
Apêndice B – Roteiro temático para entrevista semi-estruturada	70
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e esclarecido	71

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A transição entre os modelos de assistência à saúde da mulher, que vem ocorrendo há alguns anos, talvez há mais de uma década, trazem inúmeras inquietações. Tais inquietações surgiram na época em que participei diretamente da implantação de um projeto piloto de Humanização da atenção ao parto e nascimento na Maternidade Leila Diniz, instituição vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).

Esse projeto, iniciado em 1993 (RATTO, 2001), foi baseado na tentativa de estabelecer uma mudança paradigmática na assistência à mulher, e contou com minha participação efetiva. A mudança seguia os modelos assistenciais, como proposto por Davis-Floyd (2001), passando do paradigma tecnocrático para o paradigma humanístico. Foi embasado no documento chamado Maternidade Segura, Assistência ao Parto Normal: um guia prático (WHO, 1996).

Naquele momento percebi que poderia experimentar o “novo”, e passei, então, a incluir no meu dia-a-dia, um cuidado diferenciado da minha formação acadêmica e do que era oferecido na grande parte das instituições do país (o cuidado de enfermagem que valorizava e visualizava apenas os aspectos biológicos, químicos, fisiopatológicos e orgânicos do fenômeno, e baseava-se no modelo biomédico).

Percebi que era possível incluir “algo mais” no cuidado que oferecia; algo que até então “não sabia denominar”, mas que me aproximava cada vez mais das mulheres/usuárias de quem cuidava. Isso desencadeou um processo no qual foi necessário re-significar minhas concepções de ser enfermeira e de ser mulher, gerando trabalhos que foram apresentados em eventos científicos (MONTEIRO e PORTO, 1995; MONTEIRO e DOMINGUES, 1998; CAVALCANTE *et al*, 1998; MONTEIRO *et al*, 1998).

Ou seja, vivenciei minha crise paradigmática interior, que, segundo Ayres (2001), traz a perspectiva de renovação, de criação, e que nos distancia das “paralizantes deformações ideológicas”.

Algo se rompeu e seria impossível ser a mesma pessoa, isto é, ser a mesma enfermeira obstetra de antes. A partir daquele momento compreendi o porquê de ter escolhido uma profissão eminentemente feminina e de optar em cuidar de mulheres.

Desde então, venho refletindo sobre o papel político e social da enfermagem obstétrica, pois a crise, que eu vivi, passou a ser vivenciada também por outros pares. Na verdade, a crise de mudança paradigmática ainda existe. Tornou-se necessária, também, para toda sociedade.

A partir da década de 90 houve um movimento político, social e educacional que vislumbrou a possibilidade de adoção do Modelo Humanístico de cuidar da saúde da população feminina (DAVIS-FLOYD, 2001; WHO, 1996). Atualmente as políticas públicas, voltadas para a atenção à mulher, valorizam e incluem a participação efetiva da enfermeira obstétrica nesse processo (SACRAMENTO, 2005).

Repetir o modelo tecnocrático, adotado até então pelos profissionais médicos, foi uma estratégia política que as Enfermeiras Obstetras utilizaram para demarcação territorial e social dentro da equipe de saúde (DAVIS-FLOYD, 2001). Contudo, hoje, a Enfermeira Obstetra percebe que repetir o modelo médico não lhe traz plenitude, e passa a ousar. Busca um diferencial no seu saber/fazer, baseado no seu objeto de trabalho que é o cuidar. E acredita que adotar práticas de cuidado embasadas em evidências científicas pode-lhe proporcionar uma nova demarcação territorial e social.

Como diz Leopardi (1999, p.65):

(...) a enfermagem não terá autonomia profissional enquanto não conceber seus próprios métodos e suas próprias interpretações sobre a realidade de saúde das pessoas e dos grupos com os quais trabalha, desenvolvendo um corpo de conhecimentos que faça diferença em relação aos outros conhecimentos nesta área.

Entre várias publicações sobre assistência materno-infantil, realizadas pelos diversos profissionais da área da saúde, na última década, uma delas me chamou a atenção. Um artigo sobre a humanização da assistência ao parto que estabelece alguns princípios norteadores das ações da Enfermeira Obstétrica, baseados no modelo humanístico (PROGIANTI e VARGENS, 2003). O primeiro deles é reconhecer a mulher/usuária como sujeito de seu parto.

Apesar dos autores direcionarem o estudo apenas para a mulher, no período do trabalho de parto e parto, a questão da mulher/usuária ser reconhecida como sujeito não deve se restringir somente ao momento do parto, mas, sim, durante toda sua vida, considerando-a cidadã e respeitando seus direitos reprodutivos e sexuais.

Minha inquietação paira na incoerência daqueles que defendem este modelo humanístico em prol do modelo biomédico. O discurso volta-se para o protagonismo da mulher, a participação ativa, o *empowerment*¹, porém, no cotidiano, continuam a controlar e manipular as condutas, algumas vezes, apenas, dando uma nova roupagem. Adotam, como conduta, a participação da mulher/gestante como protagonista e não permitem que ela grite durante o período expulsivo; realizam grupos de planejamento familiar, e apenas oferecem os anticoncepcionais orais, ou preservativos masculinos, justificando que assim ela também se previne de doenças de transmissão sexual.

A mudança de modelo não se dá pela simples mudança de rotina ou fluxo hospitalar. Ela demanda outras mudanças, que são íntimas, singulares, que geram conflitos pessoais e trazem à tona o caráter subjetivo do ser humano. Na verdade, Ayres (2001) e Hoga (2004) acreditam que somos constituídos de relações, de experiências que estabelecemos e que vamos estabelecendo em cada novo encontro. Perceber a mulher como sujeito reflete o que somos, pensamos e acreditamos, mesmo inconscientemente.

Os significados atribuídos à expressão “ser sujeito” demonstram ser ela ampla, porém, pouco discutida pelos autores que trabalham com a temática da humanização da assistência.

A palavra sujeito é definida, na gramática da língua portuguesa, como o ser do qual se diz alguma coisa, ou aquele que pratica ou recebe a ação que o verbo expressa. Para Ferreira (2004), pode significar, também, aquele que se sujeita à vontade alheia (relativo ao verbo sujeitar) ou, ser individual, real, que se considera como tendo qualidades ou praticado ações.

¹ Termo da língua inglesa que significa empoderamento. Segundo Costa (2007) é o mecanismo pelo qual as pessoas tomam controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino. Tomam consciência de sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir.

Para a filosofia, (AYRES, 2001) sujeito é aquele que existe não só em si, mas para si, não se limitando a ser objeto. É visível de fora. Sua verdadeira realidade é contribuir para se fazer a si mesmo. Ser dotado de necessidades e valores próprios, que produz sua própria história.

Para Ayres (2001), o ato ou estado de ser sujeito necessariamente considera a concepção de subjetividade. Essa subjetividade pressupõe duas características fundamentais, quais sejam: a construção de identidades do sujeito como ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio, e, com alteridade, atribuímos predicados a nós mesmos, a partir da auto-diferenciação que se afirma cada vez que reconheço um outro.

Outro pressuposto considerado pelo autor é a ação transformadora inerente ao ser sujeito, que, segundo ele, não deve ser concebida como idéia de produção e de êxito técnico, mas, sim, como ação transformadora no sentido de sucesso existencial, traduzido por felicidade.

A Rede Nacional Feminista de Saúde (2002) considera a mulher/usuária sujeito, e vem discutindo essas questões e lutando pela humanização da assistência à população feminina, na perspectiva do resgate do papel central e ativo da mulher. Considera, como direito da mulher, tomar decisões informadas em relação ao seu corpo, a sua saúde, a sua sexualidade e a sua reprodução.

Para Boff (1999), viver o cuidado implica necessariamente uma relação sujeito-sujeito, e nunca a relação sujeito-objeto, pois o ser humano não existe, ele co-existe com todos os outros. Não é, portanto, uma relação de domínio sobre, mas de convivência.

São **questões norteadoras** do estudo:

- 1) Que papel a Enfermeira assume na relação de cuidar-cuidado?
- 2) Como a Enfermeira se compreende nessa relação?
- 3) Suas práticas de cuidado evidenciam seu papel de sujeito ou de coadjuvante na relação de cuidar-cuidado?

Trata-se de um tema contemporâneo na medida em que permeia as novas propostas e modelos de atenção à saúde, e também suscita a definição atual do objeto de trabalho da Enfermagem.

Com base nessas considerações, definiu-se como **questão de pesquisa**: Que papel a Enfermeira assume no encontro de cuidar-cuidado com a mulher/usuária dos serviços de saúde, em face aos novos/renovados paradigmas da assistência em saúde, no campo da saúde da mulher?

Objetivos do estudo:

- 1) Descrever o papel assumido pela Enfermeira na relação de cuidar-cuidado;
- 2) Identificar como a Enfermeira se compreende na relação de cuidar-cuidado;
- 3) Discutir como as práticas de cuidado da Enfermeira evidenciam o papel que assume na relação de cuidar-cuidado.

CAPÍTULO II

CONTEXTO DO ESTUDO

2.1. A crise paradigmática e suas relações com os modelos assistências propostos no campo da saúde da mulher.

É com o coração que se vê corretamente; o essencial é invisível aos olhos.
(Antoine de Saint Exupéry, O pequeno príncipe).

A medicalização da sociedade, de um modo geral, confunde-se com a própria história da sociabilidade moderna. Apesar de ser contemporâneo, esse evento vem sendo construído e posto, desde o século XVIII, com o nascimento da clínica. É o início do modelo biomédico ou tecnocrático que cria uma maneira diferente de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, bem como sobre a doença e a saúde, como referem Davis-Floyd (2001), Rede Feminista de Saúde (2002) e Vieira (2002).

A Ciência adota, como meta, o controle da natureza e muda a relação existente entre o visível e o invisível, contextualizando, assim, a racionalidade científica. Ao longo desse processo, a natureza passa a ser concebida como sinônimo de matéria de ordem natural e passível de exploração pelo conhecimento científico. O corpo, a saúde e a doença passam a ser objetos da medicina e o ser humano não será mais considerado como parte da natureza (VIEIRA, 2002 e MARTIN, 2006).

No século XIX, a medicina, como saber científico, não resiste às influências da sociedade capitalista, para a qual a produção e o lucro tornaram-se vitais para toda sociedade. Assim, a medicina passou a ser parte desse processo, implementando normas higienistas, padrões sexuais e reprodutivos não somente nos espaços públicos mas também nos espaços privados (VIEIRA, 2002 e MARTIN, 2006).

O modelo tecnocrático ou biomédico adota a concepção de que o corpo e a mente estão separados, de que o homem é uma máquina, e, portanto, visto em partes, em fragmentos, em órgãos, ou mesmo como a patologia. A saúde é encarada como ausência de doença. O paciente é considerado como objeto de estudo e de cuidado, quando o profissional de saúde assume o controle baseado na condição de poder e

onipotência de quem detém o conhecimento científico (DAVIS-FLOYD, 2001; HUNTER, 2006).

Maldonado e Canella (1988) e Collière (1999) afirmam que a necessidade de ter poder e de exercer controle tem, como núcleo mais profundo, a luta contra a angústia da impotência frente ao imprevisível, à falibilidade e à precariedade da existência humana.

O desenvolvimento emocional do ser humano contempla, desde a infância, a necessidade de sermos onipotentes e poderosos (vencendo a morte, sendo super-heróis, lutando contra gigantes, etc.). Porém, isso poderá perdurar na idade adulta quando adotamos o papel de semi-Deus para salvar vidas e curar doenças (MALDONADO e CANELLA, 1988).

Onipotência e poder estão intimamente vinculados: quanto mais tentamos ser onipotentes, maior a necessidade de concentrar o poder em nossas mãos. E, para conseguirmos poder, precisamos de que as outras pessoas tenham pouco poder. Isso é evidenciado pela organização das instituições hospitalares que adotam o modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

A onipotência leva o profissional de saúde à ilusão de que tudo pode, e que tudo está sob seu controle (MALDONADO e CANELLA, 1988; HOGA, 2004). O exemplo clássico é o profissional utilizar-se de toda intervenção obstétrica (monitorização contínua, tocólise, analgesia medicamentosa/sedação, episiotomia, manobra de Kristeller) com simples intuito de fazer o parto pela mulher.

Para a Rede Feminista de Saúde (2002), o modelo biomédico suprime e ignora as dimensões sexuais, sociais e espirituais da população feminina e denuncia a perda de autonomia e de autoridade das mulheres sobre seu corpo. Questionam, também, o modelo médico centrado em uma concepção de corpo feminino como “defeituoso” e que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa.

Os rituais hospitalares também são marcantes para fortalecer essa onipotência, como exemplificam Maldonado e Canella (1988): o profissional de saúde utiliza uma circulação separada para não encontrar com os pacientes; marca consultas em horário único para que todos os pacientes estejam à sua disposição e “preparados” quando ele

chegar, e não tolera atrasos dos pacientes, mesmo que ainda esteja no seu horário de trabalho.

Na posição onipotente, corremos o risco de fazer contratos ou promessas do tipo que concentre poder de mais e, conseqüentemente, também mais responsabilidade do que nos é devida. Assim, o esforço de ser onipotente implica um alto grau de exigência e de promessas que, realisticamente, não tem a garantia de serem cumpridas (MALDONADO e CANELLA, 1988).

Quando sucessivas confrontações com a realidade mostram que é impossível fazer “tudo” pela cliente, muitas vezes sobrevém a sensação de frustração, de fracasso, de decepção, que leva à paralisação característica do sentimento de impotência (MALDONADO e CANELLA, 1988).

Por outro lado, se analisarmos a ilusão de onipotência em nível mais profundo, vemos que ela atua, eventualmente, como defesa, para mascarar sentimentos de inadequação e de desvalorização, ou atua como defesa para a sensação de insegurança e de ameaça. Se ficarmos inacessíveis, não seremos abertamente questionados, e ficaremos pretensamente invulneráveis (MALDONADO e CANELLA, 1988).

Profissionais onipotentes ou encouraçados, como cita Hoga (2004), tendem a permanecer aprisionados aos próprios pensamentos e modos de reagir diante dos fatos e a viver constantemente protegidos contra algo que nem sempre conhecem e, muitas vezes, agem assim inconscientemente.

Nesse modelo não são considerados os costumes e o saber popular. O paciente torna-se alienado do próprio corpo e do cuidado com sua saúde e sua doença. A meta é curar e as possibilidades diagnósticas e terapêuticas são ditadas pelo profissional de saúde. Invariavelmente são condutas padronizadas e hierárquicas, quando se valorizam muito a ciência e a tecnologia, visando sempre a resultados de curto-prazo por meio de intervenções agressivas. Tendo em vista a produção e o lucro, é intolerante com outros modelos e possibilidades de atendimento. A morte é considerada como derrota e gera muita frustração ao profissional de saúde, que se considera totalmente responsável e com autoridade sobre o caso (DAVIS-FLOYD, 2001).

A medicalização especificamente do corpo feminino possui uma característica peculiar que inclui não somente a condição orgânica, mas também a condição social de gênero. Medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002; VIEIRA, 2002; VARGENS e PROGIANTI, 2004).

Para Del Priore (1995), Vieira (2002) e Martin (2006), o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Em diversas sociedades, o corpo feminino tem sido regulado pelas normas, ora baseadas em crenças mágicas, ora por critérios religiosos, ou mesmo diagnósticos médicos.

Para Hunter (2006), a linguagem do modelo tecnocrático torna-se símbolo de poder no hospital que fixa e reforça o controle sobre as mulheres. Essa autora cita estudos feitos com Enfermeiras que utilizam a comunicação verbal para assegurar que a paciente esteja submissa a elas.

Ao final do século XIX, a humanidade passa a questionar os pressupostos da racionalidade científica e fragmentos no campo da saúde que propõem o modelo humanístico; este admite a existência de uma conexão entre o corpo e a mente do indivíduo, corpo como um organismo vivo. O paciente é o sujeito da relação terapêutica, e o profissional de saúde interage com ele informando e atendendo, gerando o que é definido como decisão-construída e responsabilidade partilhada entre paciente e profissional (WHO, 1996; DAVIS-FLOYD, 2001; REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Segundo a Rede Feminista de Saúde (2002), o que, no Brasil, chama-se de “assistência humanizada” pode, em outros países, ser denominada “baseada em evidências”, “orientada por direitos”; “centrada na mulher”; “parto ativo”; “parto respeitoso” ou “assistência amiga da mulher”.

Assim são consideradas possibilidades diagnósticas e terapêuticas dentro e fora deste organismo. É possível adotar novas modalidades de tratamento sugeridas pelo paciente. A ciência e a tecnologia são aliadas do ser humano e podem ser suavizadas e equilibradas pela humanização (DAVIS-FLOYD, 2001).

O foco de atuação do profissional de saúde é na prevenção e na promoção da saúde. A morte pode ser considerada e aceita como resultado do processo. São considerados como relevantes, na adoção de condutas institucionais, as necessidades

do paciente, e não apenas as necessidades da instituição (WHO, 1996; DAVIS-FLOYD, 2001 e HUNTER, 2006).

No modelo humanístico, é possível uma conexão, uma interação entre paciente e profissional de saúde; são valorizadas as individualidades, o suporte emocional e a participação da família. Relacionam o ser humano ao modo como gostariam de serem tratados, com respeito, com consideração e com amabilidade. O objeto de trabalho é o cuidado/cura centrado no relacionamento e na interação humana (WHO, 1996; DAVIS-FLOYD, 2001; PROGIANTI e VARGENS, 2003).

Assim é possível visualizar a construção da conduta terapêutica a partir da informação e da responsabilidade partilhada entre os atores sociais da relação, valorizando-se a empatia como elemento importante na troca e na interação (DAVIS-FLOYD, 2001 e REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). A empatia é considerada como a habilidade de uma pessoa compreender a realidade do outro, que poderá ser diferente da sua ou de outros pacientes (DAVIS-FLOYD, 2001).

A informação, nesse contexto, torna-se essencial e tem o propósito de empoderar os indivíduos, para que partilhem as responsabilidades e tenham autonomia sobre sua saúde e sua doença. Para tanto, devem compreender seu diagnóstico, seu prognóstico e as possibilidades de tratamento.

No que tange ao campo da saúde da mulher, a informação é primordial para o exercício pleno da cidadania. Torna-se necessário que as usuárias e seus familiares tenham noção desses direitos de apropriação/empoderamento, que percebam quando são respeitados ou desrespeitados. Sem essa noção, não passaremos do discurso da humanização, afirma a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002). Somente por meio da informação os direitos serão percebidos, cobrados ou negociados. Esse procedimento será importantíssimo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde existentes e no fortalecimento das mulheres.

Aquelas que não se percebem como titulares de um direito, dificilmente poderão se sentir merecedoras de sua proteção ou promoção, ou mesmo achar injusto que esse direito lhes seja negado. As escolhas, no campo reprodutivo, estão associadas a diversas condições materiais, sociais e intelectuais. Assim, algumas vezes, a mulher

tem a ilusão de que escolheu o que quer, mas, no fundo, o seu querer é o querer do outro (BERQUÓ, 2003).

Conforme cita Berquó (2003), é necessário reconhecer que os conceitos de cidadania e sujeitos de direitos não são de conhecimento e entendimento universal entre profissionais de saúde e das usuárias.

É necessário refletir não só por ideologia, mas pela justiça. Somos instrumentos a serviço da ciência e temos obrigação de tornar as usuárias sujeitos de sua própria vida e de sua saúde.

Berquó (2003) ainda afirma que, no Brasil, pouco a pouco se amplia o sentimento de cidadania. Assim, poderemos re-nomear domínios que até então são inerentes à natureza, ao pecado, à vontade divina ou ao poder dos médicos e profissionais de saúde. Esse sentimento é fundamental, no momento político que vivenciamos, para alterar representações, práticas e relações de poder e normas (BARSTED e HERMANN, 1999; VARGENS, 2001 e FONSECA, 2007).

Para a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002) esses direitos humanos se configuram naquilo que chamamos direitos sexuais e reprodutivos.

Progianti e Vargens (2003) acreditam que o primeiro passo para a reconfiguração da assistência à saúde da mulher foi a inserção da Enfermeira Obstétrica como política pública. O passo seguinte é a implementação do processo de desmedicalização que significa, ao mesmo tempo, apresentar às mulheres outras opções de cuidado, tendo em mente que as diferentes opções podem e devem conviver como direito de escolha da mulher/usuária.

2.2. O cuidar-cuidado no cotidiano da Enfermagem Obstétrica – lacunas entre as proposições teóricas e o cotidiano da prática assistencial.

“Eu sou o que vejo de mim em sua face. Eu sou porque você é”. (Provérbio da tradição Zulu - África do Sul).

Para abordar o cuidar-cuidado no cotidiano da Enfermagem Obstétrica, faz-se necessário discutir o processo cuidativo de forma ampliada.

O cuidado humano é uma atitude ética quando se percebem e se reconhecem os direitos uns dos outros. Isso perpassa na forma de relacionar-se das pessoas, promovendo o crescimento e o bem-estar umas das outras (WALDOW, 2001; BOFF, 1999; HOGA, 2004; AYRES, 2001).

No cuidado humano existe compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, que não é apenas para fazer aquilo que satisfaz, mas ajudar a construir uma sociedade com base em princípios morais. Isso permite construir uma história da qual se tenha orgulho. Esta vivência, para Boff (1999), faz emergir a dimensão de alteralidade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade.

Segundo Boff (1999), não significa deixar de intervir, significa, apenas, renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Para ele, cuidar do outro implica um esforço enorme para superar a dominação dos sexos, desmontar o patriarcalismo, o machismo, e o feminismo. Cuidar exige inventar relações que propiciem a manifestação das diferenças não mais entendidas como desigualdades, mas como riqueza da única e complexa substância humana. Essas concepções também são enfatizadas por Zoboli (2004).

Zoboli (2004) apresenta a filologia da palavra “cuidado” que deriva do latim “*cura*”, um sinônimo erudito de cuidado. Entretanto, na forma mais antiga do latim, a palavra “*cura*” era *coera*, considerada num contexto de relação de amor e amizade, desvelo, cuidado, preocupação. A autora indica também, outra origem para “cuidado”: *cogitare-cogitatus* que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse.

Para Zoboli (2004, p.22):

(...) parece que a filologia da palavra cuidado indica que cuidar é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas.

A Enfermagem brasileira, ao longo da história, adotou as bibliografias e o modelo americano, contextualizado pelo advento do capitalismo, em que o corpo passou a ser fonte de lucro, tanto por parte de quem cuidava (profissão remunerada), como para quem era cuidado (que necessitava do corpo hígido para retomar ao trabalho). A Enfermagem, no Brasil, passou a desvalorizar o cuidado atendendo a uma ideologia de cura (NEVES, 2002).

No Brasil, por muitos anos, houve um afastamento gradativo e marcante das Enfermeiras em relação ao paciente. Atribui-se o fato ao número reduzido desses profissionais, à formação universitária que valoriza a técnica/intervenção em detrimento do cuidado, a partir da concepção de doença/cura (WALDOW, 2001).

Para Waldow (2001), a expressão “cuidar **do** paciente” remete à idéia de controle, exercício sobre algo, como paciente ou coisa. Por que não cuidar **o** paciente, **para o** paciente? Assim o ser que cuida, cuida para e com o ser que é cuidado, e que passa também a ser cuidador.

O conceito de cuidado também tem sentido relacional, ou seja, um ideal filosófico. Nesse caso, o cuidar não se refere apenas às pessoas, mas às coisas, e tudo em volta, inclusive às idéias, a um ideal. O ser humano, com o cuidado, vive o significado de sua vida (MAYEROFF, 1971 e ZOBOLI, 2004).

Segundo Mayeroff (1971), Hoga (2004) e Zoboli (2004), cuidar é um processo de desenvolvimento, de crescimento. Cuidando, ajudamos o outro a crescer. A idéia é de que esse ser venha a cuidar também de algo ou de alguém, assim com de si próprio. É o cuidado libertador apresentado por Collière (1999), aquele que restitui ou aumenta um poder de ser e de autonomia, diminui a necessidade de ajuda e reconhece o saber das pessoas tratadas.

Para ser cuidador, são necessárias algumas qualidades, como o conhecimento do outro, a alteridade, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade (estar disposto a aprender/é a antítese do poder sobre o outro), a esperança e a coragem (MAYEROFF, 1971 e ZOBOLI, 2004).

Para Hoga (2004), também é importante que os profissionais de saúde tenham consciência das ocorrências que os incomodam ou os afetaram em alguma fase de suas vidas. Esse marco negativo dificulta ou mesmo não permite o afloramento dos sentimentos e impulsos espontâneos das pessoas.

O autoconhecimento do profissional de saúde é vital para o estabelecimento do relacionamento interpessoal no processo de cuidar. Conhecer-se a si mesmo possibilita tomar ciência de suas limitações, fragilidades e potencialidades (MAYEROFF, 1971 e HOGA, 2004).

Para a humanização plena da própria vida há que se redescobrir o verdadeiro eu. Isto demanda abertura para o autoconhecimento e o contato com as próprias dores, muitas delas escondidas em seu íntimo (HOGA, 2004, p.16).

A maneira de nos vermos depende muito estreitamente da maneira de sermos vistos. Daí a oscilação do autoconceito e da auto-estima – ora gostamos de nós, ora nos detestamos (MALDONADO e CANELLA, 1988).

Quando nos sentimos internamente mais seguros, seremos capazes de reconhecer e aprender com nossos erros, aproveitando, assim, para modificarmos e mantermos uma imagem boa de nós mesmos como pessoas que merecem existir (MALDONADO e CANELLA, 1988; HOGA, 2004).

Para Ayres (2001) e Hunter (2006), a relação de cuidado e o reconhecimento do outro como sujeito está imersa nas intersubjetividades, e as relações intersubjetivas se dão pela linguagem. Segundo ele, é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos.

Nesse contexto, são apresentados três planos fundamentais por meio dos quais se realizam e validam-se os processos dialógicos. Primeiro, na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso é correto sob o ponto de vista ético, moral e político. Segundo, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes. E terceiro, na capacidade do profissional de saúde de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele discurso (AYRES, 2001).

Todavia, na medida em que discutimos direitos sexuais e reprodutivos torna-se visível a sua interface com a sexualidade. Ou seja, é através e em meio ao exercício da

sexualidade que questões sexuais e reprodutivas se dão. A reprodução abrange aspectos da sexualidade, como os aspectos inter-relacionais, sexuais, psico-emocionais, desejos, prazer/desprazer, auto-imagem, autoconhecimento e autoestima (MANDÚ, 2006).

Outro aspecto importante a considerar é o fato de que as ações e relações de cuidado à saúde reprodutiva realizam-se em torno e/ou por meio dos corpos das mulheres/usuárias. Portanto, afirma Mandú (2006), é questão importante o modo como se lida profissionalmente com eles e, por conseguinte, com a sexualidade, sendo esta uma dimensão inerente à totalidade corporal.

Assim, quando Enfermeiras Obstétricas tomam o corpo da mulher/usuária como objeto das ações clínicas em saúde, estão mascarando domínios e repressões sobre eles e imprimindo seu controle. Desse modo, a sexualidade se apresenta como um terreno sobre o qual se exercem ações com finalidades políticas, de sujeição ou de geração de autonomia (MANDÚ, 2006).

A Rede Feminista de Saúde (2002) exemplifica que ações punitivas e degradantes são impostas às usuárias durante o parto: a imposição do silêncio e da posição deitada, a imobilização de seu corpo, a banalização da nudez e exposição de seu genital; práticas com intuito de deslegitimar a fala das mulheres e desmoralizá-las por terem atividade sexual.

Há ainda o sofrimento físico e emocional reafirmado a cada momento pela mensagem de que seu corpo é defeituoso e de que ela será sexualmente desprezível se não se submeter a esse ritual, que, segundo a Rede Feminista de Saúde (2002), supostamente lhe devolverá a “condição virginal”.

Outros exemplos são citados por Mandú (2006): desrespeito à privacidade; ambientes não acolhedores; relações hierarquizadas; restrição à participação das usuárias nas decisões; transferência de responsabilidade dos serviços para elas; não investimento na troca de conhecimentos e na produção de condições relacionais e afetivas dirigidas à autonomia e à cidadania.

Observados esses aspectos, faz-se necessário considerar a interface reprodução-sexualidade, tendo por objetivos a promoção de bem-estar psico-afetivo e sexual presente nas vivências reprodutivas; o reconhecer das vulnerabilidades

relacionadas aos exercícios de sexualidade; a superação das práticas de sujeição e a promoção da autonomia das usuárias (MANDÚ, 2006).

Considerando todas as nuances e conceitos que emergem do processo cuidativo, direcionamos nosso olhar para a Enfermagem Obstétrica e fazemos algumas considerações. A Enfermagem é uma profissão feminina que cuida de mulheres, portanto somos as mulheres que cuidamos. Se formos as mulheres de quem cuidamos podemos nos colocar na situação da outra de quem cuidamos, em situações de violência sexual, das doenças sexualmente transmissíveis, no gestar e parir ou no aborto. Cuidar significa colocar a mulher/usuária na condição de sujeito ativo no processo e não mais um mero objeto (VARGENS, 2001).

Contudo, percebemos que, no cotidiano, há dificuldades na implementação desses preceitos teórico-filosóficos nas ações de cuidado da Enfermeira Obstétrica. Mas não podemos esmorecer.

Uma das principais qualidades de um profissional que atende a partos é que devemos ser como a água, que assume distintas formas, em função do recipiente onde é colocada. Assim como a água, devemos, nos transformar de acordo com cada parturiente. Esta nova relação que se estabelece entre profissional/cliente traduz-se em cuidado, e que, transforma, simultaneamente a mulher e o profissional. (Naoli Vinaver, *apud* LESSA, 2003, p. 78).

Eis a verdadeira forma da enfermeira reconhecer a mulher/usuária sujeito, não somente naquele momento do parto, mas durante toda sua vida.

CAPÍTULO III

O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1. Caracterização do estudo.

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, considerando a sua natureza subjetiva. Como a Enfermeira reconhece a condição de sujeito da mulher/usuária em sua relação de cuidar? Para Spindola e Santos (2003), esse objeto de estudo não foi escolhido aleatoriamente, pois o meu olhar de pesquisadora estava condicionado historicamente ao determiná-lo, ou seja, a minha história de vida foi determinante.

Sendo assim, o método adotado foi a História de Vida, escolhido por indicar o caminho que possibilitaria a emergência das subjetividades acerca do objeto de estudo. Alguns autores, como Ribeiro e Santos (2000) e Leopardi (2001), compartilham a idéia de que a História de Vida é bastante apropriada para estudos de situações sociais, da cultura e da práxis, que são revelados pelo simples fato dos sujeitos deterem um saber que lhes é próprio e decorrente de sua experiência de vida. Desse modo, são capazes de atribuir significados às suas ações e ao seu discurso.

Assim, o método tem uma função avaliadora, mesmo que o sujeito não tenha consciência disso e, desse modo, reafirma ou mesmo constitui sua identidade (RIBEIRO e SANTOS, 2000). Thompson (1992) acrescenta que o método histórico utiliza, como fonte, a percepção humana, que é subjetiva. Entretanto somente a fonte oral permite-nos desafiar essa subjetividade: descolar as camadas de memória, cavar fundo em suas sombras, na expectativa de atingir a verdade oculta (THOMPSON, 1992).

Spindola e Santos (2003) afirmam que o depoimento torna-se um momento mágico de exteriorização de sentimentos, emoções, angústias e mágoas, como se os sujeitos fizessem uma catarse.

O significado do termo História de Vida provém da tradução do vocábulo francês *histoire*. Na língua inglesa, pode ser traduzido em *story* ou *history*. Na década de 80, Bertaux (1980) e Brioschi e Trigo (1987) apresentam a distinção para ambas.

Life story ou estória ou o relato de vida, significa a história de vida contada pela própria pessoa que a vivenciou. O pesquisador não confirma a autenticidade dos fatos, pois o importante é a interpretação de quem está narrando (BERTAUX, 1980; BRIOCHI e TRIGO, 1987).

Life history ou estudo de caso clínico é o estudo sobre a vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos. Torna-se necessário incluir, além da própria narrativa de vida, todos os documentos que possam ser consultados (BERTAUX, 1980; BRIOCHI e TRIGO, 1987).

Neste estudo foi utilizada a *life story*, já que busquei, registrando as narrativas das depoentes, dados referentes à história de suas vidas com o intuito de compreender como aconteceu a relação do cuidado mulher/enfermeira e mulher/usuária. Para tanto, considere o ponto de vista da entrevistada como um dado a ser analisado.

Dias e Santos (2005) comentam que o Método História de Vida tem sido utilizado a partir da década de 1990, analisando uma variedade de sujeitos investigados. O método abrange diversos segmentos populacionais, como idosos, mães de crianças especiais, transplantados, alfabetizadoras, portador de doenças específicas, mulheres em situação abortiva, parteiras, profissionais de enfermagem, entre outros. Para as autoras, tais estudos permitiram conhecer a diversidade, a atualidade e a pertinência do método aplicado em estudos da psicologia, da enfermagem, da medicina, da educação, e das ciências sociais, com destaque para a área de educação e de saúde que apresentaram um grande número de publicações.

Algumas investigações, na Enfermagem, buscam maior aproximação com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los e não apenas tratá-los como simples objetos de pesquisa, numa relação impessoal e fria. Dias e Santos (2005) relatam que o Método História de Vida abandona radicalmente o Positivismo, em que a pesquisa se dá de forma cartesiana, sem levar em consideração as vivências do sujeito.

Thompson (1992) considera que o método pode transmitir, também, a consciência coletiva de um determinado grupo a partir da consciência individual daquela narradora. O método devolve a história das pessoas em suas próprias palavras e lhes dá o passado, ajudando a caminhar para um futuro construído por elas mesmas.

3.2. Sujeitas da pesquisa.

A obtenção dos dados teve início em fevereiro de 2007 e terminou em agosto do mesmo ano. Foram realizadas 12 (doze) entrevistas com Enfermeiras Obstetras, que vivenciam diretamente o cuidado de enfermagem à população feminina, em ações de ginecologia preventiva e/ou durante o ciclo gravídico-puerperal.

O contato com as Enfermeiras aconteceu por meio de uma carta-convite (APÊNDICE A) quando divulguei a pesquisa junto às Chefias de Enfermagem dos Serviços de Saúde que oferecem atendimento de ginecologia preventiva e/ou durante o ciclo gravídico-puerperal, no Município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi divulgada em algumas comunidades virtuais, conhecidas, na linguagem virtual como *orkut*. Títulos: Eu amo enfermagem obstétrica, Rehuna, Enfermeiras Obstetras, GO baseada em evidências, Enfermeiras podem fazer partos, Consciência feminista.

As candidatas que desejaram participar da pesquisa foram informadas antecipadamente sobre o conteúdo do estudo, conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A entrevista foi agendada em horário e local definidos pela entrevistada.

Em se tratando desse método, não houve um número pré-determinado de depoimentos. A coleta de dados foi encerrada na 12^a entrevista, quando atingiu o ponto de saturação, definido por Bertaux (1980) como o momento em que o pesquisador tem a impressão de que não apreende mais nada de novo, pelo menos no que diz respeito ao objeto da pesquisa.

3.3. Coleta de dados.

A técnica utilizada para coleta de dados foi uma entrevista aberta, com um único tema proposto: “Fale-me o que você considera importante a respeito de sua vida como mulher e que tenha relação com o cuidar de mulheres” (APÊNDICE B).

Nessa técnica deve-se interferir o mínimo possível durante o depoimento, a não ser para esclarecer algum detalhe ou estimular a narrativa. Proporciona-se liberdade à depoente para desenvolver e explorar cada situação vivenciada, hierarquizando, valorizando ou desvalorizando determinados aspectos e imprimindo à narrativa a sua

visão pessoal (BRIOSCHI e TRIGO, 1987; THOMPSON, 1992; HAGUETTE, 1997; RIBEIRO e SANTOS, 2000; SPINDOLA e SANTOS, 2003).

Thompson (1992) e Bertaux (1980) acrescentam que a entrevista não é um diálogo, ou uma conversa. A pesquisadora deve-se manter o máximo possível em segundo plano, apenas fazendo algum gesto que demonstre simpatia e interesse, evitando expor seus próprios comentários ou histórias.

Porém, falar sobre si mesma não é uma tarefa tão simples. A princípio não percebemos o quanto é difícil. Thompson (1992), cita que as mulheres tendem a ser mais desconfiadas e menos frequentemente acreditam que suas lembranças possam ser de interesse.

3.4. Aspectos éticos.

Atendendo às exigências do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida ao Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/HUPE, tendo sido aprovada pelo mesmo.

Todas as depoentes foram orientadas quanto ao propósito da pesquisa, sobre os objetivos da mesma e da importância no processo de construção deste estudo. Elas receberam orientação sobre todas as fases da pesquisa, inclusive quanto à possibilidade de divulgação dos resultados em periódicos e em eventos científicos.

Sendo assim, ao final da etapa, quando a depoente não apresentava mais dúvidas e optou por participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), para sua leitura e assinatura, segundo determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. As depoentes tiveram suas identidades preservadas.

Vale ressaltar que todas foram informadas quanto à importância de sua participação no estudo e de que a pesquisa não ofereceria qualquer tipo de risco ou custo para elas.

As entrevistas foram gravadas em MP3. Logo após a gravação, iniciou-se a transcrição das falas. Segundo Brioschi e Trigo (1987) e Thompson (1992) a gravação, na íntegra, do discurso do sujeito, com palavras precisas, emoções, tonalidade, ênfase

e omissões, é fator primordial para a análise dos dados, e, portanto, deve ser realizada pelo entrevistador.

Conforme sugere Thompson (1992), após a transcrição foi enviada uma cópia às depoentes para ser revista, junto com uma carta de agradecimento reafirmando a confidencialidade. Aguardei a resposta positiva de cada uma para então iniciar a análise dos dados.

Nenhuma entrevistada retificou ou anulou parcial ou totalmente o texto.

3.5. Caracterização das Depoentes.

No Quadro de número 1 é apresentada a caracterização das 12 (doze) Enfermeiras entrevistadas.

Das 12 (doze) depoentes, apenas 3 (três) encontravam-se sem parceiro. A idade variou entre 26 (vinte e seis) e 45 (quarenta e cinco) anos. Quanto ao exercício da maternidade, 5 (cinco) não têm filhos e 1(uma) encontra-se grávida do 1º bebê. Quanto ao local de atuação, 7 (sete) atuam no Município do Rio de Janeiro, 4 (quatro) em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, e apenas 1 (uma) no Estado de Minas Gerais. O tempo de formação variou de 2 (dois) a 18 (dezoito) anos, e o tempo cuidando de mulheres variou de 9 meses a 18 anos. Todas são Especialistas e apenas 4 (quatro) ainda não buscaram formação *Stricto-Sensu*. Quanto à área de atuação, 6 (seis) atuam na assistência e 9 (nove) na docência de ensino superior, sendo que as últimas já atuaram também na assistência.

QUADRO 01: CARACTERIZAÇÃO DAS DEPOENTES.

Depoente	Idade	Local de atuação	Tempo de formada	Tempo cuidando de mulher	Área de atuação	Titulação	Vida Conjugal	Filhos
S. 01	28	Rio de Janeiro/RJ	6 anos	4 anos	Assistência e docência	Especialista e Mestranda	Namorando	Não
S. 02	33	Rio de Janeiro/RJ	12 anos	8 anos	Docência e Gerência	Especialista e Mestre	Casada	Grávida do 1º filho
S. 03	44	Rio de Janeiro/RJ	18 anos	18 anos	Assistência e Auditoria	Especialista	Casada	2 filhos
S. 04	27	Rio de Janeiro/RJ	4 anos	4 anos	Assistência e Docência	Especialista e Mestranda	Viúva	Não
S. 05	26	Campos dos Goytacazes/RJ	4 anos	3 anos	Assistência e Docência	Especialista	Casada	Não
S. 06	29	Campos dos Goytacazes/RJ	2 anos	9 meses	Docência	Especialista	Namorando	Não
S. 07	29	Rio de Janeiro/RJ	7 anos	3 anos	Gestão	Especialista e Mestre	Não	Não
S. 08	34	Juiz de Fora/MG	12 anos	8 anos	Docência	Especialista e Mestre	Separada	1 filha
S. 09	42	Mesquita/RJ	22 anos	9 anos	Assistência e Docência	Especialista	União Estável	2 filhos
S. 10	45	Niterói/RJ	24 anos	6 anos	Assistência	Especialista e Mestranda	Casada	2 filhos
S. 11	30	Rio de Janeiro/RJ	7 anos	7 anos	Docência	Especialista e Mestre	Casada	1 filho
S. 12	43	Rio de Janeiro/RJ	18 anos	18 anos	Docência	Especialista e Mestre	Casada	2 filhos

Fonte: Entrevistas realizadas para coleta de dados, 2007.

3.6. Análise dos Depoimentos.

Para a análise dos dados obtidos fez-se o mapeamento dos discursos, a partir dos temas emergentes das entrevistas, subsidiados pela leitura e reflexão das mesmas, tendo, como fio condutor, o objeto e os objetivos da pesquisa. Os relatos foram lidos repetidas vezes até que eu conseguisse apreender o sentido das falas das entrevistadas (BERTAUX, 1980).

Após o processo de fragmentação, as narrativas foram agrupadas em torno de temas comuns. Segundo Thompson (1992), isso permite que sejam utilizadas mais facilmente na construção de uma interpretação ampla.

Não foi possível utilizar a técnica de marcação com canetas colorida e de recorte e colagem. Optei por marcar a unidade de registro (o início e o final) a lápis, entre colchetes, e numerá-la. Cada numeração foi designada com uma denominação que expressava aquilo que eu entendia daquela fala. Ao final da primeira etapa, 51 (cinquenta e um) unidades de registro foram assinaladas.

A segunda etapa buscou-se uma aproximação entre as unidades de registro. Num processo de 12 (doze) agrupamentos, a construção de categorias temáticas foi facilitada.

As 12 (doze) Temas/Unidades de significação:

1. Aprendendo a ser mulher
 - Considerando a influência da família
 - Considerando a influência materna
2. Aprendendo a ser Enfermeira
 - Tendo um profissional como referência na graduação
 - Tendo uma instituição como referência na vida profissional
 - Tendo profissionais como referências na vida profissional
 - Buscando conhecimento e formação na Saúde da Mulher
3. Como eu cuido das mulheres
 - Questionando seu cuidado
 - Acreditando que aquele cuidado é o melhor para elas
 - Cuidando como eu gostaria de ser cuidada
 - Cuidando como ela deseja ser cuidada
4. A mulher idealizada/o mito do amor materno
 - Cuidando da mulher sendo mulher

- Considerando a mulher como mãe inata
 - Associando Saúde da Mulher com vida, alegria e felicidade.
 - Mulher cuida melhor de mulher
5. Falando sobre a Enfermagem e as Enfermeiras
- Achando o profissional Enfermeiro diferenciado
 - Considerando que a Enfermagem não tem poder
 - Considerando a Enfermagem como profissão feminina
 - Sendo mulher e sendo Enfermeira
6. Falando das mulheres que eu cuido
- Definindo as mulheres
 - Definindo as mulheres que são cuidadas
7. Como aconteceu o encontro com a saúde da mulher
- Não gostando de Saúde da Mulher na graduação
 - Por que não gostava de Saúde da Mulher na graduação
 - Não gostando de Saúde da Mulher na vida profissional
 - Descobrimo a Saúde da Mulher na vida profissional
 - Optando por cuidar de mulheres
 - Gostando de Saúde da Mulher na graduação
 - Descobrimo coisas na Saúde da Mulher
8. Falando sobre as dificuldades e do que é ruim no cuidar das mulheres
- Cuidando de mulheres em abortamento
 - Sendo ruim reconhecer-se nas mulheres
 - Por que é ruim reconhecer-se nas mulheres
 - Considerando difícil colocar-se no lugar do outro
 - Sentindo dificuldade de lidar com morte e sofrimento
 - Associando parir com sofrimento
 - Sentindo pena das mulheres que cuido
9. Falando a respeito de mim mesma
- Descobrimo sobre si mesma
 - Questionando a si mesma
 - Sentindo necessidade de cuidar de si
10. Falando sobre o depoimento
- Sentindo dificuldade de falar de si

- Sentindo alívio de falar de si

11. Definindo o cuidado que eu ofereço

- Cuidar demanda entrega
- Colocando-se no lugar do outro
- Aprendendo com as mulheres
- Tentando identificar-se com as mulheres
- Considerando singularidade em cada mulher

12. Falando de poder

- Considerando que as mulheres não conhecem seu poder
- Considerando o poder que elas têm
- Considerando o poder que nós temos
- Empoderando as mulheres
- Educando as mulheres para serem sujeito

No segundo momento surgiu um novo agrupamento, com 5(cinco) temas/unidades de significação:

1. A mulher que eu vejo fora de mim
 - a. Aprendendo a ser mulher
 - b. Falando das mulheres que eu cuido
 - c. A mulher idealizada/ o mito do amor materno
2. A mulher cuidando de outra mulher
 - a. Como eu cuido das mulheres
 - b. Definindo o cuidado que eu ofereço
 - c. Falando das dificuldades e do que é ruim no cuidar das mulheres
 - d. Como aconteceu o encontro com a Saúde da Mulher
3. A mulher que eu vejo dentro de mim
 - a. Falando a respeito de mim mesma
 - b. Falando sobre o depoimento
4. A Enfermagem que eu vejo e a Enfermeira que eu sou
 - a. Aprendendo a ser Enfermeira
 - b. Falando sobre a Enfermagem e as Enfermeiras
5. Falando de poder

As categorias e subcategorias surgiram por meio de uma observação e de uma reflexão exaustiva, passo a passo com a descoberta dos fatos, até a construção de uma teoria (RIBEIRO e SANTOS, 2000; SPINDOLA e SANTOS, 2003).

1. As mulheres que eu vejo em mim quando me encontro com a mulher que cuido.
 - I. A mulher que eu vejo fora de mim.
 - II. A mulher que eu vejo dentro de mim.
 - III. A Enfermagem que eu vejo e a Enfermeira que eu sou.
2. A mulher cuidando de outra mulher – O Eu com a outra.
 - I. Como eu cuido das mulheres.
 - II. Definindo o cuidado que eu ofereço.
 - III. Falando das dificuldades e do que é ruim no cuidado.
 - IV. Como aconteceu o encontro com as mulheres.
3. O poder (in) visível na vida das mulheres.
 - I. Considerando o poder das mulheres
 - II. A busca por empoderamento

A partir desse momento consolidou-se o referencial teórico necessário para realizar a análise dos resultados. Como citam Ribeiro e Santos (2000) e Spindola e Santos (2003), trata-se de mais uma peculiaridade do método. É preciso estar preparada para encontrar o esperado e o inesperado e lidar com eles.

CAPÍTULO IV

DESCREVENDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

[...] hoje é muito difícil às mulheres assumirem concomitantemente sua condição de indivíduo autônomo e seu destino feminino. [...] ela será plenamente um ser humano quando se quebrar a escravidão infinita da mulher, quando ela viver por ela e pra ela [...]. (Simone de Beauvoir, 1980).

Categorias que emergiram durante o estudo, a partir das falas das mulheres entrevistadas.

CATEGORIA 1: As mulheres que eu vejo em mim quando me encontro com a mulher de quem cuido.

Essa categoria foi construída agrupando-se 3 (três) grandes subcategorias: **A mulher que eu vejo fora de mim, A mulher que eu vejo dentro de mim, A Enfermagem que eu vejo e a Enfermeira que eu sou.**

A construção emergiu das falas das entrevistadas e de sua interpretação, englobando as seguintes dimensões conceituais: o que as mulheres pensam sobre si, como construíram e constroem suas relações pessoais e profissionais, qual é seu modo de ver o mundo quando utilizam o discurso coletivo.

Entrelaçam a mulher e a enfermeira em um ser único e refletem sobre isso. Refletem sobre a profissão Enfermagem e o ser Enfermeira.

As depoentes permitem explorar conceitos de intersubjetividade, ser sujeito, autoconhecimento, autodiscriminação, medicalização, estereótipos femininos, dentre outros, que serão aprofundados com a aplicação do referencial teórico.

Subcategoria 1: A mulher que eu vejo fora de mim.

A subcategoria aborda as seguintes dimensões conceituais: o discurso feminino, a figura materna como referência, o estereótipo da mulher submissa e da mulher mãe.

Nesse agrupamento ficou claro que as mulheres falam de si mesmas na terceira pessoa, ou seja, falam das outras mulheres. Falam de mulheres que parecem estar longe delas, como se fossem mulheres diferentes, outros seres.

Entretanto, apesar de utilizarem a terceira pessoa, o discurso indireto ou o discurso coletivo, falam de si, entendido como uma fala inconsciente, não intencional, mas extremamente verdadeira e transparente.

Segundo Thompson (1992) e Bertaux (1980), o discurso feminino difere do discurso masculino justamente nesse ponto, na forma de se ver no mundo. Os homens consideram a vida que viveram como sua, como uma série de atos conscientes, com metas bem definidas. Ao narrar sua história usam o “eu” ativo, tendo como certo serem eles mesmos o sujeito de suas ações por meio das formas de falar que utilizam. As mulheres, em contraposição, falam sobre as próprias vidas tipicamente em termos de relações, incluindo em sua história de vida partes de histórias de vida de outras pessoas. E, muito frequentemente, utilizam “nós” ou “a gente”, simbolizando as relações subjacentes àquela parte de sua vida: “nós” = “meus pais e eu”, ou “meu marido e eu”, ou “eu e meus filhos” (THOMPSON, 1992).

Essas mulheres falaram sobre **sua** história de vida como mulher....

E mulher, a gente logo pensa assim, que é muito o emocional. Então a gente entende de alguma forma”. (S.05)

“Falar de mulher é meio que..., complexo. Né? [...] A mulher é um ser complexo”. (S.06)

“Existe um sentimento de culpa por parte da mulher. Porque a mulher se culpa sempre [...] A culpa faz parte do... Do... Do ser mulher. Né? Ela se culpa o tempo todo”. (S.12)

“O meu marido é uma pessoa muito boa. Ele é a alma boa lá de casa. Ele deixa a gente mais centrada. (risos) Ele é uma pessoa mais serena. E me emprestou essa serenidade. [...] É muito bom a gente conviver com quem é melhor do que a gente. Isso nos ajuda. Faz a gente buscar ser melhor”. (S.10)

Para Thompson (1992), foi Jacques Lacan quem reinterpretou a psicanálise freudiana e chamou atenção para o papel fundamental da linguagem como parte do simbolismo. O inconsciente está estruturado como linguagem e a aquisição da identidade sexual e pessoal ocorre de modo simultâneo. Esses alicerces são construídos desde a mais tenra infância, quando a criança ouve e aprende a falar.

Desse modo, a masculinidade e feminilidade são impostas à psique mais profunda muito antes que as diferenças entre os sexos tenham qualquer significado imediato. Para Thompson (1992), acontece por meio do simbolismo cultural inconsciente do gênero embutido na linguagem. A internalização dessas atitudes revela-se com clareza nas diferentes maneiras pelas quais homens e mulheres utilizam a linguagem. Desse modo, a linguagem exerce um controle social feminino porque expressa a visão e as perspectivas dos homens e não das mulheres (HUNTER, 2006).

Para autoras da corrente feminista, como Yannoulas (2003), Hunter (2006) e Fonseca (2007), o discurso feminino reflete a história da própria humanidade,

baseada na visão androcêntrica², branca e adulta que perdurou durante a maior parte da vida em sociedade.

Há um mecanismo, denominado por Yannoulas (2003), de autodiscriminação. É uma espécie de vigilância internalizada que assegura o comportamento de acordo com os parâmetros delimitados pela manifestação encoberta ou indireta. Constitui-se de mecanismos internos de repressão que modelam nossos desejos, expectativas, anseios e motivações. Esses mecanismos de autodiscriminação tornam-se tão naturais que, muitas vezes, são interpretados como autodeterminação e não como escolhas pautadas sutilmente pelas normas sociais.

O fato de utilizarem o discurso indireto também possibilita falar daquilo que não pode ser dito.

“Porque a mulher é a única que sofre no momento do parto, É... Sempre é a que, tá... Coitada da estória!” (S.04)

“E essas mulheres não têm nada.....” (S.03)

Os conceitos de ser mulher, que emergem das falas, parecem ter sido ensinados pela família através das gerações e emergiram em todas as histórias. A transmissão de valores por meio da educação familiar foi marcante na vida dessas mulheres, que consideram a figura materna como figura de referência.

“[...] Eu queria uma vida totalmente diferente pra ela (mãe). Infelizmente ela não foi assim, um espelho pra mim. Sabe? [...] E ela... Eu sempre olhava pra ela assim... Eu não quero ser como ela. Porque ela sempre está com muita dificuldade. Não soube... Não soube modificar o contexto de vida dela pra que pudesse melhorar.” (S.06)

“[...] a história de ver como foi um casamento. Onde a minha mãe era muito submissa. Não que tenha havido questões graves e de violência, nada disso! Mas eu via minha mãe muito submissa ao meu pai. [...] Ele sempre impondo as coisas e tudo mais. Contrariando muitas vezes, os desejos da minha mãe. E eu sempre via que não queria aquilo pra minha vida.” (S.07)

A transmissão de valores pela da educação familiar é ratificada por Yannoulas (2003) e Del Priore (1995) quando afirmam que foi atribuída à mulher funções de reprodução biológica, social e cultural no âmbito do espaço privado.

No entanto, a figura materna não foi considerada como modelo ideal de mulher pelas depoentes. Esta mulher, ao contrário, foi considerada como estereótipo de mulher submissa, sofrida e infeliz. Na perspectiva da psicanálise, a identificação de uma mulher com sua mãe ou não, supõe distinguir como foi sua infância e sua

² Androcentrismo provém do grego *andros* e refere-se à concepção ou saber supostamente neutro e universal que privilegia o ponto de vista dos homens como eixo articulador do discurso social e lógico-científico, sem considerar, ou desvalorizando, o ponto de vista das mulheres. (VALLEJOS, 2000)

adolescência, ou seja, de que modo vivenciou o complexo de castração e o complexo de Édipo (FREUD, 1969).

Para Freud (1969), o complexo da castração ocorre na infância, fase quando as meninas responsabilizam sua mãe pela falta de pênis e não a perdoam por isso. A menina necessita abandonar a ligação com sua mãe e, em busca de refúgio, inicia uma relação intensa com o pai, na expectativa de possuir um pênis tal como o dele, chamado de complexo de Édipo.

Para Freud (1969), muita coisa dessa vivência das meninas subsiste durante a fase adulta e nenhuma das duas é adequadamente superada no curso do desenvolvimento. Portanto, pode ser identificado no modo como a mulher fala e relaciona-se com sua mãe. Freud (1969) considera que, para algumas mulheres, a relação afetiva com a mãe retoma após o casamento e o nascimento dos filhos.

Interessante ressaltar que esse referencial materno de submissão também é percebido pelas entrevistadas quando definem as mulheres que cuidam. São mulheres sem poder, perdidas e desesperadas. Essa imagem de mulher é revelada nos depoimentos.

“Eu acho a mulher muito oprimida. [...] Por que a gente vê tanta mulher, é, assim, tão submissa e, tão vulnerável a maus tratos, a desrespeito. E elas deixam aquilo acontecer como se fosse natural, sabe? [...] Por que a gente vê que existem pessoas assim. [...]” (S.06)

“Elas continuam tendo seus bebezinhos de forma desavisada. De uma forma que elas, lá no fundo não querem. [...] A mulher de meia idade, eu já percebo ela melhorada [...]” (S.10)

“Ser mulher tem muita dificuldade. Por mais que tenha ocupado um espaço de trabalho, ainda no domicílio, os trabalhos não são divididos. [...] Acho que no fundo teve ganhos mais acabou com perdas bem grandes”. (S.11)

Sob outro ponto de vista, o estereótipo feminino da mulher submissa e passiva também foi construído socialmente ao longo de anos e, algumas vezes, não percebemos que convive com o outro estereótipo feminino da mulher reprodutora, gestante, parturiente e lactante, aquelas que carregam a vida, que têm o dom da maternidade.

O discurso das mulheres revela esse poder feminino que, em alguns momentos, foi negado pelo Estado, pela Igreja, pela Ciência e pelos homens, com intuito de impedir o pleno exercício de sua autonomia. A negação desse poder ainda é exercida pela mídia, pelas instituições de saúde, pela família, dentre outros,

inculcando nas mulheres a idéia de uma “suposta” imperfeição da sua natureza feminina (MARTIN, 2006; PROGIANTI e VARGENS, 2003 e VIEIRA, 2002).

As depoentes deixam emergir os sentimentos que evocam a maternidade como um dom.

“[...] Não precisar tirar aquele bebê que, teoricamente ela não quer, mas que eu acho, todo mundo quer. Quando ta grávida quem não quer? Né? Quem não quer? [...] A gente é ensinada a ser mãe, desde que nasce.” (S.02)

“[...] Tudo na mulher eu acho que é mais fácil. E na maternidade é mais fácil ainda. Tudo é vida. [...] A mulher vem pra ganhar um presente de vida, o leite é vida, o sangue que ela joga fora se transformou em vida.” (S.10)

O estereótipo da mulher reprodutora, da mulher mãe, do instinto maternal, da função materna, apresentado pelas entrevistadas, permanece em nosso inconsciente por mais que a sociedade se emancipe e evolua. Cuidar dessas mulheres traduz alegria e felicidade em função da própria capacidade reprodutora. São poderosas e místicas porque podem gerar e parir. É o estereótipo da mulher idealizada (MARTIN, 2006 e VEIRA, 2002).

Assim, os dois estereótipos – da mulher submissa e da mulher idealizada convivem juntos, e esse conflito influencia diretamente o modo como a Enfermeira mulher vê a mulher usuária.

O discurso das depoentes parece ratificar o que Martin (2006) descreve a respeito do século XIX. Naquele período considerava-se que a mente, o corpo e a alma das mulheres eram controlados pelos ovários e pelo “poder supremo” do útero. Cuidados especiais tinham de ser tomados quando o útero estava ativo (puberdade, menstruação e gravidez), visando não sobrecarregá-lo. Como a reprodução era o propósito maior da vida da mulher, a medicina propôs e a Igreja concordou que as mulheres tinham de concentrar toda sua energia no útero.

Para Badinter (1985), a mulher, desde sempre, tem função primordial para a sobrevivência da espécie, mas só recentemente, a partir do século XIX, a maternidade e a responsabilidade da mãe pelo filho passaram a ser valorizadas pela sociedade. Todavia a autora afirma que esse sentimento existe desde a origem dos seres humanos, mas não necessariamente em todas as mulheres. É um sentimento humano e, como tal, é incerto e imperfeito, podendo ou não estar presente na natureza feminina.

Para Del Priore (1995), a maternidade foi uma forma que a Igreja utilizou para domesticar as mulheres, assegurando, assim, o estabelecimento de uma sociedade

familiar que fortalecesse o Estado Moderno, a própria Igreja, a Ciência e os homens. Esses preceitos estavam e ainda estão presentes na transmissão de valores na família, conforme o discurso das depoentes.

Vale a pena considerar que o panorama socialmente construído influenciou de modo contundente as políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres, no século passado. Fonseca (2007), Barsted e Hermann (1999) e Vargens (2001) afirmam que, na saúde da mulher, o processo saúde-doença não foi encarado como fenômeno social. A saúde materna, a saúde reprodutiva, a saúde feminina foram reduzidas à capacidade reprodutiva da mulher, com a finalidade da produção e da reprodução dos corpos sociais como força de trabalho.

A “docilidade” de tratar a mulher como reprodutora impregnou, também, a formação dos profissionais da área de saúde. Foi necessário inculcar nos profissionais da saúde que a mulher-mãe é sinônimo de realização pessoal, feminilidade e alegria, substantivos que sublimam a mulher como cidadã. Seria mais fácil impor um modelo assistencial que controlasse a função reprodutiva em prol da sociedade capitalista (VIEIRA, 2002 e BARSTED e HERMANN, 1999).

Ora, essa mulher é um misto de poder e submissão, de prazer e sofrimento, de felicidade e infelicidade. É como se houvesse um tipo de relutância interna para conciliar à experiência com as expectativas da sociedade e da ciência médica. Uma sensação de que alguma coisa não está certa.

Como aborda Martin (2006), essas mulheres não parecem estar cientes da fragmentação subliminar implícita na maneira como falam e nas suposições que fazem sobre seu corpo e sobre si mesmas. Elas deixam de ver essas imagens impregnadas e são incapazes de resistir aos pressupostos subliminares, como o mito do amor materno, a culpa materna, a medicalização e a submissão.

Quem é essa mulher? Será que estou falando de mim? Será que ainda não sei quem eu sou?

Subcategoria 2: A mulher que eu vejo dentro de mim.

Essa subcategoria inclui, como dimensões conceituais a dificuldade de falar de si, a catarse, o questionamento e a descoberta de si mesma.

Nesse momento, falar sobre si significa expressar sua verdade, não somente usando as palavras ou o discurso produzido na primeira, mas também por meio dos

gestos, do toque em partes do seu corpo, quando olham para baixo ou apertam as mãos, o olho no olho, a emoção de tristeza ou de alegria.

A auto-imagem que a pessoa tem como mulher e, por detrás disso, a construção cultural do que é ser mulher, pode dificultar que ela se reconheça como tal, com qualidades, dificuldades, entre outras (MARTIN, 2006).

Para Thompson (1992), trata-se de liberar a memória. A maioria das pessoas conserva algumas lembranças que, quando recuperadas, liberam sentimentos poderosos. O sofrimento do passado é muito mais suportável, por encontrar-se ao lado de boas lembranças, de alegria, de afeto e de realização. Recordar a própria vida é fundamental para nosso sentimento de identidade. Continuar lidando com essa lembrança pode fortalecer ou recapturar a autoconfiança. Para esse autor, a dimensão terapêutica do trabalho de história de vida tem sido uma descoberta que sempre se repete.

As depoentes falam sobre a dificuldade que sentem em falar de si, inclusive demonstram essa dificuldade pelos gestos, pelo olhar, pelas pausas e a repetição de palavras e expressões.

“É, não sei, é difícil você falar assim, né? Gente, é muito difícil isso! (olhou para o alto) Acho que assim... (pausa) [...] Ah, é muito difícil, muito difícil... [...] É difícil falar da gente, né? E assim... Tua história é difícil. Nossa tanta coisa! Como que eu vou passar... (risos olhando para baixo) Tanta coisa, enfim... (risos olhando para baixo). É difícil. Mas acho que é isso”. (S.02)

“A vida da (S.03) é difícil falar. Mas vamos lá. Se fossem perguntas mais direcionadas, ficava mais fácil responder. Porque você vai desenvolvendo. Assim, aberto, fica muito difícil começar uma história, né? Começar...”. (S.03)

A dificuldade de falar de si é esperada quando utilizamos esse método. Contar sua história é uma forma falar sobre si. É o modo do qual a pesquisadora se utiliza para que a entrevistada mergulhe nas suas lembranças, reflita sobre os fatos e reorganize os dados (THOMPSON, 1992). Desse modo, é possível identificar a história contada do ponto de vista da depoente, o seu modo de ver o mundo e tudo mais. Então, é esperado que expressem dificuldade, uma vez que falar de si também traz lembranças boas ou ruins. Thompson (1992) acredita que o que foi lembrado e dito é o que realmente importa na história daquela pessoa. É aquilo que produziu efeitos, bons ou ruins, e que poderão causar sentimentos internos durante a narrativa, como observamos nos depoimentos seguintes.

“[...] eu acho que o X da questão seja isso! Eu nunca falei isso porque eu nunca pensei nisso. Mas talvez... Agora, aqui falando sobre isso, talvez...” (S. 12)

“Pra mim está sendo tão bom, sabe? Eu estou... [...] Pra mim está sendo muito bom estar contando isso pra você. Você pode ter certeza que é uma etapa da minha vida que eu estou vencendo hoje. (se emocionou e começou a chorar) Muito dolorosa. Mas uma etapa que eu estou vencendo hoje. [...] Às vezes é muito íntimo. Mas, que na hora que a gente consegue falar, é muito bom! A terapia que falaram que eu precisava fazer... Acho que estou fazendo agora. É isso”. (S.08)

Essas confissões ocorreram, na maioria das vezes, na parte final das narrativas. Talvez, quando se tornaram mais imersas em suas lembranças e, quem sabe, sentiram-se mais confiantes em falar. Passam a falar sem medo sobre suas intimidades, seus segredos. Falam como se falassem para si mesmas. Isso causou constrangimento em diversos momentos. Senti-me responsável pelas histórias, pela confiança que depositaram em mim. A dimensão confessional das histórias de vida é apresentada por Thompson (1992). Ele diz que a escuta solitária da pesquisadora poderá consumir-lhe uma energia infindável. Ouvi-las falar de si, para mim, foi muito intenso em todos os sentidos. Elas revelaram o mundo que elas vêem e no qual atuam (BERTAUX, 1980 e ZOBOLI, 2004).

Essas mulheres relatam que descobriram coisas sobre si após iniciar a vivência com as mulheres que cuidavam, conforme os depoimentos a seguir.

“E eu, hoje em dia, estou muito assim. De exigir o respeito das pessoas porque eu também respeito as pessoas. Então, eu não deixo que as pessoas me tratem com falta de respeito e falta de dignidade. [...] Eu sinto que, desde que eu comecei a trabalhar, nessa área... Eu me sinto mais mulher! Sabe? (deu um sorriso lindo!) Como se eu tivesse desabrochado mais pra vida? (abriu os braços simulando uma rosa se abrindo) Como se eu tivesse enxergado que ser mulher é muito mais do que eu imaginava!” (S.06)

“Sobre essa questão, eu acho que existe dois momentos na vida da mulher. Acho que tem uma linha ali, na forma de cuidar, de quando você não é mãe e depois que já é mãe. Quando engravidei, percebi que tinha os mesmos medos e inquietações... Aí comecei a entrar num outro mundo, que eu só conhecia na teoria. E isso foi marcante pra melhorar o meu cuidado com as mulheres”. (S.11)

“[...] Mudou um monte de coisas na minha vida. Eu posso dizer que mudou a minha relação com a minha mãe, com meu pai, com minhas irmãs. Mudou a relação que eu tive com meu marido. Mudou. Mudou muita coisa. [...] E aí, me fazer olhar por um outro caminho. Ver que não existe só uma forma. Existem outras formas também. (começou a chorar, pediu desculpas, perguntei se gostaria de parar e afirmou com a cabeça).” (S.04)

Os relatos traduzem as concepções teóricas de alguns autores: Mayeroff (1971), Boff (1999), Hoga (2004) e Zoboli (2004). Concepções sobre o cuidar numa dimensão abstrata, subjetiva e não mensurável ainda pouco teorizada e tão necessária para os dias atuais.

As depoentes não parecem fazer a conexão entre suas percepções com a relação subjetiva que vivenciam ao cuidar das outras mulheres.

Ayres (2001) e Hunter (2006) denominam esta vivência de intersubjetividade, ou seja, o cuidado acontece quando consideramos a subjetividade do outro. Reconhecemos como sujeito aquele que soma singularidade e subjetividade. Para o autor, a singularidade chama a atenção para o fato de sermos diferentes. Subjetividade é considerar que nós somos os outros, ou seja, nos constituímos de relações, de experiências que estabelecemos e vamos estabelecendo a cada dia.

Portanto, a relação narradora-pesquisadora também foi uma relação de cuidado, considerando a singularidade e a subjetividade de cada uma. Esse encontro somente aconteceu e tornou-se cuidado porque, como cita Hoga (2004), talvez estivéssemos preparadas e disponíveis para tal.

A vivência do cuidado pode ter acontecido de modo intenso para essas Enfermeiras, produzindo alguns questionamentos, como podemos observar a seguir.

“E a nossa vida no dia-a-dia, sendo, querendo ser profissional, ser mãe, ser mulher, é muito difícil, né? Porque você tem, ao mesmo tempo, que estar super competente no trabalho, super carinhosa em casa com os filhos e super mulher, né? Quando o marido chega, ainda tem que ser aquela super dona de casa pra tá dando conta de tudo. Então é muito difícil esse ser mulher. [...] Como é que é isso? Como é que a gente consegue ter tantas personalidades, tantas facetas?” (S.03)

“Eu consigo ser mãe, ser mulher, ser profissional. Mas quantas de nós conseguem hoje na vida? [...] Mas quantas de nós verdadeiramente conseguiu, consegue hoje exercer? [...] Então, fico o tempo inteiro, na minha, assim... [...] Questionando o meu papel! Será que eu estou desempenhando meu papel real? Será que é isso que eu quero pra mim? [...] Estou sendo uma mulher? [...] Fico o tempo inteiro me questionando. Esse questionamento todo é que está sempre me empurrando pra frente, e tentando ser melhor”. (S.03)

Esses depoimentos ilustram como as Enfermeiras se questionam como mulheres. Elas se questionam, questionam as outras mulheres, refletem sobre ser mulher e procuram suas respostas. Esse questionamento é necessário para que ocorra o crescimento individual como apresenta Mayeroff (1971), ou seja, ao cuidar do outro, o homem vive o significado de sua própria vida.

Hoga (2004) e Mayeroff (1971) afirmam que o autoconhecimento é fundamental para a implementação de um cuidado humanizado. A redescoberta do verdadeiro eu demanda o contato com as próprias dores, muitas vezes escondidas em nosso íntimo. Assim, conhecer-se a si mesma possibilita tomar ciência das próprias limitações, fragilidades e potencialidades.

Martin (2006), em seu estudo com as mulheres, surpreendeu-se ao perceber o quanto elas se questionam, opõem-se, resistem e reformulam suas maneiras de viver e de como o mundo poderia ser.

Essa descoberta de si encontra-se expressa textualmente, a seguir.

“E, hoje, eu acho que, o que falta mais pra esse meu protagonismo total, pra minha autonomia é cuidar mais de mim, meu corpo e minha saúde. Eu gostaria de dispensar mais tempo pra isso”. (S.07)

Subcategoria 3: A Enfermagem que eu vejo e a Enfermeira que eu sou.

A subcategoria aborda, como dimensões conceituais a importância de um referencial na vida profissional, a profissão Enfermagem e o ser Enfermeira. Nesse momento, as entrevistadas revelam como aprenderam a ser Enfermeira, considerando a importância de uma referência profissional, seja durante a formação acadêmica ou mesmo no curso da vida profissional. Citaram profissionais de saúde (Enfermeiras e médicas) e instituições hospitalares como modelo de um modo de ser Enfermeira e fazer Enfermagem, a que almejaram alcançar.

“[...] A professora foi assim, o foco mesmo. Me apeguei muito à ela, a Doutora W. Ela mostrou muito bem, assim, essa parte de cuidar. Da assistência à mulher. E ela, por ser médica, e, já tinha sido enfermeira também. Ela abriu um leque de oportunidades para mim na época da graduação”. (S.05)

“Foi na Leila Diniz aonde eu me identifiquei realmente com a questão da obstetrícia. Porque lá eu via a intencionalidade das Enfermeiras que trabalhavam lá dentro. Eram mulheres com as quais eu me identificava, e falava: Ai meu Deus, será que eu vou conseguir assistir às mulheres com tanta expressividade, com tanto tato, com tanta tecnologia, com tanto saber”? (S.08)

Também é importante salientar que todas buscaram e buscam conhecimento técnico-científico e formação acadêmica na área da saúde da mulher. Todas são Especialistas em Enfermagem Obstétrica e, somente 4 ainda não buscaram formação *Stricto-Sensu*. Todas consideram importante a vivência assistencial como elemento de aprendizado, embora atualmente 6 (seis) ainda atuem na assistência à população feminina. A função de docência é exercida por 9 (nove) enfermeiras, todas direcionadas à saúde da mulher.

Tais dados me chamaram a atenção e corroboram com a idéia de que a busca por conhecimento é marcante na vida profissional dessas mulheres. Essa busca pelo saber científico revela a busca inconsciente por empoderamento. Segundo Vallejos (2000), refere-se à potencialidade profissional das mulheres,

umentando sua informação, aprimorando suas percepções, trocando idéias e expressando sentimentos. Seu objetivo mais amplo é fortalecer as capacidades, as habilidades e as disposições para o exercício legítimo do poder.

Os relatos mostram que as entrevistadas não percebem o significado dessa busca incessante por informação e emancipação.

“[...] É que, eu queria estudar muito. Queria estudar até o resto da minha vida. [...] E aí, eu nunca parei de estudar. Eu sempre ficava. Eu não tinha tempo de fazer mais nada. Nem de diversão. Eu não tinha condições. Mas eu queria estudar! Eu nunca parei de estudar. [...] Eu achava que eu tinha que continuar naquele ritmo. Que eu ia conseguir, mais cedo ou mais tarde. Eu ia conseguir achar meu caminho”. (S.06)

A busca por poder e reconhecimento social, no mundo público, revelada pelas entrevistadas, justifica exaltação na profissão escolhida por elas: a Enfermagem. Assim, a Enfermagem ou suas profissionais adquirem qualidades que podem auxiliar no reconhecimento social. É o que observamos na voz da depoente.

“[...] Acho que enfermeiro tem uma maneira diferenciada de resolver. Aquela questão da formação mesmo. Eu acho que o enfermeiro, é... [...] Ele tem uma capacidade de administrar os problemas, muito grande”. (S.02)

Nessa situação o discurso ocorre de modo direto e na voz masculina, corroborando com as considerações citadas por Thompson (1992) e Bertaux (1980) no início deste capítulo.

Uma outra forma de valorizar a profissão escolhida é considerar a feminilidade da Enfermagem, questão citada pela próxima entrevistada.

“Eu acho assim, a Enfermagem é uma profissão linda. Eu acho que ela tem muito a ver com a mulher, por essa questão do cuidado. Como eu falei, a mulher cuida de todo mundo, a todo instante, tudo ao redor. E a gente faz isso, assim, sem perceber. E eu acho que a Enfermagem tem muito disso. É uma profissão, não só de mulheres, mas que tem muito mais do feminino, da sensibilidade, do cuidado, da preocupação, mesmo instintivamente”. (S.06)

“Ser enfermeira é muito bonito. Adoro ser enfermeira. Enfermeira tem algo de feminino. De cuidar. De atenção. De carinho. De preocupação”. (S. 09)

A feminilidade da Enfermagem tem sido abordada por algumas autoras, entre elas Collière (1999) e Waldow (2001). Ambas evocam a origem das práticas de cuidado e consideram as influências sociais, religiosas, econômicas e políticas como necessárias para justificar a feminilidade da profissão. Por outro lado, Collière (1999) também considera que esta “qualidade” pode e deve ser reinterpretada e repensada, com intuito de proporcionar reflexões teóricas sobre a Enfermagem, relacionadas a sua trajetória profissional: da intuição e da sobrevivência, da vocação religiosa e da doação espiritual, até o modo de valorização social sendo auxiliar do médico.

Zoboli (2004) alerta para que esta naturalização da virtude feminina não mantenha as mulheres em uma posição mais vulnerável na relação de gêneros.

Na perspectiva de Vallejos (2000), os acessos ao saber são socialmente orientados para mulheres e homens. O lugar social que eles têm ocupado na academia e no mundo profissional são denominados pela autora como “territórios corretos”. Sendo assim, as mulheres concentram-se em disciplinas vinculadas aos serviços, como são as profissões das áreas de Comunicação, Educação, Humanidades e Saúde. E os homens mais fortemente vinculados à produção, como Ciências Agropecuárias e a Engenharia.

Por esses motivos, a presença feminina é maior, em linhas gerais, em profissões pouco valorizadas no mercado de trabalho, que resultam em salários menos vantajosos. Contudo, Vallejos (2000) assinala que outra hipótese é considerar que as profissões perdem seu prestígio ao se feminilizar.

Portanto, quando as entrevistadas falam sobre ser Enfermeira e fazer Enfermagem, falam também, implicitamente, de ser mulher. Falam em quem buscaram referência para terem reconhecimento profissional e social, atribuem valores aos modelos em que se espelharam. Exaltam qualidades e apontam as dificuldades da profissão falando do mesmo lugar, de si mesmas, mulheres no mundo público.

CATEGORIA 2: A mulher cuidando de outra mulher – o Eu com a outra.

Esta categoria surge a partir do momento em que as entrevistadas anunciam como cuidam das mulheres, definem o cuidado que oferecem, falam das dificuldades vivenciadas nessa relação e contam como aconteceu o encontro com as mulheres.

São as dimensões que constroem esta categoria e aprofundam questões de interesse particular para a Enfermagem Obstétrica. Conceitos sobre cuidado, modelos assistenciais, alteridade, ser sujeito, culpa e humanização.

Subcategoria 1: Como eu cuido das mulheres.

A subcategoria inclui as dimensões conceituais: vivenciando o conflito e questionando o cuidado, cuidado padronizado, cuidado a partir do meu ponto de vista, cuidado na perspectiva da outra.

As entrevistadas possuem diferentes pontos de vista sobre o cuidado que oferecem. Elas vivenciam um momento de conflito e questionam o cuidado.

“Então qual é a melhor maneira de você... É, realmente, satisfazer a necessidade daquela pessoa? Descobrir realmente qual a necessidade daquela pessoa? É inferindo a necessidade dela?” (S. 02)

“Então, sair daquele... Daquela minha prática... Eu comecei a perceber que aquela prática... Ela tinha algo que eu precisava saber. Se aquilo, pra elas, era humanizado? Comecei a ver onde que eu estava errada”. (S. 08)

Essas mulheres, em algum momento de sua trajetória de vida, questionaram e questionam sobre o cuidado. Segundo Collière (1999), o questionamento leva a desenvolver uma outra forma de poder: a de fazer face à adversidade. Ou seja, significa ousar argumentar o sentido e o porquê da ação de enfermagem em situações conflitantes.

O questionamento, de um modo geral, é o que impulsiona a vida do ser humano e traz a perspectiva de renovação, de criação, e nos distancia das “paralizantes deformações ideológicas” (AYRES, 2001).

Nesse turbilhão de questionamentos, percebemos o quanto são críticas. Confundem, contradizem, se repetem e utilizam conceitos sobre cuidado, parafraseando autores.

Por outro lado, Thompson (1992) acredita que algumas incoerências são aceitáveis. São conflitos de valores do passado e a vida do dia-a-dia. Contradições que são extremamente reveladoras e, algumas vezes, difíceis de ser desveladas.

“Optando pelo modelo desmedicalizado é optando por sair do hospital” (S 07)

“Mas, pra você poder, se propor a cuidar do outro, na perspectiva de Mayeroff [...]” (S. 07)

“[...] Pois, se a gente pegar o que Nêbia fala – O instrumento do cuidado é o corpo – [...]” (S. 07)

“Ser mais feliz cuidando. Se é que a gente pode usar essa expressão figurativamente?” (S. 02)

“Aquilo que o Michel Odent fala – Subiu pra cabeça, nega tudo o que está em torno”. (S. 08)

Nesse conflito de definições e conceitos sobre o cuidado, declaram que cuidam das mulheres acreditando que aquele cuidado que oferecem é o melhor para elas, para as mulheres que cuidam. Este é o discurso do modelo de assistência que impõem o saber científico ao indivíduo que recebe o cuidado.

Como cita Davis-Floyd (2001), é o chamado modelo tecnocrático ou biomédico, aquele que considera o outro como paciente, reduzido a objeto do cuidado. Nesse modelo, o profissional de saúde considera-se sujeito do cuidar e, por esse motivo, tem o poder e o dever de definir o que é melhor para o outro. Hunter (2006) afirma que algumas Enfermeiras utilizam a comunicação verbal para assegurar que as usuárias mantenham-se submissas a elas.

Para Martin (2006), Vargens e Progianti (2004) e Vieira (2002), esse modelo tecnocrático adota estereótipos negativos para os eventos fisiológicos femininos, considerando o corpo como um sistema de processamento de informação hierárquico, ou como uma máquina. As mulheres sofrem uma alienação das partes do seu eu muito mais intensamente do que os homens, pelas práticas da medicina científica. A própria terminologia científica dos eventos femininos utiliza uma linguagem dominadora e mantenedora de poder, como exemplifica Hunter (2006): incompetência istmo cervical, perda da função ovariana, mecanismo do trabalho de parto, motor (contrações), objeto (feto), entre outros.

É importante ressaltar que as Enfermeiras Obstetras entrevistadas foram formadas nesse modelo tecnocrático, bem como atuam em instituições de saúde, seja no âmbito público ou privado, que também adotam esse modelo assistencial. Ainda hoje, muitas instituições de ensino adotam esta concepção de saúde.

A Enfermagem Brasileira adotou o modelo americano que desvalorizava o cuidado em prol de uma ideologia de cura. Outro fator importante a ser considerado foi a aproximação da Enfermagem ao saber da medicina com finalidade de sustentação científica (NEVES, 2002 e WALDOW, 2001).

Em um outro momento, as entrevistadas consideram uma outra concepção de cuidar.

“(pensou um pouco antes de responder) Na verdade, eu cuido das mulheres acreditando que esta é a forma que seja melhor pra elas”. (S. 01)

“Eu tento trazer para a assistência aquilo que eu acho que seria bom. Né? [...] Sempre as coisas que, na minha concepção, eu acho que são... São... São coisas boas”!?. (S. 04)

“Eu acho que é o melhor pra ela”. (S. 08)

As depoentes utilizaram um discurso típico das Escolas de Enfermagem: Cuidar do outro como a si próprio. Esse discurso passou a ser utilizado a partir da década de 70, com a incorporação da visão holística no ensino da Enfermagem Brasileira (NEVES, 2002 e WALDOW, 2001). Colocar-se no lugar do outro. Frases

prontas que foram repetidas diversas vezes durante a formação acadêmica e que são repetidas pelas mesmas entrevistadas citadas acima.

As frases feitas, segundo Thompson (1992), podem revelar pressupostos muitas vezes não expressos e, por vezes, profundamente arraigados.

Logo a seguir, trazem outra concepção de cuidado em suas falas.

“Talvez como eu gostaria de ser cuidada”? (S. 01)

“Aquela coisa: o que você acha que é melhor para você. É querer o melhor para você e querer o melhor para a outra”. (S. 04)

“Ou talvez, por querer aquilo que eu acho que é o melhor pra mim”. (S. 08)

O sentido de cuidado apresentado acima vai de encontro à concepção de alteridade. Todavia, no cotidiano, pode distanciar-se de sua essência. Pois, colocar-se no lugar do outro não significa somente pensar e agir como o outro. Significa pensar e agir como se o fosse. Portanto, em algumas situações do cotidiano, esse sentido de cuidado poderá reduzir-se, de certo modo, apenas a um discurso pronto, distanciando-se do verdadeiro significado teórico proposto por Mayeroff (1971) e Boff (1999).

De outro modo, a crise paradigmática vivenciada por essas mulheres corrobora com o que Ayres (2001) denomina de ação transformadora. Para o autor, ação transformadora é aquela que, produzida pelo sujeito, revela sua autonomia e sua existência. Essa ação transformadora tem sentido de sucesso existencial e é traduzido por felicidade.

Então, considerar que o cuidado pode acontecer com ela, mulher/usuária, que deseja ser cuidada, revela essa ação transformadora. Demonstra a possibilidade de admitir que os pressupostos do Modelo Humanístico, segundo Davis-Floyd (2001), podem acontecer no cotidiano das relações de cuidado. Esse cuidado valoriza a escuta, o que a usuária tem a dizer, e sua própria linguagem (HUNTER, 2006).

“É, eu tento ao máximo identificar, conversar com essa pessoa, com essa mulher. E tentar identificar o que ela, o que ela deseja naquele momento”. (S. 02)

“É isso que eu faço sempre, é tentar, é deixar que o outro me diga. Às vezes você vai crente que está abafando, batendo o maior bolão, e não é essa a realidade. Não é porque pra você é bom, pro outro vai ser também”. (S. 02)

“E eu entendi que humanizar tinha que ser algo que ela quisesse pra ela. Eu queria aprender com aquelas que faziam o parto de uma forma mais agradável para a mulher. [...] É a pessoa que me fala como ela quer ser cuidada”. (S. 08)

As depoentes falam sobre como acontece o cuidado e o que decorre dele. Ou seja, para que a relação de cuidado torne-se um encontro genuíno entre a profissional de saúde e a usuária, é necessário que as profissionais de saúde estejam preparadas e disponíveis para tal ocorrência, caso contrário o processo de cuidar será de uma só via (HOGA, 2004).

Subcategoria 2: Definindo o cuidado que ofereço.

Nessa subcategoria emergem as dimensões conceituais dos preceitos de cuidar-cuidado apresentados por Mayeroff (1971).

Considerar um cuidado que leve em conta os preceitos da Humanização implica abordar concepções teóricas que incluam aqueles componentes do cuidado que são apontados por Mayeroff (1971): humildade, singularidade, conhecimento, reciprocidade e ritmos alternados.

Esses componentes estavam imersos nas narrativas. As depoentes, nesse momento, não utilizaram o discurso pronto, o que é bonito de ser dito. Falaram para si mesmas, com emoção.

Humildade: “O homem que cuida é sinceramente humilde quando se dispõe a aprender mais sobre o outro e sobre si mesmo, e sobre aquilo que o cuidado compreende” (MAYEROFF, 1971, p.42).

“[...] Isso exige disponibilidade. E, nem sempre as pessoas estão disponíveis pra isso. Vai ter que mexer com seus próprios sentimentos, com suas emoções, às vezes você não está a fim” (S. 02)

Conhecimento: “No cuidado, conheço o outro diretamente; a união que sinto para com o outro se harmoniza com a minha consciência de que ele é um ser distinto e individual” (MAYEROFF, 1971, p.34).

“[...] Acho que eu vejo um pouco de mim em cada uma delas. [...] Eu me ponho no lugar. Eu sempre... É... Eu tento... (pausa) Transferir. Me transferir às vezes. E nas vezes que eu pudesse, em algumas delas, eu me transferiria mesmo.(sorriu) Mas eu tento me transferir. Eu tento me juntar. Sabe”? (S. 04)

Reciprocidade: “Meu cuidado com o outro ajuda a ativar o cuidado dele comigo; e de maneira semelhante o seu cuidado comigo ajuda a ativar meu cuidado com ele, reforça meu cuidado com ele” (MAYEROFF, 1971, p.53).

“Porque a gente aprende muito mais. [...] Tanto quanto, com as mulheres. Elas são a nossa lição de vida. [...] E me satisfazer com essa lição de vida que a gente tem com elas. O crescimento que a gente pode ter enquanto mulher”. (S. 06)

Singularidade: “[...] não importa quão extensiva tenha sido sua experiência anterior, pois o problema é sempre de adequação a esta situação original, e esta situação, de maneira geral, não é apenas uma repetição do passado que só exige uma aplicação mecânica de princípios” (MAYEROFF, 1971, p.42).

“Não é uma receita de bolo. Não tem uma receita de bolo. Cada um tem um jeito de ser, tem a sua personalidade. E você tem que achar as características de cada um. É tratar à mulher, a pessoa em si, no caso aqui, a mulher, da forma como ela se apresenta naquele contexto”. (S. 06)

“Já fiz (pensou um pouco), mais ou menos uns 2.400 partos. E cada um foi de um jeito. Cada um teve algo de especial, de único. Cada mulher é uma mulher. E sempre que um bebê nasce eu respiro... E me emociono. [...] Então cada dia é um dia. Cada plantão é um plantão”. (S. 09)

Ritmos alternados: “Não posso cuidar apenas por hábito devo ser capaz de aprender a partir de meu passado. Vejo a quanto montam minhas ações, se ajudei ou não, e à luz dos resultados, mantenho ou modifico meu comportamento de modo a poder melhor ajudar o outro” (MAYEROFF, 1971, p.35).

“[...] Então, você tem que modificar, às vezes, o seu modo de agir de uma para outra. De acordo com o que elas se mostram pra você”. (S. 06)

Subcategoria 3: Falando das dificuldades e do que é ruim no cuidado.

Aqui são apresentadas dimensões conceituais que abordam as dificuldades no relacionar-se com a usuária: a entrega no encontro de cuidado, a morte e o sofrimento, o aborto e o parir.

Nesse momento as Enfermeiras são sinceras ao falar das dificuldades que vivenciam na relação com as mulheres. Elas relatam como é difícil exercer um cuidado que demanda entrega, conhecimento de si e disponibilidade.

“[...] Isso não é um cuidado que é simples. Isso é um cuidado que é complexo! Te mobiliza. Talvez ele não te mobilize tanto fisicamente, mas ele te mobiliza emocionalmente”. (S. 07)

“[...] Eu me reconheço até mais do que eu gostaria. A verdade é essa. É... porque, às vezes, se reconhecer muito te trás, te trás sofrimento, né? Porque na maternidade teoricamente, todo mundo vem parir feliz, [...] e não é bem assim!” (S. 02)

As depoentes também apresentam limitações para lidar com o cuidado que envolve morte e sofrimento. O profissional de saúde sofre e considera-se incompetente profissionalmente, pois, no modelo tecnocrático, a morte é interpretada como derrota (DAVIS-FLOYD, 2001). A onipotência do saber e do poder da medicina sobre os pacientes, aliados às concepções culturais e religiosas sobre a

morte, somente colabora para o sentimento de culpa dos profissionais de saúde (MALDONADO e CANELLA, 1988).

“Eu tenho uma dificuldade de lidar com pacientes terminais com pacientes que a gente perde. Assim, a perda, pra mim, ainda é muito difícil. [...] Mas me dói bastante quando eu estou lidando com o paciente e eu perco esse paciente. Nesses 17 anos, até hoje, eu perdi 01(uma) paciente na maternidade”. (S. 03)

“Gente, eu vim pra cá porque procurava a vida. Porque estava cansada de ver gente morrer e não gostava muito disso. E a obstetrícia sempre me encantou por tudo aquilo que te falei. [...] E na primeira semana que fui trabalhar morreram 03 (três) mulheres numa enfermaria. Eu falei: mas o que é isso? Pelo amor de Deus! Vai morrer igual donde eu venho?” (S.10)

O sentimento de derrota também é explicitado pela dificuldade relatada pelas mulheres em cuidar de mulheres em abortamento. Nesse caso, posso considerar não somente o aspecto assistencial, mas também a construção idealizada da mulher-mãe.

“Por exemplo, uma delas é a questão do aborto. Até eu trabalhar com mulher eu não aceitava de forma alguma. Depois, essa questão, eu já acho admissível. Por quê? Porque eu começo a entender os porquês daquilo. Hoje, eu já acho admissível. Também, não consigo mudar tanto. Acho admissível”. (S. 04)

“Nessas que tentam o aborto, procuro não julgar. O tempo inteiro eu fico me policiando: Não posso julgar! Será que eu faria? [...] O que será que esse homem fez pra essa mulher não querer esse filho dela? A não gostar de uma coisa que está dentro dela? Muitas ficam desesperadas quando perdem com um mês e pouquinho. E ela, às vezes, com 04, 05 meses não consegue nem querer ver esse feto que ela abortou!”. (S. 03)

As entrevistadas consideram, como terceira questão, a dificuldade de lidar com o parto, já que consideram esse evento como um sofrimento para a mulher. Tal aspecto pode ser discutido à luz da medicalização do corpo feminino e como as mulheres foram e ainda estão sendo conduzidas a acreditarem que são incapazes e imperfeitas (VIEIRA, 2002 e MARTIN, 2006). Não somente esse aspecto pode elucidar a questão, mas também a forma como o trabalho de parto e parto têm sido conduzidos pelos profissionais de saúde que adotam o modelo biomédico (DAVIS-FLOYD, 2001; HUNTER, 2006; MARTIN, 2006; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002; WHO, 1996 e PROGIANTI e VARGENS, 2003).

“Eu acho que a mulher sofre muito no parto normal. [...] Eu fico com muita pena das mulheres que eu estou atendendo. Delas não terem acesso a anestesia peridural, [...] com acompanhamento da família junto. [...] É um momento doloroso. É um momento difícil pra mulher. Um momento muito difícil pra mulher”. (S. 03)

Subcategoria 4: Como aconteceu o encontro com as mulheres.

Nesse tópico as dimensões conceituais são a concepção de maternidade idealizada, a autonomia profissional, o descuidado e o sofrimento feminino.

O encontro com as mulheres ocorreu, para as depoentes, durante a formação acadêmica (graduação ou especialização). Elas consideram que a experiência de cuidar das mulheres, durante a graduação, possibilitou a identificação de aspectos positivos com a área da saúde da mulher, dentre eles a autonomia da Enfermeira obstétrica e a concepção de mulher-mãe.

“E eu vi a Enfermagem atuando na Enfermagem Obstétrica numa outra esfera dentro do ambiente hospitalar e sendo um pouco mais independente por conta dessa questão do parto, do pós-parto. Então isso me encantou”. (S. 12)

“O que me fez trabalhar com a obstetrícia, foi muito a questão do não trabalhar com a dor. Do não trabalhar com o que é ruim. É trabalhar com o que é alegre e com o que é feliz. [...] Principalmente o fato de trabalhar com vida, com nascimento, com felicidade. Isso, para mim, é o principal. Não ter sofrimentos” (S. 04).

Os dois aspectos apontados pelas Enfermeiras determinaram o modo como essas mulheres encaram a profissão e o modo como cuidam. Tais aspectos já foram aprofundados nas categorias anteriores e somente corroboram com a impressão da necessidade de descobrir quem verdadeiramente somos.

Algumas Enfermeiras não identificaram as questões citadas acima durante a graduação. Ao contrário, vivenciaram o descuidado, a falta de autonomia e o sofrimento feminino. Isso foi suficiente para afastá-las da área da saúde da mulher durante a formação acadêmica. Uma nova possibilidade de aproximação somente ocorreu durante o curso da vida profissional.

“Durante a graduação, eu não gostava da disciplina de obstetrícia, principalmente pelo fato da parte prática ter sido ministrada na maternidade do Hospital X [...] Não gostava porque não me agradava ver a postura das enfermeiras, aquela submissão ao médico, somente trocavam o soro e cumpriam as ordens médicas... Isto também aliado ao sofrimento que as mulheres eram submetidas. Me lembro das mulheres deitadas parindo com as pernas para cima, gritando e sofrendo. Isto me angustiava. [...] Foi aí que busquei a especialização em obstetrícia aqui na instituição, e descobri que a enfermeira podia fazer o parto e ter autonomia profissional. Isto me fascinou!”. (S. 01)

CATEGORIA 3: O poder (in) visível na vida das mulheres.

É a última categoria a ser apresentada. Ela foi construída pela temática poder. O tema mostrou-se relevante, à medida que permearam dimensões conceituais anteriores e foi explorado por todas as depoentes em momentos diferentes de suas histórias de vida.

Falam de poder na primeira pessoa e no coletivo. Falam de um poder feminino. Do poder de cuidar. Enfim, do poder que é ensinado, que é aprendido e que é autorizado. Portanto, trata-se de uma categoria conceitual independente.

O estudo deste tema foi direcionado somente para questões de poder que estão relacionadas às ações de cuidado.

Essa categoria possibilitou aprofundar conceitos de poder, empoderamento, humanização, ser sujeito e humanização.

Subcategoria 1: considerando o poder das mulheres.

O poder libertador dos cuidados de enfermagem e o cuidado como atitude ética são as dimensões conceituais discutidas nessa subcategoria.

Inicialmente a palavra “poder” significa ser capaz de, estar apto, ter capacidade (FERREIRA, 2004). Segundo Collière (1999), a palavra “poder” significa ter direito sobre. Contudo, para Costa (2007), o poder num sentido mais amplo não é, já que poder se exerce em atos, em linguagem; não é uma essência. É a capacidade de decidir sobre a própria vida e, como tal, é um fato que transcende o indivíduo e permeia outros indivíduos e os espaços sociais.

No paradigma tecnocrático, segundo Davis-Floyd (2001), há uma valorização pela conquista do poder por parte dos profissionais de saúde, com vistas a afirmar-se, valorizar-se e adquirir uma identidade. No modelo humanístico, o poder é afastado. Na interpretação de Collière (1999), talvez por atestar o medo que na memória coletiva lembra opressão, usurpação, substituição do outro, insegurança.

Na perspectiva de Boff (1999) e Zoboli (2004), cuidar exige renúncia à vontade de poder que reduz tudo e todos a objetos. Cuidar significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Exige inventar relações que propiciem a manifestação das diferenças até então entendidas como desigualdade.

Todavia, não há existência sem poder. Sendo assim, desde a mais tenra infância somos estimulados a libertar as capacidades que possuímos. Para que seja possível desenvolvermos capacidades, aumentamos o poder de existência e construímos nossa identidade (COLLIÈRE, 1999; MALDONADO e CANELLA, 1988).

Quem exerce o poder se apropria do direito de castigar. Dessa posição domina, julga, sentencia e perdoa. Assim, segundo Costa (2007) e Davis-Floyd (2001), quanto mais tentamos ser onipotentes, maior a necessidade de acumular e

reproduzir o poder. Para conseguirmos poder, precisamos que as outras pessoas tenham pouco poder (DAVIS-FLOYD, 2001).

Collière (1999) nos ensina que os cuidados e a maneira de cuidar contribuem para aumentar ou reduzir o poder de existir, ou seja, o poder de descobrir o mundo, de aprendê-lo e nele situar-se. Cuidar é agir sobre o poder de existir, permitindo que esse poder possa desenvolver-se ou reduzir-se.

Collière (1999) denomina de poder libertador dos cuidados de enfermagem quando este permite outras possibilidades ou que as capacidades existentes se desenvolvam ou simplesmente sejam utilizadas.

O poder torna-se libertador sempre que os cuidados de enfermagem permitem às usuárias utilizarem o poder que lhes resta, mobilizando aquilo de que são capazes. Quando restitui ou aumenta um poder de ser e de autonomia diminuindo, assim, a necessidade de ajuda. Quando reconhece o saber das pessoas tratadas, ou, ainda, quando permite as usuárias exercerem, elas próprias, um poder terapêutico sobre as outras usuárias (COLLIÈRE, 1999).

Isso pode causar estranhamento, pois, ao mesmo tempo em que faz morrer um aspecto do nosso poder, é encorajador e criativo, porque faz renascer um outro aspecto do nosso poder, o de libertar a nossa capacidade para ela servir aos outros (COLLIÈRE, 1999).

O cuidado também é considerado como atitude ética quando se percebem e se reconhecem os direitos umas das outras (WALDOW, 2001; BOFF, 1999; HOGA, 2004 e AYRES, 2001).

"[...] cuidando daquela mulher de uma maneira que ela possa se ver como sujeito autônomo. Que ela tem poder, que ela pode. [...] Dizer que você pode sim. Que é sujeito do seu corpo e da sua vida". (S. 07)

"[...] De buscar autonomia e de empoderar. Eu não pensava nessa palavra. Naquela época, não pensando com essas palavras, eu falava: Não, não tem que ser assim! Você pode! Você tem poder! E eu cuidava dessa maneira". (S. 07)

"Eu tento sempre pensar nisso. Falar isto pras pessoas. Que a gente tem que escolher o que é melhor pra gente. Mostrar pras pessoas, pras mulheres que a gente presta os cuidados, que elas podem decidir. Né? Você chegar pra pessoa e falar pra ela: Olha você pode fazer de tal maneira. Pode ser daquela maneira. Você pode fazer isso. Você pode fazer aquilo". (S. 02)

O Modelo Humanístico valoriza muito a informação das usuárias com intuito de promover empoderamento, partilhar as responsabilidades e incentivar a autonomia das mulheres na saúde e na doença (DAVIS-FLOYD, 2001). É o que Hunter (2006) denomina de co-participação ou sociedade no cuidado. A Rede

Nacional Feminista de Saúde (2002) considera empoderamento como apropriação de direitos para pleno exercício da cidadania. Somente assim os direitos são percebidos, cobrados ou negociados. Isso é importantíssimo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde existentes.

Subcategoria 2: A busca por empoderamento.

A última subcategoria apresenta dimensões conceituais do significado de empoderamento e de seus componentes.

O conceito de empoderamento passou a ser utilizado, no Brasil, a partir dos anos 80 pelo movimento feminista, mas seu conceito surgiu com os movimentos de direitos civis nos Estados Unidos, nos anos 70 (COSTA, 2007). Para a autora, empoderamento é o mecanismo pelo qual as pessoas tomam controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino; tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir.

Segundo Costa (2007), a definição de empoderamento deve incluir os componentes cognitivo, psicológico, político e econômico. O componente cognitivo refere-se à compreensão que as mulheres têm da sua subordinação assim como as causas desta nos vários níveis da sociedade. Envolve a compreensão de ser e a necessidade de fazer escolhas mesmo que possam ir de encontro às expectativas culturais e sociais.

“Essa questão do parto, de cuidar do parto, de parto de baixo risco. De ver que ela tem esse poder de parir. Acho que isso foi, durante muito tempo, durante anos, nos foi retirado. Esse poder de parir. Simbolicamente, isso nos foi retirado. Ao ponto, que hoje, uma mulher tem medo de ficar num quarto sozinha pra ter seu filho sozinha: Não. Não vou conseguir!” (S. 07)

Outro componente do empoderamento, citado por Costa (2007), é o componente psicológico. Ele acrescenta o desenvolvimento de sentimentos de auto-confiança e auto-estima pelas mulheres no intuito de que podem ter êxito nos seus esforços por mudanças.

“E, é interessante você, você às vezes ajuda a mulher a se descobrir enquanto mulher. [...] E você as ajuda a se encontrar dentro de alguns problemas que elas vivem. [...] E, a gente tenta alertar. Tenta falar o que elas podem fazer. [...] Você atende, fala, tenta participar a mulher daquele... Pra ter aquele olhar. [...] Atendendo às mulheres e ver o quanto a gente pode fazer com que uma mulher cresça. Ajudar ela a se encontrar. A medida que você, cada vez mais, incentiva as mulheres a correr atrás dos direitos dela. A serem tratadas como gente. Que tem direito a ser tratada como gente. Como uma pessoa com dignidade. E que seja vista como ela é realmente. E não, pelo que as pessoas queiram que ela seja”. (S. 06)

Costa (2007) inclui o componente político na definição de empoderamento. Supõe a habilidade para analisar, organizar e promover mudanças sociais no meio circundante.

“No outro lugar que trabalho não é muito bom. Sou eu sozinha, a única Enfermeira pra maternidade toda. [...] Mas nesse tempo todo que estou lá, algumas coisas eu consegui mudar. Consegui que a equipe de enfermagem olhasse a mulher de uma outra forma. Com mais carinho e mais atenção. Então, de algum modo me sinto melhor. Sei que estão cuidando por mim” (S. 09)

O último componente apresentado por Costa (2007) é o econômico, que supõe a independência econômica das mulheres. Para a autora, é um componente fundamental de apoio ao componente psicológico.

“A S.07 quer ser independente! [...] eu valorizo muito o aspecto profissional na minha vida. [...] Então, eu sempre quis ser independente. Sempre quis ter minha casa. [...] E hoje, já tenho meu apartamento. Então rápido eu pude conquistar estas coisas: de juntar dinheiro e comprar meu apartamento. Foram coisas que eu priorizei na minha vida”. (S. 07)

O empoderamento também deve ser analisado no ponto de vista apresentado por Collière (1999). O desenvolvimento do poder de existir se liga à capacidade de ser, de existir daqueles que cuidam. Sendo assim, falar sobre poder em relação a cuidar obriga-nos a questionar o nosso próprio poder. Pois não é possível permitir aos outros readquirirem o poder ser, o poder existir, se nós mesmos não identificarmos aquilo de que somos capazes, de que podemos vir a ser capazes, e como utilizamos essas capacidades.

“[...] E eu fiquei naquele lugar: deitada, em decúbito lateral esquerdo. Virava de vez em quando, de um lado pro outro. E, fiquei ali: eu e a minha dor. Sozinha! [...] Eu não tinha força pra levantar da cama, da maca, e fazer aquilo que eu falava pras mulheres: Olha anda que vai ser mais rápido! Eu tinha medo de andar e de acelerar o trabalho de parto e a minha neném nascer sem ninguém pra me ajudar e me assistir. Mesmo sabendo que, se ela nascesse eu daria conta de segurá-la! [...] eu permiti estar num lugar sozinha, sem ninguém[...] Eu me submeti a um sistema...” (S.08)

O relato da entrevistada corrobora com Berquó (2003). Ela nos diz que as escolhas, no campo reprodutivo, estão associadas a diversas condições materiais, sociais e intelectuais. Algumas vezes, a mulher tem a ilusão de que escolheu o que quer, mas, na verdade, o seu querer é o querer do outro. Esse fato pode ser considerado como violência simbólica, na perspectiva de Vargens e Progianti (2004). Portanto é importante que as Enfermeiras reflitam sobre o seu próprio empoderamento.

A busca por poder, a necessidade de empoderar-se tem sido discutida por diversas autoras. Entre elas, Vallejos (2000), que destaca duas situações que

merecem reflexão. É o número de mulheres que garante uma formulação de políticas públicas em prol das mulheres como coletivo social? Será que quando as mulheres participam da política, defendem os interesses das mulheres? É possível que o ingresso de mulheres na política contribua para modificar as estruturas e mecanismos masculinizados da política? Será que a feminilização da política contribui para sua feminização alterando a própria política?

Zoboli (2004) considera que o estudo da vida e do pensamento das mulheres pode contribuir para reorganizar práticas favorecedoras da opressão de gênero. Afirma que é necessário incluir a voz e a perspectiva das mulheres em vários campos de estudo.

Vallejos (2000) questiona qual seria uma política efetiva para as mulheres: seria animá-las a não parar e continuar buscando o poder, ou sugerir mudar de modelo (modelo masculino) considerando-o alienante? O modelo masculino de poder, política, trabalho e ambição podem ser ou não adotado pelas mulheres.

Pela abordagem da psicologia, alguns autores defendem a construção de um novo modelo, denominado androginia, que significa unir o feminino e o masculino dando origem a um ser humano mais completo. Autores como Vallejos (2000) consideram que a mulher possa ir além dos limites impostos pelos estereótipos de gênero, e que, para tanto, são necessárias técnicas e práticas que levem ao empoderamento.

Contudo, o objetivo do empoderamento não é construir uma sociedade de mulheres poderosas, porém isoladas, mas de contribuir para a construção de uma nova ordem científica e cultural, socialmente justa e politicamente democrática, que permita, então a homens e mulheres, de maneira conjunta, desenvolver uma cidadania plena e produtiva (VALLEJOS, 2000).

CAPÍTULO V

SÍNTESE INTERPRETATIVA

Confesso que ao iniciar a construção deste trabalho, há 2 anos, não imaginava que hoje estaria escrevendo tanto!

Lembro-me de colegas que passaram pelo Mestrado e Doutorado e que comentavam sobre suas obras. Falavam das dificuldades, da necessidade de leitura, da transcrição de entrevistas, da elaboração de artigos científicos, das temerárias bancas de avaliação, entre outras.

Mas não me recordo de falarem sobre os pontos positivos.

E hoje, posso afirmar que o único ponto negativo é falta de tempo. Necessitaria de, pelo menos, mais 1 ano para escrever tudo que penso e que sinto sobre as coisas que descobri. Mas existe uma questão que não posso negar que foi estressante: foi muito difícil construir o objeto de pesquisa.

Levei quase 6 meses para desenhá-lo. Mas ele estava lá no meu inconsciente há muito mais tempo. Ele foi produzido durante uma década. Verdade! Desde que vivi minha crise paradigmática no cuidado, já remoía essa questão: Como é que mulheres cuidam de mulheres com tanta diferença? Por que são tão distantes umas das outras? Por que as mulheres profissionais optaram por cuidar de outras mulheres? Quais são os significados dessa forma tão rude de cuidar das outras? Por que julgam tanto? Por que submetem tais mulheres a tanto sofrimento e tanta opressão? Por que assumem o papel masculino? São para serem respeitadas pelos demais profissionais, pelas usuárias, ou por ambos? Esse autoritarismo é consciente?

Confesso que fui leviana, em alguns momentos de convivência com outras profissionais. Considerei, algumas vezes, que essa forma de cuidar era consciente. Que elas sabiam o que faziam e por que faziam!

E hoje posso rever esses pressupostos a partir da reflexão teórica que realizei sobre todas as temáticas expostas. Meu orientador foi paciente, muito paciente. Com habilidade e conhecimento quase psicanalítico, ajudou-me a descobri-lo!

Outro ponto muito gratificante foi a escolha do método a ser utilizado. Neste momento não posso deixar de envaidecer-me por ter um orientador tão perspicaz! Imagine um estudioso em Interacionismo simbólico, perguntar para sua modesta orientanda qual o método sugere?

Pois assim que aconteceu. Eu? Ri, é claro. Como iria saber? Ele sugere então: Leia sobre o Método História de Vida e sobre Análise de Conteúdo. Depois volte e me diga o que achou.

Como sempre, aluna aplicada que sou, li o máximo que pude sobre as duas metodologias. Fiz um fichamento sobre cada uma. E retornei. E ele simplesmente me pergunta: Qual método você acha que mais se adequou a seu objeto de pesquisa? Não tive dúvida em responder.

Sendo assim, o método tornou o trabalho, ou melhor, o estudo apaixonante pra mim. Ele realmente conseguiu dar conta daquilo que eu queria desvelar sobre as mulheres que eu tanto questionava profissionalmente. O método foi uma estratégia para que as mulheres Enfermeiras falassem sobre as mulheres que cuidavam indiretamente. Sabíamos que não responderiam verdadeiramente se fizéssemos perguntas diretas, objetivas. Usariam frases feitas, bonitas de ouvir e falar. Então o método foi perfeito. Ele foi estratégico, se é que posso compará-lo a uma “armadilha”. (Com a melhor das intenções, pelo bem da ciência e das mulheres, é claro!).

Contudo, tenho consciência que não pude explorá-lo suficientemente. Como já citei, precisaria de pelo menos mais 1 ano somente para realizar a análise das entrevistas do modo como gostaria. As narrativas são longas, intensas e com muito conteúdo a ser explorado. Torna-se necessário ler e reler várias vezes.

O método de análise, proposto por alguns autores, é a análise do discurso, que é bastante complexa. Requer estudo sobre lingüística. E, para tanto, é necessário tempo. É um conteúdo teórico de que nunca me aproximei.

De qualquer modo, fico satisfeita com os resultados encontrados. Hoje posso afirmar que aprendi muito com a dissertação. Ela tornou-se um ente muito querido, de que cuidei durante todo tempo. Uma convivência diária. Mesmo que mental.

Descobri muitas coisas sobre o universo feminino, sobre ser Enfermeira, sobre cuidar... Descobri, também, sobre mim e sobre as outras mulheres.

A vivência das entrevistadas foi incrível! Como é difícil colocar-se diante da outra pessoa com o olhar de pesquisadora! Foi minha primeira vez. E a primeira vez a gente nunca esquece. Meu orientador sempre falava: Não se afaste do objeto de pesquisa. Tenha em mente um fio condutor e siga-o! Não se afaste dele!

Apesar de tentar seguir esse pressuposto tive que permitir que uma relação de cuidado acontecesse também. Afinal o tema da dissertação é sobre relação

terapêutica, relação de cuidado. Era inadmissível negar esta vivência que não ocorreu com todas as mulheres entrevistadas. Mas com algumas, aconteceu de forma muito intensa.

Eu as ouvia contar e refletia sobre os depoimentos. Não julguei. Mas refleti sobre minha vida, meus conceitos e pré-conceitos. Refleti sobre a minha história de vida. Como a contaria? Que fatos seriam omitidos? E por quê? Refleti e perguntei quem eu sou?

Enfim, agora posso olhar através desta janela e ver de forma diferente. O meu modo de ver as mulheres Enfermeiras mudou. Como também mudou minha forma de ver o mundo. E isso é ótimo!

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chego ao final do estudo com a satisfação e a sensação de ter concluído todas as propostas apresentadas.

Ao rever a construção desta pesquisa, em busca das respostas às questões e aos objetivos que a nortearam, posso afirmar que todos foram contemplados. Inicialmente apresento a descrição de como as Enfermeiras que cuidam de mulheres se vêem como mulheres. No segundo momento é anunciado de que modo as Enfermeiras vivenciam a relação de cuidado e que papel assume nesse encontro. As duas questões citadas são analisadas levando-se em consideração a relação de interação entre as duas mulheres: a mulher Enfermeira e a mulher usuária, na percepção da mulher Enfermeira.

Por conseguinte, o modo como a Enfermeira se compreende na relação de cuidar-cuidado é desvelado durante a apresentação e discussão da Categoria 1 – As mulheres que eu vejo em mim quando me encontro com a mulher que cuido. Nesta a Enfermeira discursa sobre ser mulher e revela que não se vê como sujeito, conseqüentemente não consegue perceber a mulher usuária como tal.

Do mesmo modo discutir como as práticas de cuidado da Enfermeira evidenciam o papel que assume na relação de cuidar-cuidado foi possível durante a análise da Categoria 2 – A mulher cuidando de outra mulher – O Eu com a outra, e da Categoria 3 – O poder (in) visível na vida das mulheres. Essas categorias evidenciam de que modo o cuidar-cuidado ocorre no cotidiano: cuidado padronizado, cuidar a partir do ponto de vista do profissional de saúde, as dificuldades: a entrega, a morte, o sofrimento, o aborto e o parto, a concepção de maternidade idealizada. Isso reflete que, em alguns momentos, as Enfermeiras assumem o papel de sujeito na relação de cuidar-cuidado, quando submetem as usuárias ao modelo da racionalidade científica, muito embora reflitam sobre isso.

O estudo evidenciou que o papel assumido pela Enfermeira, na relação de cuidar-cuidado, é o de protagonistas. As Enfermeiras não se reconhecem sujeitas de suas vidas e tal fato contribui fortemente para que também não reconheçam este protagonismo nas mulheres que cuidam. Portanto assumem o papel de sujeito, a meu ver inconscientemente, e submetem as usuárias ao papel de coadjuvantes.

Do ponto de vista da aplicabilidade do Método História de Vida, acredito que foi bastante satisfatório, se considerarmos que a relação entre as duas mulheres se dá a partir dos significados atribuídos pela mulher Enfermeira à mulher usuária. São significados construídos socialmente que podem ser modificados no decorrer da relação. Desse modo, o método possibilitou identificar essas questões de modo indireto, ou seja, desvelamos significados que as mulheres Enfermeiras atribuem às mulheres usuárias a partir do ponto de vista de como elas vêem a si mesmas.

As idéias marcantes são:

1. As mulheres Enfermeiras que atuam no cuidado de outras mulheres estão descobrindo-se mulheres a cada novo encontro de cuidado que estabelecem com as usuárias e, não se dão conta disto. Convivem com dois estereótipos femininos antagônicos que são fortemente influenciados por valores de controle social do corpo feminino, entre eles a valorização da maternidade. Então, a Enfermeira mulher está impregnada, também, por um forte apelo social, impondo esse valor às mulheres que cuidam e julgando aquelas que se opõem a isto.
2. Essas mulheres Enfermeiras também vivenciam uma crise paradigmática no cotidiano do cuidado, seja nas instituições de assistência ou de ensino. Deparam-se com outras possibilidades de cuidar que são diferentes daquelas que aprenderam durante a vida acadêmica ou mesmo na vida profissional. Esse conflito também gera um movimento de auto-reflexão sobre os significados de ser mulher e colabora na descoberta de si.
3. No momento de conflito, a Enfermeira assume, em alguns momentos, o protagonismo das ações de saúde quando submetem às mulheres usuárias regras institucionais e/ou valores individuais.
4. Para as mulheres Enfermeiras, a busca por empoderamento de si e das mulheres que cuidam é marcante. Precisam estudar, trabalhar e ter independência financeira com intuito de crescimento e de emancipação. Na verdade, as Enfermeiras estão em busca de ser sujeito de sua vida e do seu corpo.
5. As mulheres Enfermeiras optaram por não falar de sua sexualidade. Sendo assim, tal assunto faz parte do discurso não dito, que se mantém velado nos encontros de cuidado.

Vivenciando a relação humana com a troca de experiências, podemos aprender e crescer como seres humanos, como mulheres e como cidadãos. E, enfim, tornar-nos-emos sujeitas de nossa vida!

Precisamos, com urgência, tomar consciência da complexidade das relações humanas e da complexidade do que é o ser humano. É necessário incluir essa temática no dia-a-dia das instituições de saúde, bem como nas instituições de ensino, considerando não somente a relação profissional X usuária, mas também a relação profissional X profissional, professora X professora, aluna X aluna, usuária X usuária.

Enfim, é preciso que ocorra uma mudança de mentalidade na mulher Enfermeira para que seu cuidado não reflita preconceito mas, sim, uma ação de respeito, crescimento e troca.

Este trabalho termina neste ponto, esta é minha contribuição. Espero que outras aprofundem e dêem continuidade ao estudo desta temática.

Como sugestão, as Enfermeiras deveriam olhar para dentro de si e perguntar quem são. E que também se perguntem “Como será que a outra mulher de quem eu cuido me vê? Proponho que se questionem também porque são assim ou daquele jeito. Dessa forma, talvez, as Enfermeiras identifiquem suas potencialidades e suas fragilidades e será um grande passo para aproximarem-se cada vez mais das mulheres que cuidam.

Essa Enfermeira conclui:

“E, eu acho que é isso! A gente cuidar da mulher, enxergando a mulher como protagonista depende da gente se enxergar como protagonista da própria vida primeiro! E, se enxergar como protagonista da nossa profissão também! Então, acho que você tem que cuidar de você como indivíduo e tem que cuidar da enfermagem como saber e como profissão”. (S. 07)

REFERÊNCIAS

- AYRES, José Ricardo C. M. Sujeito, intersubjetividades e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v 6, n 1, p. 63-72. 2001.
- BARSTED, Leila Linhares; HERMANN, Jacqueline. **As mulheres e os Direitos Civis**. Rio de Janeiro: Cepia, 1999.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado – o mito do amor materno**. Tradução Waltensir Dutra. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BERTAUX, Daniel. L' approche biographique: as validité méthodologique, ses potentialities. **Cahiers intertionaux de sociologie**. V. LXIX, p. 197-225. 1980.
- BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003. 300p.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Rj: Vozes, 1999.199p.
- BRIOSCHI, Lucila R.; TRIGO, Maria Helena B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. **Ciência e cultura**, São Paulo, v 39, n 7, julho, p. 631-637. 1987.
- CAVALCANTE, Elisabete S. R., *et al.* Projeto de assistência ao parto e nascimento por enfermeiras obstetras. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, VII, 1998, Santiago de Cuba. **Programa Resumenes**. Cuba. 1998. p. 183-183.
- COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Coimbra: Lidel, 1999. 385p.
- COSTA, Ana Alice. Gênero, poder e empoderamento das mulheres. Disponível em http://www.agende.org.br/docs/file/dados_pesquisas/feminismo/empoderamento%20-%20Ana%Alice.pdf. Acessado em: 28 de agosto de 2007.
- DAVIS-FLOYD, Robbins. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. Austin, suplemento, n 75, p. 5-23. 2001.
- DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995. 385p.
- DIAS, Iêda Maria Vargas; SANTOS, Rosângela da Silva. Método História de Vida e sua aplicabilidade no campo da Enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enferm.** Rio de Janeiro. v 9, n 2. p 278-286. 2005.
- FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo Dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004. 908p.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Gênero e Saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. IN: FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z.

(organizadores). **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007. p 277-287.

FREUD, Sigmund. Tradução de José Luís Meurer. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. Volume XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969. 283p.

HAGUETTE, Teresa M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes. 1997. 224p.

HUNTER, Lauren P. Women give birth and pizzas are delivered: language and western childbirth paradigms. **Journal of Midwifery e Women's Health**. v. 51, n. 2, march-april, p. 119-124. 2006.

HOGA, Luiza A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v 38, n. 1, p. 13-20. 2004.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis; NFR/UFSC. Ed. Papa-livros, 1999. 228p.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LESSA, Heloisa F. **Parto em casa: vivência de mulheres**. 2003. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. (organizadora) **Saúde Reprodutiva**. Abordagens para o trabalho de Enfermeiros (as) em atenção básica. Cuiabá: EdUFMT, 2006. 120p.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 384p.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. **A relação médico-paciente em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1988. 213p.

MAYEROFF, Milton. Tradução de Cristina Carvalho Boselli. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971. 95p.

MONTEIRO, Jane Q.; PORTO, Fernando R. A prática da enfermagem obstétrica no parto de cócoras. Relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1995. Goiânia. **Temas livres**. Goiânia, 1995. p 496-497.

_____; *et al.* Parto de cócoras: resultados da assistência prestada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, VII, 1998. Santiago de Cuba. **Programa de Resúmenes**, 1998, p. 266-266.

_____; DOMINGUES, Rosa M. S. M.. A enfermeira obstetra inserida na equipe médica como mobilizadora da humanização da assistência ao parto e

nascimento. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, VII, 1998. Santiago de Cuba. **Programa de Resúmenes**, 1998, p. 176-176.

NEVES, Eloita Pereira. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.6, suplemento n.1, p. 79-92, dez. 2002.

PROGIANTI, Jane M.; VARGENS, Octávio M. C. O uso de tecnologias não invasivas de cuidado de Enfermagem obstétrica como estratégia na desmedicalização do parto. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INOVAÇÃO E DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM, 2003, Ribeirão Preto. **Anais do Simpósio**, Ribeirão Preto, 2003, p.318.

RATTO, Kátia M.N. É Possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz. **Revista Saúde em Foco/Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n 21, p.15-19, julho. 2001.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002. 40p.

RIBEIRO, Maria das Graças M.; SANTOS, Rosângela S. O método “história de vida” e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.** Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 47-54, abril. 2000.

SACRAMENTO, Maria T.P. **Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica no Rio de Janeiro: Temáticas e Vivências das Egressas e das Coordenadoras**, 2005. 112p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SPINDOLA, Thelma e SANTOS, Rosângela S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v 37, n 2, p. 119-126. 2003.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 386p.

VALLEJOS, Adriana *et al.* Lineamentos Epistemológicos. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília. v 81, n 199, set/dez. p 425-451. 2000.

VARGENS, Octávio M. C. Direitos Reprodutivos: a enfermagem e a questão do aborto. Rio de Janeiro: Uma publicação do Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN-MUSAS), **Série Textos Comentados**. n 1, 2001. 41p.

VARGENS, Octávio M. C. e PROGIANTI, Jane Márcia. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem, **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. v 38, n 1, p 46-50. 2004.

VIEIRA, Elisabeth M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 84p.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. 202p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health day: safe motherhood**. Genebra: WHO. 1996.

YANNOULAS, Silvia C. (coordenadora). **A convidada de pedra**. Mulheres e políticas de trabalho e renda: entre a descentralização e a integração supranacional. Um olhar a partir do Brasil 1988-2002. Brasília: Flasco, 2003. 348p.

ZOBOLI, Elma L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v 38, n 1, p. 21-27. 2004.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO – TURMA 2006

AO (A) DIRETOR (A) DE ENFERMAGEM DA:

Prezado Senhor (a).

Conforme contato previamente estabelecido, tenho o prazer de divulgar, às Enfermeiras Obstétricas lotadas nesta unidade de saúde, que estou captando sujeitos para participar de minha pesquisa.

A temática em estudo é: **“A mulher como sujeito de cuidado na percepção de enfermeiras obstétricas”**.

Os critérios de inclusão neste grupo são: ser Enfermeira Obstétrica (possuidoras de certificados de Habilitação ou Especialização em Enfermagem Obstétrica, conforme legislação brasileira), que vivenciem diretamente o cuidado de enfermagem à população feminina, em ações de ginecologia preventiva e/ou durante o ciclo gravídico-puerperal.

A participação como depoente será voluntária e não terá nenhuma vinculação com a instituição de trabalho.

Aquelas que desejarem participar entrem em contato pelo telefone: (021) 9678 9393 ou e-mail: janebq@oi.com.br.

Certos de contarmos com a colaboração V.S^a., apresentamos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Rio de Janeiro, de março de 2007.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens.

Mestranda: Jane Baptista Quitete.

Faculdade de
Enfermagem

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO

Roteiro temático para entrevista semi-estruturada.

- 1) Questão ponto de partida da pesquisa: “Fale-me o que você considera importante a respeito de sua vida como mulher e que tenha relação com cuidar de mulheres”.
- 2) Temas a serem introduzidos na entrevista pela entrevistadora, caso a entrevistada não os aborde espontaneamente:
 - Como foi a sua relação familiar/criação?
 - Como aconteceu a escolha pela saúde da mulher?
 - Como é o encontro com as mulheres que cuida?
- 3) 3)A inclusão de outros temas será admitida durante o transcorrer da entrevista, se necessário.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: “Mulheres cuidando de Mulheres: uma relação entre sujeitos”. Tem como objetivo analisar, com base na história de vida de Enfermeiras, o papel assumido por estas na relação de cuidar. A pesquisa terá duração de 8(oito) meses.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao pesquisador ou à instituição.

Será agendada previamente uma entrevista aberta, de acordo com a sua disponibilidade, e em local que garanta privacidade, onde lhe será feita uma única pergunta: “Fale-me o que você considera importante a respeito de sua vida como mulher e que tenha relação com o cuidar de mulheres.” Seu depoimento será gravado e depois transcrito.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Também não haverá riscos relacionados com sua participação. Contudo, a sua participação terá uma contribuição fundamental para o estudo, para a Enfermagem, para a qualidade de cuidado oferecido à população feminina, e para você mesma enquanto estiver revivendo momentos significativos da sua vida.

Você receberá uma cópia deste termo em que consta o telefone/e-mail e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Jane Baptista Quitete
Avenida Alberto Lamego, 637, bloco 19/103. Horto. Campos dos Goytacazes/Rj. (22)
2722 0718 – e-mail: janebq@oi.com.br.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer tipo de punição ou constrangimento.

_____ em, / /2007

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)