

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Jacqueline Alves Torres

**Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica:
Estudo Sociopoético**

Rio de Janeiro
2006

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Jacqueline Alves Torres

**Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica:
Estudo Sociopoético**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título Mestre em Enfermagem ao Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: O Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Iraci dos Santos

Rio de Janeiro
2006

Jacqueline Alves Torres

Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica: Estudo Sociopoético

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título Mestre em Enfermagem ao Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: O Cuidar em Saúde e Enfermagem

Aprovado em _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Teresa Carvalho de Araújo
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

Prof^ª. Dr^ª. Iraci dos Santos
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Lucia Helena Garcia Penna –
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro
2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

T693 Torres, Jacqueline Alves.

Concepções de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético / Jacqueline Alves Torres. - 2006.

98f.

Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens.

Co-orientadora: Iraci dos Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Cuidados em Enfermagem. 3. Inovações tecnológicas I. Vargens, Octavio Muniz da Costa. II. Santos, Iraci dos. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

DEDICATÓRIA

A todas as enfermeiras obstétricas, em especial as que tiveram a coragem de desvelar a riqueza de seu imaginário neste estudo, construindo este trabalho coletiva e dialogicamente comigo, por meio do grupo pesquisador.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, potência criativa que me habita e que se revelou em inúmeras percepções e *insights*, os quais integrados resultaram no conhecimento produzido com este estudo.

Às enfermeiras que formaram o **grupo pesquisador**, por acreditarem na proposta e aceitarem a parceria para realização desta pesquisa.

Aos meus pais, **Delane e Celso**, que mais do que a vida, deram-me lições e desde muito criança me fizeram perceber o valor do conhecimento.

Ao **Edu** pela presença calorosa e essencial por manter-se ao meu lado apesar dos momentos de tensão e cuidar de mim mesmo quando a distância se fez necessária.

Às amigas e mestres **Bené e Lúcia Helena** que me ensinaram a dar os primeiros passos em pesquisa.

Ao **Octávio** pela orientação ousada e corajosa e por respeitar minhas opções, incentivando-me a seguir pelo caminho metodológico que desejei.

À querida **Iraci**, por cuidar-orientar com tanta sensibilidade e dedicação.

Às amigas **Denise e Simone** pelos momentos de auto-ajuda!

A **Silma, Eliane, Afonso e Karla**, chefes em momentos distintos que me viabilizaram conciliar trabalho e estudo.

Ao meu **irmão Rafael**, à Mestre **Paloma**, e ao amigo **Thiago** pela energia, incentivo e vibrações positivas.

Ao amigo **Cléber** por generosamente oferecer-me seus conhecimentos em inglês e elaborar o abstract desta dissertação.

Aos **professores da Faculdade de Enfermagem da UERJ** pelos ensinamentos compartilhados ao longo dos últimos dez anos.

Ao **Adalberto José**, pelo excelente trabalho na biblioteca e pela ajuda incansável na busca bibliográfica.

Ao **Sr. Renan e a todos os funcionários** da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pela cordialidade.

Às **mulheres** com as quais tive o prazer de compartilhar momentos de cuidado e cujos reflexos das interações estabelecidas se fazem presente até hoje em minha vida.

A **todos** aqueles que colaboraram direta ou indiretamente com a realização desta pesquisa.

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa realizada no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006 com o intuito de cumprir uma das etapas requeridas pelo Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do grau de mestre. Teve como objetivo geral analisar as concepções de cuidado de enfermagem obstétrica, tendo como referencial o imaginário de um grupo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado que praticam. Propunha-se também a discutir as possibilidades de inovação tecnológica oriundas de tais concepções. Utilizou-se o método sociopoético, criado por Gauthier, o qual tem como pilares o dispositivo analítico grupo pesquisador e o paradigma estético, proposto por Santos. Para a produção de dados foram utilizadas duas técnicas artísticas, a Vivência dos Lugares Geomíticos e a Dinâmica do Corpo como Território Mínimo. Estas técnicas permitiram desvelar o imaginário do grupo pesquisador sobre concepções de cuidado de enfermagem obstétrica, cuja análise possibilitou a delimitação de quatro categorias, duas para cada técnica. A partir disso, foi possível delimitar os estudos sociopoéticos mais adequados para a discussão dos resultados. Assim, optou-se pelo Estudo Sociopoético Classificatório para a análise das categorias oriundas da técnica de Vivência dos Lugares Geomíticos, quais sejam: O Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Expansão e o Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Retração, e o Estudo Sociopoético Transversal para a análise das categorias obtidas com a Dinâmica do Corpo como Território Mínimo, que foram: O Cuidado de Enfermagem Obstétrica Revelando a Necessidade de Cuidar de si para Cuidar do Outro e Corpos que se Relacionam, Compreendem-se como Sujeitos e Constroem o Cuidado Materno. Os resultados revelaram os elementos que caracterizam o cuidado de enfermagem obstétrica, dentre os quais destaca-se: a tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica é relacional. Desde o acolhimento e estabelecimento de vínculo as enfermeiras obstétricas, numa perspectiva sujeito-sujeito, constroem o cuidado junto com as mulheres em uma abordagem integral. Conclui-se que as tecnologias concebidas derivam de um saber estruturado, cuja aplicação tem intencionalidade e justificativa. Nessa perspectiva, elas contribuem para qualidade do atendimento de saúde e enfermagem, à mulher gestante, no trabalho de parto e parto. A concepção de cuidado de enfermagem obstétrica apresentada nesta investigação como um novo conhecimento produzido caracteriza uma inovação tecnológica.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Cuidados de enfermagem. Inovações tecnológicas.

ABSTRACT

This paper is a qualitative type of study that aims to discuss the possibilities of technological innovation on different concepts of obstetric nursery care from the professional understanding of their practices on this area. The Socialpoetic method, as defined by Gauthier, based on the “researcher analytical group” and the aesthetic paradigm, as proposed by Santos, was utilized in order to develop a “research and care with each other” scenario, opening opportunities for a creative and collaborating construction of knowledge in nursery obstetrics care. The research took place at the Nursery School of the Universidade do Estado do Rio de Janeiro, from January 2005 through December, 2006. Data production took place in a “creation workshop”, which was formed by a group of 12 obstetric nurses. Two research techniques were used based on the socialpoetics principles in the production of data: the “Experience of the Geomitics Places” and the “Body Dynamics as Minimum Territory”. Both techniques contributed in revealing the imaginary within the “researcher analytical group” about their own concepts of care on obstetric nursery. Four categories, two from each technique, were formed from the data collected. The Classification method was used to analyze data from the “Experience of the Geomitics Places” categories: the “Obstetrics care as an expansion source” and the “Obstetrics care as a retraction source”. A transversal socialpoetic study was used to analyze the other categories obtained by the “Body Dynamics as Minimum Territory” technique, namely: “Care in obstetrics nursery showing the self-care necessity in order to take care of another person” and the “Relating bodies, understanding as subjects and the maternal care caring. Results show that there is a structured knowledge related to the researcher group imaginary field, which has an objective intention. In this perspective, the obstetrics care contributes on the improvement of the service quality towards women, during the pregnancy period or during the labor itself. The concept of obstetric care, as presented in this paper, contributes to the knowledge in this field of research and may be considered a technological innovation.

Key Words: Obstetrical nursing. Nursing care. Technology and innovation.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA	11
1.1 – Uma breve e necessária contextualização histórica.....	11
1.2 – Minha inserção profissional neste contexto e a influência na escolha do tema.....	14
CAPÍTULO II – DESCREVENDO O PERCURSO INTELECTUAL EM DIREÇÃO AO TEMA	23
2.1 – Algumas questões iniciais.....	23
2.2 – Considerações primeiras sobre o caminhar metodológico.....	24
2.3 – Apresentando a temática.....	27
2.4 – Algumas possíveis contribuições.....	30
CAPÍTULO III – CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA UM PESQUISAR/ CUIDAR	31
3.1 – Abordagem Sociopoética.....	31
3.2 – Estratégia para a construção coletiva do conhecimento.....	36
3.2.1 – <u>Constituição do Grupo pesquisador</u>	36
3.2.2 – <u>Negociação do Tema Gerador</u>	39
3.2.3 – <u>Produção de Dados</u>	42
3.2.4 – <u>Contra-análise</u>	46
3.2.5 – <u>Socialização dos Resultados</u>	47
CAPÍTULO IV – DESVELANDO O IMAGINÁRIO – RESULTADOS	48
4.1 – Conhecendo o grupo pesquisador.....	48
4.2 – O Processo de Análise.....	49
4.3 – As Oposições do Cuidado de Enfermagem Obstétrica - Descrição do Estudo Sociopoético Classificatório.....	56
4.3.1 – <u>Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Expansão x Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Retração – Estudo Sociopoético Classificatório</u>	56
4.4 – A Corporeidade e o Cuidado de Enfermagem Obstétrica – Estudo Sociopoético Transversal.....	70
4.4.1 – <u>Categoria I - O Cuidado de Enfermagem Obstétrica Revelando a Necessidade de Cuidar de Si para Cuidar do Outro</u>	70

4.4.2 – <u>Categoria II - Corpos que se Relacionam, Compreendem-se como Sujeitos e Constroem o Cuidado Materno</u>	76
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	87
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	91
APÊNDICE A – Roteiro da Oficina de Negociação do Tema Gerador.....	93
APÊNDICE B – Formulário de Negociação do Objeto de Pesquisa.....	94
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
APÊNDICE D – Roteiro da Oficina de Produção de Dados	96
APÊNDICE E – Formulário “Vivência dos Lugares Geomíticos”	97
APÊNDICE F – Questionário de Identificação dos Sujeitos.....	98

CAPÍTULO I – IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA

1.1 – Uma breve e necessária contextualização histórica:

Antes de discorrer sobre as implicações que me motivaram a desenvolver este estudo, é importante lembrarmos a década de oitenta. Foi nesta década que, em 25 de junho de 1986, foi lançada a lei 7.498 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem. Por meio desta lei e, posteriormente, do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, as atribuições da enfermeira¹ obstetra foram definidas legalmente. Com isso, as enfermeiras passaram a ter respaldo e reconhecimento legal para realização do parto eutócico e dos registros e prescrições relativos a ele.

Estes dispositivos surgiram no bojo de questionamentos sobre a qualidade da assistência gineco-obstétrica prestada à época. Qualidade esta que passou a ser criticada à medida que as mulheres passaram a reivindicar uma assistência onde fossem valorizadas como cidadãs, donas de seus corpos, merecedoras de uma assistência integral, humanizada e da qual pudessem participar na tomada de decisões.

Um marco desta nova ideologia assistencial foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Este programa ao propor o conceito de “atenção integral à saúde da mulher”, rompeu com a visão tradicional, especialmente da medicina, buscando a superação do modelo que centrava a assistência à mulher somente nas questões reprodutivas, com vistas a assegurar o nascimento de filhos saudáveis. (Brasil, 2004).

Tais mudanças representaram um ganho para as mulheres e de igual maneira para as enfermeiras obstétricas. Estas passaram a ser reconhecidas como importantes agentes², na modificação da filosofia assistencial à mulher, posto que seu objeto de trabalho e estudo – o cuidado - se coadunasse com o modelo assistencial proposto.

Outrossim, por meio do dispositivo legal que definiu seu espaço de atuação dentro do campo obstétrico, a enfermeira especialista nesta área passou a ter não só reconhecimento, mas

¹ Opto por utilizar, ao longo deste estudo, o gênero feminino em todas as vezes que me referir a enfermeira, tendo em vista que a profissão é composta majoritariamente por mulheres.

² Utilizo aqui para palavra **agente** o significado extraído da Análise Institucional conforme definem Santos e Gauthier (1999, p.45) citando Barembli e Melo: “agentes são os protagonistas das práticas que se desenvolvem no complexo Instituído – Organizado – Estabelecido”.

também um importante trunfo. Pois, ao mesmo tempo em que o decreto ~~nos~~-dava à enfermeira obstétrica ~~aa~~ liberdade de atuar na assistência à parturiente, delimitava ~~nesso~~-seu campo de atuação ao parto ~~“biomedicamente”~~-denominado de acordo com o modelo Biomédico como eutócico, ou seja, fisiológico, sem complicações.

Isto contribuiu para que a enfermeira obstétrica buscasse o desenvolvimento do seu saber a partir do entendimento da gestação e do parto como um evento fisiológico, natural, ou mais ainda, como um evento, cultural, social, emocional, cósmico~~..~~. Visão integrada à perspectiva em que a enfermagem, de um modo geral, tem buscado desenvolver o seu cuidar.

Permitiu também, que a enfermeira obstétrica buscasse ocupar os espaços institucionais na assistência à mulher durante a gestação e o parto. Assim, no Rio de Janeiro, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães - IMMFM, em 1988, durante a gerência de enfermeiras com uma visão acadêmica, uma vez que enfermeiras docentes, as enfermeiras obstétricas passaram a atuar na assistência direta ao parto.

Sabe-se que os profissionais de enfermagem - auxiliares e técnicos inclusive - sempre assistiram ~~ao~~-partos nas em maternidades ~~desse B~~brasileiras, ~~_~~-contudo sem que pudessem assumir-se publicamente como responsáveis pela assistência prestada. Os profissionais de enfermagem realizavam a parte prática, “braçal”, e os médicos assumiam intelectualmente o ato, documentando e assinando os relatórios referentes à assistência prestada.

Este tipo de relação de trabalho garantia a manutenção da ordem estabelecida, preservava a instituição hospitalar e a instituição obstétrica da forma como foram concebidas, ou seja, com o saber médico sendo reconhecido como saber oficial, ditando e controlando as ações dos outros saberes que atuam na Instituição. Lourau (2004, p. 48) assevera que:

“O sentido estrito, jurídico, tradicional do conceito de instituição, designa diversas categorias de corpos constituídos e de organismos oficiais que servem para a regulação da vida política, para a administração da sociedade”.

Se por um lado o hospital e a obstetrícia podem ser entendidos por este sentido estreito, por outro não devemos nos furtar a compreender que as singularidades da instituição escapam a esta definição estritamente jurídica e organizacional. E é também Lourau (2004, p. 50) que nos convida a compreender que o conceito de instituição também comporta:

“As formas ideológicas, profundamente inscritas nas mentalidades, na prática social, e que a ideologia dominante se empenha em fazer passar por universais, logo racionais, normais, obrigatórias e intocáveis”.

A instância que comporta esta “ordem estabelecida, os valores, modo de representação e de organização considerados normais” é o que Lourau (2004, p.47) denomina “instituído”. Mas a instituição também comporta os particulares, “instituições-pessoas ou instituições-grupo” que atuam como membros das instâncias instituídas, mas também como agentes de transformação institucional. (Lourau 2004, p.50)

Dando fechamento ao entendimento dos movimentos dialéticos que perpassam a instituição, Lourau (2004) esclarece que a força que promove as mudanças institucionais é a instância “instituinte” que com sua capacidade de contestação e inovação balança com as práticas instituídas, modificando a instituição.

Partindo da compreensão dos conceitos apresentados por Lourau e analisando Santos e Gauthier (1999) e seu modo de explicar o instituído, o instituinte e a institucionalização, penso que a inserção oficial da enfermeira obstétrica como uma das agentes responsáveis pela assistência direta ao parto no IMMFM foi um momento instituinte. Isto porque, balançou com as relações de dominação e poder “naturalizadas”, com raízes escondidas e esquecidas, recalcadas. Balançou com o instituído, revelando possibilidades de inovação, e de criação, ao abrir espaço para a atuação de uma profissional que possui habilidades específicas para um cuidado feminino dentro de uma concepção que entende a mulher e o parto de forma holística³. Com isso, transformou a instituição existente, abalando as relações verticais de poder estabelecidas até então.

Este momento instituinte ganhou força e ao lado de outras iniciativas nacionais e internacionais de questionamento do modelo de assistência obstétrica, gerou frutos e virou política pública. No Rio de Janeiro, o que em princípio representou uma mudança isolada em uma instituição, estendeu-se para as demais maternidades do município, sendo um marco a

³ De acordo com Robbie Davis-Floyd o conceito de holismo foi introduzido para indicar a influência do corpo, da mente, das emoções, do espírito e do ambiente no processo de cura. Tal processo, dentro deste modelo, leva em conta, entre outros: a unicidade de corpo-mente-espírito; o corpo como um sistema de energia conectado com outros sistemas de energia; a pessoa inteira em seu inteiro contexto de vida; a unidade essencial entre o profissional e o cliente; a diagnose e a cura de dentro para fora; a individualização dos cuidados; a autoridade e a responsabilidade inerente ao indivíduo; a ciência e a tecnologia colocadas a serviço dos indivíduos; visão em longo prazo na criação e manutenção da saúde e do bem-estar; a morte como uma etapa do processo; a convivência de múltiplas modalidades de cura.

inauguração da maternidade Leila Diniz, em 1994, cuja normatização e ambiência objetivavam a humanização da assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

A parceria sSaber tTeórico – Ssaber pPrático, germinada com a participação de docentes na gerência do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, foi impulsionada ampliada, com a concretizando-seção no Fórum Permanente de Enfermeiras Obstetras. O primeiro encontro do fórum ocorreu em 1997 e congregou enfermeiras das maternidades municipais e professoras da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), com apoio da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes (ABENFO – RJ).

Este espaço de convivência política, científica e social tinha entre seus objetivos promover encontros periódicos entre as enfermeiras de diversas maternidades para que através das trocas sociais refletissem sobre sua prática diária, produzissem conhecimento e propusessem ações estratégicas para o ensino e assistência de enfermagem à mulher. (PROGIANTI, 1999).

1.2 – Minha Inserção Profissional neste Contexto e a Influência na Escolha do Tema:

No bojo da revolução instituinte, brevemente descrita até aqui, iniciei meu curso de graduação, no ano de 1996, na Faculdade de Enfermagem da UERJ. Minha turma também representava um momento instituinte dentro da FENF/UERJ, pois se tratava da primeira turma do chamado Currículo Novo. Este currículo tinha como referência teórica a Pedagogia Crítica de Paulo Freire, e como objetivo graduar enfermeiros com uma visão crítica e reflexiva da realidade a partir de uma formação problematizadora.

As discussões desafiadoras sobre as questões de gênero na disciplina de Saúde da Mulher despertaram o meu interesse por esta área de atuação e fecundaram em mim o desejo de contribuir para a construção da cientificidade na enfermagem. Isto resultou, por ocasião do término da graduação, em 2000, no desenvolvimento de minha monografia de conclusão de curso que tinha como tema “*O Ssignificado do parto para a Ggestante Nulípara”*. Dada a minha imaturidade profissional e as características do estudo em questão, não tratara, naquele momento, de temas propriamente epistemológicos. No entanto, aquela escolha demonstrou ouara minha inclinação para os assuntos relacionados ao cuidado à mulher.

Tive uma formação generalista, de acordo com o preconizado pela reforma curricular da enfermagem que aboliura as habilitações, privilegiando a formação de profissionais com uma visão mais global da profissão. Porém o modelo de assistência no qual estamos inseridos é, ainda hoje, orientado para a especialização dos profissionais de saúde.

Orientação esta, que se intensificou a partir de transformações nos modos de produção capitalista, com privilégio cada vez maior para a especialização das atividades, o que no Brasil, e especificamente na área da saúde, se acentuou, conforme contextualiza Tyrrel e Carvalho (1995), durante o Regime Militar. Naquela época, houve o estabelecimento de um modelo de saúde que privilegiava “a prática médico-curativa, individual, especializada, em prejuízo das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse da coletividade”. (TYRREL e CARVALHO 1995, p140).

Como reflexo deste modelo, que persiste até hoje, procurei direcionar o meu fazer e o meu saber para uma área específica. Assim, em 2002, ao ser aprovada no concurso público para enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, optei por trabalhar em uma maternidade, pois trazia comigo a idéia construída durante minha formação acadêmica da gestação como evento que, na grande maioria das vezes, transcorre de maneira fisiológica (OMS 1996), por consequência entendia aquele como um espaço privilegiado para o cuidado. Cuidado, este, aqui entendido, conforme definido por Mayeroff (1971), como um processo de ajuda ao outro a crescer e a se realizar.

Escolhi, então, o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. Sabia das mudanças ocorridas, na assistência ao parto, naquele Instituto, a partir da inserção das enfermeiras obstétricas na sala de parto em 1988. E acreditava que aquele poderia ser um local propício para manter acesa a chama da criatividade transformadora da assistência à mulher por meio do cuidado de enfermagem.

Lá, desenvolvi inicialmente minhas atividades no setor de alojamento conjunto, unidade onde são assistidos puérperas e seus recém-natos conjunta e simultaneamente (Neme, 2000), passando posteriormente para a unidade de internação de gestante de alto risco, na qual permanecem internadas mulheres com patologias descompensadas e que podem ocasionar repercussões negativas na saúde materna e/ou fetal. Não demorou muito para que algumas inquietações começassem a aparecer.

Logo percebi que ali, mesmo sendo uma maternidade, o enfoque maior era dado à doença. Não pelo fato de a idéia de gestação como processo fisiológico estar errada, mas sim porque, no modelo de assistência no qual estão estruturadas esta e a grande maioria das maternidades brasileiras – o Biomédico, a própria gestação é vista como doença, pertencente, portanto, ao domínio da medicina.

Ademais, a “Abordagem de Risco em Obstetrícia” tem predominado em nosso meio. Este tipo de abordagem consiste em um sistema de tomada de decisão a partir da classificação das gestantes e parturientes como de baixo, de médio e de alto risco, conforme a existência de fatores de risco obstétricos.(OMS, 1996). Mundialmente existem vários escores de risco, que se diferenciam de acordo com as diferenças entre países e regiões. No Brasil, tais fatores incluem desde aspectos sociais - como estado civil, até patologias específicas da gravidez.(BRASIL, 2000).

Por constituírem sistemas que auxiliam na identificação de complicações e na adoção das intervenções necessárias, quando utilizados escrupulosamente, contribuem para a correta tomada de decisão. Contudo, se utilizados de forma acrítica, levam a distorções, pois fazem com que um número muito alto de mulheres seja classificado como “de risco” e seja, conseqüentemente, submetido a um nível muito elevado de intervenções, muitas vezes desnecessárias.(OMS, 1996).

Infelizmente, é isso que acontece na maioria das vezes em nosso meio, e é como eu percebia também a assistência no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. Lá, agravado pela própria classificação daquela maternidade como referência de alto risco, Tal classificação e que levava a contribuía para que a uma assistência prestada àsa mulheres com quadro obstétrico fisiológico fosse similar à assistência prestada às mulheres que cursavam com alguma complicação.

Neste cenário, não encontrei em meus pares o que Santos e Gauthier (1999, p.21) denominam de movimento “revolucionário, inovador, criador, produtor de novas normas, novas pautas” e que caracterizam o momento instituinte outrora presentes nas enfermeiras deste instituto. Pelo contrário, encontrei a institucionalização da enfermagem obstétrica.

O que quero dizer com isso? Recorro mais uma vez a Santos e Gauthier (1999, p.21) e sua explicação sobre o conceito de institucionalização. Estes autores esclarecem que a institucionalização ocorre:

“Quando o trabalho de “decodificação”, de colocação em crise do instituído pelo instituinte, acaba: o instituinte

então se torna um instituído, num movimento dialético: por um lado ele muda o instituído velho, modificando as relações de poder menos opressivo; de um outro lado, ele perde as suas forças revolucionárias, tornando-se opressivo, gerando relações de poder mais naturalizado, no esquecimento de suas origens históricas de luta, de transformações.”

Buscava o cuidado neste contexto. Um cuidado instituinte que entendesse a mulher como protagonista do evento, que encarasse o parto como uma manifestação fisiológica, e mais, como um acontecimento cultural, social, com repercussões para a vida da mulher e da família que vão muito além do biológico. Buscava um cuidado que valorizasse a subjetividade, a intuição, a singularidade dos sujeitos envolvidos, porém percebia-me submetida à instituição, através de sua organização, normatização e hierarquia. Assim, como estratégia de luta na abertura de espaço para a utilização do meu saber, procurei a especialização em enfermagem obstétrica.

Esta especialidade, por ser um ramo específico da enfermagem, também possui como objeto de trabalho e de estudo o cuidado. Com isso, sua assistência é direcionada à pessoa, neste caso, à mulher, entendida como protagonista de todos os eventos que envolvem sua saúde, dentre eles a gestação.

A abordagem diferenciada, que decorre do enfoque assistencial na pessoa e não na doença, tem levado a enfermeira obstétrica a experimentar um aumento importante de sua inserção na assistência à mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal, no âmbito do SUS, resultado das políticas públicas desenvolvidas a partir do lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 1984.

Todavia, uma das dificuldades desta inserção é o pequeno número de enfermeiras obstétricas existentes no Brasil. Na tentativa de reverter esta situação, o Ministério da Saúde passou a financiar cursos de especialização em enfermagem obstétrica, representando esta uma, dentre muitas outras, estratégia de incentivo a participação da enfermeira obstétrica na assistência à mulher no período gestacional e, especificamente, durante o parto, com vistas à humanização da assistência.(BRASIL, 2001). Em 2003, a turma em que cursei a especialização em enfermagem obstétrica na Faculdade de Enfermagem da UERJ teve as despesas, relativas ao pagamento do curso, custeadas pelo Ministério da Saúde, ratificando, pois, a política vigente para a saúde da mulher.

Após o término do curso, buscara um espaço onde a autonomia da enfermeira na assistência obstétrica estivesse mais legitimada. Assim, solicitei minha transferência para a sala de parto do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. Lá comecei a não só observar, mas também a vivenciar como uma das protagonistas do cuidado uma certa retração da força instituinte das enfermeiras obstétricas.

Comecei a perceber um certo esquecimento e, por conseqüência, um certo distanciamento das ideologias que movem nosso fazer. Observava um cuidado distorcido, que era somente libertador e promotor da autonomia feminina no discurso, mas que na prática se aproximava muito do tão criticado modelo Biomédico instituído. Um cuidado ritualizado, repleto de normas e onde as relações de poder enfermeira-“_paciente”²² estavam sempre bem definidas. De tão distorcido este cuidado, a meu ver, se convertia em descuidado.

Anteriormente, porém, inscrevera-me em um processo seletivo interno da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que objetivava selecionar, na rede municipal, enfermeiras obstétricas interessadas em atuar diretamente na assistência ao parto nas maternidades do município. Fui aprovada e, em novembro de 2004, transferida para a Maternidade Alexander Fleming.

Tal maternidade estava com um déficit de enfermeiras obstétricas, devido ao grande número destas profissionais que dela saíram para compor o quadro ~~do~~ primeira Centro de Parto Normal-Casa de Parto do Rio do Janeiro, a Casa de Parto David Capistrano Filho, inaugurada em 08 março daquele ano— A regulamentação e criação de Centros de Partos Normais representam mais um incentivo-marcos do apoio governamental à enfermagem obstétrica.

Este apoio fica patente, pois a Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999, que cria os Centros de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, define que a equipe mínima necessária para o funcionamento de uma unidade de saúde como esta deve ser composta por um enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância. Com isso, conferiu autonomia à enfermeira obstétrica para gerenciar e atuar na incentivo-decorre do fato de a Casa de Parto se configurar como uma unidade de saúde com um quadro assistencial e de gerência composto apenas por profissionais de enfermagem, em todos os níveis hierárquicos unidade de acordo com seu próprio paradigma assistencial.

Cabe aqui comentar, que considero a conquista do espaço que a Casa de Parto representa um devir⁴ de poder, de luta, de libertação de uma categoria profissional oprimida, que não possui status social e está acostumada a ocupar um lugar de subalternidade nas instituições de saúde. Um momento semelhante ao ocorrido em 1988, no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães e em 1994, com a inauguração da Maternidade Leila Diniz, um momento de um suspiro instituinte.

Falo de suspiro, pois hoje, como uma das profissionais atuante na área, percebo que a força mobilizadora e transformadora da enfermagem obstétrica do Rio de Janeiro encontra-se retraída. Isso porque, não temos mais um espaço privilegiado de reflexão e tomada de decisão sobre as questões relativas ao ensino, pesquisa e assistência de enfermagem obstétrica que congregue enfermeiras da assistência e da academia em um espaço conjunto e democrático de tomada de decisão como ocorria a época do Fórum Permanente de Enfermeiras Obstetras, cuja última reunião ocorreu em 1999.

Com minha transferência para a Maternidade Alexander Fleming, pude, pela primeira vez, gozar de maior liberdade na assistência à mulher. Apesar de estar inserida numa equipe multiprofissional e submetida às “rotinas” institucionais, encontrava apoio da minha chefiana gerência de enfermagem da unidade e na própria política nacional de atenção à saúde da mulher para o desenvolvimento do meu cuidar, com vistas a auxiliar as mulheres ali atendidas na vivência do processo de nascimento com mais autonomia.

Apesar desta possibilidade, também na Maternidade Alexander Fleming e nas outras maternidades, que tive a oportunidade de conhecer diretamente ou através de conversas com meus pares, a enfermeira obstétrica não consegue atuar como gostaria. Ou pior, penso que sua assistência está muito distante da assistência idealizada na teoria. É pautada por uma relação assimétrica enfermeira-paciente e ainda impregnada pelo que Progianti e Vargens (2004), tendo por base o referencial teórico de Pierre Bourdieu, denominam *habitus* médico – profissional de maior status dentro do campo obstétrico – que utiliza o raciocínio clínico-patológico para abordar a parturição.

⁴ O conceito de devir apresentado por Petit et al (2005, p. 7) baseia-se no referencial teórico extraído de Deleuze e Guattari e relaciona-se a “²² nossa multiplicidade heterogênea (...), a uma linha de fuga, algo que escapa à categorização socialmente produzida”. Assim, as enfermeiras historicamente colocadas em um segundo plano nas instituições de saúde experimentam um devir de poder ao ter seu saber valorizado como estruturante de uma unidade de atenção ao parto – a Casa de Partos Centros de Parto Normal.

Porém, se não foi possível ainda legitimar nosso saber, não desistimos de lutar. Pessoalmente, nesta tentativa, e observando o cuidado prestado pelas outras enfermeiras, passei também a ~~utilizar e a estimular~~ utilizar durante o cuidado à mulher em trabalho de parto e no parto práticas para alívio da dor alternativas à terapêutica farmacológica, bem como técnicas tidas como facilitadoras da evolução e do desfecho fisiológico do trabalho de parto e parto. ~~As~~ Algumas destas práticas são -citadas por autores como Odent (2002, 2003 e 2004) e Balaskas (1993) como facilitadoras da experiência prazerosa e autônoma do trabalho de parto, outras são recomendadas nos manuais do Ministério da Saúde e da OMS, à luz de achados da medicina baseada em evidências. ~~em~~ À guisa de exemplo, posso citar: banho morno, massagem na região lombar com óleos aromáticos, diminuição dos estímulos sonoros e luminosos, sugestão de posições alternativas à supina para o parto, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, incentivo ao acompanhante, contato cutâneo precoce entre mãe e filho, entre outras.

~~como as recomendadas nos manuais do Ministério da Saúde e da OMS.~~

~~À guisa de exemplo, posso citar: banho morno, massagem na região lombar com óleos aromáticos, diminuição dos estímulos sonoros e luminosos, sugestão de posições alternativas à supina para o parto, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, incentivo ao acompanhante, contato cutâneo precoce entre mãe e filho, entre outras.~~

Observei, através de trabalhos apresentados em congressos da área e literatura, que a utilização de tais práticas tornou-se recorrente na assistência de enfermagem à mulher, especialmente, durante o trabalho de parto. Notei, também, que algumas enfermeiras passaram a referir-se a elas como tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica, e outras, a trata-las assim cientificamente, como é o caso de Medina (2003) que em sua dissertação de mestrado avalia os efeitos de práticas, como as citadas, sobre o trabalho de parto e as classifica como tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica.

Contudo, observo que as chamadas tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica têm sido usadas como técnica e não como tecnologia. Explico melhor. A utilização de tais práticas, assim como a própria enfermagem obstétrica, foi institucionalizada em algumas maternidades municipais do Rio de Janeiro. As ditas “tecnologias” são oferecidas e utilizadas quase como rotinas, sem uma reflexão mais aprofundada sobre a adequação, a vantagem e a necessidade da utilização delas no cuidado à mulher.

O saber teórico tem avançado no entendimento do que caracterizaria estas tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica como podemos observar nos pressupostos de Progianti e Vargens (2004, p196) sobre este tema:

- “1- A enfermeira não quer ser o sujeito do evento (...);
- 2 – A enfermeira não vê o parto unicamente como um evento biológico. Contempla a possibilidade de outras experiências participarem, como, por exemplo, aquelas decorrentes de influências culturais sociais, ambientais e místicas;
- 3 – A enfermeira acredita que o evento exige cuidado e não controle (...);
- 4 – A enfermeira defende o respeito à privacidade e segurança. Entende que o emprego de procedimentos que invadam o corpo deve ser realizado a partir da autorização da mulher, o que a coloca na posição de agente ativo, protagonista do evento.”

Teorizações como estas são fruto de um intenso trabalho de reflexão de pesquisadores da enfermagem como Progianti e Vargens. No entanto, o que percebo é que o progresso do pensamento acadêmico sobre como deve ser o cuidado de enfermagem obstétrica, não se reflete na prática, criando um fosso entre saberes que deveriam ser complementares e se retroalimentarem continuamente.

Este distanciamento entre o saber acadêmico e o saber prático corre o risco de fazer com que não se atinja o que se busca com a instituição da cientificidade da enfermagem: o fortalecimento deste conhecimento. Conforme nos alerta Santos e Gauthier (1999, p.22) “deve-se refletir sobre a possibilidade de se repetir as relações dominantes já observadas nas instituições científicas, abafando deste modo as práticas existentes ou submetendo-as.”

Entendo que se existe um distanciamento entre a evolução do saber prático e a evolução do saber teórico é preciso que se busque o diálogo entre estes saberes, de modo que a cientificidade da enfermagem possa exercer um papel libertador de sua prática. Pois é através da prática que o saber da enfermagem é revelado, despertando o humano no ser humano com seu cuidado. (SANTOS, 2005)

Como especialista em enfermagem obstétrica tive acesso ao pensamento teórico sobre o cuidado de enfermagem obstétrica, porém na prática venho tendo enorme dificuldade em implementar esse cuidado, e observo na atuação de meus pares que esta dificuldade não é só

minha. Este fato gerou em mim uma enorme inquietação, pois, utilizando as palavras de Santos e Gauthier (1999, p23):

“A enfermagem não deve esquecer que se origina em um saber – **sua prática**, para não correr o risco de se tornar uma ciência apenas dogmática, fora de sua realidade social”.

E a partir disto, resolvi ingressar no curso de mestrado para contribuir de alguma forma com a cientificidade da enfermagem, pois, não obstante, a enfermagem obstétrica venha colaborando, em grande medida, com o processo de desmedicalização do parto e humanização da assistência à mulher, necessita aprofundar as reflexões sobre os princípios que norteiam seu fazer, seu modo de cuidar e que se constituem a partir de sua práxis, para que possam ganhar corpo de um saber, que se revele nessa mesma práxis.

Assim, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em janeiro de 2005, trazendo comigo uma série de questionamentos sobre as práticas atualmente utilizadas na enfermagem obstétrica, com o intuito de contribuir com a consolidação do paradigma assistencial desta especialidade, a partir da elaboração de uma Dissertação de Mestrado.

**CAPÍTULO II – DESCREVENDO O PERCURSO INTELECTUAL EM DIREÇÃO
AO TEMA**

2.1 – Algumas questões iniciais:

Como comentado, grande parte das práticas atualmente utilizadas no cuidado à mulher pelas enfermeiras obstétricas vem sendo denominada pelas próprias enfermeiras como tecnologia

de cuidado de enfermagem obstétrica. Contudo, estas práticas, em sua maioria, foram desenvolvidas e propostas por não-enfermeiras.

Acredito que, ao utilizar o conhecimento proveniente de outras ciências em seu exercício profissional, a enfermagem não invalida sua busca por uma episteme própria, em virtude de que, para Caccavo e Carvalho (1998, p.37):

“É assim mesmo que se constroem os pilares de qualquer conhecimento sistematizado. E é assim que ela (a enfermagem) contribui para a consolidação de sua cientificidade”.

Entretanto não podemos nos limitar somente ao conhecimento proveniente de outras ciências na construção do nosso saber. Se por um lado reconhecemos que a enfermagem como profissão sistematizada é muito jovem e que seu saber ainda não possui bases sólidas o suficiente para que possa ser considerada uma ciência, por outro, não podemos refutar “a idéia de que ela é uma ciência em construção” (CACCAVO E CARVALHO, 1998, p.37). Essa idéia apóia-se no fato de que a enfermagem possui um objeto claro de trabalho e de estudo que é o cuidado.

Minha busca pela definição de um tema que, a meu ver, merecesse ser estudado partiu da necessidade que percebi, como enfermeira obstétrica, de localizar, no corpo de saberes produzidos pela enfermagem, teorias que embasassem e explicassem as tecnologias de cuidado utilizadas pela enfermagem obstétrica brasileira. Isso porque, em um primeiro olhar, não encontrei princípios conceituais consistentes que dessem conta de confirmar que as práticas que a enfermagem obstétrica utiliza atualmente podem ser chamadas de fato de tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e que sirvam de modelo para o desenvolvimento de novas tecnologias.

Isto reforçou a idéia de que ao definirmos o conhecimento que nos é próprio no cuidado obstétrico, ao delimitarmos o nosso diferencial em relação aos outros atores que atuam em obstetrícia, teremos mais subsídios para alcançarmos nossa autonomia profissional e por conseqüência auxiliarmos as mulheres na vivência de seu processo gestacional e de parturição com igual autonomia. Pois, como questiona Santos (2005, p.92) “se não sou livre, como posso lutar pela libertação do outro?”.

Outro fator determinante na definição da temática diz respeito ao enfoque maior dado, pela enfermeira, às práticas de cuidado obstétricas utilizadas no parto. Entendo que a enfermeira tem um campo vastíssimo de atuação em obstetrícia (que não se limita ao parto) onde o cuidado à

mulher também precisa ser desenvolvido de modo a ajudá-la a crescer por meio dessa experiência tão fantástica que é a geração e o nascimento de um filho.

Assim, formulei alguns questionamentos: por que utilizo essas práticas? Estas representam cuidados de enfermagem? Por que? De que outros cuidados eu poderia lançar mão como enfermeira obstétrica? Estas práticas ajudam à mulher a viver o parto de maneira prazerosa e com autonomia? Por que a grande maioria do que é chamado de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica é utilizada somente na assistência ao parto? Que características deveriam ter outras tecnologias utilizadas pelas enfermeiras obstétricas fora da sala de parto?

E mais, já em um processo de reflexão epistemológica, passei a ponderar sobre como se dá a construção do conhecimento acerca das tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica, buscando compreender o que seria uma tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica, a partir do entendimento de seus construtos, passando, então, a refletir sobre: o que é tecnologia? O que é técnica? O que é cuidado? O que é enfermagem? O que é tecnologia de cuidado de enfermagem? O que é enfermagem obstétrica? O que é tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica?

2.2 – Considerações primeiras sobre o caminhar metodológico:

Inicialmente achei que poderia responder às questões que me inquietavam lançando mão de uma Revisão Sistemática do conhecimento científico existente sobre tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica e minha dissertação de mestrado se resumiria a isso. Porém ao ter contato com a abordagem de pesquisa Sociopoética, na disciplina de Seminário de Pesquisa I do Curso de Mestrado da FENF/UERJ, percebi que esse estudo poderia representar algo mais do que a formalização individual de um requisito para a obtenção do grau de mestre com a construção de **minha** dissertação de mestrado, poderia sim representar a construção **coletiva** do conhecimento, fazendo dessa “pesquisa um acontecimento poiético (do grego *poiesis*=criação)”. (PETIT, GAUTHIER, SANTOS e FIGUEIREDO 2005, p.1)

Mas como pode, uma dissertação de mestrado, se configurar em uma criação coletiva do conhecimento? Pode porque a Abordagem Sociopoética baseia-se em dois determinantes principais: “o dispositivo do grupo pesquisador e o paradigma estético”. (PETIT, GAUTHIER, SANTOS e FIGUEIREDO 2005, p.1).

Citando Eagleton, Santos (2005, p.92) observa que:

“A estética é o mecanismo de transmissão pelo qual a teoria é convertida em prática; é o desvio tomado pela ideologia ética através dos sentimentos e dos sentidos para reaparecer como prática social espontânea”.

Já sobre o grupo pesquisador Petit, Gauthier, Santos e Figueiredo (2005, p. 1) afirmam que se trata da “alma da sociopoética”, por meio dele o conhecimento é produzido coletiva e cooperativamente, o que “propicia o surgimento do novo, do heterogêneo, do singular, abrindo a vida para devires inesperados e criadores”.

Baseando-me nestas teorizações compreendi que esse estudo ganharia em dimensão e profundidade se além da apreensão do conhecimento racional, científico já produzido sobre o tema buscasse também dar voz ao imaginário das pessoas diretamente envolvidas na elaboração e execução desse conhecimento – as enfermeiras obstétricas. Assim decidi adotar a Abordagem Sociopoética como referencial metodológico deste estudo.

Esta abordagem metodológica utiliza o dispositivo do grupo pesquisador para produção de dados. Este dispositivo encontra apoio na Teoria da Ação Dialógica de Paulo Freire, e baseia-se na transformação do grupo-objeto em grupo-sujeito nas ações requeridas para a cientificidade (SILVA e SANTOS 2005, p.20).

Ao debruçar-me sobre a Teoria da Ação Dialógica, voltei-me aos questionamentos desenvolvidos no meu estudo até aqui e refleti: o tema tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica é um tema motivador para mim, pois à medida que observo a lacuna existente entre a prática da enfermeira obstétrica – inclusive a minha - e o discurso do meio acadêmico que *pensa* o cuidado em enfermagem obstétrica – no qual agora começo a aventurar-me, vejo a enfermagem obstétrica em uma “situação-limite”.

Freire (1987) diz que as “situações-limite” não são em si mesmas geradoras de desesperança, mas que a percepção que os homens tenham dela em um dado momento histórico é que irá defini-las como um freio, onde terminam as possibilidades, ou como uma fronteira entre o ser e o ser mais, que desenvolve um clima de esperança e confiança, que leva os homens a superar tais situações através da ação, transformando a realidade.

Desta forma, para que “situações-limite” motivem os homens a buscarem ser mais é preciso que eles se enxerguem dentro destas situações e se sintam motivados a modifica-las.

“Enquanto os temas não são percebidos como (...) “situações-limite”, as tarefas referidas a eles, que são as

respostas dos homens através de sua ação histórica, não se dão em termos autênticos ou críticos”. (FREIRE, 1987, p.93).

Por isso fez-se necessário ponderar: será que o tema tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica é motivador também para os meus pares? Será que representa uma situação-limite também para eles?

Assim é, que na medida em que espero contribuir para a transformação da práxis⁵ da enfermagem obstétrica, concluí que seria mais rico dialogar com estas pessoas não somente através de reflexões sobre o que já escreveram - até porque muitas nada escreveram – mas também através do encontro com estas pessoas em uma tentativa de pronunciar o mundo. Isto porque ninguém “pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra dos demais”. (FREIRE, 1987, p.78).

Não bastava que o tema tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica fosse uma situação-limite que me motivava a transformar a práxis da enfermagem obstétrica, era preciso dialogar com os pares e se chegar a um tema motivador para um grupo de pessoas envolvidas com a enfermagem obstétrica, pois assim, em grupo, com uma motivação em comum poderemos transformar a realidade.

A partir dessas considerações, entendi a necessidade de substituir à idéia inicial da revisão sistemática sobre o conhecimento produzido a respeito de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica, por algo que me possibilitasse dar voz aos atores envolvidos com a enfermagem obstétrica, desvelando não só seu saber intelectual, obtido dos artigos científicos, mas também seu imaginário.

Considerando, como bem descreve Gauthier (1999, p. 25) que “o corpo de cada um de nós é uma forma de vida, que por ter uma história (...) e raízes ancestrais ainda atuantes, vivas e irradiantes, sabe muitas coisas”, reconheço que o intelecto não é o único meio para aquisição de conhecimentos, o corpo todo o é. Não usamos só o intelecto para cuidar, então porque usar só o intelecto para pesquisar?

“A questão fundamental, neste caso, está em que faltando aos homens uma compreensão crítica da totalidade em que

⁵ Práxis aqui entendida como sendo reflexão e ação verdadeiramente transformadora da realidade, fonte de conhecimento reflexivo e criação. Para maior aprofundamento ver Freire, 1987.

estão, captando-a em pedaços nos quais não reconhecem a interação constituinte da mesma totalidade, não podem conhecê-la. E não podem porque, para conhecê-la, seria necessário partir do ponto inverso. Isto é, lhes seria indispensável ter antes a visão totalizada do contexto para, em seguida, separarem ou isolarem os elementos ou as parcialidades do contexto, através de cuja cisão voltariam com mais clareza à totalidade analisada” (Freire, 1987 p.96)

Desta forma entendi a necessidade de promover o diálogo entre quem escreve, quem ensina e quem executa, com o intuito de identificar qual o tema mais importante para a enfermagem obstétrica neste momento, superar as abordagens periféricas que cabem a cada um desses grupos isoladamente e possibilitar a apreensão do fundamental para este tema, propiciando verdadeiramente a modificação de nossa práxis, no que diz respeito a um modo próprio de pensar, ensinar, fazer e pesquisar nesta área. Trata-se de um “esforço de propor aos indivíduos dimensões significativas de sua realidade, cuja análise crítica lhes possibilite reconhecer a interação de suas partes”. (Freire, 1987 p.96).

2.3 – Apresentando a temática:

Após esclarecer as implicações pessoais e a trajetória, por vezes tortuosa, até o tema, posso, com mais propriedade apresentar o objeto de pesquisa com o qual iniciei meu estudo. Trata-se, pois, das **concepções⁶ de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica.**

Olhar para este objeto de forma dissociada da abordagem metodológica aqui utilizada pode gerar a idéia de que para um objeto de estudo ele parece muito abrangente, pouco delimitado. De fato o é. Mas isso não representa um descuido da pesquisadora. Pelo contrário. Para justificar sua abrangência recorro ao esclarecimento de Petit, Gauthier, Santos e Figueiredo (2005, p.10) que afirmam que na abordagem Sociopoética:

“Mesmo quando o pesquisador oficial sugere o tema, é muito importante que este seja bastante aberto, evitando induzir ângulos pré-definidos, pois será no curso da

⁶ Optou-se pela utilização da palavra concepção, pois de acordo com a definição de Japiassu e Marcondes (1996,p49), concepção significa a “*operação intelectual pela qual o entendimento forma um conceito(...) praticamente sinônimo de teoria*” e é justamente uma possível teorização futura para a área de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica que este estudo propõe-se a fazer, a partir da síntese do conhecimento – não só intelectual, mas também imaginário - sobre este tema.

investigação que o grupo – incluindo o (a) facilitador (a) - irá descobrir os eixos da problematização que o assunto encerra”.

Assim, ao optar por utilizar o dispositivo do grupo pesquisador da abordagem Sociopoética, pressupus que o objeto final do estudo seria definido após negociação com os membros do grupo pesquisador. Isto porque, de acordo com esta abordagem metodológica “o grupo deve “tomar o poder” no processo de pesquisa.” (PETIT, GAUTHIER, SANTOS e FIGUEIREDO 2005, p.3).

Desta forma, o que chamei acima de objeto, na verdade constitui-se no “tema gerador”, que, trabalhado no grupo de forma dialógica, promoveu o alcance de um objeto que não foi de eleição exclusiva do pesquisador, mas produto do grupo, proporcionando assim, maior motivação e aumentando a relevância da problemática.

“Daí que conscientizadora também, proporcione, ao mesmo tempo, a apreensão dos “temas geradores” e a tomada de consciência dos indivíduos em torno dos mesmos” (FREIRE, 1987 p.87).

Partindo deste objeto primeiro, entendi que este é um estudo de intenção epistemológica, pois busca estabelecer uma reflexão inicial sobre as bases estruturais para o desenvolvimento de um modelo conceitual que embase e explique o que vem a ser tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica, a partir da síntese e análise dos conhecimentos existentes sobre o tema.

A escolha da problemática emergiu em função da constatação de que, após ter fortalecido seu paradigma assistencial, muito mais com o conhecimento produzido por outros atores que se interessam pela assistência à mulher parturiente, do que com teorizações produzidas pela própria enfermagem, é interessante que a enfermagem obstétrica avance na consolidação do seu saber a partir da ação dialógica que possibilite o desvelamento do imaginário desse grupo sobre sua situação vivida.

Tomando por base as idéias de Nietzsche e Leopardi (2000), a abordagem da temática tecnologia é pertinente, pois os processos concretizados a partir dos saberes, que emanam da prática cotidiana, constituem-se em tecnologias, as quais servem “para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica”. (NIETSCHE E LEOPARDI, 2000, p.131).

Para desenvolver a temática, buscamos estudar o imaginário de enfermeiras obstétricas a partir de nosso tema “gerador”. Para tal nos guiamos pelas seguintes **QUESTÕES NORTEADORAS:**

- Que concepção de cuidado de enfermagem obstétrica se revela a partir da imaginação criadora do grupo pesquisador?
- Que possibilidades de inovação tecnológica para o cuidado de enfermagem obstétrica podem ser apontadas a partir das concepções/ confetos⁷ produzidos pelo grupo pesquisador?

Para responder estas questões formulei os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL:

- Analisar as concepções de cuidado de enfermagem obstétrica, tendo como referencial o imaginário de um grupo de enfermeiras sobre o cuidado que praticam.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desvelar o imaginário de um grupo de enfermeiras sobre o cuidado de enfermagem obstétrica descrevendo as concepções / confetos produzidos pelo grupo;
- Analisar os significados (concepções/ confetos) sobre o cuidado de enfermagem obstétrica produzidos por este grupo, a partir da imaginação criadora.
- Discutir as possibilidades de inovação tecnológica oriundas das concepções de cuidado de enfermagem obstétrica a partir da compreensão do imaginário do grupo pesquisador sobre esta temática.

2.4 – Algumas possíveis contribuições:

Entendo que desenvolver um corpo de conhecimento específico para enfermagem obstétrica, baseado em concepções da própria enfermagem, por meio de um grupo pesquisador será um passo importante para a sobrevivência, consolidação, reconhecimento e evolução desta especialidade, sendo esta a principal contribuição que percebo neste estudo.

⁷ Confeto é um neologismo originário da fusão das palavras conceito e afeto, é um termo utilizado em pesquisas sociopoéticas para designar a produção conceitual do grupo mediante utilização de dispositivos sociopoéticos, tendo em vista que tais dispositivos objetivam a expressão de uma produção que mescla razão, emoção, intuição e sensibilidade.

Ademais, acredito que com a formação do grupo pesquisador será possível instituir o diálogo entre saberes heterogêneos e, por vezes, até divergentes, favorecendo a emergência do desconhecido, do inesperado, do não dito, do recalcado, contribuindo para a reflexão/ação sobre o cuidar em enfermagem obstétrica.

Outrossim, acredito que, com esta pesquisa, consiga contribuir para a compreensão de processos e padrões que possam ser aplicados na transformação e evolução das práticas atualmente consideradas como tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado.

Ainda, o estudo contribui:

- Com a linha de pesquisa do Programa de Mestrado da FENF/UERJ O Cuidar em Saúde e Enfermagem e com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade – NEPEN –MUSAS desta mesma faculdade, por abordar o cuidado de enfermagem à mulher.
- Com o desenvolvimento da Abordagem Sociopoética, tendo em vista que esta é uma abordagem metodológica ainda recente e que se consolida à medida que estudos científicos vão sendo desenvolvidos por meio dela.
- Com a criatividade no pesquisar o cuidado, mostrando que é possível e desejável construir a cientificidade da enfermagem por caminhos outros, que não só o tradicional.

CAPÍTULO III – CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA UM PESQUISAR/ CUIDAR

A enfermagem, ao definir seu objeto de trabalho e de estudo como o cuidado humano, aproximou-se muito mais das ciências sociais, do que da abordagem científica tradicional, positivista. Isto porque, ao focar seu saber no humano, admite como um dos seus mais significativos campos de interesse a subjetividade. Como destaca Santos (2005), compreender o

humano envolve compreender seu corpo, seu imaginário, seus desejos, suas emoções e suas sensações. Envolve compreender a experiência humana a partir de suas interações.

Por isso, para desenvolver seus estudos científicos, as enfermeiras têm optado, em grande medida, pelo método qualitativo, objetivando alcançar por meio desse método “informações ricas e profundas, que têm o potencial de esclarecer as múltiplas dimensões de um fenômeno complexo”. (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 30).

Neste estudo, o caminho do método qualitativo também foi seguido, pois é meu interesse compreender em profundidade o que vem o cuidado de enfermagem obstétrica, elaborando uma concepção de cuidado por meio das “experiências da vida real das pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira mão”. (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p.30).

Assim, esta pesquisa classifica-se como qualitativa e descritiva. E buscou promover o alcance do objetivo geral traçado, a partir do favorecimento da eclosão do imaginário das enfermeiras obstétricas utilizando como abordagem metodológica a Sociopoética, cujos princípios apresentarei a seguir.

3.1 – Abordagem Sociopoética:

“O sucesso da prática da enfermagem depende dela ser compreendida e aceita pela clientela a quem se destina. O maior desafio para seus praticantes é eles próprios se apropriarem do saber – enfermagem, transformando-o numa linguagem por todos entendida. Então a prática será exercida com este conhecimento conferindo aos exercentes sua autonomia científica e profissional.” (SANTOS E GAUTHIER, 1999, p.147)

Encontrei neste trecho de Santos e Gauthier palavras que sintetizam minha motivação em utilizar a abordagem Sociopoética.

Acredito que em todos os âmbitos do exercício da enfermagem devemos procurar desenvolver o cuidado. No pesquisar, este cuidado deve ter como foco a cientificidade da enfermagem, e não, simplesmente, o crescimento científico do pesquisador. E o que seria cuidar da cientificidade da enfermagem?

Mayeroff (1971) ao desenvolver em sua obra uma filosofia do cuidado, nos alerta que independente das diferenças entre cuidar de uma pessoa ou de uma idéia existe um padrão

comum, um princípio fundamental e significativo no cuidado que é a ajuda ao outro a crescer e a se realizar, que implica em desenvolvimento. Alerta ainda que “o cuidado é a antítese da simples utilização de outra pessoa para satisfazer nossas próprias necessidades”.(idem, p.24). Pois o cuidado é feito **com** o outro em uma relação que requer conhecimento, sinceridade, reciprocidade e humildade.

Nos princípios da sociopoética estão presentes os subsídios para desenvolver este **pesquisar-cuidar-com-o-outro**. Uma maneira mutual de apropriação do saber e de aquisição de autonomia, que traz consigo a característica fundamental da enfermagem que é o cuidar, pois abre as portas para o desenvolvimento criativo e colaborativo do saber da profissão.

Por meio da aplicação dos princípios da sociopoética no desenvolvimento deste estudo, acredito que estarei cuidando da cientificidade da enfermagem, não só com a divulgação dos resultados no relatório final, mas também, e principalmente, através do diálogo estabelecido com os membros do grupo pesquisador e com a construção coletiva do conhecimento que poderá gerar, especialmente naqueles que se encontram afastados da academia, o desejo de produzir saber impulsionando, o desenvolvimento da cientificidade de nossa profissão.

Além disso, considerando a enfermagem como uma “ciência em vias de se fazer” (CACCAVO E CARVALHO, 1998, p.37), a escolha da sociopoética como caminho metodológico se justifica ainda mais. Justificativa que encontra apoio nas idéias de Demo (1985):

“A falta de reflexão metodológica traduz também, imediatamente, um tipo de mediocridade científica que é a crença em evidências dadas. (...). Problematizar as vias do conhecimento é ir em busca de outras, com vistas a um conhecimento mais realista e profundo. É muito válido, portanto, dedicar-se à discussão sobre os caminhos seguidos pelos autores para construir suas teorias, contrastando com outros caminhos. No final buscamos a opção própria metodológica que fundamentaria nossa proposta de ciência.

Desde meu primeiro contato com os princípios da sociopoética, percebi o potencial desta abordagem para alavancar o desenvolvimento do saber da enfermagem como ciência. Mas que princípios tão peculiares ao modo de ser da enfermagem seriam estes? Antes de apresentá-los considero importante apresentar a própria abordagem sociopoética, pois segundo seus criadores tal abordagem ainda está sendo fundada, é jovem e por isso pode ser estranha para muitos.

No prefácio de Santos et al (2005), Fleuri destaca que Jacques Gauthier, com a colaboração de Iraci dos Santos, Sandra Petit, Nébia Figueiredo, entre outros pesquisadores, vêm caminhando na elaboração deste modo inovador de pesquisar. Vêm trabalhando no desenvolvimento de um método que ressignifica a atividade de pesquisa. Isso porque, se configura como um caminho metodológico que tem por premissa básica que a construção do conhecimento deve ser coletiva. Nesta perspectiva, a atividade de pesquisa:

“Deixa de ser assumida como um processo de formação de conceitos (...) a partir de uma relação unidirecional (...) e unifocal, conduzida por procedimentos lineares e hierarquizantes”. (FLEURI, 2005, prefácio).

A construção do conhecimento passa a ser coletiva, pois os dados são produzidos de forma compartilhada entre os sujeitos – co-pesquisadores, e a ser criativa, pois a produção dos dados explora o potencial cognitivo, das sensações, da emoção e da gestualidade, valorizando, assim, o corpo todo como fonte de conhecimento. Desta forma, a sociopoética favorece a subversão das estruturas de pensamento e de interação compartilhadas pelo grupo, por meio de um modo de pesquisar gerador de devires inesperados, articulando diferentes contextos e promovendo a emergência do novo.

Por se configurar como método que propõe este modo novo de construir conhecimento, a sociopoética aponta um caminho cuja direção são seus cinco princípios que devem ser seguidos, em parte ou no todo, por aqueles que desejem se aventurar nesta caminhada.

O dispositivo do grupo pesquisador e o paradigma estético são os pilares que orientam estes princípios, de modo que não se pode realizar uma pesquisa sociopoética sem que ambos estejam presentes. (PETIT, GAUTHIER, SANTOS e FIGUEIREDO 2005). Apresentamos a seguir os cinco princípios sociopoéticos:

1. **Formação de um grupo pesquisador** – é o primeiro princípio, pois a partir dele surgirão os outros, tem por base a idéia de que “as pessoas envolvidas no tema da pesquisa são portadoras de conhecimento de todo tipo (intelectual, sensível, emocional, intuitivo, teórico, prático, gestual...), tanto quanto nós pesquisadores” (PETIT, GAUTHIER, SANTOS e FIGUEIREDO 2005, p.3), por isso considera que sujeitos e pesquisadores estão em pé de igualdade, o que não significa que se neguem as diferenças. O saber acadêmico adquirido pelo pesquisador e sua própria iniciativa em realizar a pesquisa transformam-no,

dentro do grupo, em um facilitador, é ele quem deve promover o diálogo, catalisando e mediando o processo de pesquisa e facilitando a emergência das estruturas implícitas do pensamento do grupo. No entanto não se trata de relegar os sujeitos do grupo a um lugar secundário, muito pelo contrário, “pensamos que o grupo deve “tomar o poder” no processo de pesquisa” (idem), fato que envolve sua participação em todas as fases desse processo – escolha do tema; produção, análise e interpretação de dados e socialização dos resultados.

2. **Favorecer a participação das culturas dominadas e de resistência** – aqui se fala na participação efetiva na construção do saber. Não se trata apenas utilizar o grupo para a coleta de dados, e sim de promover sua participação na obtenção dos resultados. Para tal, após o facilitador realizar a análise do imaginário do grupo pesquisador tal como for revelado por meio das técnicas de produção de dados, ele retorna ao grupo colocando esta análise em diálogo com as impressões do grupo, para que sofra as modificações necessárias chegando-se a uma análise grupal. “Isso é um jeito radical de instituir o diálogo entre culturas heterogêneas” (idem). Tamanha miscigenação e interferencialidade de idéias pode dificultar a percepção de um facilitador que trabalhe sozinho, por isso é recomendável que “as pesquisas contem com dois ou duas facilitadores(as) no mínimo” (idem, p. 4).
3. **Considerar o corpo inteiro como fonte de conhecimento** – A sociopoética considera que o corpo com suas emoções, gestualidades, sensações, sensualidades, racionalidades, imaginações e intuições é importante fonte de conhecimento, pois trás consigo marcas históricas das vidas das pessoas, e que muitas vezes representam verdadeiras couraças corporais, especialmente nos grupos oprimidos. Couraças tão entranhadas, que, quando desveladas, trazem à tona conhecimentos profundos e complexos. Por isso, propõe a integração do saber racional com o saber corporal para a construção do conhecimento científico.
4. **Favorecer a emergência não só da razão, mas também do sensível, do emocional, do intuitivo, na produção de dados** – é recomendável a utilização de técnicas artísticas e variadas de produção de dados:

“Criando assim uma complexidade suficiente para tocar na complexidade da própria vida” e favorecendo “a emergência de pulsões e saberes inconscientes, desconhecidos, inesperados, como dados de pesquisa que expressam o fundo íntimo, perto do caótico das pessoas”, de modo a compor o que “algumas autoras da enfermagem chamam de “ciência sensível”. (idem, p4).

- 5. O último princípio diz respeito à avaliação do processo de pesquisa e às formas de socialização do conhecimento produzido** – trata-se da “interrogação, pelo grupo pesquisador, do sentido político, ético e espiritual, ou seja, humano do processo de pesquisa” (idem, p. 4) e, após esta compreensão e da avaliação da importância deste processo para o contexto onde o grupo está inserido, da escolha das melhores formas de socialização do saber fecundado nesta experiência.

Estes princípios encerram em si o paradigma estético na pesquisa. Considero muito importante para a enfermagem desenvolver pesquisas através de caminhos que se coadunem com a estética tendo em vista que:

“O ideal do humanismo na enfermagem é muito forte o que faz com que sua força de trabalho se concentre na descoberta, no diagnóstico dos potenciais de reação humana. Entretanto, sendo esta concentração direcionada radicalmente para o cliente institucional, no sentido semântico da organização, faz com que seus profissionais, às vezes, esqueçam que também são humanos, e, portanto, com potenciais de sensibilidade a serem encontrados e desenvolvidos. Este é o paradoxo desta profissão que inserida idealmente no paradigma estético só o aplica para os clientes. O mesmo acontece na pesquisa quando com um instrumental apenas intelectual, esquecendo o seu fazer que utiliza o corpo, busca entender o humano no ser humano”.(Santos 2005, p. 92).

3.2 – Estratégia para a construção coletiva do conhecimento:

Após analisar os aspectos filosóficos da Abordagem Sociopoética, descreverei como se deu a operacionalização da utilização dos princípios da sociopoética neste estudo. Tal operacionalização ocorreu em cinco etapas, a saber: constituição do grupo pesquisador; negociação do tema gerador; produção de dados; contra-análise e socialização dos resultados, os quais apresento a seguir.

3.2.1 - Constituição do grupo pesquisador:

Partindo do pressuposto que o “dispositivo do grupo pesquisador é a alma da sociopoética” (PETIT et al 2005, p. 3), defini como primeira etapa deste estudo a negociação para formação do grupo pesquisador. O primeiro passo para a formação deste grupo foi desenvolver uma lista de pessoas engajadas com a enfermagem obstétrica e que pudessem ter interesse em construir conhecimento nesta área. Para facilitar esta seleção defini um perfil desejável para os membros do grupo, qual seja:

- Ser enfermeira especialista em enfermagem obstétrica;
- Atuar na área do cuidado de enfermagem obstétrica no âmbito do ensino, da pesquisa e/ou da assistência;
- ✓ Foi considerada atuação no âmbito do ensino a exercida por enfermeiras com título de mestre⁸, cuja atividade principal fosse a docência, em cursos de graduação em enfermagem, na disciplina de saúde da mulher;
- ✓ Para o âmbito da pesquisa, objetivava trabalhar com doutoras que tivessem como atividade principal a docência em cursos de mestrado e/ou doutorado associada à atividade de orientação de dissertações ou teses, sendo desejável ainda que fizessem parte de grupos de pesquisa financiados por órgãos de fomento.
- ✓ Já no âmbito da assistência, busquei enfermeiras que tivessem como atividade principal uma das seguintes: chefia de serviço de enfermagem em maternidade ou chefia de enfermagem de centro obstétrico; plantonista de centro obstétrico com

⁸ Este é um requisito fundamental, pois assim como Demo (1985, p.24), acredito que “se pensarmos bem, não se tem nada a ensinar se não tivermos construído algo através da pesquisa. Não existindo a pesquisa o professor torna-se um mero repetidor de textos e idéias dos outros.” Busquei, pois, professoras cientistas, ou seja, construtoras do saber.

autonomia para assistência direta ao parto normal; plantonista de enfermagem de gestação de alto risco; plantonista de enfermagem de alojamento conjunto; plantonista ou diarista da casa de parto; enfermeiras que realizam consultas de enfermagem de pré-natal em instituições de saúde e/ou enfermeiras que realizam consultas de enfermagem de pré-natal e partos no domicílio.

Com isso buscava formar um grupo para estudar o cuidado de enfermagem obstétrica com as pessoas que o realizam e ainda favorecer o diálogo entre saberes – prático e acadêmico - que deveriam caminhar juntos, mas que, devido às hierarquizações e separações impostas pela nossa sociedade, acabam caminhando separados, muitas vezes em direções opostas.

Além disso, ao pensar nas pessoas que convidaria para juntarem-se a mim nesta caminhada, considerei que “os sociopoetas devem ser atentos ao fato de que tanto os facilitadores como o grupo pesquisador são implicados nos dados que junta e dialogicamente, eles produzem”.(GAUTHIER, 1999, p.45). De modo que, por este motivo, é interessante não constituir grupos completamente homogêneos. Acreditava ser possível quebrar um pouco a homogeneidade do grupo e enriquecer a produção dos dados mesclando docentes, pesquisadoras e enfermeiras assistenciais.

Esta foi a justificativa para buscar enfermeiras do ensino, da pesquisa e da assistência. Contudo, pretendia que este último grupo fosse o maior, por entender que a enfermeira da assistência, encontra-se na grande maioria das vezes afastada das teorizações científicas da enfermagem, tanto como consumidora, quanto como produtora destas teorizações. Ainda mais porque na discussão dos resultados desta pesquisa, ao analisar a produção científica da enfermagem, dou voz, mesmo que indiretamente, às doutoras e mestres desta especialidade.

Assim, considerando a recomendação de Petit et al (2005, p.10) de que “só se deve investigar com seis a no máximo vinte pessoas, para garantir a efetiva escuta sensível e a participação de todos durante o processo”, e ainda acreditando que nem todas as pessoas convidadas teriam possibilidade ou interesse em participar do estudo, organizei uma lista inicial com trinta enfermeiras obstétricas, que atendiam ao perfil elaborado, e passei a convidá-las, através de contato telefônico, para participarem do estudo.

Para motivar a aceitação do convite, propus a reativação do Fórum Permanente de Enfermeiras Obstetras⁹, pois entendia que mesmo em se tratando de uma temática comum a todas, poderia ser difícil reunir pessoas com diferentes atividades para realizar esta pesquisa. Com o fórum, acreditava que conseguiria um grande número de adesões, já que este poderia novamente se configurar em um espaço de discussão de temas de nosso interesse e articulação política, tão necessária a nossa categoria.

Contudo, já no contato inicial percebi o quão difícil seria reunir este grupo. A maioria das pessoas contatadas demonstrava interesse com a temática, porém possuía mais de um vínculo empregatício e, em geral, trabalhava em esquema de plantão, alternando os dias de trabalho de acordo com a carga horária de doze horas de serviço por sessenta horas de descanso. Com isso, foi muito difícil estabelecer dia e horário compatíveis com os compromissos de todos os convidados.

Este fato não é dissociado de significado, conforme pontua Machado (1999, p. 594) a profissão de enfermeira “desenvolveu forte dependência do trabalho assalariado em instituições de saúde, (...) tornando-se assim, uma atividade com reduzida autonomia econômica”. Isso faz com que as enfermeiras, na busca por uma melhor condição sócio-econômica, acabem possuindo mais de um vínculo empregatício, o que torna seu trabalho ainda mais exaustivo e limita suas possibilidades de participação em outras atividades, tais como as relacionadas à pesquisa.

Outro aspecto interessante desta fase de formação do grupo pesquisador foi a dificuldade em despertar o interesse em participar do estudo, em enfermeiras que possuem maior notoriedade por sua atuação profissional, com destaque para as doutoras. Bem provável é que esta reticência em participar de um estudo falando do lugar de sujeito da pesquisa, ao lado de outros sujeitos sem experiência acadêmica, tenha causado estranhamento nestas doutoras. Isto porque, como afirmam Santos e Gauthier (1999, p. 127) as doutoras em enfermagem “procuram privilegiar os saberes-objetos (contidos nos livros) e/ou os conteúdos intelectuais que possuem” e ainda podem estar “supervalorizando seu papel de agente institucional, defendendo seu cargo de representante de disciplina, seus saber e *status* profissionais”. Desta forma, ao que parecem, rejeitaram a idéia de falarem do mesmo lugar que as enfermeiras da assistência, procurando desde o início

⁹ O Fórum foi uma instância de discussão sociocultural criado em 1997 por enfermeiras obstétricas, no município do Rio de Janeiro, com o intuito de promover a reflexão dessas profissionais sobre sua práxis, foi extinto em 1999 por falta de uma liderança que tivesse interesse em assumir a organização do mesmo.

subterfúgios, para justificar a não participação no estudo, sendo o principal deles a falta de tempo.

Esta resistência inicial causou preocupação, pois temia perder a heterogeneidade desejada quando pensamos no perfil dos participantes do estudo, mas foi contornada durante as negociações para formação do primeiro encontro do grupo pesquisador, quando consegui, através de consenso, delimitar uma data e um local que possibilitaram a reunião de enfermeiras com os diferentes perfis desejados.

Durante os contatos telefônicos para a formação do grupo pesquisador as pessoas foram esclarecidas sobre a necessidade de realizarmos aproximadamente cinco encontros, com o intuito de atendermos a todos os princípios da Abordagem Sociopoética e as etapas do dispositivo analítico grupo pesquisador. Esclareci também, que o primeiro encontro destinava-se à negociação do tema gerador e à delimitação do objeto de estudo.

3.2.2 – Negociação do tema gerador:

A negociação do tema gerador é uma característica muito peculiar à Sociopoética. O tema exato a ser pesquisado não é previamente definido devendo ser negociado com o grupo. O facilitador apresenta um tema gerador ao grupo pesquisador para que através de um debate possa se definir o que exatamente, naquele tema, interessa aos sujeitos pesquisar.

Após aproximadamente quarenta e cinco dias de negociação, consegui promover o primeiro encontro do grupo pesquisador. Das trinta pessoas contatadas inicialmente, apenas quinze confirmaram presença e somente dez compareceram. As dez enfermeiras obstétricas que compareceram atendiam aos perfis previamente definidos como sendo desejáveis para a formação heterogênia do grupo e dividiam-se da seguinte forma: duas doutoras, uma docente e sete enfermeiras assistenciais.

Optei por realizar o encontro em uma sala da Faculdade de Enfermagem da UERJ, já que a maioria das pessoas estaria nesta faculdade na data agendada. Além disso, a sala escolhida para a reunião do grupo pertence a um projeto desta faculdade denominado Oficina de Criação e sua ambiência favorece o trabalho de relaxamento com grupos de forma acolhedora e que propicia o convívio social. Isto porque, esta sala não possui mesas ou cadeiras, suas paredes são pintadas de

azul, não se deve permanecer nesta sala de sapatos e os objetos que a compõem facilitam a aplicação de dinâmicas de grupo.

As características do ambiente onde se realizam os encontros de produção das pesquisas sociopoéticas são fundamentais, pois este ambiente, aliado à condução da oficina, deve ser potencializador da livre expressão do imaginário dos sujeitos. (SILVA E SANTOS, 2005, p. 19). Interrupções ou perturbações do ambiente devem ser evitadas. Desta forma, optei por realizar o encontro ao final da tarde, após o horário de aulas da faculdade.

Foi estabelecido um roteiro para a condução desta oficina de negociação do tema gerador (Apêndice A). Tal condução ficou por conta de duas facilitadoras: eu e a co-orientadora deste estudo, professora Iraci dos Santos.

Logo de início, as facilitadoras procuraram despir-se de seu *status* de pesquisadoras e colocaram-se como membros colaboradores do grupo. Isto foi fundamental para que o grupo pudesse compreender a proposta de discussão do tema gerador, já que, em geral, a definição do objeto de pesquisa fica a cargo, exclusivamente, do pesquisador.

Após os esclarecimentos necessários, colocamos em discussão o tema gerador - **concepções de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica** – com o intuito de levantarmos a demanda de saber dos sujeitos a respeito desta temática. Para facilitar a reflexão distribuímos um Formulário de Negociação do Objeto (Apêndice B) onde os co-pesquisadores puderam expor suas impressões e readequações ao tema colocado em discussão.

Desvelar a demanda de saber do grupo pesquisador (GP) foi um momento muito rico. Inicialmente, a maioria das reflexões escritas no formulário caminhava por concordar com o tema proposto por mim. Como podemos observar nos seguintes trechos:

“Acho importante discutir o que seria tecnologia de cuidado de Enf. Obstétrica, quais os momentos apropriados para sua utilização no atendimento à mulher. Considero que seria interessante pesquisar a tecnologia de cuidado no alívio da dor durante o trabalho de parto”.

(GP)

No entanto, apareceu também a rejeição à palavra tecnologia:

“O tema é interessante, entretanto a palavra tecnologia (...) dá a impressão de frieza no cuidado. Entendo a temática, sei que precisamos inserir a enfermagem obstétrica dentro do complexo tecnológico (...) Porém se usássemos outra palavra não seria melhor?”. (GP)

Ao abrir tal tema para discussão e dar voz às co-pesquisadoras, pude perceber que a resistência em associar a palavra tecnologia ao cuidado de enfermagem obstétrica, fazia parte do pensamento do grupo. No começo da discussão, esta resistência era apresentada de forma velada, acredito que em todo o momento as co-pesquisadoras preferiram adotar uma posição de acatar a idéia inicial, apesar de na verdade rejeitarem a palavra tecnologia.

Quase me deixei seduzir por este falso consenso. Porém, sensivelmente, a professora Iraci dos Santos, como facilitadora, expôs a situação que estava ocorrendo ao grupo, que então se sentiu mais livre para expressar a verdadeira opinião e estabeleceu que o objeto a ser pesquisado deveria ser: **concepções de cuidado de enfermagem obstétrica.**

Ao final, solicitei àquelas que tinham interesse em continuar participando do estudo que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Com isso, procurei seguir os padrões éticos para pesquisa com seres humanos determinados pela Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, e ainda de acordo com esta Resolução, submeti este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto e recebi aprovação para a realização do mesmo (Projeto 1646-CEP/HUPE).

Ainda na Oficina, procurei definir em conjunto horário, local e data para a realização do próximo encontro. Mais uma vez as enfermeiras verbalizaram as dificuldades que poderiam surgir para participação no estudo em função de seus compromissos profissionais. Comprometi-me de checar posteriormente com cada uma as melhores data, local e horário.

A idéia de reativação do Fórum Permanente de Enfermeiras Obstetras foi colocada para o grupo, mas não gerou desdobramentos. Esta situação pode ser explicada pelo enfoque de gênero. Lopes (1988, p. 213) considera que:

“As ocupações maciçamente femininas apresentam uma enorme fragilidade na luta por melhores condições de trabalho e de vida, sendo de ordinário extremamente baixo o índice de sindicalização de mulheres (...). O componente ideológico do mito da mulher-mãe-esposa está presente no dia-a-dia da enfermeira e é usado para o obscurecimento das outras dimensões da mulher enquanto profissional e cidadã”.

Este fato chama a atenção, pois muitas são as lutas que temos de empreender todos os dias para fazer valer nosso saber no campo obstétrico. Por isso, ampliarmos os espaços de discussão através de um Fórum nos seria extremamente pertinente na busca por maior participação política

nas instâncias de decisão e por condições de trabalho que melhor se coadunassem com os nossos interesses.

3.2.3 – Produção de Dados:

Foram necessários sessenta dias entre o primeiro e o segundo encontros para que eu conseguisse marcar uma data favorável ao maior número possível de participantes. Neste ínterim, alguns encontros foram agendados e posteriormente desmarcados, pois na véspera ou no próprio dia as enfermeiras comunicavam contratempos que as impossibilitavam de comparecer.

Isso fez com que eu determinasse uma data limite para realização da primeira oficina de produção de dados, com a participação de quem tivesse disponibilidade em comparecer, tendo em vista a data estabelecida pela Coordenação do Programa de Mestrado para a defesa da dissertação. Com isso, apenas seis participantes compareceram. Destes, uma é docente e as demais, enfermeiras assistenciais. Nenhuma doutora compareceu.

Este grupo era composto em sua maioria por enfermeiras que trabalhavam em um mesmo local, o que poderia gerar um pensamento muito influenciado pelas características da instituição em questão. Tal situação fez com que eu optasse por promover uma outra oficina de produção de dados, com as pessoas que não puderam estar presentes nesta primeira oficina.

Assim, o grupo foi desmembrado em dois, para possibilitar a produção de dados de acordo com a conveniência de dia, local e horário das enfermeiras. Esta estratégia me possibilitou alcançar um total de 12 participantes. Destas quatro não participaram da oficina de negociação do tema gerador, mas concordaram com a relevância do objeto delimitado pelo grupo e se interessaram em produzir conhecimento sobre o assunto.

Importante assinalar que “na concepção da sociopoética os dados que surgem nessa experiência não são “coletados” (...) e sim produzidos pelas condições de realização da pesquisa” (Petit et al 2005 p.10). Em tais condições destaca-se a de possibilitar a expressão do desconhecido, do submerso, do recalcado (Gauthier, 1999 e Santos, 2005).

Para tal, é determinante a utilização de técnicas de relaxamento como dispositivo de pesquisa. Este relaxamento deve proporcionar ao grupo “baixar o seu nível de controle

consciente, a fim de que se expressem os saberes enterrados (...), as lavas congeladas pela história coletiva e individual”.(Gauthier, 1999 p.53).

Desta forma, iniciei a oficina de produção de dados aplicando técnicas de relaxamento para, em seguida, lançar mão de técnicas artísticas, através das quais foi possível estimular a eclosão do imaginário dos sujeitos. Para facilitar a condução da oficina segui um roteiro previamente estabelecido (Apêndice D).

Vale ressaltar que, mesmo ocorrendo em momentos diferentes, os dois encontros de produção de dados seguiram passos idênticos, de acordo com o roteiro mencionado, e as mesmas técnicas artísticas foram utilizadas.

Gauthier (1999) e Santos et al (2005) afirmam que por meio da criatividade de tipo artístico os sujeitos conseguem liberar sua imaginação, fazendo emergir conteúdos inesperados, expressões estranhas, sentimentos recalcados, falas silenciadas. Outro aspecto importante na utilização de técnicas artísticas é o estranhamento que elas provocam possibilitando a fecundação da expressão da energia imaginativa das pessoas.

Elegemos as técnicas de “Vivência dos Lugares Geomíticos” e do “Corpo como Território Mínimo” para a produção dos dados deste estudo. Esta escolha encontra apoio no êxito obtido por diversos autores da enfermagem (ARAÚJO, FONTES, CARVALHO, BRANDÃO, entre outros in SANTOS et al 2005) que vem utilizando estas técnicas (isoladamente ou em associação com outras técnica de pesquisa) em seus estudos, contribuindo, pois, para a consolidação das mesmas como técnicas apropriadas para o pesquisar-cuidar em enfermagem.

A técnica da vivência dos lugares geomíticos foi proposta por Jacques Gauthier a partir da experiência obtida durante o convívio deste pesquisador com indígenas da ilha do pacífico Nova Caledônia/ Kanak. Esta cultura acredita que nenhum lugar é neutro atribuindo vida aos espaços, que são entendidos como repletos de espiritualidade, mitos, proibições.

É uma maneira “estranha” de entender os espaços para nossa cultura, especialmente para o meio acadêmico. E é neste estranhamento que reside a importância de recorrermos a esta técnica para o estudo. Isto porque:

“Uma técnica que produz estranhamento aos co-pesquisadores tende a gerar maior heterogeneidade de conceitos, problematizando conseqüentemente mais o tema do que uma linguagem familiar”. (Petit 2005, p. 144).

E mais, por tratar-se de uma técnica inspirada em cultura desconhecida pelos participantes permite a criação imaginativa de dados a partir de um princípio diferente, inacostumado. E,

“sendo a forma inacostumada, é provável que emirjam conteúdos, expressões, imagens inacostumadas, inesperadas”.(Gauthier 1999, p55).

Jacques Gauthier identificou 16 lugares geomíticos, a saber: terra, poço, ponte, falha, fluxos, cume, labirinto, limiar, gruta, caminho, estrada, galáxia, rio, trilho, arco-íris e túnel. Desses, usando minha subjetividade e intuição, escolhi para aplicação neste estudo aqueles que de alguma forma me reportavam à mulher, à sexualidade, à gestação e ao parto e ao de cuidado de enfermagem obstétrica e pudessem fazer eclodir o imaginário das enfermeiras sobre seu cuidado neste contexto. Escolhi então: **a terra, a falha, os fluxos, o cume, o limiar, o túnel e o rio.**

Nas oficinas de produção de dados, após a aplicação da dinâmica de relaxamento apresentei o formulário específico (Apêndice E), solicitando aos co-pesquisadores que descrevessem a associação que fizessem entre seu imaginário e o lugar geomítico apresentado, pensando na seguinte pergunta orientadora:

Se o cuidado de enfermagem obstétrica fosse a TERRA onde crescem suas raízes como seria para você?

E assim sucessivamente com todos os lugares escolhidos. Optei por não fazer projeções ou dar maiores explicações sobre os lugares, pois como proferido por Gauthier durante o curso de extensão “Oficina Sociopoética – Formação de Pesquisadores” (Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2005), é recomendável que o facilitador tenha mínima interferência na aplicação das técnicas com o intuito de minimizar a possibilidade de indução na produção dos dados e de favorecer o devaneio e a criatividade imaginativa.

Quando todos terminaram de preencher o formulário de vivência dos lugares geomíticos pedi que cada um apresentasse e analisasse sua produção e discutimos em grupo os resultados. Os facilitadores não expressaram neste momento suas opiniões e interpretações sobre os dados produzidos, deixando que o grupo percorresse esse caminho com liberdade e pudesse exprimir suas modalidades próprias de reflexão e subjetividade.

Essa discussão foi gravada, mediante autorização do grupo pesquisador, com auxílio de um gravador digital. Esta estratégia foi importante por permitir uma análise preliminar do grupo sobre os dados recém-produzidos, o que se coaduna com o objetivo da sociopoética de explicitar a heterogeneidade da estrutura de pensamento de um grupo e não do pensamento dos indivíduos separadamente. (PETIT, GAUTHIER, SANTOS E FIGUEIREDO, 2005)

A outra técnica utilizada foi a do corpo como território mínimo. Esta técnica consiste em problematizar com o grupo, por meio de práticas artísticas, a idéia de corpo como única propriedade real e inalienável que o ser humano possui, constituindo-se, pois, como seu território mínimo.

Acreditei ser apropriada a utilização de tal técnica, pois conforme destacam Gauthier e Hirata (2002) a enfermagem possui legitimação social para penetrar no espaço de maior privacidade dos indivíduos, em seu território mínimo, o próprio corpo. Por outro lado, para cuidar, a enfermeira abre mão de seu próprio espaço privado, tendo em vista que seu corpo é o principal instrumento por meio do qual exerce o cuidado.

Com este entendimento, percebi ser pertinente dialogarmos sobre a temática do corpo. Ainda mais porque, em se tratando do cuidado de enfermagem obstétrica, a maneira como os corpos das enfermeiras obstétricas e das mulheres se relacionam durante o cuidado é envolta por uma série de tabus e preconceitos, pois envolve questões relacionadas à sexualidade.

Assim, pedi ao grupo para se organizar em duplas e posteriormente para que cada pesquisador desenhasse o contorno do corpo do outro, e em seguida, identificasse uma figura como a enfermeira obstétrica e outra como a mulher que será cuidada. Solicitei, então que refletissem sobre cenas do cuidado por elas vivenciadas, que procurassem lembrar de situações marcantes e do que foi expresso pelas mulheres durante esse cuidado e, finalmente, como o cuidado de enfermagem obstétrica deve ser introduzido nesta relação, tendo em vista a idéia discutida anteriormente de corpo como território mínimo.

Imediatamente após este momento de reflexão, propusemos que preenchessem os contornos dos corpos com imagens ou palavras que pudessem representar o que pensaram a respeito. Ao final, pedi que cada dupla apresentasse suas figuras, verbalizassem sobre o que gostavam e o que não gostavam nelas e sobre o cuidado imaginado e a maneira que cuidam atualmente. Esta apresentação foi gravada através de gravador digital, possibilitando posterior análise.

Como na oficina em que utilizamos a técnica dos lugares geométicos, a apresentação grupal, ao final da oficina, dos dados produzidos separadamente, tem o intuito de gerar uma análise preliminar do grupo sobre os dados produzidos. Munido dos dados e das análises preliminares, dei início a minha própria análise, “procurando descobrir as estruturas escondidas do pensamento do grupo”. (PETIT, GAUTHIER, SANTOS e FIGUEIREDO, 2005, p. 12).

3.2.4 – Contra-análise:

Como discutido, o conhecimento científico produzido em pesquisas sociopoéticas é coletivo. A participação dos sujeitos, co-pesquisadores, é requerida desde a negociação até a socialização dos resultados. A etapa que se segue à análise, realizada individualmente pelo facilitador, chama-se, em pesquisas sociopoéticas, de contra-análise. (Santos et al 2005). Como se trata de uma produção de um grupo pesquisador, os membros desse grupo são convidados a analisar, validando ou retificando, a análise feita em separado pelo facilitador.

Devido às dificuldades de agendamento para a realização da oficina de contra-análise, optei por submeter ao crivo do grupo pesquisador os resultados da análise elaborada por mim através de correio eletrônico. Esta opção foi pactuada com o grupo que concordou em reexaminar as considerações que apresentei sobre os dados produzidos.

Desta forma, elaborei uma mensagem eletrônica onde explicava ao grupo em que consistia a etapa de contra-análise. Ratifiquei a idéia de construção coletiva do conhecimento e convidei a todas a apontar os possíveis erros de interpretação e esclarecer o que julgassem necessário, de modo que sentissem abertura para modificar aquilo que não concordassem.

Como a análise ficou extensa, optei por apresentar os resultados de forma sintética e objetiva, facilitando a realização da tarefa proposta. Assim, enviei, anexo, dois arquivos onde apresentei quadros com as respostas dos co-pesquisadores ao formulário de vivência dos lugares geomíticos e a explicações sobre os desenhos da dinâmica do corpo como território mínimo.

As respostas de cada uma das co-pesquisadoras estavam transcritas em cores diferentes. Logo abaixo dessas respostas estavam descritos, em letra preta, os temas que eu associei a fala de cada co-pesquisador, e mais abaixo, em itálico apresentei as sub-categorias que formei a partir dos temas. Com isso, em um único quadro, para cada dinâmica, agrupei as categorias teóricas, as categorias empíricas, os temas e as sub-categorias que foram reveladas pela estrutura de pensamento do grupo.

Apresentei ainda os quadros (1 e 2) onde associei as categorias, com as sub-categorias e os temas que as compõem, para que o grupo pesquisador pudesse perceber a linha de raciocínio que segui para a análise.

Como o intervalo de tempo entre a produção de dados e a contra-análise foi grande – quatro meses – sugeri que a leitura do material deveria idealmente ser feita em um momento

tranquilo, após alguns segundos de relaxamento, e ainda que utilizassem a sensibilidade e intuição para a leitura da produção.

Destaquei também que a idéia era desvelar o imaginário do grupo pesquisador sobre o cuidado de enfermagem obstétrica e não o imaginário de sujeitos isolados. Com isso, pedi que não olhassem apenas as respostas individuais, mas que procurassem analisar todas as respostas contribuindo para a formação de um pensamento grupal.

Dos doze participantes, sete enviaram resposta e não sugeriram alterações para análise. Acredito que esta etapa foi prejudicada pela não realização de uma oficina de discussão onde todos pudessem estar presentes. Mas foi a contra-análise possível.

3.2.5 - Socialização dos Resultados:

Este é o último passo de uma pesquisa sociopoética. Porém, apesar de ser o último não é menos importante que os outros, ao contrário, a depender da valorização que receba do grupo pesquisador e dos facilitadores e do compromisso destes com os acordos estabelecidos, é através da socialização dos resultados que a pesquisa sociopoética poderá catalisar transformações para além do grupo pesquisador.

É importante ressaltar que, no caso deste estudo, a divulgação e a discussão dos resultados não deverão ficar restrita às formas exigidas pela academia para obtenção do grau de mestre (elaboração do relatório final, defesa da dissertação e publicação dos resultados em periódicos científicos). Assim, após a defesa da dissertação discutirei com o grupo pesquisador formas significativas de tornar pública nossa produção científica, o que poderá ocorrer por meio de apresentação nas instituições de origem, desenvolvimento de trabalhos para apresentação em congressos, elaboração de peça teatral, músicas, poesias e tudo mais que a criatividade permitir.

CAPÍTULO IV – DESVELANDO O IMAGINÁRIO - RESULTADOS

4.1 - Conhecendo o grupo pesquisador:

“Partir do teórico ignorando o real é escolher o superficial, o artificial, optar por se ocupar do que está sem vida”.(Hend Abdel-al in COLLIÈRE, 2003, p.11).

Logo no início deste estudo percebi o quão estéril ele poderia se tornar caso eu optasse por buscar concepções para o cuidado de enfermagem obstétrica afastada da riqueza de conhecimentos de quem o pratica. Esta constatação me mobilizou a buscar construir coletivamente tal concepção, optando por produzir conhecimento com um grupo pesquisador. Vale recordar que:

“O assim chamado grupo pesquisador constitui-se como um dispositivo, ou seja, uma montagem temporal e espacial estratégica que propicia a articulação dinâmica entre pessoas, criando um contexto relacional que mobiliza em cada participante devires singulares, ao mesmo tempo em que ativa processos de análise coletiva e crítica de dimensões pouco aparentes na vida instituída”. (FLEURI, 2005, prefácio).

A análise das respostas ao questionário de caracterização dos sujeitos (Apêndice F) permitiu-me conhecer a identidade do grupo pesquisador e constatar a importância das enfermeiras que o compuseram para a enfermagem obstétrica carioca. Hoje tenho convicção de que o caminho escolhido foi o melhor para desenvolver esta pesquisa. A profundidade obtida na produção de dados deste grupo pesquisador mostra como é essencial buscar o saber cotidiano de quem realiza o cuidado. Mostra também a *expertise* das enfermeiras obstétricas que fizeram parte deste grupo.

Falo em enfermeiras, pois o grupo é formado basicamente por mulheres – onze mulheres e um homem - cujo tempo de graduação médio é de quatorze anos. Majoritariamente atuam na assistência – das doze apenas uma tem como atividade principal a docência - desenvolvendo atividades de atenção obstétrica em média há sete anos. Além de atuarem prioritariamente na assistência, quatro desenvolvem secundariamente atividades relacionadas à docência ou preceptoria. Todas são funcionárias públicas e exercem suas funções no Estado do Rio de Janeiro. Todas também são especialistas em enfermagem obstétrica. Há duas mestradas e uma

mestre em enfermagem. Uma possui experiência em atenção domiciliar à mulher em trabalho de parto e parto, seis atuam no pré-natal e todas atuam ou já atuaram na assistência direta ao parto.

Conhecer um pouco da identidade deste grupo valoriza os dados produzidos, pois sabemos que o imaginário desvelado é o de pessoas que possuem uma história cotidiana de cuidados em sua vida profissional, o que para Collière (2003, p.12) é essencial para desenvolver e revelar “a ciência dos cuidados”:

“São os prestadores que estão no âmago do que se trama em relação aos cuidados e cujas interrogações e reflexões, se forem capazes de se exprimir e chegar à sua própria construção de evidências, mostram os obstáculos e revelam novamente o que se tinha perdido acerca do saber dos cuidados.” (idem)

4.2 – O processo de análise:

As técnicas artísticas de Vivência dos Lugares Geomíticos e do Corpo como Território Mínimo, aplicadas em um ambiente favorecedor da liberação do imaginário, possibilitaram ao grupo pesquisador dialogar sobre o cuidado de enfermagem obstétrica e realizar uma rica produção de dados. Os dados produzidos trouxeram à tona o que está por trás da razão e por vezes é impedido de aparecer.

De posse desses dados, passei a procurar desvelar as estruturas invisíveis de pensamento oriundas dessas produções artísticas. Esta etapa da análise sociopoética que ocorreu de forma isolada do grupo, representa o momento onde o facilitador trabalha de forma solitária na busca da forma do pensamento, cujo conhecimento permite acessar aspectos do inconsciente do grupo pesquisador. (Gauthier, 1999).

Para isso, a análise fundamentou-se, inicialmente, nas técnicas qualitativas de análise de conteúdo e de categorização dos resultados. Estas técnicas associadas permitem a decomposição do conteúdo da mensagem em análise em unidades de registro, que posteriormente, quando agrupadas, de acordo com aspectos ou características comuns, permitirão a formação de categorias, as quais serão utilizadas para a discussão dos resultados. (GOMES, 2002)

Deste modo, buscando identificar as unidades de registro, após a transcrição dos conteúdos das gravações das oficinas de produção de dados e da organização das respostas ao Formulário de Vivências dos Lugares Geomíticos, passei a elaborar mapas de apuração que me permitiram correlacionar as categorias teóricas – lugares geomíticos e questões norteadoras da

dinâmica do Corpo como Território Mínimo – com as categorias empíricas – representadas pela verbalização dos sujeitos, e destas extrair os temas, sub-categorias e categorias. Para facilitar a apuração trabalhei com mapas distintos de acordo com cada técnica aplicada.

Os primeiros mapas elaborados, um para cada técnica, continham apenas as falas e caracterização dos sujeitos. É pertinente ressaltar, que cada membro do grupo pesquisador foi identificado por um número, que variou de um a doze, para garantir o anonimato dos sujeitos.

Este exercício permitiu-me identificar os temas individuais que emergiram das falas de cada co-pesquisador e posteriormente os temas grupais. Inicialmente procurei correlacionar cada fala com palavras representativas do significado contido nelas. Não me preocupei em fazer isso de forma sucinta, dando liberdade a minha própria imaginação.

Com isso, extraí inicialmente das falas relacionadas à Técnica do Corpo como Território Mínimo 102 temas, e das respostas obtidas com a Técnica de Vivência dos Lugares Geométicos 174 temas. O passo seguinte foi elaborar o quadro de Temas Predominantes, um para cada técnica, o que possibilitou a apuração matemática da frequência de cada tema em cada categoria teórica.

Esta apuração foi fundamental para que eu pudesse começar a perceber o imaginário do grupo, identificando as oposições e semelhanças existentes na produção de dados. A partir destes temas mais abrangentes, pude então agrupá-los, formando sub-categorias e categorias analíticas conforme se observa nos quadros demonstrativos a seguir:

QUADRO 3. FREQUÊNCIA DAS SUB-CATEGORIAS EM RELAÇÃO AO LUGAR GEOMÍTICO									
RIO DE JANEIRO, FACULDADE DE ENFERMAGEM/UERJ, DEZEMBRO DE 2006									
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	Terra	Falha	Fluxos	Cume	Limiar	Túnel	Rio	Total
Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Expansão	Cuidado que possibilita ser mais	7	-	2	2	2	1	-	14
	Cuidado feminino, cuja essência é a relação entre sujeitos.	8	1	4	5	7	9	7	41
	Cuidado prazeroso, reconfortante, que traz satisfação	4	-	-	6	2	7	10	29
	Cuidado que não se limita à razão	3	1	2	7	2	2	-	17
	Cuidado que nutre, que vivifica, que se renova	7	-	5	2	-	1	6	21
Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Retração	O cuidado institucionalizado	-	6	1	-	2	5	1	16
	O cuidado racionalizado	-	4	1	-	-	2	1	8
	O cuidado desvalorizado	1	3	3	1	4	1	-	13
	O cuidado banalizado	-	3	-	-	-	1	-	4

Em seguida elaborei quadros onde associei a fala de cada co-pesquisador com a(s) sub-categoria(s) contida(s) em tal. De posse deste quadro, o passo seguinte foi analisar a frequência que cada sub-categoria aparecia em cada lugar geomítico ou questão norteadora da técnica de Corpo como Território Mínimo, elaborei então um quadro de apuração para cada técnica:

QUADRO 4. Frequência das Sub-Categorias em Relação às Questões Norteadoras da Dinâmica do Corpo como Território Mínimo					
Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem/UERJ, dezembro de 2006					
		Questões Norteadoras			
Categorias	Sub-categorias	O Corpo da Enfermeira Obstétrica	O Corpo da Mulher	O Corpo da Enfermeira Obstétrica Cuidando do Corpo da Mulher	Total
O Cuidado de Enfermagem Obstétrica Revelando a Necessidade de Cuidar de Si para Cuidar do Outro	O corpo que cuida reconhecendo-se e cuidando-se como mulher	4	-	2	6
	O corpo que cuida reconhecendo-se/estranhando-se, cuidando-se como profissional	6	3	4	13
	O corpo da Enfermagem Obstétrica – valorização da raiz histórica como base para construção do cuidado	2	-	1	3
Corpos que se Relacionam, Compreendem-se como Sujeitos e Constroem o Cuidado Materno	O Corpo que cuida buscando compreender o corpo que é cuidado	2	4	3	9
	Corpos que estabelecem relação, interação e troca	6	4	3	13
	O cuidado de enfermagem obstétrica – o corpo da enfermeira cuidando do corpo da mulher e favorecendo o despertar do cuidado materno	2	6	6	14

Este processo analítico me permitiu definir que tipo de Estudo Sociopoético adotaria para trabalhar os dados. Assim, optei pelo Estudo Sociopoético Classificatório para analisar o imaginário do grupo pesquisador contido na produção que utilizou a Técnica de Vivência dos Lugares Geomíticos e o Estudo Sociopoético Transversal para analisar os dados obtidos com a técnica Dinâmica do Corpo como Território Mínimo.

4.3 – As Oposições do cuidado de enfermagem obstétrica – descrição do Estudo Sociopoético Classificatório:

O Estudo Sociopoético Classificatório caracteriza-se por buscar dar destaque às oposições que aparecem no conjunto da produção do grupo. (Petit, et al, 2005, p.12) Este estudo faz uma cisão entre idéias opostas mostrando os caminhos diferentes que um mesmo tema pode seguir.

Recordo que a Técnica de Vivência dos Lugares Geomíticos utilizou como questão norteadora: **Se o cuidado de enfermagem obstétrica fosse a TERRA, como seria para você?** E assim sucessivamente com todos os lugares escolhidos. Isso favoreceu ao grupo expressar todas as contradições envolvidas com o cuidado de enfermagem obstétrica.

Assim, ao analisarmos as categorias empíricas produzidas com esta técnica, aproximando os temas semelhantes e formando sub-categorias, ficou clara a oposição existente entre estas. Isto possibilitou a formação de duas grandes categorias, a primeira composta por cinco sub-categorias e a segunda composta por quatro sub-categorias, as quais analiso a seguir.

4.3.1 - Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Expansão x Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Fonte de Retração – Estudo Sociopoético Classificatório:

Para iniciar esta análise, tomo como base o terceiro princípio da Sociopoética que diz respeito ao pesquisar com o corpo todo. Ao explicar este princípio Petit et al (2005 p. 4) afirma que na pesquisa não basta apenas considerarmos o corpo intelectual como fonte de conhecimentos, é preciso considerar “o corpo inteiro emocional, intuitivo, sensível e sensual,

gestual, racional e imaginativo.” Aprofundando este conceito, Santos (2005) nos alerta sobre a adequação da perspectiva estética para o pesquisar em enfermagem, justamente por trazer para o pesquisar o sensível. E ainda, citando Eagleton, expressa que a possibilidade de se construir uma “poesia crítica”, característica da Abordagem Sociopoética, possibilita um a elaboração de um discurso perfeito, posto que interliga razão e sensação.

Deste modo, inicio este Estudo Sociopoético Classificatório apresentando a “poesia crítica”, construída a partir da expressão escrita dos co-pesquisadores e que bem sintetiza as oposições que discutiremos em seguida:

Cuidado que seria expansão

Já que seria útero

Seria fértil

Seria o começo da relação

Cuidado que se expande através do prazer, do movimento, da renovação

Já que é sexo, é sangue, é ar

Cuidado que se retrai

Minguado, num campo escuro e medonho

Cuidado incompleto

Cheio de lacunas

Limitado

Que não se permite falhar

Cuidado estruturado

Que transcende

Que é vida, frescor e leveza

Cuidado que seria o que contém o todo

Grupo Pesquisador

Cuidado feminino, cuja essência é a relação entre sujeitos x Cuidado desvalorizado:

O grupo pesquisador (GP) imagina que o cuidado de enfermagem obstétrica é essencialmente relacional, feminino. Esta foi a estrutura de pensamento primordial no grupo¹⁰, pois foi a que com maior frequência apareceu nas falas dos co-pesquisadores.

Ele é um cuidado/terra que recusa a superficialidade, pois busca qualidade na relação, para isso, interage, aprofunda-se, troca e compartilha:

“Seria fundo, teríamos raízes profundas que se iniciam no solo e invadem o sub-solo e entrelaçam-se transmitindo a energia que a alimenta para as demais” (GP).

Neves-Arruda e Marcelino (1997) afirmam que para cuidar é preciso estabelecer relacionamento interpessoal, conhecer o outro a fundo e interagir, para tal o cuidador deve ter um interesse genuíno em aprender sempre. Aprender sempre, aprender sobre o outro, interagir, deve ser, pois, a origem, o princípio onde nasce o cuidado. Encontramos apoio para esta afirmação em Mayeroff (1971, p. 33) o qual nos alerta que:

“Para cuidar de alguém, devo conhecer muitas coisas. Preciso conhecer, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que conduz o seu crescimento, preciso saber como responder às suas necessidades e quais são meus próprios poderes e limitações”.

Esta necessidade primeira de conhecer o outro para cuidar aparece no lugar túnel e no lugar limiar, como se segue:

“Seria o contato com a luz, seria considerar cada ser humano, seria até o limite da mulher”.(GP)

A partir desta interação, da busca pela qualidade na relação, nasce a intimidade e a sensação de segurança:

“Seria bem estruturado e com uma boa base para render bons frutos. Seria nossa casa a proteção e a felicidade” (GP)

A sensações de intimidade e de segurança estabelecidas durante o cuidado de enfermagem obstétrica, entre a enfermeira e a mulher que recebe o cuidado, são fundamentais para favorecer o

¹⁰ Para dar destaque a estrutura de pensamento do grupo, ao apresentar trechos extraídos das respostas ao formulário de vivências dos lugares geométicos optei por agrupar as falas individuais, revelando o pensamento grupal, para isso em alguns momentos fez-se necessário realizar pequenas modificações no texto, em especial introduzir conectivos, sem contudo, alterar o significado das respostas.

desfecho fisiológico do trabalho de parto. Isto porque, conforme sinaliza Odent (2002), para que o parto ocorra de maneira fisiológica é necessário que a mulher atinja um nível de consciência onde a atividade intelectual, racional, esteja diminuída, favorecendo a liberação de hormônios (ocitocina, endorfinas, prolactina, entre outros) cruciais para o processo de parto.

Ainda segundo este autor, situações que estimulem atividades originadas no neocórtex cerebral, como o uso da linguagem, estados de alerta, medo ou vigília, inibem o processo de parto natural. Desta forma, buscar estabelecer uma relação de intimidade, onde a mulher sinta-se segura é um elemento fundamental para o transcorrer fisiológico do parto e que está presente no cuidado de enfermagem obstétrica, segundo o imaginário do grupo.

Interessante notar que o grupo traz à tona que a característica essencial do cuidado de enfermagem obstétrica é a relação entre sujeitos. Em síntese, o que se evidencia na sub-categoria **Cuidado Feminino, cuja Essência é a Relação entre Sujeitos** é que o cuidado de enfermagem obstétrica é o produto que nasce da relação construída entre a cuidadora e aquela que recebe o cuidado, ou seja, entre a enfermeira obstétrica e a mulher.

Esse cuidado relacional, visto por este grupo pesquisador como essencial, é um cuidado repleto de características atribuídas ao gênero feminino. Isto porque, como discutido, é um cuidado que integra, que interage, que liga, que troca, que compartilha, que harmoniza, enfim, que se funda em práticas de cuidado utilizadas por mulheres durante milênios, e cuja significação simbólica pode ser assim entendida:

“Cuidar é conciliar-se com as forças geradoras de vida de que o corpo é um lugar de encontro e de expressão. Os cuidados dirigem-se ao corpo global que não poderia ser dissociado do espírito, ligado a todo o universo. (...) Cuidar é ajudar a viver aprendendo a conciliar as forças diversificadas, aparentemente opostas, mas de facto complementares. Os cuidados são fonte de prazer de satisfação, expressão de uma relação.” (COLLIÈRE, 1999, p.49).

Historicamente, as características atribuídas ao gênero feminino têm sido desvalorizadas em nossa sociedade. Bourdieu (2002, p. 41) esclarece que:

“As divisões constitutivas da ordem social e, mais precisamente, as relações sociais de dominação e de exploração que estão instituídas entre os gêneros se inscrevem, assim, progressivamente em duas classes de *habitus* diferentes (...) o masculino e o feminino”.

Nesta mesma obra, o autor assevera que às mulheres têm sido atribuídos “os trabalhos domésticos, ou seja, privados e escondidos ou até mesmo invisíveis e vergonhosos” (BOURDIEU 2002, p. 41). O trabalho com características femininas é ainda hoje visto em nossa sociedade como um trabalho de pouco valor.

Assim, o cuidado de enfermagem obstétrica que possuiu características próprias de um **cuidado feminino, cuja essência é a relação entre sujeitos** é um **cuidado fonte de expansão**. Mas ao ser institucionalizado, desenvolvido na instituição hospitalar onde predomina o modelo Biomédico cuja prática de cuidado têm características masculinas, de cisão, reparação, extirpação do mal (doença), ou seja, características opostas as do cuidado feminino, ele é um **cuidado desvalorizado**, que atua na enfermagem obstétrica como **fonte de retração**.

Este **cuidado desvalorizado** foi evidenciado pelo grupo pesquisador em falas que remetem a pouca visibilidade que o cuidado de enfermagem obstétrica tem em nosso meio. É um cuidado desconhecido, invisível, insignificante, que não possui poder, é um cuidado frágil, fraco, que remete à dor e à morte. Esta face do cuidado de enfermagem obstétrica apareceu em todos os lugares geomíticos, sendo os principais o limiar, os fluxos e a falha, como se observa nas falas a seguir:

“Seria muito limitado, cheio de lacunas, minguido. Seria a dúvida entre ficar e prosseguir”. (GP).

“(...) Estaria num campo escuro e medonho, com cheiro desagradável e com muita dor”. (GP).

Cuidado Prazeroso, Reconfortante, que Traz Satisfação x Cuidado Banalizado:

Apesar da imagem de “desvalor” atribuída ao cuidado de enfermagem obstétrica pelo grupo pesquisador, este grupo também imagina este cuidado como prazeroso, reconfortante e satisfatório. Esta é a segunda categoria que predominou no imaginário do grupo, desvelada pela técnica de Vivência dos Lugares Geomíticos.

E é no lugar geomítico rio que esta imagem do cuidado predomina, conforme destacamos nas falas a seguir:

“Seria uma sensação de diversos prazeres, onde a relação parturiente enfermeira obstétrica seria maravilhosa. Um cuidado/rio de águas mornas, cristalinas, fresca limpa, agradável e de corrente suave”. (GP)

Estas falas sintetizam o significado de cuidado de enfermagem obstétrica contido nesta sub-categoria, qual seja: o de cuidado como uma sensação prazerosa e satisfatória de conforto. Isto porque, segundo Arruda e Nunes (1998, p. 99);

“A sensação de conforto pode ser experienciada pela pessoa na sua relação com o ambiente e ocorre sob determinadas condições dentre as quais apontamos o ambiente favorável que seja afetuoso, caloroso, atencioso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, ou seja, um ambiente no qual a pessoas experencia o cuidado humano”.

Como discutido anteriormente, por ser essencialmente relacional, interpreto que as sensações de prazer, conforto e satisfação associadas pelo grupo ao cuidado de enfermagem obstétrica ocorrem tanto para quem cuida, como para quem é cuidado. Nesta perspectiva o que se revela como sentimento da enfermeira obstétrica ao cuidar pode ser resumido como se segue: “ao cuidar do outro, ao ajuda-lo a crescer eu me realizo” (MAYEROFF, 1971, p. 47).

Esta interpretação de que o cuidado é prazeroso, reconfortante e satisfatório para ambos sujeitos envolvidos nesta ação encontra apoio nas seguintes falas:

“Seria o sexo. Seria a Felicidade de poder ver tudo em harmonia. Uma parte ficaria no respeito, outra no conhecimento científico e outra na alegria de poder estar naquele momento”. (GP).

E mais ainda nas considerações de Boff (1999), para quem a característica singular, a essência do ser humano se encontra no cuidado.

Para a enfermeira isto se torna ainda mais perceptível, pois o cuidado se constitui em seu objeto de trabalho e de estudo, afirmação que encontra apoio em Waldow (1995, p.20)

“Mesmo que constitua um atributo para todos os seres humanos, na área da saúde e em especial na enfermagem, o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar e concordando com várias estudiosas no assunto é a razão existencial da enfermagem”.

No cuidado de enfermagem obstétrica o processo de cuidar ganha importância ainda maior, pois não existe doença e, portanto não há como se confundir a atitude de cuidar com o ato de curar. Assim, as sensações de satisfação, prazer e conforto serão tanto maiores quanto melhor for o estabelecimento do vínculo e a capacidade de oferecer condições para que a mulher vivencie seu processo de gestação, parturição e puerpério com autonomia.

Em oposição a este **cuidado prazeroso, reconfortante, que traz satisfação** e propicia **expansão** para os sujeitos da relação, o grupo pesquisador traz a imagem do **cuidado banalizado** que é **fonte de retração**. Este cuidado banalizado se caracteriza pela frieza, antipatia, distanciamento, imperícia, imprudência e maleficência. Representa, pois, a ausência de cuidado ou o descuido.

Nas palavras de Waldow (1995, p. 21) “é uma experiência mais facilmente lembrada, pois parece provocar sentimentos negativos, marcantes e por vezes traumáticos”. Mais uma vez o grupo deixa transparecer que isto será sentido tanto por quem cuida quanto por quem é cuidado, mostrando que o processo de cuidar se reflete em todos os sujeitos envolvidos na ação. O grupo assim imagina, uma vez que mostra que o lugar onde o cuidado banalizado mais aparece é a falha:

“O cuidado/falha é a falta de empatia. Seria um parto complicado, onde o cuidado obstétrico fosse falho, pois os erros de avaliação obstétrica podem levar a parturiente a correr riscos desnecessários”. (GP).

Waldow comentando Halldórsdóttir (1995, p. 21) descreve três “modos de ser com o outro” que caracterizam o comportamento de “não-cuidar”, esclarecendo o que na prática pode significar este cuidado banalizado. Estes “modos de ser” são denominados pela autora comentada como “vida-destruição ou biocídio, vida-repressão ou bioestático e vida-neutralização ou biopassivo”, e podem, ainda segundo a interpretação de Waldow, ser representados por atitudes como despersonalização do outro, repressão, controle, dominação, insensibilidade, indiferença, frieza e desatenção, provocando sentimentos de vulnerabilidade, impotência, desencorajamento, ansiedade e solidão.

Cuidado que Possibilita ser Mais e Cuidado que Nutre, que Vivifica e que se Renova x Cuidado Institucionalizado:

O grupo pesquisador imagina que o cuidar em enfermagem obstétrica propicia aos sujeitos da relação a possibilidade de ser mais. Ele é um cuidado/terra, lugar onde se plantando,

fertilizando, advém a fartura de resultados. É por este motivo também um cuidado vivo, forte e intenso, que através da troca de energia se renova e se desenvolve.

“Um cuidado/terra seria o útero, fértil, com a coloração da terra molhada, assim como o cheiro, seria um enorme campo de flores coloridas, árvores frondosas e frutíferas. O cuidado/terra seria um lugar onde teria adubo, freqüentemente regado”. (GP).

Esse cuidado vivo, que possibilita ser mais, se contrapõe ao modelo de atenção obstétrica que predomina em nosso meio há várias décadas, o modelo tecnocrático, derivado da entrada da figura masculina, representada pela medicina, no atendimento ao parto. Neste modelo a mulher é vista como objeto, destituída de autonomia sobre seu próprio corpo, que passa a ser de domínio médico, e a gravidez é encarada como doença. Desta forma para que tenha um desfecho favorável se faz necessária a intervenção da medicina. (DAVIS-FLOYD, 2001).

As enfermeiras obstétricas, com sua formação baseada no cuidado, têm buscado alternativas a este modelo. Assim sua prática considera a mulher em sua integralidade, a vê como protagonista do evento e busca desenvolver o cuidado de modo a “empoderar” a mulher oferecendo subsídios para sua autonomia. (PROGIANTI E VARGENS, 2004)

A palavra empoderamento tem sido utilizada em português para se traduzir *empowerment* e segundo Hera (2006, p.28) é “o processo pelo qual as mulheres ganham poder interior para expressar e defender seus direitos, ampliar sua autoconfiança, identidade própria e auto-estima e, sobretudo, exercer controle sobre suas relações pessoais e sociais”. É, pois, um processo de autonomização.

De acordo com Mayeroff (1971) para que um indivíduo possa ser autônomo é preciso que ele veja e viva o significado de sua própria vida e isso só é possível através do cuidado. O autor esclarece que:

“Eu sou autônomo devido à minha dedicação aos outros e à minha dependência deles, quando a dependência é do tipo que liberta tanto a mim quanto aos outros. (...) Tais compromissos com os outros são essenciais a quem quiser ser ele mesmo. É por causa desta dependência de certos outros que vivo o significado da minha vida, que posso viver minha própria vida”. (MAYEROFF 1971, p. 87).

Ao cuidar, a enfermeira obstétrica se dedica à mulher e com isso atribui significado à sua própria vida, mas ao mesmo tempo desperta esta mulher para a dedicação que a mesma deverá dispensar à vida que se desenvolve em seu útero. Busca oferecer subsídios para que a mulher

possa se tornar mãe a partir de seus próprios referencias e com isso empodera, contribui para sua autonomia.

Soares (2000) ratifica a concepção de autonomia extraída de Mayeroff, pois afirma que a autonomia só é atingida a partir de relações de dependência que se estabelecem entre sujeitos. Esta autora chama a atenção para o fato de que na atenção à saúde “é preciso superar a dimensão autoritária ou paternalista dessas relações e caminhar no sentido de possibilitar a expansão da autonomia à medida que (e na medida em que) avança o processo terapêutico” (SOARES 2005, P. 143).

Optando por este caminho, as enfermeiras obstétricas têm, não só promovido o desenvolvimento, o “ser mais” às mulheres a quem oferecem o cuidado, como também, elas próprias, alcançado profissionalmente esse “ser mais”. Tanto assim, que a partir dos movimentos pela humanização e desmedicalização do parto, presentes em vários países, incluindo o Brasil, a participação desta profissional na assistência à gravidez e parto de baixo risco tem sido recomendada e adotada como política pública. (BONADIO et al 2002 e PROGIANTI e VARGENS 2004).

O cuidado ser mais, revela a pluralidade, porque concebido na variedade não se limita às questões meramente biológicas relacionadas ao período gravídico-puerperal na vida das mulheres. Busca sim incorporar saberes e práticas que advém do corpo de conhecimentos produzidos pela enfermagem, mas também pelos conhecimentos oriundos de outras disciplinas e, em pé de igualdade, os conhecimentos populares. Com isso constrói o cuidado obstétrico encarando este momento da vida das mulheres como um momento único, singular, repleto de significados.

“Acredito que a terra seria fértil com coloração de terra molhada, assim como o cheiro, seria um enorme campo de flores coloridas, árvores frondosas e frutíferas, teria em sua imensidão a luminosidade do sol ameno e teríamos raízes profundas que se iniciam no solo invadem o sub-solo e entrelaçam-se transmitindo a energia que alimenta-a para as demais variando e combinando as formas, cores, e o cheiro de seus frutos”.(GP)

Como este cuidado não é reducionista, não se limita a um conjunto cada vez mais fechado de conhecimentos, ele é vivo. Por isso nutre e vivifica, para tal se movimenta, olha para o futuro, mas sem esquecer de aprender com o passado, com isso se renova.

“Seria como o brotar de uma bromélia que fica muito à superfície da terra, ou enraizada em alguma árvore”.(GP)

Grande contribuição para o entendimento de nossas raízes históricas nos trouxe Progianti (2001), que ao estudar a história da Obstetrícia no Rio de Janeiro, à luz do referencial teórico de Pierre Bourdieu, pode compreender a obstetrícia como:

“Um campo de lutas simbólicas, onde o *habitus*, o capital cultural e as imposições de gênero aos agentes foram [são] determinantes na tomada de posição e na ocupação dos espaços.” (PROGIANTI 2001, p. 132) .

Nesta obra, a autora ainda conclui que ao transformar o parto em um evento hospitalar, a corporação médica garantiu sua melhor posição no campo obstétrico. Hoje a sociedade reconhece o hospital como local apropriado para o nascimento. Desta forma, para se inserir no campo obstétrico e lutar por espaço, a enfermeira obstétrica teve de trilhar (e ainda vem trilhando) um caminho dentro da instituição hospitalar.

Aqui cabe uma pausa para citar Lourau (1995, p. 25) que descreve a instituição como:

“(…) Um espaço singular. É o lugar clausurado, marcado, lugar do recalçamento libidinal; lugar recortado no espaço e no tempo sociais; lugar submetido a normas imperativas, refletindo em parte as normas sociais da classe dominante, acentuando-as, e instaurando em parte normas especiais (...). Lugar onde as modalidades de entrada (e de participação) e de saída (e de exclusão) são extremamente codificadas em um sistema simbólico, no qual se reconhece uma vontade de regulação – sempre problemática – da entrada pela saída”.

Por se opor à clausura imposta pelas normas da classe dominante na instituição hospitalar e por na maior parte das vezes ter de se submeter a elas, **o cuidado ser mais** de enfermagem obstétrica se contrapõe ao **cuidado institucionalizado**. Este provoca às enfermeiras insegurança, incertezas no caminho, frustração devido aos obstáculos impostos. Gera também cobrança, dificuldades turbulências. Nos lugares falha, limiar e túnel o grupo expressa essa imagem do cuidado institucionalizado:

“Insegurança em alguns momentos. É como saber fazer determinadas coisas, porém não poder realiza-las. Esse cuidado seria a escuridão onde não se tem visão de todas as coisas” (GP).

Nessa luta o que a enfermeira obstétrica encontra é a falta de direção; é própria derrota na luta. Por ser instituído esse cuidado, mesmo na incerteza no caminho, tem medo de falhar, não se permite falhar:

“Observaria para que não falhasse”.

Como cuidado ser mais pode vencer esta luta? O grupo imagina que para vencer tem coisas secretas, como as relações, o segredo, o mistério/túnel, onde estratégias ainda não instituídas podem desvelar o inesperado:

“O cuidado/falha-limiar-túnel seria obscuro, cheio de relações escondidas. Seria a sala de atendimento, local secreto, onde muitas coisas são reveladas” (GP).

O ponto alto, a culminância do **cuidado que nutre que vivifica que renova e que quer ser mais** é a superação do **cuidado institucionalizado** que é **fonte de retração** através da mudança por ações instituintes, que propõem substancial superação das adversidades encontradas no cuidado de enfermagem obstétrica institucionalizado e se reconfigura como **Fonte de Expansão**.

Cuidado que não se Limita à Razão x Cuidado Racionalizado:

As ações instituintes necessárias à superação do cuidado institucionalizado encontram uma fonte de desenvolvimento no cume, lugar de excelência para o **cuidado que não se limita à razão**. Isto porque, no imaginário do grupo pesquisador, o cuidado de enfermagem obstétrica é transcendência, é espiritualidade, é subjetividade, é integração com a natureza, é a ligação com o todo. Estas características representam o ponto alto do cuidado. Não por acaso, estas imagens prevalecem no cume:

“Quando se consegue transcender o que é puramente científico e se permite a abstração. Seria holístico para que pudesse observar todos os pontos. Como uma bela paisagem onde a natureza é determinante de todas as ações”. (GP)

Essa identificação do cuidado como algo que não se limita à razão é balizada pelo que Collière (1999, p.28) chama de :

“A primeira orientação (...) que se inscreve na história de todos os seres vivos desde o início da história da humanidade: garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie, tendo em conta **tudo** o que é indispensável para garantir as funções vitais (...)”.(Grifo nosso)

A garantia da vida vai se dar através de práticas de cuidado que assumem uma riquíssima diversidade, pois se constroem no cotidiano, a partir do modo como homens e mulheres se relacionam entre si e com o ambiente. O conhecimento é adquirido progressivamente, por meio de uma observação fina, da valorização dos detalhes, da tentativa, acerto e erro, constituindo-se em experiência de vida para cuidar. (COLLIÈRE 1999 e 2003).

Tal experiência de vida para cuidar é de difícil assimilação e explicação pela racionalidade científica, pois requer uma visão sistêmica de tudo que se relaciona com o cuidado. Com isso, valoriza a intuição, permite incorporar o inexplicável e se constitui em ato em formas diversas de expressão que muito mais têm relação com o a sensibilidade do que com razão:

“Seria o ponto alto de uma imensa montanha onde se avistaria a imensidão do céu azul, do mar e das florestas, onde eu me percebo parte deste mundo sentindo o cheiro da natureza viva, renovando-se com a vida”. (GP)

Atingir o ponto mais alto desta imensa montanha e encontrar possibilidades de cuidar sensivelmente mobiliza as enfermeiras obstétricas a se oporem cotidianamente ao cuidado racionalizado que predomina no atual modelo de atenção à saúde. Este modelo, médico hegemônico, procedimento centrado, fragmentado, caro e pouco resolutivo, tem origem na medicalização da sociedade.

O processo de medicalização caracteriza-se por transformar os ciclos da vida e as atividades cotidianas em objetos da medicina, passíveis de serem compreendidos e controlados pelo saber científico (ILLICH, 1975). Esta é uma estratégia de controle social através do controle do corpo, o que no caso do corpo feminino, em relação à sexualidade e à reprodução, se traduz no controle demográfico, na reprodução e manutenção da força de trabalho e na indução de uma abordagem da sexualidade e das questões reprodutivas úteis aos interesses da elite dominante. (FOUCAULT 1980 e 1982).

Com o surgimento da Obstetrícia o corpo feminino passa a ser abordado como defeituoso e o ciclo gravídico-puerperal como patológico. Tal concepção forjou a institucionalização da assistência obstétrica como fundamental para a garantia de um desfecho favorável do nascimento e foi determinante para transformar o cuidado à mulher de *care*¹¹ em *cure*⁷.

¹¹ Collière toma emprestadas estas duas palavras do vocabulário inglês para discutir dois tipos de natureza diferentes que o cuidado pode assumir – *to care*: tomar conta, cuidar e *to cure*: curar, ressecar, tratar tirando o mal.

Enquanto o cuidado “*care*” está “ligado às funções de manutenção, de continuidade da vida” (COLLIÈRE, 1999, p.237) e por isso funda-se em aspectos culturais, ritualístico, aberto às modificações trazidas pelas experiências adquiridas a medida em que se vive e em que a sociedade e o ambiente se transformam, o cuidado “*cure*” está ligado à “necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida” (COLLIÈRE, 1999, p.237). Assim, se quando praticado por parteiras o foco do cuidado ao período de gravidez, parto e puerpério, era a mulher em sua integralidade, com a hegemonia da obstetrícia se reduziu ao útero gravídico e ao trajeto do parto, partes consideradas defeituosas e que, portanto necessitam do saber médico para serem reparadas.

Este eixo de orientação do cuidado médico, cujo foco é extirpar o mal (dano, doença ou morte) que constitui obstáculo à vida, prevalece sobre o eixo cujo foco é fortalecer o que mantém a vida. Tal supremacia do cuidado convertido em tratamento absorve, nega e tenta fazer desaparecer o cuidado voltado à manutenção da vida. (COLLIÈRE, 1999). De modo que:

“Excluindo todas as outras concepções ou perspectivas portadoras das correntes muitas vezes milenárias, elaboradas no curso da história face ao problema da VIDA e da MORTE, *cuidar torna-se tratar a doença*. Os especialistas não chegam sozinhos, vão precisar de uma mão de obra adequada para tomar a cargo as numerosas tarefas que podem assegurar a investigação e o tratamento da doença”.(COLLIÈRE, 1999, p. 32).

A mão-de-obra a que a autora se refere é a da enfermeira, cuja profissionalização se desenvolve a partir de dois pilares: o religioso, que teceu o conjunto de qualidades e atributos que deveriam orientar as atitudes das enfermeiras, e o médico, que vai lhe imprimir um esboço de conteúdo profissional representado pelo conjunto de atividades que devem ser desempenhadas pelas enfermeiras.

Assim, as atividades profissionais da enfermeira se desenvolveram em torno da prática médica. Por sua vez, a prática médica se viabiliza por meio de um conjunto de tarefas que permitem a detecção e a reparação da doença. Estas tarefas, ao lado das outras de “manutenção da vida” (relegadas a um segundo plano de valoração), vão compor o escopo profissional da enfermeira.

Com isso, a enfermeira configura-se – especialmente no ambiente hospitalar – como auxiliar do médico e busca valorização social no desenvolvimento de suas capacidades técnicas, procurando realizar, de forma cada vez mais perfeita, as atividades que lhes são atribuídas.

Desenvolve, com isso, um saber cada vez mais elaborado no domínio da alta tecnologia e cada vez mais ancorado no modelo biomédico, afastando-se dos conhecimentos necessários “aos cuidados de manutenção da vida” (idem).

Apesar do aprofundamento teórico que permitiu delimitar o cuidado como objeto de trabalho e de estudo da enfermagem e das investigações recentes empreendidas pelas teóricas da profissão que tem procurado desenvolver concepções para o cuidado de enfermagem, é ainda muito forte na prática da enfermeira o **cuidado racionalizado** derivado da influência biomédica e evidenciado na hipertecnicidade do trabalho da enfermeira.

Este cuidado racionalizado inquieta, incomoda, suscita questionamentos na enfermeira obstétrica e, não por acaso, predominou na falha, no imaginário do grupo pesquisador. É um cuidado que se alimenta unicamente da atualização científica, da razão. É um cuidado filtro, desatento ao sujeito em sua integralidade, que só admite a perfeição e que através da intervenção, da invasão e do mecanicismo nega as dimensões humanas contidas na dor, no sofrimento e na morte:

“Um cuidado /filtro seria um cuidado cabeça/razão. Seria interferir na natureza, não permitindo que os fenômenos naturais aconteçam. Seria utilizar a observação para não falhar. Seria a falta de ouvir” (GP).

O paradoxo existente entre os fundamentos de enfermagem que se desenvolveram, em grande medida, no aperfeiçoamento das técnicas que visam ao diagnóstico e ao tratamento de doenças e o cuidado de enfermagem obstétrica que acontece num período marcante de celebração da vida, onde, na maior parte das vezes, a doença inexistente e por isso não há o que se diagnosticar e tratar suscita questionamentos e reflexões nas enfermeiras obstétricas. Estas oposições possibilitam às enfermeiras obstétricas vislumbrarem o **cuidado que não se limita à razão** como fonte de inspiração e criatividade para recriarem sua práxis por meio de inovações que recusam limitar o cuidado a uma **fonte de retração** da morte ou do dano, devolvendo-o sua característica primordial de **fonte da vida e de expansão**.

4.4 – A corporeidade e o cuidado de enfermagem obstétrica - Estudo Sociopoético Transversal:

De acordo com Petit et al (2005) o Estudo Sociopoético Transversal caracteriza-se por destacar as ligações, as ambigüidades e as convergências oriundas dos dados produzidos pelo grupo pesquisador. Isso nos fez perceber que este estudo representaria a melhor escolha para compreendermos o imaginário do grupo desvelado pela técnica do Corpo como Território Mínimo.

Desde o início, ao realizarmos o que Petit et al (2005, p. 12) chamam de “leitura intuitiva” dos desenhos produzidos pelos co-pesquisadores, sem nos prender as explicações gravadas de cada membro do grupo sobre sua produção, foi possível perceber as similaridades e ligações existentes entre os corpos retratados. O que ficou ainda mais claro por meio do estudo das falas, com posterior delimitação de temas e sub-categorias.

Estudando as ligações entre as sub-categorias foi possível delimitar duas categorias, quais sejam: O cuidado de Enfermagem Obstétrica Revelando a Necessidade de Cuidar de Si para cuidar do Outro e Corpos que se Relacionam, compreendem-se como Sujeitos e Constroem o Cuidado Materno. Para poder discuti-las de forma mais clara optamos por iniciar o Estudo Sociopoético Transversal pelas sub-categorias como apresentamos a seguir.

4.4.1 - Categoria I - O cuidado de enfermagem obstétrica revelando a necessidade de cuidar de si para cuidar do outro:

O Corpo que cuida Reconhecendo-se, Estranhando-se e Cuidando-se como Mulher, como Profissional e como Corpo de Conhecimentos – Convergências e Ambigüidades que Apontam para a Necessidade de Cuidar de Si para Cuidar do Outro:

Predominou no grupo a tendência de iniciar os desenhos pelo corpo da enfermeira e por atribuir um nome à figura desenhada. Isso aponta para o desejo e a necessidade de se reconhecer como sujeito, com sua singularidade e identidade, antes de poder reconhecer e cuidar de outro sujeito:

“Vamos primeiro falar da enfermeira, ta, na verdade a profissional, a gente quis dar nome, a gente fez primeiro a enfermeira, quis dar nome para a enfermeira”. (GP)

Silveira e Gualda (2003, p. 36) analisando o cuidado profissional praticado pela enfermeira destacam que:

“Partir do corpo, por ser a 1ª realidade que somos e conhecemos, pode ser uma trilha interessante para tornar a vida e a prática profissional das enfermeiras mais enriquecida pelo simbolismo que o corpo comporta, beneficiando uma prática criativa e sensível, compartilhada com a mulher cuidada”.

A partir do reconhecimento da singularidade e da identidade da enfermeira obstétrica, a segunda característica que logo aparece neste corpo diz respeito às marcas e aos símbolos que caracterizam o corpo da enfermeira desde o surgimento da Enfermagem Moderna e do Modelo Vocacional característico do sistema de ensino Nightingaliano, o qual foi adotado em nosso país.

Este modelo foi fortemente influenciado pelo ideal cristão. Com isso, através da inculcação de normas rígidas de comportamento e conduta, as escolas de enfermagem procuravam moldar corpos docilizados, maleáveis e assexuados. (Silveira e Gualda, 2003).

Refletindo sobre esses padrões de comportamento e conduta, Lunardi (1995) afirma que a disciplinarização dos corpos da enfermeira se faz presente até hoje no processo de formação destas profissionais e esclarece que:

“Corpos obedientes são corpos disciplinados, corpos que seguem e acatam prontamente regras e normas, corpos e almas úteis à manutenção e continuidade do que aí está, pois são corpos dóceis e submissos que alicerçam e sustentam a coesão da sociedade como um todo”. (Lunardi, 1995, p. 202).

Assim o grupo pesquisador trouxe para a figura do corpo da enfermeira características historicamente associadas a esta profissional: a missão, o dom, um comportamento discreto, uma expressão de dureza, que remete ao poder e à autoridade sobre o corpo que recebe o cuidado. Imaginou a enfermeira como uma mulher recatada, reprimida, dedicada, que busca ser dócil, que reconhece que precisa cuidar de si, se proteger para cuidar da outra, mas que sente agonia quando dedica muito tempo a si mesma:

“Talvez a gente esteja vendo a profissional é... como uma pessoa muito certinha, muito certinha, muito certinha, né, a gente fez questão que ela fosse assim, tivesse alguns detalhes comportadinha, mas tudo assim muito discreto e comportado. Quando a gente

olhou a gente achou que ficou muito duro [figura da enfermeira] aí a gente teve a idéia do coração. A gente acha que não se colocou no papel de mulher”. (GP)

“Me deu um nervoso a gente ficar demorando muito para chegar aqui [na mulher], pra chegar aqui tava me dando nervoso, né, mais que coisa só pensa nela [enfermeira], não chega aqui, a gente precisa se proteger tanto pra chegar na mulher, né, é verdade, verdade, é eu tava pensando nisso, tava demorando me deu agonia”.(GP)

Um outro aspecto interessante é que o único desenho que trouxe a enfermeira numa outra perspectiva, mais próxima do discurso mais moderno da enfermagem e em especial da enfermagem obstétrica, com o corpo repleto de símbolos que remetem à subjetividade, à integralidade, à espiritualidade e à liberdade, numa aproximação maior com a figura da parteira tradicional, é marcado logo de início pela questão do silêncio:

“A gente começou a fazer o rosto dela, aí eu pensei na cabeça, aí a gente pensou no olho, bota o olho, aí depois eu falei não põe boca nem nariz, ela tem que ficar calada, a gente só observa (...)”.

O grupo achou inicialmente estranha esta imagem e procurou explica-la pelo lado da necessidade de escuta e da utilização da sensibilidade. Porém, esta mudez, esta ausência de boca pode significar também que este corpo é ainda um corpo silenciado, que não tem espaço social para se expressar, pois ousa transgredir a imagem tradicional da enfermeira, e mais, transgredir, o modelo Biomédico, com sua abordagem biologicista do corpo da mulher grávida, mostrando que o cuidado em obstetrícia vai muito além do corpo biológico.

Silveira e Gualda (2003, p.26) comentando o emudecimento da enfermeira como uma das imagens de representação desta profissional junto ao imaginário social – caracterizada pelo dedo em riste sobre a boca, cita Ceccim e afirma que:

“O silêncio se iniciou quando as enfermeiras, mestres da arte da escuta, foram queimadas como bruxas, mágicas, feiticeiras e charlatãs, na Idade Média, e as parteiras, curandeiras, artistas – sábias em tecnologia de cuidado – foram sendo morto-silenciadas e o saber de enfermagem amortecido-silenciado”.

O silêncio faz parte da docilização do corpo da enfermeira que não deve ousar pensar, expressar-se, especialmente quando vai de encontro ao modelo estabelecido. Mas se as

enfermeiras obstétricas tiveram na graduação uma formação com forte inclinação para a disciplinarização dos seus corpos, ao optarem pelo cuidado à mulher se inserem na discussão de gênero e das formas de submissão impostas à mulher na nossa sociedade e que derivam dos comportamentos sociais ditos femininos. Com isso, estranham e rejeitam estes corpos docilizados e buscam libera-los destes estereotipo dando características sensuais ao corpo antes assexuado da enfermeira.

“Ela é vaidosa, usa um relógio, um cordão um cinto... Aí eu pensei em colocar uma pedra aqui no chakra laríngeo, Ah! Vamos colocar em forma de pingente, um colar, uma coisa que representa isso, uma gota, que ao mesmo tempo enfeita, né, é aquele tipo assim, tipo uma pedra em forma de gota”. (GP)

Em geral, as enfermeiras desenhadas apresentavam brincos discretos, cordões, pulseiras, e o grupo justifica este uso para mostrar que “apesar de” enfermeira ela também é feminina. Importante notar que estes adornos corporais não são dissociados de significados e também fazem parte dos signos culturalmente aceitos para representar a figura feminina. Atuando como estímulo e reforço da criação da imagem do corpo feminino como objeto sexual, utilizado para a conquista e sedução. (Del Priore, 2000)

Mas se por um lado a sexualidade da enfermeira-mulher é ainda trazida de maneira distorcida, respondendo ao estereótipo da sensualidade feminina socialmente construída, por outro, as enfermeiras do grupo pesquisador enxergaram seus corpos como corpos vivos e expressaram a própria sexualidade como energia, fogo, calor, como um elemento constituinte do próprio corpo, sem a necessidade de símbolos externos:

“A boca aqui representa a sexualidade. (...) O chakra básico [região genital] é um chakra de fogo, né, é o chakra da sexualidade, mas é um chakra de fogo, o fogo da vida, né, por onde a vida vai fazer com que a espécie se perpetue, através do fogo da vida (...) aí eu quis fazer uma fogueira com labaredas, brasa, aquela brasa quente (...) Tivemos a idéia de dar fogo ali na área da sexualidade mesmo, genital”. (GP)

Todas as ambigüidades comentadas presentes na imagem construída sobre o corpo da enfermeira que cuida do corpo de outra mulher incomodam, mas são reconhecidas e não impedem que a enfermeira obstétrica se veja como uma lutadora, apaixonada pelo que faz, que

pulsa, que sente prazer, que é idealista, aberta para o novo e que através de contínuo aprendizado procura a melhor forma de cuidar:

“Então acho que é muito legal isso, que aí você acende o que tem de melhor em você como mulher, compreende isso, para você poder entender a outra [a mulher que será cuidada]”. (GP)

Assim, os conflitos e estranhamentos com que se depara ao imaginar o próprio corpo suscitam questionamentos que servem de subsídios para a busca do autoconhecimento, para seu crescimento e isto é fundamental para o cuidado, como sintetiza Mayeroff (1971, p. 63):

“Só o homem que entende e avalia o que significa crescer, que compreende e procura satisfazer suas próprias necessidades de crescimento, pode entender e apreciar devidamente o crescimento em outro; pois eu me relaciono com outras pessoas do mesmo modo que me relaciono comigo mesmo”.

Se por um lado, individualmente, nas relações de cuidado, a enfermeira precisa olhar para si, cuidar de si, reconhecer-se como sujeito, para dar conta de mobilizar o desenvolvimento de outro sujeito, por outro, para o desenvolvimento de uma concepção de cuidado, neste caso de cuidado de enfermagem obstétrica, é imprescindível que a enfermeira se ocupe dos elementos que constituem o cuidado de enfermagem, dando forma a um corpo de conhecimentos sobre sua prática.

Tal constatação faz parte do imaginário do grupo pesquisador, o qual evidenciou que há ainda um outro corpo em construção, que também vem se modificando a partir de questionamentos e discussão no seio da profissão e cuja raiz histórica é valorizada pelas enfermeiras obstétricas que fizeram parte deste estudo como base para a construção do cuidado – O corpo da Enfermagem Obstétrica. Com isso formou-se a terceira sub-categoria, que faz parte desta categoria em discussão: **O Corpo da Enfermagem Obstétrica – Valorização da Raiz Histórica como Base para Construção do Cuidado**. Esta sub-categoria não foi predominante, como se observa no quadro 4, mas é um dos tripés que servem de base para a elaboração de uma concepção de cuidado de enfermagem obstétrica.

Conforme Assevera Collière (1999), os cuidados de enfermagem, com a profissionalização da enfermeira, foram construídos muito mais com bases nos papéis desempenhados pela enfermeira do que a partir de uma reflexão sobre a natureza desses cuidados,

bem como sobre sua significação, efeitos e limites. “Comportamentos e atitudes são, de certo modo, a pedra angular desta profissão”.(COLLIÈRE 1999, p. 272).

A identificação dos cuidados de enfermagem a partir de definições para o papel da enfermeira é limitante para o desenvolvimento da profissão, para a valorização social do serviço que oferece e para uma maior inserção dos cuidados de enfermagem como atividade-fim nos modelos de atenção à saúde, isto porque:

“A prevalência de papéis promulgados ou prescritos por regras religiosas, morais, científicas, mascarou, e continua, a maior parte das vezes, a deixar na sombra, o que preside à identificação dos cuidados de enfermagem”. (COLLIÈRE 1999, p. 227-228).

Apesar de no campo de construção do conhecimento científico as enfermeiras desenvolverem cada vez mais estudos relacionados à evidenciação dos elementos que constituem os cuidados de enfermagem, o papel da enfermeira, demonstrado nos comportamentos e atitudes que a enfermeira deve desempenhar, ainda ocupa muito espaço no imaginário desta profissional, como foi revelado pelo grupo pesquisador:

“Talvez Maria da Luz esteja meio reprimida, não sei... Eu acho que isso tem haver com a nossa função mesmo, traz isso. É... Isso é uma questão histórica, eu acho que a gente traz mesmo essa marca”.

Adicionalmente à identificação da raiz histórica com o papel da enfermeira, o grupo imagina que o cuidado de enfermagem obstétrica se liga a uma base que sustenta e protege este cuidado:

“Também tem o chão, né, uma pessoa que tem uma base, aí a gente falou assim, bom ela tem que ..., ela tem que pisar no chão, ela está aqui, né, então vamos fazer umas plantas, fazer um comigo-ninguém-pode, uma espada de São Jorge, umas coisas fortes para poder protege-la, porque esse negócio aí, esse caminho aí, as enfermeiras precisam de proteção, é precisa de proteção”. (GP)

Pela expressão do grupo, esta base de sustentação é formada por elementos que emanam dos conhecimentos populares, o que se evidencia pela associação de alguns tipos de planta à capacidade de proteção. Tal tipo de associação constitui uma crença, que segundo Collière (1999, p 273) é:

“Uma forma de conhecimento (co-naissance) integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida. (...) Os hábitos de vida representam, por sua vez, desde os primórdios da humanidade, todo um conjunto de maneiras de atuar que cria maneiras de ser, visando assegurar a **continuidade da vida**”. (grifo nosso).

E o que é então o cuidado de enfermagem obstétrica senão uma forma de assegurar a continuidade da vida? Ao reconhecer em sua base de sustentação crenças provenientes das culturas populares, a enfermeira obstétrica revela sua inclinação em conciliar seu saber profissional com o saber que emana das práticas cotidianas de cuidado, identifica sua prática com as “práticas de cuidado desenvolvidas pelas mulheres no decurso da evolução da história da humanidade” (COLLIÈRE. 1999 p. 33) e a aproxima de uma relação sujeito-sujeito.

Cuidar desta concepção de cuidado, que tem na relação entre sujeitos o foco da prática desenvolvida e que recusa o reducionismo biologicista, é cuidar do corpo de conhecimento da enfermagem obstétrica essencial ao desenvolvimento de uma identidade própria que possa ser associada a esta maneira de cuidar e valorizada socialmente.

Assim, ao refletir sobre o cuidado a partir do olhar lançado sobre os corpos que atuam nesta relação e sobre todas as ambigüidades aí presentes o grupo pesquisador fez as ligações necessárias para concluir que o cuidado de enfermagem obstétrica revela a necessidade de cuidar de si como sujeito, como profissional e como corpo de conhecimento, para cuidar do outro.

4.4.2 - Categoria II - Corpos que se relacionam, compreendem-se como sujeitos e constroem o cuidado materno:

O Corpo que cuida buscando compreender o corpo que é cuidado → estabelecendo relação, interação e troca → e favorecendo o despertar do cuidado materno:

Após demonstrar que tem consciência do quão imprescindível é conhecer-se, cuidar de si, para se lançar no cuidado ao outro, as enfermeiras do grupo pesquisador revelam por meio do imaginário construído a partir da reflexão dos corpos que atuam nas situações de cuidado, que também é fundamental compreender o outro para que juntas construam o cuidado necessário a cada sujeito, a cada situação e que contribuirá para o desenvolvimento do cuidado materno.

Para isso, utilizam seus corpos, com seus sentidos, como instrumentos essenciais ao cuidado. Buscam como primeiro caminho para a construção do cuidado holístico o silêncio, a observação, a percepção, a intuição a escuta e a atenção. Assim o corpo é a base medidora que viabiliza o estabelecimento de vínculo, o início da relação, a partir dos quais acontecerá o cuidado.

*“É uma adolescente, ela tem 17 anos, ela tem muitos cuidados a serem feitos com ela, eu acho que os **pontos principais**, é como eu escrevi, a questão da atenção, da escuta, essa família, compreensão, a questão de você não julgar, não expor essa mulher, respeito, então assim, a gente começou por uma outra visão (...)”.* (GP) (Grifos nossos)

Com muita clareza, em vários momentos, o grupo reforça a questão da essencialidade do estabelecimento da relação para o cuidado de enfermagem obstétrica. E se a relação é o elemento essencial do cuidado, o corpo é o instrumento eminente para se estabelecer tal relação. Mas porque tanto privilégio ao corpo quando se considera o cuidado e, por conseguinte, a relação entre sujeitos? Polak (1997, p.35) nos explica que:

“O homem se faz presente no mundo pelo seu corpo, não como entidade físico-biológica, mas o corpo enquanto dimensão construtiva e expressiva do ser do homem, sendo denominado de corpo próprio, corpo vivente”.

Para que consiga compreender em profundidade o corpo vivente da mulher que receberá o cuidado, a enfermeira obstétrica utiliza seus sentidos de forma sensível. No imaginário do grupo pesquisador, os corpos no cuidado devem interagir com leveza, com coração, afetividade, sintonia, permitindo que com empatia surja a confiança, a complementaridade. Com isso a enfermeira rejeita formas de cuidar “pré-moldadas” e revela que em sua concepção o cuidado nasce a medida em que se cuida:

“A cada cuidado com cada mulher a enfermeira se supera, isso porque existe o preconceito em relação a paciente – “ih! Essa aí não vai dar conta”. E as vezes não é isso que acontece. A superação se relaciona com superar seus preconceitos e suas próprias limitações. Então, o cuidado tem também a questão do respeito, de respeitar os limites a as histórias de cada uma, com isso, no cuidado nasce uma afetividade, a partir daí vem o prazer. O cuidado entra como aconchego, respeito e confiança. Cuidado que busca novidade.” (GP)

É para dar conta da imprevisibilidade existente no processo de cuidar que a enfermeira obstétrica enxerga o corpo da mulher como corpo vivo, isso porque:

“A não personalização do corpo não pode transmitir mais do que cuidados impessoais, despersonalizados. Encontrar o corpo é, também, questionar a forma de viver o corpo, como suportar os cuidados dados ao corpo, como procurar as condições que os podem permitir ou facilitar”. (COLLIÈRE 1999, p. 264).

Um outro aspecto que prevaleceu nos desenhos elaborados pelo grupo pesquisador a partir da dinâmica do corpo como território, foi a retratação de uma mulher idealizada onde a gravidez foi associada apenas a aspectos positivos:

“Agora, teve diferença quando a gente passou para a mulher. Porque aí, por exemplo, a gente quis dar uma cara de felicidade, mais... tranqüila, né, então aí vamos fazer uma boca para cima, sorrindo. E aí eu acho que ela tinha que ter olho, nariz e boca e mostrar felicidade por aquele momento, mostrar uma boca bem alegre assim rindo e ter um cabelo para enfeitar, com um laço, um olhar assim vivo. A gente botou uma pessoa feliz, que tá com a alto-estima elevada e aí como a gente caracteriza isso, né nos detalhes, que essa gravidez foi planejada, que ela é conhecedora dos seus direitos, que ela é uma pessoa realizada, tá na sua plenitude, alto-estima elevada, ela iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, então assim, acho que é a mulher que todo mundo tá querendo receber no pré-natal”. (GP)

“A gestante vem com uma intenção, uma expectativa em relação ao parto natural. A dor inserida no coração significa que está consciente da questão da dor, acredita no trabalho de parto, está feliz, em paz, tem consciência do poder da natureza, está preparada para o parto natural, tem confiança na profissional enfermeira”. (GP)

Esta mulher retratada com ênfase nos aspectos positivos relacionados à gestação, ao parto e a nova condição de mãe que a espera, revela a intencionalidade da enfermeira obstétrica ao cuidar. Isso porque, a realidade com a qual nos deparamos no serviço público – lócus de atuação das enfermeiras do grupo pesquisador – é bem diferente da imagem da mulher criada por este grupo. Com isso, como na dinâmica a enfermeira teve a oportunidade de criar a mulher a ser cuidada, ela expressou através da sua imaginação o resultado que espera obter ao cuidar.

Construindo de acordo com cada mulher o cuidado de enfermagem obstétrica, a enfermeira cria em parceria com a mulher condições favoráveis para que vivencie a gravidez e o parto da melhor forma possível. Potencializa sua autonomia e a capacidade de integrar as diferentes dimensões da vida – biológica, social, econômica, profissional, cultural, entre outras, para a adaptação às transformações desencadeadas pela sua nova condição de mãe e para o encontro de soluções criativas para as situações cotidianas que decorrerão de tal mudança.

“O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, (...) baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir. Quando não há doença, deficiência ou acidente, mas há acontecimentos que exigem recurso a uma ajuda exterior (nascimento de um primeiro filho, período de crise, adaptação a uma nova cultura, etc.) o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torna-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe”. (COLLIÈRE, 1999, p. 290).

Como já comentado neste estudo, as enfermeiras obstétricas têm utilizado a palavra empoderar para explicar que objetivo pretendem atingir com o cuidado de enfermagem. Esta palavra sintetiza a finalidade que Collière (1999) atribuiu na citação acima ao “campo de competência da enfermeira”. Não por acaso tal expressão foi utilizada pelo grupo pesquisador para explicar o que acontece no cuidado de enfermagem obstétrica a partir da reflexão sobre os corpos que interagem no cuidado:

“No cuidado entram os elementos: amizade, troca de experiência, empatia, vitalidade. Esses elementos são utilizados para encorajar a mulher no sentido que ela pode dar conta. Acreditar e empoderar surgem no sentido de conseguir superar”.

Se de maneira pontual a enfermeira obstétrica auxilia a mulher a conseguir superar as dificuldades e a se adaptar às mudanças provocadas pela gestação, bem como a vivenciar o parto de forma satisfatória, a maneira como o cuidado é prestado nesta fase poderá ter uma influência decisiva em longo prazo na maneira como a mãe cuidará de seu filho.

Zveiter (2003), em sua dissertação de mestrado, levanta questão semelhante e pondera que o cuidado de enfermagem em sala de parto pode se configurar como o cuidado do cuidado materno. Nas palavras desta autora:

“A partir do cuidado exercido profissionalmente, podem ser facilitadas as vias para que o cuidado autêntico, aquele que já está presente na mãe possa se manifestar.” (ZVEITER 2003, p.138).

Cuidar da mulher pensando em contribuir para que ela mobilize sua própria capacidade de cuidar de modo a favorecer o cuidado que deverá proporcionar ao seu filho é uma ação que terá grande impacto no desenvolvimento emocional desta criança. Baseio esta afirmação em Winnicott (1990) que ao estudar os fenômenos precoces do desenvolvimento emocional deu destaque a importância da maneira como o bebê é cuidado pela mãe para o desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Não é objetivo deste estudo aprofundar temas relativos à psicanálise, porém é interessante trazer algumas questões abordadas por Winnicott para mostrar uma outra vertente, onde existem estudos bastante aprofundados, a qual o cuidado de enfermagem obstétrica poderá alcançar caso desenvolva a concepção de cuidado do cuidado materno. Isto porque, este autor assegura que as lembranças que o indivíduo retém dos cuidados dispensados a ele serão a base para que possa cuidar de si mesmo. E mais, para que o desenvolvimento ocorra de maneira satisfatória “é preciso criar condições nas quais o bebê e a mãe possam encontrar um ao outro”.(WINNICOTT, 1990, p. 124).

Sem ter, na maior parte das vezes, conhecimento aprofundado de psicanálise e das repercussões que sua prática ocasiona para o desenvolvimento psíquico do bebê, as enfermeiras obstétricas cuidam criando as condições para um encontro satisfatório entre mãe e bebê, realizam essencialmente “cuidados de manutenção da vida” (COLLIÈRE, 1999) e favorecem o despertar do cuidado materno, usando sua própria feminilidade e vitalidade para empoderar a mulher, aplicando técnicas de relaxamento, transmitindo saúde através de suas mãos, presenciando o desabrochar de uma nova mulher a partir da gravidez, propiciando desde o início a ligação da mulher com o feto, valorizando a manutenção do vínculo e experienciando mutuamente felicidade, plenitude e paz.

Compreendem, muito mais pela experiência que adquirem ao cuidar do que pelo conhecimento obtido formalmente, que:

“A única ajuda possível é aquela que possibilita à mãe confiar na forma como administramos o ambiente que a cerca, dando-lhe a oportunidade de exercer seus próprios poderes naturais”.(WINNICOTT, 1990, p. 124).

O imaginário do grupo pesquisador deixou claro que estas enfermeiras obstétricas percebem as ligações existentes entre os **corpos que se relacionam, compreendem-se como sujeitos e constroem o cuidado materno**. Os elementos que estruturam este pensamento e que se traduzem no cuidado precisam ser mais bem compreendidos, mas por hora, lanço mão de uma poesia crítica elaborada por mim, a partir das falas do grupo pesquisador, para concluir de forma sintética a análise desta categoria:

E o cuidado da Enfermagem Obstétrica, o que será?

Olhar para os corpos, descobrir o que há

Pode ser um caminho...

Então por onde começar

A gente começou pela enfermeira

Vamos falar primeiro da enfermeira

Mel, Maria, Jurema, Luz

Um nome astral!

Ela é holística, tem base, tem coração

Fogo, fluxo de energia, paixão

Mas como pode ser tão comportadinha?

Que agonia!

Que tal então olhar para mulher

Temos tão pouco tempo para cuidar...

Ela é Maria, mãe, mulher, feminina

Não está sozinha, tem família

Experiência para trocar

É gravidez de baixo risco, não há doença

Só felicidade, tranqüilidade, paz

Está preparada para o parto natural

Não teme a dor, acredita, “eu consigo”, quanto poder!

Mas o que mobilizou tamanha plenitude e segurança?

O cuidado de enfermagem obstétrica, ora!

Será?

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Cuidado de Enfermagem Obstétrica como Inovação Tecnológica

A idéia que originou este estudo surgiu de reflexões sobre técnicas empregadas pelas enfermeiras obstétricas no acompanhamento do trabalho de parto. Tais técnicas passaram a ser estimuladas em manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, no bojo do processo de humanização da assistência e buscavam diminuir a medicalização do parto. Eram recomendadas para quaisquer profissionais que atuassem na atenção obstétrica, embora houvesse um reconhecimento que seriam mais facilmente adotadas por profissionais não-médicos, voltados para assistência ao baixo risco.

Aos poucos estas técnicas foram incorporadas à prática da enfermeira obstétrica e logo passaram a ser citadas como exemplo de tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica. Minha constatação inicial era de que isoladas de significado sua utilização não se justificava e tão pouco caracterizava um saber específico da enfermagem obstétrica.

Estudando autores como Merhy, Trentini e Gonçalves, Nietzsche e Leopardi, Progianti e Vargens e Collière, que abordam a temática da tecnologia com enfoque em saúde, pude compreender que tecnologia é um saber estruturado, aplicado com uma intencionalidade e uma justificativa e que produz um resultado, já a técnica se restringe a maneira de se utilizar algo. Com isso, parece-me haver uma confusão entre o que é tecnologia e o que é técnica, na abordagem feita pela enfermagem obstétrica sobre algumas práticas que atualmente utiliza. O referencial teórico de Marie-Françoise Collière me permitiu perceber que esta confusão é real.

A dificuldade da enfermagem em buscar desenvolver tecnologias ao invés de estruturar seu fazer apenas na aprendizagem de técnicas deriva-se da forte influência do saber médico na configuração desta profissão. Influência esta que levou as enfermeiras a supervalorizarem o domínio de técnicas que muito mais servem de apoio ao diagnóstico e terapêutica médicos do que propriamente à identificação da natureza dos cuidados de enfermagem. Com isso, as enfermeiras permanecem desenvolvendo e incorporando técnicas sem um questionamento aprofundado sobre sua finalidade e sem uma identificação com um saber próprio da enfermagem.

Do mesmo modo, especificamente, a enfermagem obstétrica segue por este caminho. Ao mesmo tempo em que utiliza técnicas derivadas do modelo biomédico em seu fazer, questiona este modelo incorporando práticas provenientes de correntes que buscam re-valorizar o parto

como evento fisiológico. Contudo, não delimita uma identidade para o seu fazer, uma especificidade que a diferencie das outras profissões que atuam na atenção obstétrica. Sua prática fica confusa, sem uma justificativa e uma intencionalidade específicas que possam ser claramente identificadas.

Para ajudar a reduzir tal confusão e contribuir com a construção do conhecimento acerca dos cuidados de enfermagem obstétrica optei por sintetizar os resultados desta pesquisa e apresentá-los como uma inovação tecnológica, pois acredito que assim este estudo colabora com o desenvolvimento de uma concepção clara de cuidado de enfermagem obstétrica, delimitando o que é próprio deste cuidado, apontando um caminho para o seu desenvolvimento, com conseqüente reconhecimento e valorização social desta práxis.

Por ser um estudo qualitativo, sociopoético, cujo resultado foi produzido por um grupo de enfermeiras que atuam no estado do Rio de Janeiro, tenho clareza que os resultados aqui obtidos poderiam ser diferentes caso fossem produzidos por diferentes grupos, em diferentes localidades.

Assim, a síntese que apresento a seguir não esgota o tema, estruturando uma concepção fechada e definitiva para tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica. Atende apenas o objetivo de, depois de desvelado o imaginário do grupo pesquisador sobre o cuidado de enfermagem obstétrica e analisados os seus significados, apresentar elementos e possibilidades extraídos da imaginação criadora do grupo pesquisador sobre uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica. Deste modo, em resumo, uma tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica:

1. É essencialmente relacional. A partir do acolhimento e do estabelecimento de vínculo as enfermeiras obstétricas, em uma perspectiva sujeito-sujeito, constroem o cuidado em parceria com as mulheres em uma abordagem integral. Neste sentido aproxima-se do conceito de tecnologia-leve de Merhy.
2. É uma tecnologia que deriva de um saber estruturado – a especialidade de enfermagem obstétrica – e cuja aplicação, em determinadas situações, como a atenção ao parto, deverá ser feita, no Brasil, exclusivamente por enfermeiras com esta especialidade, com isso classifica-se como uma tecnologia leve-dura, de acordo com o conceito de Merhy
3. É uma tecnologia potencializadora, pois busca mobilizar as capacidades existentes em cada mulher para lidar a sua maneira e da melhor forma possível com as

transformações geradas em sua vida, em todas as dimensões, pela gravidez e seus desdobramentos. Por isso, é uma tecnologia que se funda no que Collière chama de “cuidados de manutenção da vida”.

4. É uma tecnologia aberta, que incorpora e integra saberes de diversas disciplinas e saberes populares na construção do cuidado, que considera o contexto de vida da mulher e o ambiente onde está inserida. Sem perder seus elementos constitutivos se modifica a cada encontro, com cada mulher, possibilitando que os atores sociais envolvidos no cuidado construam sua própria história e se auto-realizem, neste sentido aproxima-se do conceito de “tecnologia emancipatória” de Nietzsche e Leopardi.
5. É uma tecnologia viva, pois é dinâmica, adaptável e renovável a cada encontro e de acordo com as mudanças nos contextos sociais e nas demandas femininas.
6. É uma tecnologia instituinte, pois é aberta a se re-criar constantemente. Sua utilização não se limita à instituição hospitalar, é aplicável em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde, da UTI ao domicílio.
7. É uma tecnologia complexa, pois aberta, relacional, incorporadora de vários saberes admite o uso da emoção, da sensibilidade, da intuição, da espiritualidade, além da razão na elaboração do cuidado.
8. É uma tecnologia da corporeidade, que tem como instrumentos básicos os corpos que se relacionam no processo de cuidado e que conjuntamente decidem sobre a utilização de instrumentos e equipamentos que potencializam a expressão corporal. Deste modo não é invasiva e por isso contempla aspectos da concepção de “tecnologia não invasiva de cuidado de enfermagem obstétrica” de Progianti e Vargens.
9. É uma tecnologia de conforto, pois busca descobrir com as mulheres formas de conciliar diferentes sensações desencadeadas pela gravidez e seus desdobramentos, com o objetivo de alcançar uma vivência prazerosa deste período.
10. É uma tecnologia do autoconhecimento, que por ter como base a relação entre sujeitos e como instrumento essencial o corpo, otimiza-se a medida que os sujeitos envolvidos aprofundam o cuidado e o conhecimento de si mesmos como sujeitos e como saberes.
11. É uma tecnologia da autonomia, pois parte do referencial da mulher para oferecer-lhe subsídios e mobilizá-la para desenvolver suas habilidades para cuidar do novo ser que se desenvolve em seu útero. O despertar para a capacidade de dedicação ao filho que

está por vir empodera, enche a vida da mulher de significado e contribui para a autonomia feminina.

12. É uma tecnologia com grande justificativa social, pois ao cuidar do cuidado materno seus resultados desdobram-se para além do período gestacional e contribuem para o desenvolvimento de crianças saudáveis.

Penso que estes dois últimos elementos que tratam da potencialização da capacidade feminina de desenvolver o cuidado materno de forma satisfatória e gratificante, com conseqüente ganho social resumem a intencionalidade e justificativa desta concepção de tecnologia de cuidado.

Por isso, considero interessante passarmos a tratar esta tecnologia de **tecnologia de cuidado do cuidado materno**. Com isso, trabalharemos com um escopo melhor delimitado facilitando o desenvolvimento de metodologias e ferramentas de cuidado que propiciem a aplicação prática desta concepção. Este é um desafio que fica para próximos estudos.

Tenho em mente que as enfermeiras obstétricas ainda não desenvolvem o cuidado com esta finalidade claramente definida, mas este grupo pesquisador mostrou que os elementos do cuidado são percebidos. Penso que cuidar nesta perspectiva amplia as possibilidades de atuação da enfermeira obstétrica para muito além da sala de pré-natal e de parto, caracteriza a prática da enfermeira obstétrica como definitivamente voltada para os cuidados de manutenção da vida e ressignifica o valor social de nosso fazer.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, E. N. e NUNES A. M. P. **Conforto em enfermagem: uma análise teórico-conceitual.** Revista Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis.v. 7, n. .2, p. 93-110. mai/ago. 1998
- BALASKAS, J. **Parto ativo. Guia prático para o parto normal.** Tradução: Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground,1993.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.
- BONADIO, I. C.; KOIFFMAN, M. D.; MINAKAWA, M. M.; OLIVEIRA, M. A. F. Da relação conflituosa ao respeito mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. In: **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.** Ribeirão Preto. 2002.
- BOURDIEU, P. **A ação masculina.** Tradução: Maria Helena Kühner. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 4 ed. Brasília, 2000. 163p.
- _____. **Parto, aborto e puerpério assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001. 189p.
- _____. **Plano nacional de atenção integral à saúde da mulher. Plano de ação 2004-2007.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004. 130p.
- CACCAVO, P. V.; CARVALHO V. **Sobre a enfermagem como projeto epistemológico. Considerações preliminares.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v. 2, n. 3, p.31-41 dez/98.
- COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida – da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Tradução: Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Lidel, 1999.
- _____. **Cuidar... A primeira arte.** Tradução: Sílvia Ventura. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003.
- DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic and holistic paradims of childbirth.** Austin (tex): Internatinal J Gynecol & Obst 2001; 75: 5-23.
- DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência.** 2ª ed. São Paulo: c1985.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- _____. **Microfísica do poder.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FLEURI, R. M. A abordagem sociopoética In: SANTOS, I.; GUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PETIT, S. H. (Org.) **Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais. Abordagem Sociopoética**. São Paulo: Atheneu, 2005. Prefácio.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GAUTHIER, J. **Sociopoética: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais enfermagem e educação**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.

GAUTHIER, J. e HITARA, M. A enfermeira como educadora. In: SANTOS, I. **Enfermagem Fundamental**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 123-142, 2002.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa In: Minayo M. C. S. organizadora. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, p. 67-79, 2002..

HERA – **Health, Empowerment, Rights and Accountability**. Disponível em <http://portugues.iwhc.org/docUploads/HERAactionsheets%5Fpo.pdf> .Acessado em 5 de novembro de 2006.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JUPIASSU, H. F. **Introdução ao pensamento epistemológico**. 7 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4^a ed. São Paulo:Atlas, 2001.

LEOPARDI, M. T., GELBECKE, F. L., RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. v.10, n.1, p.32-49, jan./abr.2001.

LOPES, M. J. M. O trabalho da enfermeira: nem público nem privado. Feminino, doméstico e desvalorizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 41, n. 3/4, p. 211-217, jul./dez. 1988.

LORAU, R. O instituinte contra o instituído. Tradução: Paulo Schneider. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004. p. 47-65.

_____. **A análise institucional**. Tradução: Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1995.

LUNARDI, V. L. Medo: fio visível/ invisível na docilização do corpo da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 48, n. 3, p. 195-203, jul./ago./set. 1995.

MACHADO M. H. A profissão de enfermagem no século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 52, n. 4, p. 589-595, out./dez. 1999.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Tradução: Rio de Janeiro, 1971.

MEDINA, E. T. **Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto – um estudo exploratório.** 2003. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.), DESLANDES, S. F., NETO, O. C., GOMES R. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
NEME, B. **Obstetrícia básica.** 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NEVES-ARRUDA, E. e MARCELINO, S. Cuidando e confortando, In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar um novo paradigma da saúde.** São Paulo: Robe, 1997. cap. 8

NIETSCHE, E. E; LEOPARDI M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** v.9, n.1, p.129-152, jan./abr.2000.

ODENT, M. **A cientificação do amor.** Tradução: Marcos de Noronha e Natália Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

_____. **Água e sexualidade: a importância do parto ecológico.** Tradução: Maria de Fátima Madureira. Florianópolis: Saint Germain, 2004.

_____. **O camponês e a parteira. Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto.** Tradução: Sarah Bailey. São Paulo: Ground, 2003.

_____. **O renascimento do parto.** Tradução: Roland B. Calheiros. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático:** relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.54p.

POLAK, Y. N. S. O corpo como mediador da relação homem/mundo. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** v.6, n.3, p.29-43, set./dez.1997.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. e HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégia na desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v.8. n.2 p. 194-197, 2004

PROGIANTI, J. M. **Fórum permanente de enfermeiras obstetras. Relatório final da primeira etapa.** Rio de Janeiro: NEPEN – MUSAS / FENF UERJ, 1999.

_____. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro – 1934/ 1951)** 2001. 161f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro.

PETIT, S. H.; GUTHIER, J. Z.; SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A. Introduzindo a Sociopoética In: SANTOS, I.; GUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PETIT, S. H. (Org.) **Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais. Abordagem Sociopoética.** São Paulo: Atheneu, 2005. p. 1-39.

PETIT, S. H. Facilitadora Sociopoética: implicações e desafios de pimbinha In: SANTOS, I.; GUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PETIT, S. H. (Org.) **Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais. Abordagem Sociopoética.** São Paulo: Atheneu, 2005. p.139-149.

SANTOS, I.; GUTHIER, J. **Enfermagem: análise institucional e sócio-poética.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

SANTOS, I. Por um pesquisar sob a perspectiva estética In: SANTOS, I.; GUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PETIT, S. H. (Org.) **Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais. Abordagem Sociopoética.** São Paulo: Atheneu, 2005. p. 83-95

SILVA, M. T. N.; SANTOS I. A ação dialógica do grupo pesquisador. In: SANTOS, I.; GUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PETIT, S. H. (Org.) **Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais. Abordagem Sociopoética.** São Paulo: Atheneu, 2005.p.19-39

SILVEIRA, M. F. A. e GUALDA, D. M. R. **Mulher, corpo e enfermagem: um ritual de encantamento para a prática de enfermagem.** Campina Grande: EDUEP, 2003.

SOARES, J. C. R. S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa.** 2000. 181f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2000.

TYRREL, M. A. R; CARVALHO V. **Programas nacionais de saúde materno Infantil, Impacto Político-social e inserção da enfermagem.** 1 ed. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ. 1995.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-29.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana.** Tradução: Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento.** Rio de Janeiro: Contratempo, 1996.
- CACCAVO, P. V.; CARVALHO, V. **A arte da enfermagem efêmera, graciosa e perene.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2003.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação.** Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CASTILHO, S. A.; PIRES, D. E. P. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.9, n.2, pt 1, p.274-287, mai./ago.2000.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** 2^a ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996
- GARCIA, M. O. **Comunicação em prosa moderna: aprenda a escrever, aprendendo a pensar.** 24 ed. Rio de Janeiro: FGV Ed, 2004.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão Sistemática: recurso que propicia a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** Maio-junho; 12(3):549-56. 2004.
- GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I; TAVARES, C. M. M. **Pesquisa em enfermagem: Novas metodologias aplicadas.** 1^a ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.
- HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 5^a ed, Petrópolis: Vozes, 1997.
- KRUSE, M. H. L; SANTANA, M. N. G. S. T. Educação tecnológica: porque ela não é pertinente para a área da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 55, n. 4, p. 434-439, jul./ago. 2002.
- MEIER, J. M.; CIANCIARULLO, T. I. Tecnologia: um conceito em construção para o trabalhador em saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.11, n.1, p.31-49, jan./abr.2002.
- MENDES, I. A. C. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 55, n. 5, p. 556-561, set./out. 2002.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde.** 2^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MERHY, E. E. **Saúde – a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.
- NIETSCHE, E. E; LEOPARDI M. T. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.9, n.1, p.25-41, jan./abr.2000.

NIETSCHE, E. E, et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Maio-junho; 13 (3):549-56. 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência – um método de desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.9, n.1, p.63-78, jan./abr.2000.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano – o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução: José Octávio de Abreu Aguiar e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Tradução: Ivone Evangelista Cabral 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

APÊNDICE A - Roteiro da Oficina de Negociação do Tema Gerador

1. Distribuir os colchões da sala da Oficina de Criação em círculo e conforme as pessoas chegarem solicitar que se sentem, buscando uma posição confortável.
 - Ver iluminação, aeração, sonorização e qualquer outro aspecto relevante no ambiente.
 - Organizar o material a ser utilizado (cd, impresso do termo de consentimento livre e esclarecido, papel, caneta, lápis, questionários....)
2. Após uma tolerância de 15 minutos pedir às pessoas que se levantem e caminhem pelo salão, olhando nos olhos umas das outras, abraçando velhos amigos, cumprimentando quem ainda não tenham tido oportunidade de cumprimentar naquele dia, cumprimentando e abraçando a si mesmo, deixando um pouquinho de lado a vida que se passa fora daquela sala, daquele instante, harmonizando-se uns com os outros e com o ambiente, ao fundo uma música que remeta a uma sensação de acolhimento.
3. Ao final da música, solicitar que parem em seus lugares e colocar uma música dançante, incentivando as pessoas a dançarem, a mexerem o corpo, soltando os braços, as pernas, o quadril, soltando o corpo todo.
4. Após este aquecimento inicial, solicitar novamente que sentem em círculo e apresentar os facilitadores e o objetivo do encontro.
5. Após esta apresentação inicial, dar início à dinâmica do fósforo, para que todos se apresentem. Os últimos a se apresentar serão os facilitadores.
6. Agradecer aos que não desejarem continuar pela participação até aquele momento.
7. Comunicar que os que ficaram formam agora o grupo pesquisador e solicitar que pensem em um nome para o grupo.
8. Pedir aos participantes que procurem a posição mais confortável possível, sugerindo que se deem se assim desejarem. Colocar uma música relaxante e com um tom de voz suave conduzirei o relaxamento.
9. Imediatamente após o relaxamento, oferecer um formulário para que reflitam sobre o tema gerador: **Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica**. Os participantes do grupo terão a disposição papel e caneta.
10. *Após terminarem dirijam-se ao corredor para uma pequena pausa* – do lado de fora um dos facilitadores oferece o lanche e indica onde fica o banheiro.
11. Após este breve intervalo o grupo é convidado a se reunir novamente e o facilitador solicita que cada um leia suas observações sobre o tema-gerador.
12. Ao final discutir o conteúdo das respostas e definir a demanda de saber do grupo.
13. Uma vez negociado o objeto a ser pesquisado, marcar os próximos dois encontros para a produção de dados.
14. O facilitador entrega o termo de consentimento livre e esclarecido para que os participantes assinem e o questionário de caracterização dos sujeitos.
15. Encerra-se o primeiro encontro.

Apêndice B – Formulário de Negociação do Objeto de Pesquisa

Caro colega, aproveitando as sensações provocadas por esta vivência reflita sobre o tema: **Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica**. Procure imaginar se este é um tema relevante para você como enfermeira obstétrica. Se este é um tema relevante para a enfermagem obstétrica como um todo.

Caso a resposta seja sim, escreva sobre o que seria interessante saber sobre este tema, se desejar formule uma ou mais perguntas relacionadas a ele. Caso não ache interessante proponha um tema de pesquisa que considere relevante para a enfermagem obstétrica.

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1) O **objetivo** desta pesquisa é **contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre concepções de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica.**

2) Riscos e benefícios aos participantes:

Riscos: Fui esclarecido de que sou livre para desistir da pesquisa em qualquer momento sem correr o risco de sofrer qualquer dano moral e/ou material.

Benefícios: Fui esclarecido que minha participação nesta pesquisa não me trará benefícios diretos e imediatos.

3) Alternativa:

Sou livre para optar não participar deste estudo.

4)Custo e reembolso:

Não terei nenhuma despesa ou compensação financeira para participar deste estudo.

5) Esclarecimentos de dúvidas:

A enfermeira Jacqueline Alves Torres, pesquisadora responsável por este estudo, forneceu-me todas as informações referentes a minha participação neste estudo e esclareceu as dúvidas por mim levantadas. Informou ainda que, poderei solicitar novos esclarecimentos, a qualquer tempo, à própria pesquisadora Jacqueline Alves Torres.

6) Divulgação dos dados:

Estou ciente de que os resultados do estudo serão publicados, porém minha identidade será mantida sob **sigilo absoluto**, podendo ser revelada somente se eu manifestar esta vontade por meio de um consentimento por escrito. Os registros poderão ser consultados pela pesquisadora, orientadores e Comitê de Ética em Pesquisa.

7) Consentimento

Após ter lido e compreendido os termos deste consentimento, declaro voluntariamente que tenho interesse em participar desta pesquisa. Uma cópia deste consentimento se encontra sob minha guarda. A segunda cópia está sob guarda da pesquisadora responsável. Minha participação nesta pesquisa é voluntária e por isso, sou livre para desistir dela a qualquer momento.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante

Apêndice D – Roteiro da Oficina de Produção de Dados

1. Distribuir os colchões da sala 701 em círculo e conforme as pessoas cheguem solicitar que se sentem, buscando uma posição confortável.
 - a. Ver iluminação, aeração, sonorização demais aspectos relevantes no ambiente.
 - b. Organizar o material a ser utilizado (cd, impresso do termo de consentimento livre e esclarecido, papel, caneta, lápis, questionários....) .
2. Fornecer o **instrumento de caracterização dos sujeitos** e o **termo de consentimento livre e esclarecido** para que preencham, dando tempo para que todos cheguem.
3. Antes de iniciar o relaxamento, informar que teremos duas dinâmicas de produção de dados baseadas em técnicas artísticas. Nesse ponto destacar a importância do relaxamento para possibilitar a expressão do imaginário. E pedir ao grupo que se empenhem e se permitam relaxar.
4. Pedir às pessoas que se levantem e retirem os sapatos. Após colocar uma música relaxante e, com o auxílio de bolas de tênis, incentivar o grupo a estimular a planta dos pés, ativando a circulação a partir da base, uma vez em cada pé.
5. Após, estimular o grupo a alcançar uma maior consciência corporal através de exercícios de respiração profunda.
6. Após este aquecimento inicial, solicitar que sentem em círculo, fornecer caneta e papel e o **Formulário de Vivência dos Lugares Geomíticos**, solicitando que descrevam a associação que fazem entre o próprio imaginário e o lugar geomítico apresentado em uma frase.
7. Reforçar que a idéia é deixar a imaginação fluir e que mesmo que as associações que venham à cabeça pareçam estranhas, escrever o que vier à mente, sem a preocupação com uma correção conceitual.
8. Após todos terminarem, preparar o grupo para a nova técnica de produção de dados. Dar opção ao grupo entre realizar novamente exercício respiratório ou movimentação do corpo/dança.
9. Em seguida pedir que se dividam em duplas, fornecer papel e piloto e pedir que cada membro da dupla desenhe o contorno do corpo do outro.
10. Após o desenho, as duplas decidirão e identificarão um corpo como da enfermeira obstétrica e outro como da mulher que recebe o cuidado de enfermagem obstétrica.
11. Feita esta escolha, pedir que reflitam sobre estes corpos e atribuam características a eles e, posteriormente, imaginem como o cuidado de enfermagem obstétrica deve ser introduzido nesta relação.
12. Imediatamente após este momento de reflexão, propor que preencham os contornos dos corpos com imagens ou palavras que possam representar o que pensaram a respeito.
13. O grupo terá a disposição materiais como: papel metro, cartolina, papel colorido, lápis de cor e piloto.
14. Ao final, pedir que cada dupla apresente suas figuras, verbalizando sobre o que gostam e o que não gostam nelas e sobre o cuidado imaginado e a maneira que cuidam atualmente.
15. Esta técnica será gravada, conforme prévia autorização do grupo.

Apêndice E – Formulário “Vivência dos Lugares Geomíticos”

Seguindo no bojo das sensações provocadas pela dinâmica de relaxamento e sensibilidade recém aplicada, procure fazer uma associação livre de seu imaginário com os lugares geomíticos propostos, elaborando uma frase a partir de sua reflexão sobre as seguintes questões norteadoras:

- ✓ Se o cuidado de enfermagem obstétrica fosse a TERRA onde crescem suas raízes, como seria?
- ✓ Se fosse a FALHA entre você e o instituído, como seria?
- ✓ Se fosse os FLUXOS que atravessam a instituição, como seria?
- ✓ Se fosse o CUME de onde você vê a paisagem toda, como seria?
- ✓ Se fosse o LIMIAR onde ficar, como seria?
- ✓ Se fosse o TÚNEL onde existem relações secretas, como seria?
- ✓ Se fosse o RIO onde nadar, como seria?

Apêndice F – Questionário de Identificação dos Sujeitos

1. Nome:
2. Tempo de graduação:
3. Local de graduação:
4. Tempo de pós-graduação:
5. Local de pós-graduação:
6. Instituição onde exerce atividade como enfermeira obstétrica:
7. Atividade desenvolvida:
8. Tempo em que atua nesta atividade:
9. Além da atividade profissional apontada acima, você exerce alguma outra função (ensino, pesquisa, assistência) relacionada à enfermagem obstétrica?
10. Qual sua maior titulação acadêmica:
11. Em caso de mestrado ou doutorado, qual o tema da dissertação ou tese?
12. Quantos artigos científicos já publicou?
13. Qual foi sua última experiência acadêmica? (Somente para as enfermeiras da assistência).

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](#)