

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Pós-graduação em Enfermagem

Ana Renata de Moura Rabelo

CUIDADO DE SI DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS:

Decisões sobre seus corpos e vidas

Belo Horizonte – MG

2016

Ana Renata de Moura Rabelo

CUIDADO DE SI DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS:

Decisões sobre seus corpos e vidas

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Kênia Lara Silva.

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem – UFMG

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Rabelo, Ana Renata Moura

Cuidado de si de enfermeiras obstétricas [manuscrito] : decisões
sobre seus corpos e vidas / Ana Renata Moura Rabelo. - 2016.
150 f.

Orientadora: Profª Drª Kênia Lara Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Enfermeiras. 2.Enfermagem Obstétricas. 3.Autocuidado.
4.Saúde da Mulher. I.Silva, Profª Drª Kênia Lara . II.Universidade
Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

ATA DE NÚMERO 518 (QUINHENTOS E DEZOITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ANA RENATA MOURA RABELO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 21 (vinte e um) dias do mês de dezembro de dois mil e dezesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro Maria Sinno da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*CUIDADO DE SI DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: DECISÕES SOBRE SEUS CORPOS E VIDA*", da aluna **Ana Renata Moura Rabelo**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kênia Lara Silva (orientadora), Roberta Carvalho Romagnoli e Elysângela Dittz Duarte, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

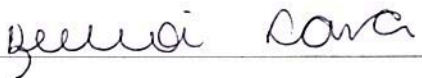
☒ **APROVADA;**

☐ **APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;**

☐ **REPROVADA.**

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2016.

Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara Silva
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



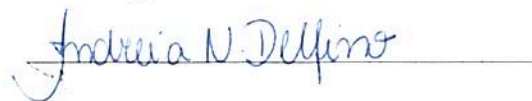
Prof^ª. Dr^ª. Roberta Carvalho Romagnoli
(PUC/MG)



Prof^ª. Dr^ª. Elysângela Dittz Duarte
(EEUFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 06 / 02 / 2017


Prof^ª. Dra. Márcia Alves

Dedico este trabalho as mulheres que me inspiram:

Mãe, por tudo que sou;

Ará, por tudo que somos;

Vó, por tudo que és;

Kênia, por tudo que nos ensina;

Rosení, pelo legado que nos deixastes;

*A todas as mulheres que tenho a oportunidade de
cuidar, desde aquelas que me confiam o cuidado
direto até aquelas mais longínquas, nos interiores
dessas Minas Gerais.*

*... que possamos ter uma prática refletida de nossa
existência...*

AGRADECIMENTOS

A Deus, não apenas por essa conquista mas por fazer novas todas as coisas, todos os dias. Por seu divino Espírito Santo que me impela a cada suspiro, gesto e palavra.

A cada enfermeira obstétrica que confiou a mim sua história de vida.

A meus pais, Renato da Eliane, Eliane do Renato, que com rigidez e, ao mesmo tempo, rega contínua de muito amor, me sustentam em todos os momentos. Esse percurso só foi possível pelo apoio e compreensão de vocês em minhas faltas, horas e horas trancada no quarto e vocês sussurrando para não atrapalhar. Estendo o agradecimento aos meus irmãos e a anjinha de olhos azuis que chegou para nos iluminar neste ano. Vocês são meu porto seguro, por quem paro tudo que estou fazendo.

A Silvío, amor de uma vida, presença e companheirismo de todas as horas, presente nos meus planos de ontem, hoje e amanhã.

A meus avós (presentes e em memória), meu exercício contínuo de cuidar e me sentir cuidada, amor sem interesses, amor por amar.

Aos amigos do NUPEPE e amizades conquistadas com o mestrado. Aprendi o quanto é bom compartilhar o conhecimento. Em especial Teti e Fran, encontro de almas, amor gratuito e construído nas mínimas palavras, abraços, choros e risadas.

As amigas da SES-MG, com quem sonhamos por um SUS que dá certo para todas as mulheres. Obrigada pelo amparo para que essa dissertação fosse produzida.

A Kênia, orientadora da qual tenho muito orgulho. Sou grata por sua firmeza e compreensão.

As amigas que a vida tem me dado, seja da época do colégio, faculdade e na passagem por Montes Claros. Obrigada por entenderem minhas ausências.

Por fim, tenho imensa gratidão por ter feito a escolha de mergulhar nesse processo de educação. Me entreguei por inteira e hoje percebo que, mais que uma titulação, representa um processo de reinvenção de mim mesma, um pensar de modo diferente...

“A lógica de um pensamento é como um vento que nos impele, uma série de rajadas e de abalos. Pensava-se estar no porto, e de novo se é lançado no alto mar [...] é eminentemente o caso de Foucault. Seu pensamento não cessa de crescer em dimensões, e nenhuma das dimensões está contida na precedente” (ERIBON, 1992, p. 118)

RESUMO

A realidade dos serviços de saúde e das práticas dos profissionais da saúde é marcada pela predominância de ações disciplinarizadoras e normatizadoras do comportamento das mulheres. Não obstante, no âmbito da assistência à mulher permanecem manifestações de violência institucional, alto índice de cesáreas, e outras intervenções prescindíveis. Todavia existem movimentos se efetivando em prol do respeito às decisões da mulher e do incentivo ao parto natural e humanizado, com forte participação da enfermagem obstétrica. Pressupõe-se que esta realidade está associada, em grande parte, ao cuidado de si de enfermeiras obstétricas, no que tange as decisões sobre o seu próprio corpo e vida e consequentemente das relações de poder que estabelecem com as outras mulheres de que cuidam. As decisões sobre a vida e corpos são entendidas como uma expressão, materialidade do processo de formação dos sujeitos, incluindo processos de objetivação e subjetivação e portanto o cuidado de si. O estudo teve como objetivo analisar o cuidado de si de enfermeiras obstétricas na conformação das decisões sobre seus corpos e vida. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, ancorada em perspectiva Pós Estruturalista e no referencial teórico-metodológico de Michel Foucault. As participantes do estudo foram 14 mulheres, enfermeiras obstétricas de nítido reconhecimento, por parte de quem as indica, na atuação do cuidado a outras mulheres. A técnica amostral utilizada foi snowball, o que resultou na construção de uma rede de entrecruzamento de histórias de vida. A produção dos dados se baseou em entrevista aberta em profundidade, enquanto a análise se sustentou no método de Análise de Discurso. Os resultados revelam que as enfermeiras obstétricas descrevem as suas decisões sobre os corpos e vida, que são subjetivamente influenciadas pelo contexto e práticas discursivas de ser mulher e enfermeira obstétrica, e tocam o corpo de si e da outra mulher de diferentes formas. Existem discursos dominantes, mas também emergentes, que atravessam as decisões sobre os corpos e vida. As narrativas foram marcadas pela dificuldade de falar de si e pela posição na sociedade contemporânea, enquanto mulher e enfermeira, permeada por relações de poder, saber e jogos de verdade. Para as participantes, a profissão não consiste apenas no meio de sustento e trabalho mas em um importante dispositivo de formação enquanto sujeitos. Além disso, parece existir possibilidades de promoção de novas práticas de cuidado às mulheres por meio da construção de redes e coletivos, pelo entrecruzamento das histórias e práticas das enfermeiras obstétricas. A analítica construída é inacabada e consiste em um recorte, bem como recomenda o referencial de Foucault, por meio da desconfiança constante sobre toda tentativa de síntese.

Palavras chave: Cuidado de si; Biopoder; Biopolítica; Mulheres; Enfermeiras; Enfermagem Obstétricas; Saúde da Mulher

ABSTRACT

The reality of health services and practices of health professionals is marked by the predominance of disciplinary and normative actions of women's behavior. Nonetheless, in the context of women's care they remain resulting in manifestations of institutional violence, a high rate of cesareans, and other expendable interventions. However, there are movements that are effective in order to respect women's decisions and encourage natural and humanized childbirth, with a strong participation of obstetric nursing. It is assumed that this reality is associated with the care of the obstetric nurses themselves, in regard to decisions about their own body and life and consequently the power relations they establish with the other women they care for. Decisions about life and bodies are understood as expressions, materiality in the process of subject formation, including processes of objectification and subjectivation, and therefore the care of themselves. The purpose of this study was to analyze the self care of obstetrical nurses in the conformation of decisions about their bodies and life. It is a qualitative research, anchored in Post-Structuralist perspective and in the theoretical-methodological reference of Michel Foucault. The study participants were 14 obstetrical nurses of clear recognition, by the one who indicates them, in the care of other women. The sampling technique used was snowball, which resulted in the construction of a network of intertwining of life stories. The production of the data was based on interviews in deep, while data analysis was based on the method of Discourse Analysis. The results reveal that obstetrical nurses describe their decisions about body and life, which are subjectively influenced by context and discursive practices as a woman and obstetric nurse, and touch the body of the other woman in different ways. There are dominant but also emerging discourses that go through decisions about bodies and life. The narratives were marked by the difficulty of talking about oneself and the position in contemporary society, as a woman and nurse, permeated by relations of power, knowledge and games of truth. For the participants, the profession consists not only in the means of sustenance and work but in an important formation device as subjects. Furthermore, there seems to be scope for promoting new practices of care for women through the construction of networks and collectives, through the intersection of the histories and practices of obstetrical nurses. I emphasize that the constructed analytic is unfinished and consists of a cut, as well as recommends the referential of Foucault, through the constant distrust on any attempt of synthesis.

Keywords: Care of the self; Biopolitics, Biopower; Nurses; Obstetric Nursing; Women's Health

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritor em Ciências da Saúde
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÕES AO OBJETO DE ESTUDO	11
2	CUIDADO DE SI DE ENFERMEIRAS: CONSTRUINDO UM REFERENCIAL	17
2.1	Marco Conceitual	18
2.2	Estado da arte do cuidado de si de enfermeiras	24
2.2.1	<i>Relações de poder, autonomia e empoderamento: cuidando de mulheres</i>	<i>29</i>
2.2.2	<i>Cuidado de si de enfermeiras: escape aos poderes ou mais uma normatização? .</i>	<i>34</i>
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
3.1	Delineamento teórico-metodológico	39
3.2	Produção de dados	40
3.3	Análise dos dados	49
3.4	Aspectos éticos	54
4	AS POSSIBILIDADES DA EXISTÊNCIA DO EU.....	55
4.1	O cuidado de si a partir da conformação de decisões sobre os corpos e vida	56
4.2	Técnica de si e os modos de resistir e reinventar: o cuidado de si	71
5	SER MULHER NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: INFLUÊNCIAS NAS DECISÕES SOBRE OS CORPOS E VIDAS	85
6	FORMAÇÃO E ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: EFEITOS NO CUIDADO DE OUTRAS MULHERES	105
6.1	Modelo de assistência à mulher, parto e nascimento	106
6.2	Formação e atuação em enfermagem obstétrica: cuidando de outras mulheres	120
	REFLEXÕES FINAIS	136
	REFERÊNCIAS	139
	APÊNDICES	147
	ANEXOS	150

*CAPÍTULO 1 -
APROXIMAÇÕES AO
OBJETO DO ESTUDO*

APROXIMAÇÕES AO OBJETO DE ESTUDO

A escolha de estudar a temática do “Cuidado de si de mulheres” se sustentou na vivência de algumas experiências durante a construção de meu ser pessoal e profissional, enquanto enfermeira e massoterapeuta. Figuras de mulheres marcam cotidianamente minha vida, especialmente mãe, irmã, avós e amigas. Além dessas mulheres, como massoterapeuta, e desvinculada de equipamentos da área da saúde (hospitais, serviços de saúde), convivo diariamente com a condição social feminina, mulheres com diversos estilos, origens e classes, que buscam a terapia como forma de escape às dificuldades diárias enfrentadas.

Também durante a formação como enfermeira tive a oportunidade de trabalhar com a temática da Promoção da Saúde, enquanto bolsista de Iniciação Científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Nesse momento, iniciei a aproximação com a abordagem foucaultiana sobre a formação do sujeito.

Posteriormente, projetando este olhar construído, vivenciei a Residência de Enfermagem em Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Esse foi um estágio de muitas críticas em relação à prática de enfermagem (e de outros profissionais) no cuidado à mulher, em diferentes ciclos da vida, seja no cenário hospitalar, ambulatorial, na Atenção Primária à Saúde (APS), ou em espaços informais. Adiante, em um terceiro momento da vida profissional, no trabalho cotidiano hospitalar, como enfermeira supervisora nas clínicas médica e cirúrgica do adulto, notei a presença de discursos preconceituosos e punitivos às mulheres em condições diversas de saúde. Questionava-me como podia o corpo de enfermagem, em sua grande maioria composto por mulheres, desconsiderar a condição do feminino das pacientes atendidas no hospital, julgando, por exemplo, suas escolhas sexuais ou posturas em relação à maternidade. Enquanto isso, nas conversas informais, notava a condução da vida pessoal das enfermeiras e colegas de trabalho (e minha), permeadas por relações de poder, que influenciavam nas decisões particulares sobre suas vidas e corpos.

Mas em meio a essas inquietações, a observação do cenário da sala de parto e, especialmente a atuação de enfermeiras obstétricas, me impulsionava a acreditar que é possível respeitar as decisões de mulheres, favorecendo o protagonismo destas no parto e na vida e que esse processo dependerá, em grande parte, das relações que essas enfermeiras estabelecem consigo mesmas, com seus corpos e em suas relações sociais.

Desse modo, no que concerne às desigualdades de gênero, as mulheres vivem em um cenário permeado por rupturas e permanências, seja nos aspectos profissionais, familiares e propriamente no campo das relações sociais. Como exemplos de rupturas contemporâneas, citam-se a possibilidade de contracepção medicalizada e segura, rompendo com o determinismo biológico e social da maternidade, e a autonomia financeira presente na ocupação feminina do mercado de trabalho (QUITETE, 2007).

Grande parte dessas conquistas significativas na conformação de mulher brasileira foi desencadeada pelo *boom* das revoluções libertárias dos anos 1960 – grande marco da modernidade tardia. O feminismo nessa década abriu para a contestação arenas inteiramente novas da vida social: a família, a sexualidade, o trabalho doméstico e sua divisão sexual, além do cuidado com as crianças/filhos. Sua força foi tanta que começou como um movimento dirigido ao debate da posição social das mulheres e expandiu-se, incluindo a formação das identidades sexuais e de gênero (HALL, 1997).

No entanto, ainda se prescrevem muitas normas para a mulher: que crie bem os filhos, cuide do ambiente doméstico, não ganhe mais que o homem e, portanto, não seja provedora do lar, tenha um corpo magro e elegante, seja regida pela emoção – em detrimento da razão – e submissa a seu esposo, chefe ou pai (QUITETE, 2007).

Esse cenário contraditório se relaciona com o fato de que, em processo de luta e reconhecimento, as mulheres buscaram espaço exterior com o qual se identificassem (e a profissão de enfermagem foi um deles), mas, ao mesmo tempo, não abandonaram as responsabilidades para as quais foram educadas, como ser mãe e cuidar da casa. Dessa forma, observam-se, na realidade social, três a quatro gerações de mulheres conformadas distintamente como tal:

Nem Amélia nem ativista, a brasileira dos anos 1980 era conservadora e tímida, mas sabia que sua filha precisava conquistar a independência [...] Fora educada pela mãe de modo muito semelhante ao que já ensinara a avó, no entanto dava à filha conselhos que construiriam gerações de mulheres diferentes (DEL PRIORE, 2014, p. 81-83).

Por conseguinte, assim como a realidade social das mulheres é marcada por avanços significativos e desafios, o diagnóstico atual de saúde das mulheres brasileiras, apesar dos intensos investimentos na área, se traduz em uma realidade ainda distinta do que se almeja. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), por meio do planejamento estratégico para o período de 2011-2015, estabeleceu metas para “Reduzir a mortalidade materna de mulheres negras em cinco pontos percentuais ao ano, para diminuir a diferença total entre estas e as

mulheres brancas” (BRASIL, 2014, p.85). Enfatiza-se que os desafios são potencializados pelas condições de desigualdades vividas pela população feminina, sejam elas de gênero, raça, classe, cor/etnia.

Não obstante, no âmbito da assistência à mulher permanecem manifestações de violência institucional, alto índice de cesáreas, e outras intervenções prescindíveis. Convivem-se também com relações desiguais entre profissionais de saúde e usuárias, pautadas no controle e manipulação das condutas femininas. Logo, o MS destaca que a busca por avanços consiste em implementar um modelo de atenção à saúde da mulher na perspectiva da promoção da saúde – incentivando a autonomia e o protagonismo feminino – humanização e práticas baseadas em evidências, combatendo a medicalização e intervenções excessivas e desnecessárias (BRASIL, 2014). Tal realidade evidencia que a mulher, na sociedade e nos serviços de saúde, ainda é tratada como um sujeito centralizado, único, identitário e fragmentado, negligenciando o fato de ser formada por diferentes estruturas e, por isso, múltiplas contradições e identidades. Tal movimento é discutido à luz da afirmação foucaultiana e dos pensadores pós-modernos, na qual o sujeito não existe de fato, mas é efeito de práticas discursivas, imerso em um jogo de verdade, perpassado por relações de poder e saber (SILVA, 2000). Assim, destaco o papel dos discursos dos profissionais da saúde na formação do sujeito.

Sob esse ponto de vista, é considerado como pressuposto que, assim como as mulheres são formadas por discursos, também os profissionais da saúde são sujeitos destes enunciados. Destaco a relevância da profissão de enfermagem no cuidado à mulher, compondo uma das 13 profissões da área da saúde que tem reconhecimento governamental e correspondendo a 64,7% da força de trabalho na saúde do Brasil. Além disso, a classe é majoritariamente feminina (87,2%) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Sobressai ainda o grupo de mulheres enfermeiras obstétricas, por atuarem no contexto da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério. Esse cenário é fortemente marcado pelo modelo biomédico, que fragmenta o ser humano e tem contribuído para a permanência ou aumento no número de procedimentos invasivos, muitas vezes desnecessários, sem a participação da mulher e ou da família nas decisões, e expresso em altas taxas de cesarianas e morbimortalidade materna e perinatal. Nesse contexto, a enfermeira tem sido reconhecida como profissional com formação holística e que procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente (MOURA *et al.*, 2007).

Diante do exposto, observa-se, na realidade dos serviços de saúde e das práticas dos profissionais da saúde, a predominância de ações disciplinarizadoras e normatizadoras do comportamento das mulheres. Entretanto, existem movimentos se efetivando em prol do

respeito às decisões da mulher e do incentivo ao parto natural e humanizado, com forte participação da enfermagem obstétrica. Considerando especialmente o contexto do trabalho de parto e parto, pressuponho que essa realidade resulta, em grande parte, do cuidado de si de enfermeiras obstétricas, no que tange às decisões sobre o seu próprio corpo e vida e, conseqüentemente, das relações de poder que estabelecem com as outras mulheres de que cuidam.

Por meio da realização de uma revisão integrativa sobre a temática do cuidado de si de enfermeiras, que será apresentada à parte, no subcapítulo 2.2, se destacou a lacuna existente na literatura, em que nenhuma publicação analisada tomava este tema enquanto objeto de estudo. Por conseguinte, o cuidado de si foucaultiano se apresenta como um conceito ferramenta, com potencial para o campo teórico e prático em estudo. Destacam-se as implicações da temática das relações de poder para o cuidado de enfermagem à mulher, cuidado este que é fabricado majoritariamente por sujeitos na condição de mulher e profissional da saúde. Portanto, a relevância deste estudo consiste em contribuir para a compreensão do lugar ocupado pela enfermagem, enquanto sujeito que cuida, e para a construção de novas práticas de cuidado às mulheres.

Além disso, neste estudo, em que se pretende trabalhar especialmente com a concepção de cuidado de si, considera-se que uma análise do sujeito, seja qual for a adjetivação que se atribua a ele (sujeito pedagógico, econômico, feminino), não pode partir do próprio sujeito. É preciso tentar cercá-lo e examinar as camadas que o envolvem e constituem (VEIGA-NETO, 2003a). Dessa forma, opta-se pela investigação das decisões sobre a vida e corpos, entendendo-as, com base no referencial escolhido, como uma expressão, materialidade do processo de formação dos sujeitos, incluindo os processos de objetivação e subjetivação e, portanto, o cuidado de si:

[...] pensar de outro modo o que já pensávamos ou perceber o que fazíamos desde um ângulo diferente e sob uma luz ainda mais precisa. Acreditávamos afastarmo-nos e encontramos a vertical de nós mesmos. A viagem tornou mais novas as coisas e mais velha a relação com nós mesmos (FOUCAULT, 2000, p.17)

Diante dessa problematização, propõe-se como questão norteadora do estudo: “Como se estabelece o cuidado de si de enfermeiras obstétricas, na conformação das decisões sobre os seus corpos e vida?”, que tem como objetivo: analisar o cuidado de si de enfermeiras obstétricas na conformação das decisões sobre seus corpos e vidas.

Para tal apresento no capítulo 2, denominado: “Cuidado de si de enfermeiras: construindo um referencial”, o marco conceitual adotado neste estudo, baseado no referencial

teórico selecionado, bem como o estado da arte do conhecimento acerca do cuidado de si de enfermeiras. Posteriormente, no capítulo 3, intitulado: “Percurso metodológico”, me proponho a descrever as escolhas metodológicas e em especial os processos de produção e análise de dados envolvidos nesta pesquisa. Finalmente nos capítulos 4, 5 e 6 objetivo apresentar os resultados e discussão, sendo denominados respectivamente com a titulação dada às categorias: “As possibilidades da existência do eu”; “Ser mulher na sociedade contemporânea: influência nas decisões sobre os corpos e vidas”; e “Formação e atuação como enfermeira obstétrica: efeitos no cuidado de outras mulheres”.

*CAPÍTULO 2 -
CUIDADO DE SI DE
ENFERMEIRAS:
CONSTRUINDO UM
REFERENCIAL*

2.1 MARCO CONCEITUAL

Para maior compreensão do objeto deste estudo, apresento em uma perspectiva foucaultiana as definições conceituais entendidas acerca de sujeito, relações de poder, mecanismos de resistência, biopolítica e cuidado de si. Foucault, filósofo e historiador francês, dedicou-se, ao longo de sua obra e vida, a conhecer como se constitui a noção de sujeito, que é própria da modernidade, e de que maneira nós mesmos nos constituímos como sujeitos modernos (VEIGA-NETO, 2003a).

Após a modernidade, o sujeito humano e suas identidades transgrediram por meio de mudanças conceituais marcantes, considerando especialmente sua identificação sociológica, interativa e descentrada, construída na modernidade tardia. Sobre essa evolução, Hall (1997) traz a ideia de que, nesse movimento, o sujeito moderno emergiu (“seu nascimento”), mudou e, posteriormente, contempla-se sua “morte”. O nascimento do indivíduo soberano, no período marcante da história compreendido entre o Humanismo Renascentista (séc. XVI – homem centro do universo) e o Iluminismo (séc. XVIII – homem racional, científico, libertado do dogma), foi o motor que colocou todo o sistema social da modernidade em movimento. Partia-se do entendimento de que o sujeito é uma entidade natural e pré-existente ao mundo social, político, cultural e econômico (VEIGA-NETO, 2003a).

No entanto, tal concepção moderna de sujeito humano passou por mudanças e, na modernidade tardia, viveu-se o denominado descentramento final do sujeito cartesiano. Vários descentramentos foram observados, passando por Marx, Freud, Lacan, Saussure e outros teóricos, mas nestes sistemas de pensamento, apesar de produção de evoluções importantes, o sujeito já estava sempre dado, fosse ele incompleto porque ainda vazio ou porque alienado da realidade política e social. Importa que o sujeito, nessa perspectiva, é tomado como um agente a ocupar o centro da cena social e capaz de uma racionalidade soberana e transcendente (HALL, 1997; VEIGA-NETO, 2003a). Em contrapartida, no trabalho de Foucault, ocorre o descentramento principal da identidade e do sujeito. Sua crítica transgredia essas ciências, denominadas por ele como antropologizantes – positivismo, marxismo e a fenomenologia.

Foi Foucault quem, de forma mais detalhada, trabalhou para demonstrar de que maneiras esse sujeito se institui. Suas pesquisas giraram em torno daquilo que ele mesmo denominou ‘os três modos de subjetivação que transformam os seres humanos em sujeitos’ (...) em outras palavras nos tornamos sujeitos pelos modos de investigação, pelas práticas divisórias e pelos modos de transformação que os outros aplicam e que nós aplicamos sobre nós mesmos (VEIGA-NETO, 2003a, p.136).

Nesse ponto, a “morte” do sujeito, em uma perspectiva foucaultiana, se refere ao fato de que, por meio do poder disciplinar, se produz um ser humano que possa ser tratado como dócil, envolvendo técnicas de poder e saber que individualizam esse sujeito e envolvem mais intensamente seu corpo, em que quanto mais coletiva e organizada a natureza das instituições da modernidade tardia, maior o isolamento, a vigilância e a individualização do sujeito. Nessa perspectiva, o sujeito não é uma substância, mas uma forma, e essa forma nem sempre é idêntica a si mesma, em cada caso/circunstância se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de relações diferentes (FOUCAULT, 2004).

Assim, por meio da criação de uma história dos diferentes modos pelos quais, na cultura ocidental, os seres humanos tornaram-se sujeitos, Foucault estudou as formas de constituição do sujeito moderno, perpassando processos estratégicos de subjetivação e objetivação (FOUCAULT, 1995; FONSECA, 1995). A constituição do sujeito moderno, dessa forma, passa pelo entendimento deste enquanto objeto (processos de objetivação): um corpo dócil e útil, por meio de práticas disciplinares na nossa cultura que perpassam as relações de poder e saber; e eticamente enquanto “sujeito à” (processos de subjetivação), ou seja, o indivíduo preso à sua própria identidade pela consciência de si, sujeito a uma identidade que lhe é atribuída como própria, mas também no sentido que trabalha e pensa sobre si mesmo (FONSECA, 1995; VEIGA-NETO, 2003a).

O caminho metodológico percorrido por Foucault perpassa também, a todo o momento, a relação entre o sujeito e os jogos de verdade, sendo esses “[...] um conjunto de regras de produção de verdade” (FOUCAULT, 2004, p.282). Nos seus primeiros escritos, essa busca se deu pela análise das práticas coercitivas e dos jogos teóricos e científicos (relações de poder e saber). Já no avançar de sua obra, Foucault reconhece os jogos de verdade perpassando a autoformação do sujeito, pelas práticas de si (FOUCAULT, 2004). Essa é uma divisão apenas teórica, já que a relação jogos de verdade-sujeito perpassa, concomitantemente, todos estes domínios.

A temática do poder na obra de Foucault ocupa, então, um lugar com vistas à preocupação com o sujeito, e parte da premissa da consideração de que o poder não apenas reprime, mas, sobretudo, produz realidades. Nessa perspectiva, ele não é concebido como uma essência de identidade única, nem é um bem que uns possuem em detrimento de outros. O poder em si não existe, ou seja, não é uma forma, mas sim feixes de relações de poder (sua melhor denominação neste sentido), relações de forças, jogos estratégicos entre liberdades. Isso quer dizer que “o poder” se dá em um conjunto de práticas sociais constituídas historicamente, que atuam por meio de dispositivos estratégicos que alcançam a todos e dos quais ninguém pode

escapar, já que não há uma região da vida social que esteja isenta de seus mecanismos (DUARTE, 2006; ERIBON, 1992; FONSECA, 1995; FOUCAULT, 2004).

As relações de poder se dão apenas em ato e não estão na ordem do consentimento. A operacionalização das relações de força se realiza mais pela produção que pela repressão e, por isso, a concepção de relações de poder foucaultiana se dá no estudo de mecanismos produtores de ideias, palavras e ações (FOUCAULT, 1995). Além disso, as relações de poder têm uma extensão consideravelmente grande nas relações humanas, mas isso não significa que o poder político esteja em toda parte, quer dizer que nas relações humanas. Há todo um conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos, no seio de uma família, em uma relação pedagógica, no corpo político, quer se trate de comunicar verbalmente ou de relações amorosas, institucionais ou econômicas. As relações de poder significam relações em que cada um procura dirigir a conduta do outro. Podem ser encontradas em diferentes níveis, sob diversas formas e são móveis, ou seja, se modificam, não são dadas de uma vez por todas (FOUCAULT, 2004).

Observa-se que o mecanismo de poder é ascendente e em via de mão-dupla (resistência-poder), isso porque uma relação de poder se articula sobre dois elementos indispensáveis: que o outro (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito da ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis, resistências, rotas de fuga. Logo, para que se exerça uma relação de poder, tem que haver sempre, dos dois lados, pelo menos certa forma de liberdade, mesmo quando esta relação é totalmente desequilibrada, um poder só se pode exercer sobre o outro à medida que reste a este último a possibilidade de se matar, de pular pela janela ou de matar o outro. Essa é uma ênfase foucaultiana, de que nas relações de poder há necessariamente possibilidade de resistência (FOUCAULT, 1995; 2004). “Não é possível me atribuir a ideias de que o poder é um sistema de dominação que controla tudo e que não deixa nenhum espaço para a liberdade” (FOUCAULT, 2004, p.277).

Destaca-se que, não havendo um local privilegiado para a manifestação das relações de poder (descentralizadas), também não há um local específico de resistência, ela se multiplica em tantos locais quanto forem locais de afetação das relações de poder (FONSECA, 1995). Por conseguinte, como os jogos de verdade estão ligados essencialmente ao exercício de relações de poder, considera-se também que em determinado jogo de verdade sempre há possibilidade de descobrir alguma coisa diferente, de mudar mais ou menos tal ou tal regra (FOUCAULT, 2004).

De outro modo, coexistem estados de dominação, que são diferentes das relações de poder. Neles, as relações, em vez de serem móveis e permitirem aos diversos parceiros uma estratégia que os modifique, se encontram bloqueadas e cristalizadas, por instrumentos que podem ser políticos ou militares (FOUCAULT, 2004).

Especificamente em relação aos processos de objetivação das práticas disciplinares, que visam à obtenção de corpos dóceis, ou seja, aqueles que podem ser submetidos, utilizados, transformados e aperfeiçoados, Foucault buscou analisar o “poder disciplinar” em seu contexto ocidental, a partir do século XIX, que se exerce como forma de manutenção de um modelo político de capitalismo industrial. Nessa fase de sua obra ganham destaque as “disciplinas” e os “saberes”. “Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhe impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as *disciplinas*” (FOUCAULT, 1999, p.118).

Portanto, as relações de poder não se constituem na base das relações legais, mas no plano das disciplinas e dos seus efeitos de normalização e moralização, havendo eficácia em um conjunto de poderes que, em vez de negar e reprimir, atuava discretamente na produção de realidades e efeitos desejados por meio de processos disciplinares e normalizadores (FOUCAULT, 2005).

Ademais, são apresentados, neste ponto, os conceitos de biopoder e biopolítica, poderes que se desenvolveram a partir do século XVII e que não se exercem sobre os corpos individualizados, nem estão disseminados no tecido institucional da sociedade, mas localizados na figura do Estado e à título de política estatal, com o objetivo de administrar a vida e o corpo da população (DUARTE, 2006; FONSECA, 1995; FOUCAULT, 1999). Por isso, após o estudo de um poder sobre o corpo que individualiza, Foucault discorre sobre a biopolítica que é massificadora. Para esse filósofo “[...] as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (FOUCAULT, 1997, p.131), ou seja, a administração do corpo pela gestão da vida.

E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 1999 p.289).

Vale ressaltar que a ideia da possibilidade de existência de um estado tal de comunicação transparente entre os sujeitos, no qual os jogos de verdade poderiam circular sem obstáculos, restrições e efeitos coercitivos parecem uma utopia. Desse modo, as relações de poder são

entendidas como estratégias, através das quais os indivíduos tentam conduzir, determinar a conduta do outro e, assim, a busca por jogar com o mínimo possível de dominação deve estar em impor “[...] regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o *êthos*, a prática de si” (FOUCAULT, 2004, p.284).

Então, na terceira fase da obra foucaultiana, datada dos anos 80, como forma de encontrar espaços de abertura, testemunha-se um interesse pelo modo como os homens se autogovernam, ênfase voltada para o aspecto ético (GONDRA; KOHAN, 2006). Propõe-se, então, o conceito de processos de subjetivação a partir do termo “cuidado de si”, recuperando-o das discussões filosóficas Socrático-Platônicas na Grécia Antiga: ocupar-se consigo mesmo que incide sobre a formação do sujeito.

O entendimento dessa terceira fase pressupõe os outros dois eixos – “ser-saber” e “ser-poder” – operando simultaneamente ao terceiro domínio – “ser-consigo” – na produção do sujeito moderno. Esse processo é denominado de subjetivação e é estudado por Foucault quando ele, diante da crise de se sentir condenado ao poder, seja detendo-o, seja submetido a ele, busca responder a seguinte questão: como transpor a linha, como ultrapassar as próprias relações de força (relações de poder)? Seria uma terceira prática constituinte de uma subjetivação que escape aos poderes e saberes vigentes. Transpor a linha significa ultrapassar o poder “[...] isto seria como que curvar a força, fazer com que ela mesma se afete, em vez de afetar outras forças: uma *dobra*” (ERIBON, 1992, p.123).

A subjetivação passa por um conjunto de tecnologias que podem ser agrupadas didaticamente em: (1) tecnologias de produção – produzir, transformar ou manipular coisas; (2) tecnologias de sistemas de signos – utilizar signos, sentidos, símbolos ou significados; (3) tecnologias de poder – determinar condutas, submeter os indivíduos a certos tipos de fins e dominação e consiste na objetivação do sujeito; e, por fim, (4) Tecnologias do eu – indivíduos efetuam certo número de operações sobre seu corpo e alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser obtendo-se, assim, uma transformação de si mesmo em busca de certo estado de felicidade, imortalidade (VEIGA-NETO, 2003b).

As tecnologias do “eu” são campos privilegiados deste domínio “ser-consigo”, e é justamente no ponto de contato entre elas e as tecnologias de poder – aquelas que os indivíduos exercem uns sobre os outros – que se produzem sujeitos e subjetividades. Apesar de se voltar para as técnicas de si, não há um retorno ao sujeito enquanto ator, politicamente ativo. As práticas de si não são alguma coisa que o próprio indivíduo invente, são esquemas que ele encontra, que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sociedade ou grupo social. O relacionamento a si, como condição que deriva do par saber-poder, abre para um campo

facultativo de escolhas, inseparáveis das resistências (si mesmo como núcleo de resistência), que o humano desenvolve em relação à sujeição imposta por sua cultura. Os processos de subjetivação visam a criação de modos de existência, o que Nietzsche chamava de “a invenção de novas possibilidades de vida”, e cuja origem já se encontrava nos gregos. A existência não como sujeito, mas como obra de arte – fase do pensamento-artista (DELEUZE, 1992; ERIBON, 1992; FOUCAULT, 2004).

Foucault sem renunciar a sua concepção de sujeito como forma constituída historicamente e não como norma constituinte, concebe os processos de subjetivação como ensaio, processo ético e estético que busca produzir modos de existência inéditos (DOMENECH; TIRADO; GOMES, 2001, p.130).

O conceito de cuidado de si, especificamente nessa perspectiva, difere da sua aplicabilidade na história, desde a sociedade grega e adaptado na idade média, especialmente pela cultura cristã. Aqui, adota-se como uma prática ascética, dando ao ascetismo um sentido: [...] muito geral, ou seja, não no sentido de uma moral da renúncia, mas o de um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser (FOUCAULT, 2004, p.265).

Assim como as relações de poder, a prática de cuidado de si só existe em um contexto de liberdade, em que, pelos modos de subjetivação, conscientemente, se escolhe “a quem autoriza e o quê”. Nesse sentido, se destaca o problema ético que é o da prática da liberdade: como se pode praticar a liberdade? Assim, a ética é interpretada como prática refletida da liberdade, a relação que se tem consigo mesmo quando se age. O cuidado de si é ético em si mesmo; porém implica relações complexas com os outros, uma vez que esse *ethos* da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros (FOUCAULT, 2004). Entretanto, essa perspectiva ética se distingue da visão da moralidade, que tem a ver com a sua relação com os outros, dada por códigos de comportamento prescritos, por imperativos, regras de conduta e ordens: “A subjetivação se distingue de toda moral, de todo código moral: ela é ética e estética, por oposição à moral que participa do saber e do poder [...] é a produção dos modos de existência ou estilos de vida” (DELEUZE, 1992, p.142).

2.2 ESTADO DA ARTE DO CUIDADO DE SI DE ENFERMEIRAS¹

De forma a captar o estado da arte da produção científica em torno da temática deste estudo, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de analisar o cuidado de si de enfermeiras e as relações de poder estabelecidas por elas no cuidado de outras mulheres.

A revisão integrativa foi selecionada como método para este fim, por sua amplitude e possibilidade de inclusão simultânea de pesquisas teóricas e empíricas e conduzidas por diversas metodologias. A revisão integrativa proporciona conclusões gerais sobre o problema de pesquisa, identificando as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno em estudo. Possibilita também revelar questões centrais da área em foco, identificando marcos conceituais ou teóricos, e apresentando o estado da arte da produção científica sobre um determinado tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES; HOGA; PEDUZZI, 2014).

Para a seleção dos artigos utilizou-se acesso *online* aos bancos de dados: PUBMED/Medline e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Além desses, visando abranger especialmente a área da sociologia, incluiu-se o Portal Capes com apuro na base denominada *Sociological Abstracts*. Também optou-se pela inclusão da base PsycINFO, de forma a abranger a psicologia, área afim. Não se mostrou necessário a inclusão da base Cochrane, uma vez que os estudos encontrados com a estratégia de busca adotada nesta pesquisa eram apenas ensaios clínicos, que certamente estariam contidos na busca ao PUBMED.

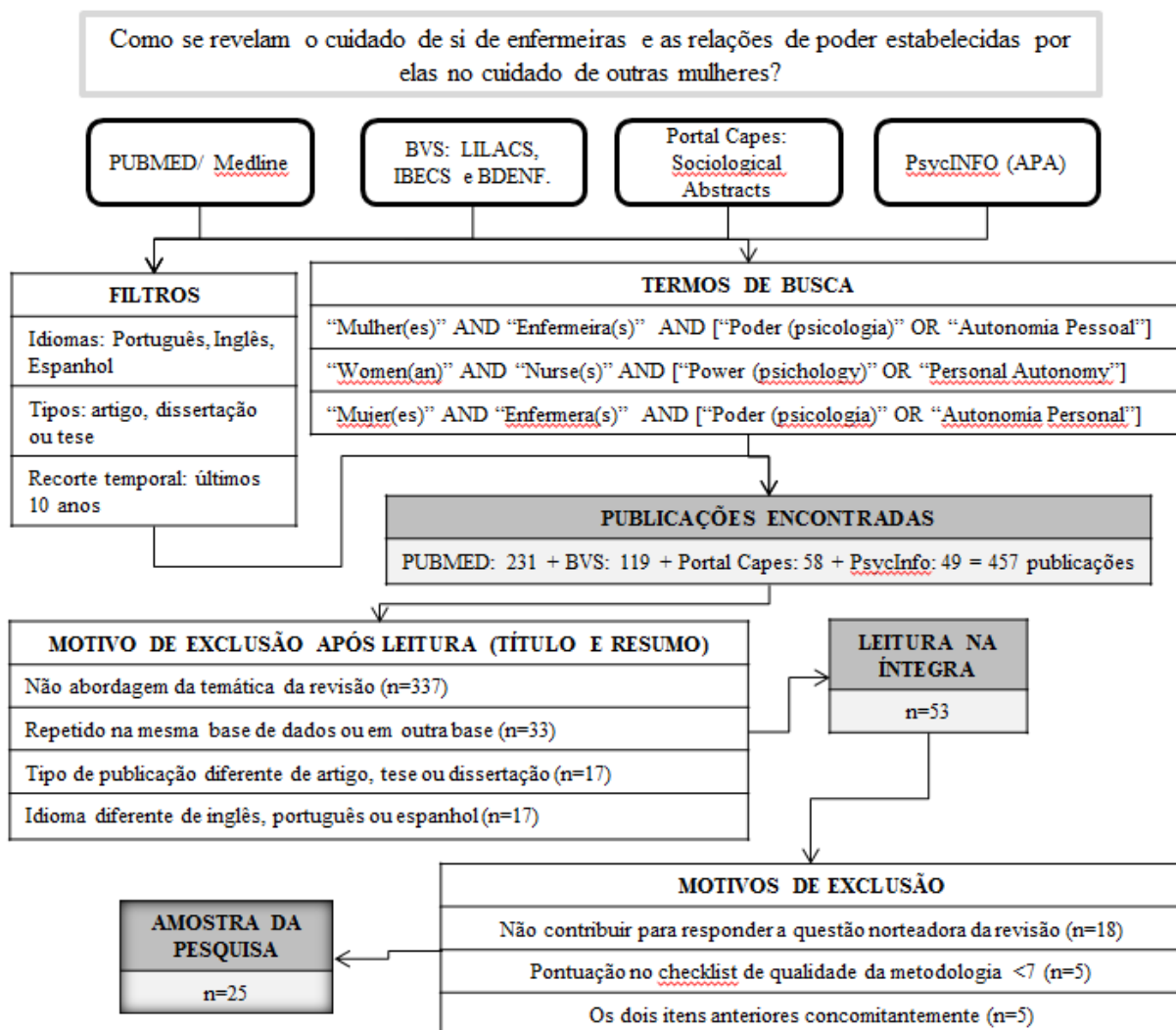
De forma homogênea, os critérios de inclusão definidos para todas as bases foram: estar nas línguas português, inglês ou espanhol, ter sido publicado nos últimos dez anos, com vistas a incluir a literatura recente, consistir em artigo, tese ou dissertação publicado na íntegra e conter os termos mulher(es), poder (psicologia) e enfermeira(s), presente como Descritor em Ciências da Saúde (DeCS), título ou termo isolado no corpo dos resumos. Além destes, incluiu-se o DeCs autonomia pessoal sob a opção OR no subconjunto de “poder”. Os termos foram definidos após análise minuciosa das opções e definições estabelecidas pela BVS em relação ao objeto de estudo. Identificou-se como principal limitação da metodologia desta revisão a inexistência do descritor cuidado de si, o que exigiu a escolha de outros termos que se aproximassem do construto pretendido. A pesquisa foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015, totalizando 457 publicações encontradas.

¹ Artigo publicado: RABELO, A.R.M; SILVA, K.L. Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres. *Rev Bras Enferm* [Internet], v. 69, n. 6, p. 1204-14, Brasília, nov-dez 2016 (vide detalhes da metodologia)

Inicialmente foram excluídas as publicações que não se referiam à temática definida como objeto deste estudo. Para tal foi realizado um teste de elegibilidade preliminar, de forma a refinar as publicações identificadas que, posteriormente, foram analisadas na íntegra. Essa etapa foi realizada pelos pesquisadores, com clareza da proposta deste estudo e por meio da leitura e análise do título e resumo de todas as publicações. Ao fim dessa etapa, encontrou-se um total de 53 referências selecionadas, indexadas majoritariamente em PUBMED/Medline, seguido respectivamente de BVS; PsyINFO e Portal Capes.

As publicações selecionadas foram analisadas na íntegra buscando categorizá-las em temas. Ainda nessa etapa, foram excluídas aquelas que não contribuíam para responder a questão norteadora da revisão. Também se avaliaram os quesitos relacionados à metodologia dos estudos, de forma a apreender a qualidade das fontes, considerando que uma revisão integrativa “[...] requer um padrão de excelência quanto ao rigor metodológico para que seu produto possa trazer contribuições significativas para a ciência e para a prática clínica” (SOARES *et al.*, 2014, p.341). Whittemore e Knafl (2005) destacam a complexidade desta ação em revisões integrativas, propondo critérios diferentes para análise de fontes teóricas e fontes empíricas. Indica-se a análise de autenticidade, qualidade da metodologia, valores informacionais e representatividade (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Para esta revisão integrativa, a análise da qualidade das publicações se baseou em tais critérios, influenciada pela experiência dos pesquisadores, considerando numa análise teórica e crítica a questão de pesquisa, a base conceitual, os referenciais adotados nos textos, a justificativa do estudo e as implicações para o campo teórico investigado.

Na análise das publicações empíricas e de revisão, procedeu-se à aplicação de *checklist* desenvolvido pelo *Critical Appraisal Skills Programme – CASP* (2013), que auxilia na análise crítica dos estudos quanto ao rigor, credibilidade e relevância. Esse instrumento se mostrou aplicável e coerente para avaliação da qualidade do texto e tem sido relatado na metodologia de revisões integrativas de outros autores. Os estudos que atingiram um escore de sete ou mais, do máximo possível de dez pontos, foram incluídos na amostra. Assim, nessa etapa da revisão, foram excluídas 28 referências. As referências selecionadas foram analisadas e sintetizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão. A descrição detalhada da busca e seleção das publicações encontra-se na figura 1, a seguir:

Figura 1: Esquema de busca e seleção das publicações.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

As 25 publicações que compuseram a amostra final encontram-se listadas no Quadro 1, caracterizadas quanto à autoria, ano de publicação/ base de dados, idioma, tipo, natureza do estudo e temática.

Quadro 1: Artigos selecionados que compuseram a amostra.

Autoria	Ano/ Base de dados	Idioma	Tipo	Natureza	Tema
Goldberg LS	2005 PsycNet	Inglês	Artigo	Qualitativo	Relação entre enfermeiras perinatais e mulheres em trabalho de parto.
Stewart M	2005 PubMed	Inglês	Artigo	Qualitativo	Experiência de parteiras e mulheres sobre o exame vaginal em trabalho de parto.
Hayter M	2006 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Qualitativo	Consulta de enfermagem em aconselhamento reprodutivo

Quitete JB	2007 BDENF	Português	Dissertação	Qualitativo	Papel da enfermeira no cuidado de mulheres
Fletcher K	2007 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Revisão da literatura	Imagens públicas de profissionais de Enfermagem.
Simmonds AH	2008 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Teórico	Relação paciente-enfermeira perinatal.
Quitete JB, Vargens OMC	2009 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Cuidado e empoderamento de mulheres, por enfermeiras.
Albuquerque RA, Jorge MSB	2010 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Construção da autonomia de mulheres na relação com o profissional da Estratégia Saúde da Família.
Lopes DFM, Merighi MAB, Garanhani, ML	2010 LILACS	Português	Artigo	Teórico de reflexão	Corporeidade histórica da mulher enfermeira
Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF	2011 LILACS	Português	Artigo	Quantitativo	Violência psicológica na prática profissional da enfermeira
Dantas CN, Enders BC, Salvador PTCO	2011 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo,	Experiência da enfermeira ao realizar a consulta de enfermagem.
Nash WA	2011 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Quantitativo	Auto-eficácia de enfermeiras para promover o uso do preservativo.
Van Herk KA, Smith D, Andrew C	2011 PubMed PsycNet	Inglês	Artigo	Teórico	Paradigma em enfermagem.
Pereira ALF, Bento AD	2011 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Autonomia das mulheres em parto normal e o cuidado da enfermagem obstétrica.
Barros CS; et.al	2012 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Vivência do amamentar por enfermeiras da área materno-infantil
Henriques CMG, Catarino HCBP, Franco JJS	2012 LILACS	Português	Artigo	Quantitativo	Nível de empoderamento de enfermeiras
Anderson CJ, Kilpatrick C	2012 PubMed	Inglês	Artigo	Revisão integrativa	Planos de nascimento e satisfação sobre o parto
Gregório VRP, Padilha MICS	2012 PubMed	Português	Artigo	Qualitativo	Práticas de cuidado à mulher por enfermeiras de uma maternidade
Alex M, Whitty-Rogers J	2012 PubMed	Inglês	Artigo	Teórico	O uso pejorativo da linguagem por profissionais da saúde no cuidado à mulher.
Vieira A, Alves M, Monteiro PRR, Garcia FC	2013 PubMed LILACS	Português/ Inglês	Artigo	Quantitativo	Identificação organizacional e vivências de prazer e sofrimento por mulheres das equipes de enfermagem.
Durand MK, Heidemann, ITSB	2013 PubMed LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Promoção da autonomia na consulta de enfermagem.
Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB	2013 PubMed LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Violência institucional sobre a ótica de profissionais de saúde.

DeSouza R	2013 PubMed	Inglês	Artigo	Qualitativo	Discurso de enfermeiras no cuidado de mulheres imigrantes.
Gomes ML, Moura MAV, Souza IEO	2013 LILACS	Português	Artigo	Qualitativo	Sentidos atribuídos pelas enfermeiras às mudanças de sua prática obstétrica.
Lessa HF et. al	2014 BDENF	Português/ Inglês	Artigo	Qualitativo	Relações sociais e parto domiciliar planejado.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Nota-se que a distribuição cronológica dos estudos se dá especialmente após o ano de 2011. Em relação ao idioma, os trabalhos se dividiram entre aqueles publicados, majoritariamente, em português e/ ou inglês. No que tange a metodologia dos estudos incluídos, verifica-se que 60% se referem a pesquisas qualitativas, 16% a pesquisas quantitativas, 16% a artigos teóricos e ainda 8% a revisões de literatura. A técnica de coleta de dados de maior predominância nesta amostra é a entrevista. A grande maioria das publicações selecionadas se refere a artigos publicados em revistas científicas, exceto uma dissertação de mestrado (QUITETE, 2007). Apesar da existência de um artigo de mesma autoria dessa dissertação e com temas similares, ambos foram incluídos por contribuírem de forma complementar para responder a pergunta norteadora da revisão.

Apesar da opção metodológica de busca na base *Sociological Abstracts*, por meio do Portal Capes, e na base IBECs, indexada na BVS, nenhum dos estudos que compuseram a amostra final provém destas bases.

Em relação aos participantes das pesquisas empíricas, após enfermeiras generalistas, sobressaem as pesquisas com parteiras (*midwives* e enfermeiras obstétricas) e com mulheres em idade fértil (puérperas e gestantes, especialmente). De forma coerente com o perfil dos participantes, destaco que, no que tange a temática dos estudos, apenas 20% das publicações não se direciona especificamente à mulher no ciclo reprodutivo da vida.

Quantitativamente, há um destaque dos estudos voltados para o cenário do parto. Além disso, temas recorrentes foram: relação enfermeira-mulher; práticas de cuidado ou educação em saúde e sua relação com autonomia e empoderamento; procedimentos que incidem, sobretudo, no corpo feminino; discurso de profissionais de saúde e, por fim, dois estudos que discutem paradigmas em saúde.

Por meio da apresentação do quadro 1 é possível observar que nenhum dos estudos incluídos definiu as relações de poder diretamente como objeto de estudo, já que este núcleo temático não está explícito nas temáticas e nos objetivos de tais pesquisas. Entretanto, todas as referências selecionadas contribuem para o entendimento do objeto de estudo da revisão. Os

resultados da revisão serão discutidos a seguir em duas categorias temáticas: Relações de poder, autonomia e empoderamento: cuidando de mulheres; e Cuidado de si de enfermeiras: escape aos poderes ou mais uma normatização?

2.2.1 *Relações de poder, autonomia e empoderamento: cuidando de mulheres*

As relações entre enfermeiras e mulheres, apresentadas nesta categoria, se distribuem, no transcorrer de cenários e ações de cuidado, em diferentes sentidos e são orientadas por referenciais e paradigmas diversos. Vale destacar a predominância dos estudos que se direcionam pelo entendimento de que as relações sociais, estabelecidas no cuidado em saúde, devem se orientar por princípios de humanização, integralidade e garantia de direitos humanos, e dessa forma, fomentar a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, neste caso, das mulheres.

As publicações se localizam, especialmente, no campo da promoção da saúde, instrumentalizada pela Educação em Saúde. Essa tendência das publicações dos últimos dez anos acompanha o movimento das concepções críticas e participativas de educação em saúde, em contraste às concepções tradicionais. Esse campo adquire relevância com estímulos ao desenvolvimento de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que visam o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida, por meio de sensibilização, conscientização e mobilização (SALCI *et al.*, 2013).

O empoderamento é definido nos estudos como acréscimo de poder ou tomar o poder para si. Esse é um campo em que o enfermeiro precisa atuar para que a mulher de que cuida se empodere, numa relação que deve ser pautada na autonomia, conceituada como compartilhamento de poder, saber e experiências e que, para ser fomentada, pressupõe a democratização das relações entre profissionais e pacientes, superando as assimetrias de poder (ALBUQUERQUE; JORGE, 2010; PEREIRA; BENTO, 2011; HENRIQUES; CATARINO; FRANCO, 2012): “Para o exercício da autonomia, as mulheres adquiriram o poder de sujeitos capazes de escolher e decidir as práticas de cuidado em conjunto com as enfermeiras [...]” (PEREIRA; BENTO, 2011, p.476).

A autonomia permite escolhas conscientes das mulheres, buscando melhorias na experiência do nascimento e dos resultados para mulher, criança e família, uma assistência de qualidade, humanizada, que garanta cidadania e direitos humanos, com enfoque nos direitos sexuais e reprodutivos (QUITETE, 2007; PEREIRA; BENTO, 2011): “Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos” (PEREIRA;

BENTO, 2011, p.472). Ao mesmo tempo deposita-se uma expectativa de que autonomia e empoderamento das mulheres permitam transições na prática do cuidado a elas, contribuindo para a transformação do modelo biomédico, tecnocrático e para a mudança da realidade de medicalização dos corpos (QUITETE, 2007). Assim, a violência doméstica contra mulheres é apontada como uma situação clara de necessidade de empoderamento do gênero feminino (DURAND; HEIDEMANN; 2013).

Além disso, colaborar para a autonomia das mulheres pressupõe profissionais por si só empoderados (ALBUQUERQUE; JORGE, 2010). O empoderamento de enfermeiras surge como possibilidade de vislumbrar autonomia profissional e de resultar em autonomia das mulheres atendidas, sendo mensurado em termos de: gestão eficaz e relações interdisciplinares, prática sustentada e autônoma, comunicação e assentimento profissional, reconhecimento na equipe de saúde e formação/educação (HENRIQUES; CATARINO; FRANCO, 2012).

Nos textos analisados, o empoderamento de mulheres é vislumbrado ainda como estratégia que visa à redução de riscos e à adoção de comportamentos saudáveis, por exemplo: empoderar as mulheres para utilizarem o preservativo e reduzirem o risco de infecção pelo vírus HIV (NASH, 2011; ANDERSON; KILPATRICK, 2012). Além disso, enfermeiras ensinam as mulheres a examinarem o seu próprio corpo, construindo um discurso de ‘corpo em risco’ e o risco de não estar vigilante, de adquirir doenças e de engravidar (HAYTER, 2006). Nesse sentido, a mulher é responsabilizada por suas escolhas e, em certos momentos, culpabilizada.

Os discursos se orientam por uma visão de padrão ideal de mulher: aquela que tem um trabalho, se casa, adquire um lar, gera filhos e cuida destes, além de ser autônoma, ter domínio sobre si e sua vida. Esses parâmetros são adotados como comportamentos que permitirão uma boa saúde, por meio de adesão aos conselhos dos profissionais, ‘fazendo escolhas certas’. Nesse contexto, as mulheres que decidem por comportamentos diferentes são acusadas e discriminadas (DeSOUZA, 2013).

Ademais, práticas educativas, como o estímulo ao autoexame da mama, são apontadas como estratégias que levam as mulheres a incorporarem o discurso em saúde. Significa desenvolver um entendimento do seu corpo sobre a perspectiva da ciência médico-dominante, com a responsabilidade de realizar um exame cuidadoso, por meio da observação de seu próprio corpo, de forma a identificar possíveis sinais de doença (HAYTER, 2006).

Algumas ferramentas com potencial para empoderar e promover autonomia das mulheres foram apontadas pelos estudos. Destacam-se a informação como instrumento estratégico de empoderamento dos sujeitos (QUITETE, 2007), bem como relações pautadas no diálogo, escuta, reflexão, atenção a comunicação verbal e não verbal, respeito e confiança

(GOLDBERG, 2005; DURAND; HEIDEMANN; 2013). A consulta de enfermagem é apresentada como um espaço em que a enfermeira deve utilizar estas ferramentas para promover empoderamento e autonomia das mulheres (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011; DURAND; HEIDEMANN; 2013).

Um estudo apresenta o potencial do Plano de Parto para melhorar a comunicação entre mulher, equipe médica e de enfermagem, em uma realidade onde existe um conflito entre crenças sobre o nascimento, o que é seguro e cuidado efetivo. O Plano de Parto é vislumbrado como possibilidade de reduzir a medicalização dos corpos, evitar procedimentos invasivos e potencializar a autonomia da mulher. Esse artigo aponta, ainda, estratégias para que as enfermeiras consigam advogar pelas escolhas da mulher e suportar a autonomia delas, tais como: revisar esse plano com as pacientes na admissão em serviços de saúde; mantê-lo como plano central do cuidado; ajudar mulheres sem um Plano de Parto a criá-lo (mulheres informadas), além de fornecer suporte verbal e físico (ANDERSON; KILPATRICK, 2012).

Especialmente na atenção ao parto, o domicílio e as casas de parto normal, como locais com menor influência médica e, de certa forma, distanciados das instituições hospitalares, surgem como ambientes que facilitam a autonomia e empoderamento de mulheres. No parto domiciliar, a mulher está em um ambiente que é próprio de sua vida, o que minimiza o domínio dos profissionais sobre seu corpo (LESSA *et al.*, 2014). Também as casas de parto normal constituem um cenário de estímulo à fisiologia do parir, espaço de subjetividade e intersubjetividade que visa o protagonismo feminino, com respeito à cidadania, direitos e autonomia das mulheres. O cuidado nesse cenário permite liberdade de escolhas, por meio de diálogo, atividades educativas e informativas, utilização de plano de parto, e apoio/incentivo durante o processo de parturição (PEREIRA; BENTO, 2011; GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Em contrapartida, alguns estudos partem da abordagem das relações de poder sobre uma ótica de relações solidificadas e que beneficiam o profissional da saúde e os sistemas a que eles representam, em detrimento do usuário de saúde (HAYTER, 2006; QUITETE, 2007; SIMMONDS, 2008; ALBUQUERQUE; JORGE, 2010; ALEX; WHITTY-ROGERS, 2012; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; DeSOUZA, 2013). Aponta-se que profissionais de saúde desconsideram as singularidades dos sujeitos por ele cuidados. As práticas são padronizadas e endereçadas a sujeitos previsíveis e passivos, pautadas em relações tecnificadas e no desdém dos saberes populares (ALBUQUERQUE; JORGE, 2010). Além disso, os profissionais reconhecem a existência rotineira de práticas discriminatórias e desrespeitosas na assistência a gestantes, parturientes e puérperas (AGUIAR; D'OLIVEIRA;

SCHRAIBER, 2013). Especificamente as enfermeiras, na relação de cuidado de outras mulheres, assumem o papel de sujeito quando submetem as mulheres ao modelo de racionalidade científica ao qual estão envolvidas (QUITETE, 2007).

O exame vaginal – procedimento utilizado mundialmente para avaliar o processo de trabalho de parto – é vislumbrado em um campo de controle social, agindo sobre o corpo e representando relação de poder, nesse contexto, relação de domínio. O corpo da mulher é vislumbrado como problemático, doente e transgressivo, assim como a genitália suja e poluída, que necessita ser examinada e limpa (STEWART, 2005).

O tato dos profissionais, especialmente no exame vaginal, consiste em uma manifestação externa do poder e da autoridade, onde aquele que detém o poder tem direito de tocar o ‘relativamente impotente’. Parteiras ritualizam esse procedimento e, apesar de direcionarem alguma atenção no sentido de obter o consentimento antes de realizar o exame, não explicam precisamente, nem solicitam um consentimento direcionado. Sanitizam suas terminologias em um processo de abreviação das palavras e eufemismos, retêm as informações, por exemplo, sobre detalhes do exame, assim como não informam a frequência necessária (STEWART, 2005).

Destaco especialmente no cenário do parto, que, em termos de relações entre mulheres e enfermeiras, um grande desafio consiste na partilha e negociação de perspectivas existentes entre elas. As decisões de médicos, enfermeiras, parturientes e familiares são influenciadas pelas políticas e filosofias locais (SIMMONDS, 2008). Assim, não só os sujeitos do cuidado estão envolvidos em relações de poder, mas o profissional da saúde também está submetido a leis, políticas e disciplinas (ALBUQUERQUE; JORGE, 2010).

Nesse ponto, encontra-se o limite entre responsabilização dos profissionais e imposição do saber sobre o outro (ALBUQUERQUE; JORGE, 2010). Dessa forma, atos de violência institucional não são percebidos como ações violentas, mas como o exercício de poder em um contexto considerado árduo, sob justificativas como: índole do profissional, pacientes escandalosas/não colaborativas e rotina alienante. Esse cenário condiz com o tênue limite existente entre violência e exercício da autoridade profissional, em que profissionais da saúde assumem uma posição de autoridade técnico-científica e existe uma banalização da violência travestida de boa prática (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Nota-se o avanço de alguns estudos em direção ao referencial foucaultiano, ao ponderar a importância dos discursos no entendimento do poder como capilar, agindo nas microtecnologias de regimes de disciplina e operando diariamente nos corpos dos indivíduos (HAYTER, 2006). Destaco a importância da linguagem como ferramenta política de poder e

mudança em enfermagem, com potencial para moldar cultura, história e experiências humanas. Aponta-se, ainda, a potencialidade que o discurso tem de conformar comportamentos e impor decisões. Por exemplo, ao pronunciar ‘falha ao amamentar’ a enfermeira introjeta na mulher um sentimento de impotência e culpa (ALEX; WHITTY-ROGERS, 2012). Assim, práticas linguísticas de enfermeiras e parteiras são vislumbradas do ponto de vista da disciplinarização e do modo como constroem normas do ideal para o consumo feminino (HAYTER, 2006; DeSOUZA, 2013).

Vale ainda destacar a predominância de estudos encontrados e analisados que adotam a parteira (seja *midwife*, seja enfermeira obstétrica) e o cenário de parto como objetos de estudo. O parto é um momento singular na vida de uma mulher em que há grande intensidade de relações, envolvendo decisões como o tipo de parto e medidas de alívio da dor. Como as parturientes, na maioria das vezes, são indivíduos saudáveis e não necessitam de tratamentos de saúde, são capazes de fazer escolhas sobre o nascimento, mas também se mostram como dependentes de relações que as suportem durante o parto. Assumem ainda uma posição de fragilidade pelo constante relacionamento com o conceito que está a nascer, o que gera dificuldade de escolhas (SIMMONDS, 2008).

Parteiras são consideradas capazes de estabelecer relações que fomentem o empoderamento e autonomia das mulheres, pela intensidade e proximidade da relação que estabelecem, e por meio da criação de oportunidades para que as mulheres decretem suas escolhas (GOLDBERG, 2005; SIMMONDS, 2008). Mas vive-se o desafio de buscar o equilíbrio entre as suas próprias concepções, imposições da profissão e da instituição a qual se vinculam, com o imperativo de permitir a autonomia de escolha das mulheres e advogar por seus direitos (SIMMONDS, 2008).

A parteira convive com a dualidade entre se libertar de sua opressão e, ao mesmo tempo, se sentir receosa em assumir um comportamento de poder:

[...] quando senhoras de si, de suas vidas, de seus corpos, portanto empoderadas, as enfermeiras constituirão fundamentais agentes de transformação paradigmática no rumo da consolidação da humanização através do poder partilhado com as mulheres de que cuidam (QUITETE, 2009, p.320).

2.2.2 Cuidado de si de enfermeiras: escape aos poderes ou mais uma normatização?

Algumas publicações contribuem para o entendimento do cuidado de si de enfermeiras, apesar de não se ocuparem explicitamente da filosofia na perspectiva pós-estruturalista. Especificamente sob o referencial foucaultiano, o exercício de práticas de cuidado de si pressupõe um contexto de liberdade, em que, pelos modos de subjetivação, se constituem, definem, organizam, instrumentalizam as estratégias em relação aos outros: ‘a quem autorizar e o quê’. As tecnologias do “eu” são campo privilegiado da subjetivação e deste domínio ser-consigo, e consistem em certo número de operações efetuadas por indivíduos sobre seu corpo e alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, obtendo-se, assim, uma transformação de si mesmo, em busca de certo estado de felicidade, imortalidade (FOUCAULT, 2004; VEIGA-NETO, 2003b).

Alguns fatores que implicam no cuidado de si de enfermeiras foram apontados nos estudos: constituição histórica da enfermagem; necessidade de autorreflexão; posição social da enfermeira como mulher e profissional da saúde e movimentos de resistência de enfermeiras (QUITETE, 2007; 2009; FLETCHER, 2007; LOPES; MERIGHI; GARANHANI, 2010; DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011; NASH, 2011; PEREIRA; BENTO, 2011; GREGORIO; PADILHA, 2012; VIEIRA *et al.*, 2013; GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

A constituição histórica da enfermeira parte do pressuposto que a corporeidade, ou seja, o corpo no mundo é formado por influência da história (LOPES; MERIGHI; GARANHANI, 2010). Além disso um artigo aponta a potencialidade da prática de autorreflexão do corpo de enfermagem para propiciar mudanças das ações e consequentemente da realidade de desvalorização da classe profissional (QUITETE, 2007). Também se valoriza a importância do cuidado de si de enfermeiras, por meio do modo como a enfermeira se vê e se reconhece no mundo, do que se considera capaz de vir a ser e como utiliza essas capacidades, para questionar o próprio poder e assim permitir o empoderamento de mulheres das quais cuida (QUITETE, 2009).

Alguns textos enfatizam a posição social ocupada pela enfermeira, numa profissão majoritariamente feminina e permeada por desigualdades de gênero, que se sustentam no patriarcalismo. Tais fatos se expressam em relações de poder cristalizadas, em situações de submissão a outros profissionais (especialmente médicos) e em comportamentos e condutas normatizadas. Esse contexto é associado à vivência de desprazer, sofrimento e baixa identificação institucional, além de impactar negativamente na qualidade da assistência prestada (FLETCHER, 2007; BARBOSA *et al.*, 2011; BARROS *et al.*, 2012; VIEIRA *et al.*,

2013). A posição social da enfermeira também está relacionada ao alto risco de sofrer agressões psicológicas decorrentes, em sua maioria, da desigualdade de gênero (BARBOSA *et al.*, 2011).

Além de ser estigmatizada como mulher, a enfermeira, detentora de saberes, enfrenta cobrança externa e interna em relação às suas atitudes com o próprio corpo. O ato de amamentar, por exemplo, é uma imposição à enfermeira, quando esta não assume apenas a condição de puérpera, mas também de alguém que ‘sabe’ que o aleitamento materno é fundamental (BARROS *et al.*, 2012).

Sob a lógica do patriarcado, a opressão é uma realidade para as mulheres e, para as enfermeiras, é a norma na qual elas são criadas como mulheres e se desenvolvem como enfermeiras (FLETCHER, 2007). Assim, a história revela que os treinamentos aos quais a enfermeira foi submetida não visavam somente o desenvolvimento de habilidades, mas torná-la útil para a instituição, por meio da manipulação de seus elementos, gestos e comportamentos (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Ainda no sentido de controle sobre os corpos das enfermeiras, uma estratégia que sustenta a prescrição e imposição de condutas para elas em relação ao próprio corpo e vida é o discurso da experiência vicária. Nash (2011) aponta a importância do poder da enfermeira para decidir ou não sobre o uso do preservativo nas suas relações sexuais, enquanto experiência vicária influenciando na autoeficácia do uso de preservativos por parte de mulheres cuidadas por elas.

Aponta-se ainda o desconhecimento e a dificuldade das enfermeiras em pensar e falar sobre si mesmas, como mulheres cuidando de mulheres: “[...] ‘Quem é essa mulher? Será que estou falando de mim? Será que ainda não sei quem eu sou?’[...]” (QUITETE, 2007, p. 40). As enfermeiras não se reconhecem sujeitas de suas vidas o que contribui para que também não reconheçam este protagonismo nas mulheres que cuidam. Portanto, assumem o papel de sujeito inconscientemente, e submetem as usuárias ao papel de coadjuvantes (QUITETE, 2007).

Mas as enfermeiras também se mostram em movimento, almejando estudar, trabalhar e ter independência financeira com intuito de crescimento e de emancipação. Estão em busca de serem sujeitos de suas vidas e corpos no cotidiano, superando os limites das relações de poder, buscando distinção, criando rotas de fuga e resistências (QUITETE, 2007; GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Historicamente, as enfermeiras tanto exerceram quanto sofreram a ação do poder, com destaque para o movimento de luta e resistência ao poder-saber institucionalizado. Destacam-se estratégias de fuga das enfermeiras em prol da melhoria da qualidade da assistência à mulher, embasando-se no discurso crítico de cunho científico (GREGÓRIO; PADILHA, 2012). Nesse

sentido, almeja-se e aponta-se a vivência, por parte da enfermagem, de um período de transição paradigmática a caminho de outro paradigma, que questione as diversas formas de privilégios e opressões (VAN HERCK; SMITH; ANDREW, 2011; GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Vive-se nas fronteiras – balanço entre o que de antigo permanece e o que deve ser abandonado – o confronto entre o conhecimento biomédico adquirido e as experiências do cotidiano, e esse enfrentamento ao conhecimento colonizador dá início a um processo de emancipação. A ruptura é como um tempo de morte que traz o novo à luz “[...] porque eu já não acreditava naquilo, eu ia ter que pular aquela linha. Voltar não era a opção [...]” (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013, p. 767). Nessa exploração das subjetividades apresentam-se as práticas emancipatórias, que são formuladas considerando e partilhando com a mulher usuária em uma relação de liberdade para ambas. Todo processo emancipatório é autoconhecimento, ele não se descobre, cria (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Assim, diante da revisão integrativa realizada, considera-se que o conhecimento pode ser produzido sob o ângulo de diferentes paradigmas em relação ao cuidado de enfermagem, característica que a revisão integrativa permite captar, pois a metodologia de seleção dos estudos possibilita a inclusão de diferentes abordagens e métodos.

De modo geral, os estudos apresentados demonstram um estado da arte do conhecimento produzido de forma majoritariamente qualitativa, por diversas metodologias e teorias complementares, mas concentrado especialmente em referenciais teóricos de uma perspectiva libertadora, ou seja, de sujeitos ativos, autônomos e emancipados.

A análise das relações de poder apresentada enfoca a busca por relações igualitárias entre profissional-usuário, ancoradas nos princípios da humanização, integralidade, cidadania e garantia de direitos humanos para a construção de uma perspectiva emancipatória do sujeito. Além disso, os estudos indicam um campo de relações cristalizadas e de dominação em contrapartida à perspectiva foucaultiana do poder capilar e de produção subjetiva.

Embora os estudos apresentados possuam elementos do cuidado de si de enfermeiras, eles não se referem diretamente à perspectiva foucaultiana e não se direcionam para o entendimento dos efeitos destas relações sobre a vida e corpos da enfermeira. Os estudos se direcionam para a discussão dos impactos do cuidado de si na prática e na autonomia profissional da enfermagem.

Na relação com o outro (com outras mulheres) se destaca a consideração de Foucault em que é possível jogar com o mínimo de dominação, tendo o profissional importante papel diante de seus saberes. Apesar de poucos, ressaltam-se os estudos que contribuem para o

entendimento dos discursos sobre o poder na sua forma capilar, operando constantemente nos corpos dos indivíduos.

*CAPÍTULO 3 -
PERCURSO
METODOLÓGICO*

3.1 Delineamento teórico-metodológico

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, ancorada em perspectiva pós-estruturalista e no referencial teórico-metodológico de Michel Foucault. Consiste ainda em pesquisa social em saúde, entendendo este conceito, segundo Minayo (2010, p.47), como: “[...] os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica [...]”.

Quanto à pesquisa social, Minayo (2010) apresenta algumas especificidades do campo das ciências sociais, entre as quais se destacam-se: o objeto de pesquisa ser histórico – as sociedades vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro; a relação entre sujeito investigado e sujeito investigador ser crucial já que “[...] a visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento” (MINAYO, 2010, p.42), e o objeto das ciências sociais ser essencialmente qualitativo, já que contempla o conjunto das expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas relações, nos sujeitos, nos significados e nas representações.

O pós-estruturalismo se mostrou como a corrente mais adequada para orientação deste trabalho visto que utilizar este referencial significa, em primeiro lugar, questionar o que é a realidade, quem são os indivíduos e como estes se relacionam socialmente para promover saúde. Essa perspectiva teórica considera que a realidade e as verdades são construções sociais produzidas na articulação entre discursos dominantes e emergentes, que procuram manter ou modificar certos entendimentos e práticas sociais estabelecidas (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

No campo do pensamento pós-estruturalista, encontram-se as contribuições de Michel Foucault para aprofundar a compreensão sobre a constituição dos sujeitos, as relações de poder e a produção de subjetividade. Nesta perspectiva ocorre ainda um desaparecimento das divisões entre micro e macroestrutura e a constituição de um espaço social que é simultaneamente híbrido e próprio (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Considera-se a metodologia proposta por Foucault como arqueológica, enquanto trata tanto os discursos que articulam o que se pensa, diz e faz, como os acontecimentos históricos; e genealógica, enquanto deduz da contingência do que fez ser o que se é, a possibilidade de não mais ser, fazer ou pensar o que somos, fazemos ou pensamos (FOUCAULT, 2000).

A crítica vai acontecer não mais na pesquisa das estruturas formais que tem valor universal, mas como pesquisa histórica através dos acontecimentos que nos levaram a nos constituir e a nos reconhecer como sujeitos do que fazemos, pensamos e

dizemos. Nesse sentido, essa crítica (...) é genealógica em sua finalidade e arqueológica em seu método (FOUCAULT, 2000, p.347).

O desenvolvimento deste estudo se aproxima da perspectiva das pesquisas pós-críticas em educação, que, segundo Paraíso (2004), no Brasil tem caminhado especialmente no sentido de responder as questões: “como nos tornamos o que somos?” e “que técnicas e tecnologias são acionadas na produção de determinados tipos de sujeitos?”, em uma perspectiva de substituições, rupturas e mudanças de ênfases em relação às pesquisas críticas.

3.2 Produção de dados

O estudo não tem como objeto o conhecimento de uma instituição específica e, portanto, não se vinculou a um cenário de estudo. As participantes são mulheres, enfermeiras obstétricas de nítido reconhecimento, por parte de quem as indica, na atuação do cuidado a outras mulheres. Essa escolha partiu do pressuposto de que sejam mulheres que, no tocante ao corpo de outras mulheres, tem uma ação diferenciada, por meio da produção de práticas discursivas emergentes e incentivo, apoio a mulher no protagonismo de vida e decisão sobre os corpos. Desse modo a amostragem selecionada é aquela não-probabilística e intencional, tratada por Patton (2002) como *amostragem extrema ou desviante*, ou seja aquela que seleciona estrategicamente casos ricos em informação, que apresentam manifestações extraordinárias ao fenômeno de interesse (PATTON, 2002).

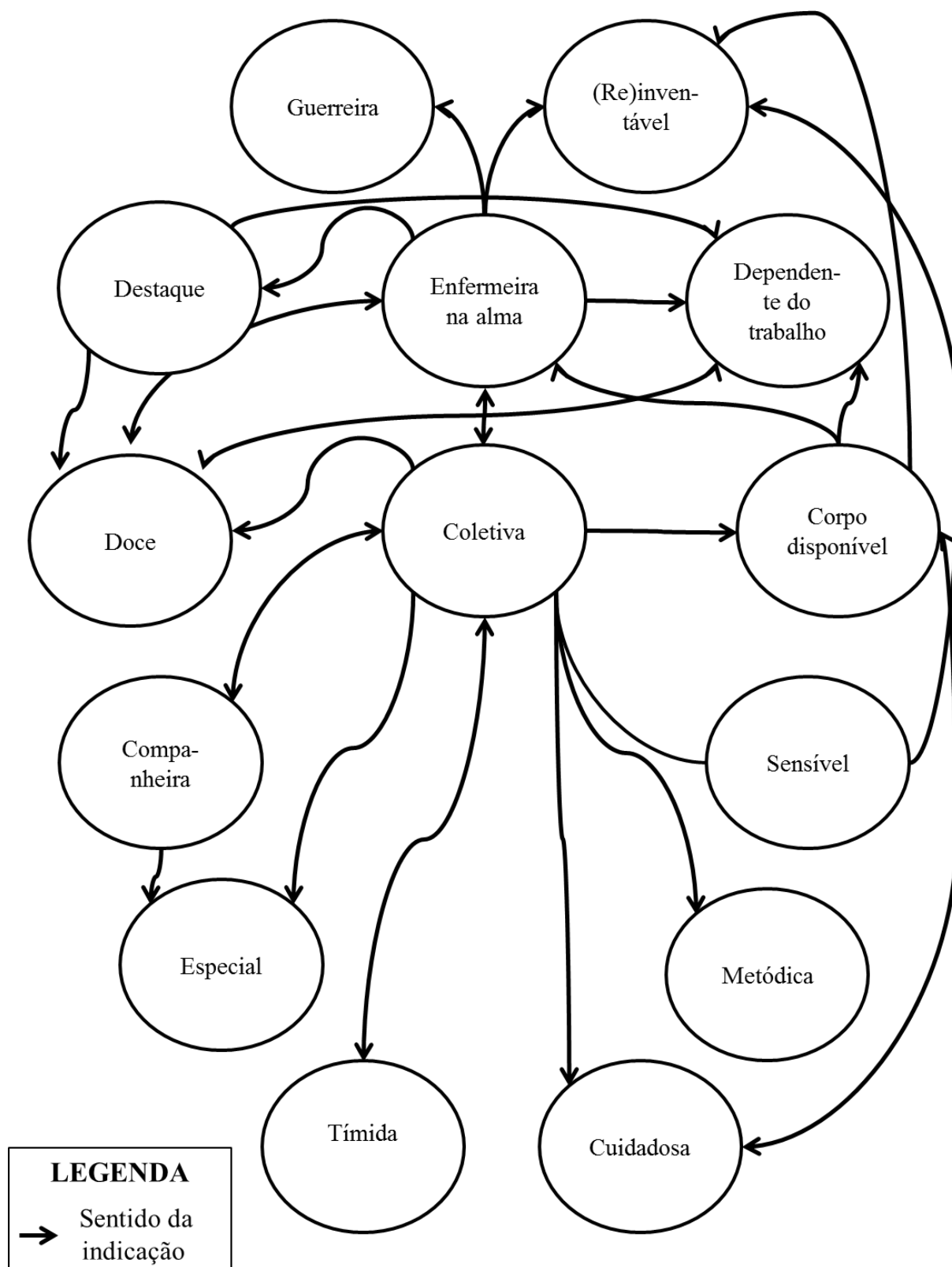
Além disso, optou-se por uma técnica amostral denominada *snowball ou amostragem de cadeia*, técnica muito utilizada em pesquisas sociais onde se identificam casos de interesse que provavelmente conheçam outras pessoas de interesse. Desse modo, os participantes iniciais do estudo indicam novos participantes, que por sua vez, indicam outros participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994; PATTON, 2002). Portanto é uma técnica que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede. Albuquerque (2009) esclarece que a forma mais confiável na aplicação de uma pesquisa em cadeias de referência é aquela que consegue coletar o máximo de informações sobre todos os membros da rede (*complete network design*). Os primeiros participantes contatados na aplicação da pesquisa são as “sementes” e esse mesmo indivíduo indicará outra(s) pessoa(s) de seu relacionamento/conhecimento para que também participem da amostra, esses são os “filhos” das “sementes” (no caso, “filhas”).

Para que se tenha uma amostra considerável, deve-se selecionar um número inicial de “sementes”, que, preferencialmente, exerçam certa liderança no espaço a ser estudado,

conheçam muitos membros da localidade e que esses sejam de diversificados ramos de formação e atuação. Em redes sociais complexas é mais fácil um membro da população conhecer outro membro do que os pesquisadores identificarem os mesmos, o que se constitui em fator de relevância para as pesquisas que pretendem se aproximar de situações sociais específicas (ALBUQUERQUE, 2009).

Desse modo, para identificação das participantes, partiu-se do convite e entrevista com duas enfermeiras obstétricas, selecionadas especialmente por possuírem ampla rede de contatos, bem como inserção multicêntrica e vasta experiência na área. A elas foi solicitada a indicação de outras enfermeiras obstétricas, buscando incluir participantes com inserção em diferentes espaços de atenção à mulher – acadêmico, hospitalar, APS, formulação de políticas relacionadas à saúde da mulher, conselhos ou associações de classe. No momento da indicação das demais enfermeiras obstétricas, algumas participantes (quatro delas) enfatizaram considerar importante que fossem incluídas enfermeiras da “velha guarda”, mas também outras mais novas (de idade e de prática assistencial), pois acreditavam serem as histórias diferentes e terem grande significado para as mulheres sob cuidado. Em seguida foram entrevistadas as enfermeiras indicadas por elas, e estas, por sua vez, indicaram outras enfermeiras de nítido reconhecimento na área.

Patton (2002) destaca que inicialmente as indicações podem divergir resultando em muitas fontes possíveis recomendadas, mas em seguida alguns informantes-chave são mais e mais recomendados. Nesse sentido foi interessante observar que realmente se formou uma rede em que as indicações se repetiam e, a cada entrevista, as histórias de vida se entrecruzavam, conforme exemplificado pelo diagrama das indicações (FIGURA 2). Nesse diagrama contruído, optou-se por incluir apenas as indicações que foram entrevistadas. Conforme recomendado por Patton (2002) é preciso valorizar a importância especial das participantes recomendadas por diferentes informantes (Re-inventável; Dependente do trabalho; Corpo disponível; Cuidadosa; Especial; Doce; Enfermeira na alma; Coletiva). Além disso, foi possível entrevistar pessoas de diversas localidades – em Minas Gerais e em outros estados.

Figura 2: Rede de indicações de enfermeiras de nítido reconhecimento.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Ademais, durante a realização das entrevistas, observou-se a tendência das participantes de, ao indicar outras “filhas”, utilizar adjetivos, qualidades ou características dessas mulheres para justificar o motivo da indicação para compor o grupo de participantes da pesquisa. Em alguns casos, a própria entrevistada, ao falar de si, dizia suas características. Dessa forma, enfatizando a singularidade de cada mulher entrevistada, optei por reunir as características relatadas e apresentá-las no quadro 2. Esse dado permite a visibilidade de alguns motivos pelos quais as entrevistadas foram indicadas.

Ao longo do estudo, as participantes foram mencionadas com um código alfa-numérico formado por EO para simbolizar “enfermeira obstétrica”, acrescido de um número (de 1 a 14) aleatório, independente da ordem das entrevistas e sem distinção entre “sementes” e “filhas”. Na coluna de “adjetivo”, esses códigos foram utilizados entre parênteses para descrever quem caracterizou tal participante – outra participante ou a mesma. Também sinalizei em *itálico* o adjetivo mais marcante, utilizado na FIGURA 2 anteriormente apresentada:

Quadro 2: Adjetivação das enfermeiras.

Código	Adjetivo/ Característica
EO1	Eu sou do interior, a gente é um ser muito frágil, a gente é um bicho muito forte, potencial de reinventar (EO1) – <i>(re)inventável</i>
EO2	Ela é bacana, é muito <i>sensível</i> (EO8)
EO3	<i>Guerreira</i> , bem legal, bem especial (EO10)
EO4	Envolvida com a docência, <i>destaque</i> para a formação (EO10)
EO5	“Bota ‘quê’ do cuidado disso (EO12) – <i>cuidadosa</i>
EO6	Muito <i>especial</i> , eu vejo ela mudar e ganhar força como enfermeira (EO8)
EO7	Muito <i>tímida</i> , ela é maravilhosa (EO8)
EO8	Ela vai pra lida mesmo, a mulher mais <i>coletiva</i> que eu já vi nessa vida, divide com todos e com todas, ela elevou essa E.O, ela é coerência pura, muito digna, muito honesta, muito íntegra (EO9); é a pessoa ideal, essa mulher tá abraçando o mundo (EO7); nosso espelho, nossa pupila (EO14)
EO9	Uma <i>companheira</i> , ES-PE-CIAL (EO8); Eu busco a questão das coerências, vislumbro a possibilidade de mudança e de transformação (EO9)
EO10	Apaixonada com o partear (EO10); Uma colega forte maravilhosa, muito intensa, eu vejo ela mais dentro e eu vejo ela mais fora, <i>enfermeira na alma</i> , é a FORÇA da enfermeira obstétrica... a representação da enfermeira obstétrica (EO8); Grande incentivadora (EO4)
EO11	É um <i>doce</i> , coisa fofa (EO8); eu sempre fui mais holística (EO11)
EO12	<i>Corpo</i> extremamente <i>disponível</i> ao outro (EO5)
EO13	Eu não dava conta de parar de trabalhar, cada parto legal me alimenta, eu alimento através do parto que eu vivencio da mulher. Não consigo me ver como mulher, como pessoa sem ter esse alimento (EO13) - <i>Dependente do trabalho</i>
EO14	A gente é muito <i>metódica</i> (EO14)

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Sob o entendimento foucaultiano de relações de poder, compreende-se que tais relações se deem por meio de difusão e capilaridade, atingindo a totalidade dos discursos, das atitudes e dos pensamentos, sendo denominadas como “micropoderes”, já que dizem respeito a realidades concretas e cotidianas dos indivíduos. Assim, o estudo das relações de poder, muito mais que análise jurídica ou institucional (que se baseia em racionalidades específicas), exige o confronto empírico das estratégias de poder/resistência, ancorado no entendimento do poder não compreendido na esfera teórica, mas como algo que parte da experiência (FONSECA, 1995).

Dessa forma, de modo a compreender o discurso que emana e que produz relações de poder proveniente das enfermeiras obstétricas, optou-se por utilizar, como técnica privilegiada para a produção dos dados, a entrevista aberta em profundidade. Minayo (2010, p.262) discorre sobre este instrumento “[...] em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões”. Existe nesse instrumento a possibilidade de atingir regiões inacessíveis à simples pergunta e resposta já que quanto menos estruturada é a entrevista, mais permite emergir e ressaltar os níveis sócio-efetivo-existenciais. Destaca-se a subjetividade de entrevistado e entrevistador em uma produção de relação intersubjetiva (MINAYO, 2010).

Minayo (2010) afirma que a entrevista, quando analisada, precisa incorporar o contexto de sua produção e, se possível, ser complementada por informações advindas da observação. Assim, também foi utilizado o diário de campo do pesquisador para anotação das percepções contextuais provenientes da observação subjetiva. Os diários foram redigidos logo após as entrevistas, sempre que possível no mesmo dia da coleta, com o auxílio, em alguns casos, de áudios gravados imediatamente ao finalizar a entrevista. O conjunto de dados provenientes de diário de campo é composto de 20 páginas que foram analisadas juntamente com as entrevistas transcritas.

A coleta de dados foi iniciada por meio de entrevista com cada uma das sementes previamente selecionadas. Juntas, as duas sementes indicaram 15 enfermeiras obstétricas, sendo que uma delas foi indicada simultaneamente por ambas as sementes e uma das sementes indicou a outra semente, já entrevistada. Portanto, em seguida disparei o convite para as 13 indicações e à medida que respondiam o convite e apresentavam disponibilidade iam sendo entrevistadas. Desse modo todas as filhas de sementes (totalizando 14 entrevistas) foram entrevistadas, com exceção de uma que não respondeu ao convite, mesmo após o contato telefônico e contato por *e-mail*. Tal dificuldade de inclusão dessa enfermeira havia sido anunciada pelas participantes no ato da indicação.

Cada “filha” entrevistada indicou outras enfermeiras obstétricas, totalizando 39 indicações nesta segunda onda, porém retirando as repetições, 27 enfermeiras obstétricas. Destas 27 indicações, dez já haviam sido incluídas, por serem também indicações das sementes. Portanto, 17 enfermeiras indicadas pelas “filhas” não foram entrevistadas, e essa tomada de decisão de acordo esteve relacionada às oportunidades e necessidades, ao alto volume de material já coletado até esta etapa, à necessidade de análise em profundidade de todo o material e à disponibilidade de pouco tempo inerente ao processo de formação do mestrado.

O contato inicial com cada participante era disparado por meio de contato telefônico (na maioria das vezes) e, posteriormente, ou em outros casos, era realizado o envio de carta convite por *e-mail* (Apêndice I). Ressalto a facilidade de aceitação de participação na pesquisa, seja porque tinham sido indicadas por outras enfermeiras obstétricas de seu conhecimento, seja por acreditarem na importância da pesquisa.

Por outro lado encontrei dificuldade de disponibilização de horários por parte das enfermeiras obstétricas para a realização das entrevistas e, em alguns casos, foram realizadas tentativas de agendamento por cerca de dois meses. Essas mulheres se encontravam ocupadas na maioria dos seus dias, especialmente cuidando de filhos, casa, nas jornadas de trabalho organizadas em escalas de plantões e/ou com mais de um vínculo empregatício. Para driblar esse dificultador, e de forma a realizar a coleta em ambientes de conforto para as participantes, disponibilizei os finais de semana, feriados, os três turnos do dia e propondo-me a deslocar ao local de escolha das participantes. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas em diferentes horários, dias da semana e locais, incluindo: salas de reunião nos locais de trabalho da participante (na maioria dos casos), seja em horário ou não de expediente; domicílio; evento científico em que a enfermeira estava participando; e locais públicos: cafeteria, saguão de hospital. Quando as participantes estavam em horário de trabalho, ocorreram alguns inconvenientes como interrupções na coleta, por necessidade de atender a demandas do serviço.

No geral, os ambientes nos quais foram realizadas as entrevistas permitiam a privacidade das participantes. Eram locais calmos, silenciosos, com ínfimas interrupções e que possibilitaram boas gravações do áudio. Tal percepção de privacidade ocorreu mesmo quando os locais das entrevistas consistiam em espaços públicos ou estavam ocupados por outras pessoas, nesse caso, a impressão que tinha era a de ser mais “uma” na multidão. Destaco a última entrevista realizada que foi gravada em uma cafeteria, mas, que durante a coleta de dados, não demonstrava estar tão ruidosa quanto foi identificado no momento de transcrição do áudio, o que comprometeu a captação de alguns discursos, especificamente dessa participante.

Ademais, ocorreu dificuldade de agendamento das entrevistas com as participantes residentes em outros municípios/estados (4). Em dois casos, a coleta foi realizada na ocasião de um evento em que a participação da pesquisadora era prevista, na cidade de origem das participantes, em outro caso houve deslocamento até o município em um dia comum, agendado previamente e, no último, a coleta foi agendada em uma vinda da participante à Belo Horizonte.

No início das entrevistas, realizei o levantamento de algumas informações pessoais das participantes, de forma a caracterizá-las no estudo, a partir de alguns quesitos: idade, situação conjugal, instituição de formação, tempo de titulação em enfermagem obstétrica e local de trabalho. As informações profissionais foram complementadas com buscas no currículo lattes, para aqueles casos em que as informações recebidas durante as entrevistas se mostravam insuficientes.

Desse modo, as enfermeiras obstétricas que participaram deste estudo apresentam perfis diversos com destaque para um perfil profissional diferenciado: idade média de 44 anos (43% de 30 a 40 anos, 25% de 41 a 50 anos, 25% acima de 50 anos); algumas casadas (36%), outras divorciadas (36%) ou solteiras (25%); algumas atuantes na docência, outras na assistência e/ou gestão. Cerca de 57% das enfermeiras obstétricas citaram sua atuação na modalidade de parto domiciliar assistido. Em relação à formação, a maioria das mulheres participantes da pesquisa se graduou em universidades públicas (cerca de 64%), e, além da especialização *lato sensu* em obstetrícia cerca de 70% delas possuem ou estão cursando pós-graduação *stricto sensu*. O tempo médio de titulação em enfermagem obstétrica foi de aproximadamente 14 anos (14% com até cinco anos, 14% com seis a 10 anos, 43% com 11 a 20 anos e 25% com mais de 20 anos). Muitas delas (42,9%) relataram experiências na enfermagem, em outras áreas do cuidado, anteriores à escolha pelo campo da obstetrícia, declarando que, em um dado momento, se deslocaram para o cuidado à mulher.

A condução inicial da entrevista, por meio das questões referentes ao perfil da participante, consistiu em uma estratégia interessante para disparar processos de reflexão das mulheres sobre suas vidas e auxiliar no processo de desinibição, especialmente quando elas relatavam sobre suas trajetórias profissionais. De forma híbrida ao percurso profissional, eram relatados momentos importantes da vida como casamento, nascimento dos filhos e algumas escolhas sobre o corpo. Entretanto, notou-se certo incômodo das participantes ao serem questionadas sobre a situação conjugal.

As questões disparadoras da entrevista foram: “Gostaria que me contasse uma situação em que você teve que tomar uma decisão sobre o seu corpo e como essa(s) experiência(s) afeta(m) o cuidado que você presta às outras mulheres”. Além disso, ao final da entrevista, era

solicitada a indicação de alguma enfermeira obstétrica (podendo ser mais de uma) de nítido reconhecimento da sua atuação nos cuidados a outras mulheres. Destaco que uma diversidade de temáticas surgiu a partir das duas questões disparadoras. Em termos operacionais das entrevistas, como envolviam o campo subjetivo das participantes e com a finalidade de reduzir as induções na entrevista aberta, utilizei algumas estratégias na condução das entrevistas, tais como: refazer a pergunta com outras palavras e utilizar frases ditas por elas para solicitar que se aprofundassem em um ou outro tema (“você estava de falando de tal coisa poderia me contar um pouco mais?”). Além disso, pelas intersubjetividades pesquisador-participante anuncio que emocionei-me algumas vezes, induzi algumas respostas e deixei de fazer perguntas que, depois, considere importantes, fatos que não foram extraídos dos trechos apresentados nos resultados.

No momento de indicação de pessoas do convívio próprio ou quando ficavam cientes que haviam sido indicadas por outras enfermeiras de sua rede de contatos, algumas participantes (com destaque para uma delas) demonstraram certo receio em contar sua própria vida. Por isso, tomou-se o cuidado de enfatizar o sigilo da pesquisa que, apesar de cada participante ser indicada e, por isso conhecida por outra participante, em nenhum momento seus discursos seriam associados a dados próprios que a pudessem identificar. Após essas explicações, notei a ocorrência de tranquilidade para falar de si.

Destaco a perda de certo conteúdo da segunda entrevista, pois esta participante solicitou a leitura do roteiro antes do início da entrevista e, logo após a leitura, iniciou sua narrativa de cuidado, sem permitir a gravação do áudio. Ela afirmou que iria elaborar a linha de pensamento e em seguida me permitiria gravar. O discurso apresentado nesse momento foi descrito com a maior riqueza de detalhes possível no diário de campo do pesquisador.

Em geral, o momento da coleta de dados, em que se procedia à solicitação do relato de uma decisão sobre o próprio corpo, consistiu em um marco das entrevistas, composto por espanto, pausas longas, silêncios, dificuldades de falar de si. Além disso, consistia em um momento de desconstrução do que esperavam em relação à entrevista, quando citavam a expectativa em torno do conceito de “cuidado de si”, enquanto um sinônimo de autocuidado. Acerca desse ponto, algumas entrevistadas, ao final da entrevista, questionavam sobre o objeto de estudo, pois esperavam que fossem realizadas outras questões sobre o autocuidado da enfermeira obstétrica. Ao explicar sobre a subjetividade do tema e o interesse nas relações de poder, resistências e cuidado de si, novos elementos surgiam e o áudio continuava sendo gravado.

Desse modo, na maioria dos casos, a entrevista aberta em profundidade permitiu reflexões das enfermeiras obstétricas. Esse processo de reflexão ocorreu por meio de técnicas

mentais de atenção a si mesma e de construção de uma narrativa de si. Na integralidade das histórias narradas por cada uma das enfermeiras obstétricas, fica mais evidente esse potencial de reflexão. A ocorrência desses processos de reflexão foi almejada durante a construção da metodologia de pesquisa.

No total foram realizadas 14 entrevistas áudio-gravadas, no período de 15 de abril a 05 de setembro de 2016, com duração média de 32 minutos e 24 segundos, totalizando sete horas, 33 minutos e 43 segundos. Essas entrevistas foram transcritas na íntegra e, como forma de prepará-las para a análise do discurso, foi utilizada uma simbologia específica:

- a) () Incompreensão de palavras ou segmentos.
- b) (hipótese) – Hipótese do que se ouviu.
- c) / Truncamento.
- d) MAIÚSCULA Entonação enfática.
- e) ::: Prolongamento de vogal ou consoante.
- f) - - Silabação.
- g) ? Interrogação.
- h) ... Qualquer pausa.
- i) ((minúscula)) Comentários descritivos.
- j) -- -- Comentários que quebram a sequência temática da exposição.
- k) [Superposição, simultaneidade de vozes.
- l) (...) Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto.
- m) “ ” Citações literais de textos, durante a gravação (MARCUSCHI, 2003, p.9-13).

Acrescentou-se ainda a simbologia { } quando era necessário registrar comentários com percepções da coleta ou da transcrição, por exemplo, {risos} ou {bocejo}, negrito para destacar partes dos trechos que mereciam destaque e o tempo do áudio ([00:08:54.12]) quando ocorria incompreensão de palavras ou segmentos. A utilização de todos estes símbolos visa produzir um volume de dados minuciosamente transcrito. No total foi produzido um volume de 152 páginas de transcrições.

No transcorrer da dissertação, os trechos das transcrições utilizados são apresentados em sua literalidade, e os símbolos de quebra de sequência temática (--), pausa (...) e truncamento (/) auxiliam no processo de manter o sentido dos discursos, mesmo realizando recortes. Além disso, nesse processo de recortes, nos casos em que as frases precisaram ser recortadas, utilizou-se a simbologia [...]. Também foram acrescentadas as simbologias (P) para denominar falas do pesquisador e (XX) para substituir nomes de pessoas, locais ou expressões que poderiam, no conjunto das transcrições, propiciar a identificação dos participantes.

3.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi sustentada no método de análise de discurso, tendo como base conceitual Foucault. Considera-se que o discurso transcende a linguagem, sendo o procedimento de análise um processo de identificação de sujeitos, de argumentação, de subjetivação e de construção da realidade, perpassadas por relações de poder, institucionalização de identidades sociais, manifestações humanas. Assim, o discurso passa a ser delimitado não pelo seu sentido imediato, mas pela prática discursiva, que, no seu interior, constrói o sentido. A linguagem torna-se instrumento de poder que reflete uma prática traduzida no discurso político (MACEDO *et al.*, 2008; PIOVESAN *et al.*, 2006; MELO, 2009)

A análise de discurso possibilita o acesso a aspectos mais amplos do sujeito – a história, as relações sociais: “O discurso expressa o sujeito com suas estratégias de interlocução nas diferentes posições e conjunturas que o constituem” (MACEDO *et al.*, 2008, p.652). Dessa forma, o que emerge do discurso não é tanto o fato, mas sim as margens, os contornos do seu sentido de produção e a sua própria versão, de forma que a singularidade de cada ser contempla a mediação entre indivíduo e realidade social (ORLANDI, 2003).

Especificamente no campo da pesquisa qualitativa em saúde, o método de análise de discurso possibilita captar o sentido não explícito do discurso, aproximando-se do processo saúde-doença por meio da interpretação da linguagem. Considera-se que, na saúde, os discursos dos sujeitos projetam sua visão da sociedade e da natureza, da historicidade das relações, da forma de organização da sociedade, das condições de produção e reprodução social. E sendo a compreensão do discurso diretamente ligada à compreensão das relações sociais que ele expressa, enfatiza-se o caráter qualitativo dessas pesquisas (MINAYO, 2010).

Macedo *et al.* (2008) explicitam alguns pontos nodais de atenção durante o processo de análise de discurso, entre os quais destacam-se: o silêncio não verbalizado; aquilo que é explicitamente incluído; o tom da voz; falas que se esvaziam de sentido; recorrência de determinadas palavras; a maneira de organizar uma narrativa; e as referências intertextuais a outros textos, sejam elas (in)voluntárias ou im(ex)plícitas (MACEDO *et al.*, 2008).

O processo de análise de discurso exige ainda um grande esforço do pesquisador, já que devem ser explicitadas as subjetividades e singularidades dos indivíduos, e também as particularidades e questões estruturais, em uma dinâmica entre o que é interno e externo ao sujeito. Assim, proporciona encontros entre sujeitos contextualizados histórica e socialmente e diversidades culturais e subjetividades (MACEDO *et al.*, 2008). Portanto, busco apresentar a produção de uma narrativa coletiva, demonstrando os discursos dominantes existentes, mas

também tive o cuidado de dar espaço às singularidades, especialmente quando se tratavam de discursos emergentes. Por isso, a demonstração da adjetivação dadas às participantes busca lembrar que, por trás do discurso, mesmo que coletivo, há a figura de uma pessoa diferente e singular.

Além disso, todo discurso é produzido a partir de um lugar, com certo conteúdo – intenção, mensagem – e destinado a certa finalidade e receptor (MACEDO *et al.*, 2008). Por isso, se destaca mais uma vez que a interação pesquisador-participante é inevitável e, mais do que isso, crucial para o alcance dos resultados.

Sabe-se que existem muitas definições de discurso e diversos autores e autoras de análise e dependendo do conceito de discurso utilizado, a concepção de análise de discurso adquire significados diferentes. Diante do objeto desse estudo, optou-se pela abordagem de Michel Foucault, para quem o discurso consiste em:

Práticas que formam sistematicamente os objetos de que falamos. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2007a, p.55).

Apesar do amplo legado foucaultiano para os conceitos ligados a teoria, produção e análise do discurso, especialmente em suas obras “A arqueologia do saber (1969)” e “A ordem do discurso (1970)”, não foi seu objetivo, em sua trajetória discursiva, definir uma forma estruturada do *modus operandi* de análise. Essa “não-estruturação” é uma característica que se relaciona com a orientação Pós Estruturalista deste estudo.

Nesse ponto, vale ressaltar que, ao analisar os discursos foram consideradas suas especificidades, o quer dizer que o funcionamento dos discursos não está pré-definido à espera das leituras, como se fosse satisfatório analisá-los com um arsenal de ferramentas metodológicas e um “modelo” de dinâmica discursiva para decifrá-lo (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013). Assim, pretende-se, pela materialidade dos dados empíricos, apreender, parcialmente, os discursos e a ausência de metodologia para o processo de análise não significa em deficiência de rigor, cuidado e responsabilidade, pois existe a preocupação em escolher, adaptar e criar estratégias. A busca está em compreender a forma como o poder domina, se faz obedecer e é exercido, quais os efeitos do seu exercício em seus mecanismos, em suas relações, nos diferentes níveis e campos de extensões na sociedade (FOUCAULT, 2012).

Sendo ainda é possível adotar uma análise que seja coerente com os princípios foucaultianos de entendimento do poder, saber e verdade. Em “A ordem do discurso”,

indagações de Foucault são endereçadas no sentido de compreender as formas pelas quais os poderes se ligam a determinados discursos, a fim de produzir efeitos de verdade. Sobre esse tema, o filósofo esmiúça em “A arqueologia do saber”, quando estuda, por meio da análise de discurso, os arranjos históricos que produziram objetos. Mas é efetivamente na primeira obra, que consistiu em uma aula inaugural no *Collège de France*, pronunciada em 1970, que o autor explicita as potencialidades da análise do discurso como ferramenta metodológica (FOUCAULT, 2007a, 2007b; ARAÚJO, 2006).

Foucault propõe a compreensão do discurso como “discursos”, no plural, e indica que, durante uma análise, se mantenha (ou tente manter) a atenção simplesmente no nível de existência das palavras, das coisas ditas, afastando-se do entendimento do discurso como um conjunto de signos que expressariam um pensamento, ou algo que distorceria a realidade ou mesmo traria à tona seus significados ocultos – por meio da palavra. É preciso trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando que a complexidade, que lhe é peculiar, apareça. Foucault também nos alerta sobre os perigos de considerar o discurso como algo estático, repleto de “reais” intenções, conteúdos e representações e sobre a ilusão de poder se encontrar a verdade intocada (FISCHER, 2001; FERREIRA; TRAVERSINI, 2013).

Se os encarássemos como documentos, partiríamos do princípio que são registros de uma história, de um fato, que estão ali representados e que precisaríamos atravessá-los, constantemente, para chegar ao real. Investiríamos na direção de verificar se são verdadeiros ou apócrifos (FERREIRA, TRAVERSINI, 2013, p. 211).

Por conseguinte, o que importa realmente são as noções de mobilidade, aproximação, o modo como o discurso isola temas e objetos, e se ajusta a conteúdos concretos. Assim, o horizonte da análise de discurso vai além das regras sintáticas e semânticas, e existe para além da utilização de letras, palavras e frase (ARAÚJO, 2006; FISCHER, 2001).

Na verdade, tudo é prática em Foucault. E tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder, que as supõem e as atualizam (FISCHER, 2001, p.200).

Destaco que mais do que ultrapassar a simples referência a “coisas”, “expressão de algo” e, além da mera utilização de letras, palavras e frases, o discurso se constitui como formador de objetos, já que apresenta regularidades intrínsecas a si mesmo, a partir da qual é possível definir uma rede conceitual própria (FISCHER, 2001). Portanto, o discurso, que autoriza emergir prescrições sobre a experiência prática, não apenas descreve a situação através de palavras e

significados, como cria uma realidade possível. Assim, não é a verdade tomada no sentido cognitivo, ou seja, de conhecer mais e melhor as realidades, mas no sentido da *épistémè*, da história das condições de possibilidade e uso da verdade e do saber (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013; ARAÚJO, 2006). Sob esse ponto de vista, se destaca a escolha do discurso da enfermeira obstétrica como objeto deste estudo: inserido em um ciclo de formação de si e de outras mulheres, e por ter a concepção de sujeitos sociais não como causas e origem do discurso, mas como efeitos dos discursos.

Para seu posicionamento em relação aos discursos, o historiador e filósofo se aprofundou no mundo ocidental capitalista em que vivemos, observando na arena social disputas e imposições, pelo que é válido ou não, e o discurso sendo uma resultante destes vetores, uma prática social: “Portanto, os discursos que circulam ou são interditados encontram no poder as suas condições de existir” (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p.209). Esse contexto das relações sociais atuais que, em uma perspectiva do iluminismo da modernidade, garantiria certa forma de “liberdade” aos sujeitos, é tratado sobre o ponto de vista de formação de uma complexa rede de relações na sociedade que permitiu que outros discursos surgissem, se combinassem com os já existentes, produzindo o contexto atual (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013).

Destaco que para maior entendimento do método de análise de dados, alguns conceitos precisam ser descritos, especialmente o de “enunciado”. Deve-se considerar que há enunciados e relações que o próprio discurso põe em funcionamento. A definição de enunciado em Foucault está ligada a uma função de existência, a qual se exerce sobre unidades como a frase, a proposição ou o ato de linguagem. Mas o enunciado em si não constitui uma unidade, pois ele se encontra na transversalidade de frases, proposições e atos de linguagem, é sempre um acontecimento que irrompe num certo tempo, num certo lugar, que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente (FOUCAULT, 2007a; FISCHER, 2001); refere-se a “[...] uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que [estas] apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 2007a, p.99).

Fischer (2001) aponta que um enunciado é caracterizado por quatro elementos básicos: um “referente” (ou seja, o fato, princípio de diferenciação), um “sujeito” (no sentido de “posição” ocupada), um “campo associado” (coexistir com outros enunciados) e uma “materialidade específica” (formas concretas com que aparecem – ditos, escritos, gravações por meio de técnicas, práticas e relações sociais). Sobre esse entendimento se sugere que a análise de discurso consista em:

[...] perguntar de que modo a linguagem é produzida e o que determina a existência daquele enunciado singular e limitado [...] situar as “coisas ditas” em campos discursivos, extrair alguns enunciados e colocá-los em relação a outros, do mesmo campo ou de campos distintos [...] é proceder a um levantamento da “memória” desse enunciado, acompanhá-lo como irrupção, como descontinuidade e como transformação (FISCHER, 2001, p. 205).

Enquanto isso, o conceito de “interdição” é tomado como um artifício externo de controle do discurso e que se encontra em toda sociedade, por meio de certo número de procedimentos. Assim, a produção do discurso é controlada, selecionada, organizada e redistribuída. Interdição pode ser visualizada como: “tabu do objeto”, quando não se tem o direito de dizer tudo; como “ritual da circunstância”, quando não se pode falar de tudo em qualquer lugar e, por fim, como “direito privilegiado/exclusivo do sujeito que fala” (FOUCAULT, 2007b).

Por fim, como forma prática de exemplificar a condução da análise de discurso, embasada em Foucault, destacam-se algumas opções metodológicas marcantes: demarcação de um acontecimento (desde pequenas a grandes rupturas); apreensão dos discursos de origem, forma, organização e função, diferentes, que vieram a se cruzar nesse acontecimento; demonstração da heterogeneidade dos discursos, destacando os “confrontos”, a batalha entre os discursos, os jogos dos discursos como armas/instrumentos de ataque/defesa em relações de poder/saber; análise da formação e jogo de saber em suas relações com as instituições e os papéis que são aí prescritos (FOUCAULT, 1991); e análise do modo como, em todo este processo, se constituem os sujeitos.

Os resultados são apresentados após a realização de uma análise ascendente, ancorada na descrição dos discursos a partir de seus enunciados, captando as diferentes práticas associadas a eles e os seus efeitos (FOUCAULT, 2007a). Desse modo, operacionalmente a análise dos dados foi iniciada pela leitura exaustiva do material transcrito orientada pela pergunta de pesquisa e pelos direcionamentos teóricos e metodológicos de Foucault e da análise de discurso. A partir desta fase se extraiu a seguinte síntese: as enfermeiras obstétricas descrevem suas decisões sobre o corpo e vida, que são subjetivamente marcadas pelo contexto e práticas discursivas de ser mulher e enfermeira obstétrica, e tocam o corpo de si e da outra mulher de diferentes formas. Portanto, a analítica do cuidado de si de enfermeiras obstétricas foi tomada como parte de um processo de subjetivação, mas, como o ser-consigo pressupõe ser-poder e ser-saber, também os processos de objetivação foram analisados nestes discursos.

Então, na segunda fase a leitura do material foi refeita realizando marcação dos discursos com cores diferentes que sinalizassem: decisão em si, processos de objetivação

(relações de saber e poder) ou processos de subjetivação. Após tais marcações iniciei a descrição das categorias e esta fase, como as categorias estão imbricadas, exigiu um grande esforço para decisão da ordem de apresentação das mesmas e qual fator seria alocado em cada uma. Na quarta e última fase os dados empíricos foram discutidos por meio da literatura adotada no estudo.

Portanto, os resultados são apresentados e discutidos em três categorias: As possibilidades da existência do eu; Ser mulher na sociedade contemporânea: influência nas decisões sobre os corpos e vidas; e Formação e atuação como enfermeira obstétrica: efeitos no cuidado de outras mulheres.

3.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e aprovado sob parecer nº CAAE – 51373715.0.0000.5149 (Anexo I). As etapas do projeto estão em consonância com os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que envolvem pesquisas com seres humanos conforme a Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013a).

No transcorrer da coleta de dados, durante o início de cada entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II) às participantes da pesquisa, e os dados para este estudo somente foram coletados mediante esclarecimentos sobre a pesquisa, leitura e assinatura desse termo.

*CAPÍTULO 4 -
AS POSSIBILIDADES DA
EXISTÊNCIA DO EU*

AS POSSIBILIDADES DA EXISTÊNCIA DO EU

(...) eu penso que a:: decisão/ as decisões que você TEM que ter no seu corpo/ primeiro tem que conhecer esse corpo... Né? [EO3].

Diante da consideração de que existe todo um campo de relações de poder, saber e jogos de verdade perpassando a subjetivação de cada sujeito, destaca-se que “[...] somos historicamente determinados, mas cada sujeito possui uma virtualidade revolucionária e pode dar provas de uma nova subjetivação” (BERT, 2013b, p.186). Nisso consiste a análise desta categoria, que visa especialmente dar lugar a estética da existência de cada enfermeira obstétrica.

A subjetividade é muito concreta, toma forma nos gestos, na postura, no olhar, nos discursos (FISCHER, 1999) e ainda acrescento aqui, nas decisões. Portanto, ter como ponto de partida o questionamento das decisões sobre os corpos e vida, entendendo-as como expressões, efeitos dos processos de objetivação e subjetivação, permitiu a produção de uma narrativa de si que será apresentada sob a forma de duas subcategorias: O cuidado de si a partir da conformação das decisões sobre os corpos e vida; e Técnica de si e os modos de resistir e reinventar: o cuidado de si.

A discussão dos resultados parte da análise dos enunciados “[...] mesmo que escapem à consciência do autor; mesmo que se trate de enunciados que não tem o mesmo autor; mesmo que os autores não se conheçam” (FOUCAULT, 2007a, p.32-33). Não se objetiva, por meio da interpretação dos fatos enunciativos, trazê-los à luz, mas problematizá-los, realizar uma análise de sua coexistência, sucessão, funcionamento mútuo, determinação recíproca, transformação independente ou correspondente (FOUCAULT, 2007a).

4.1 O cuidado de si a partir da conformação de decisões sobre os corpos e vida

O corpo é entendido pelas participantes como um conjunto de partes que se fundem e, concomitantemente, sofrem os efeitos das relações de poder, saber e jogos de verdade. Nos discursos também é realizada a distinção entre cabeça/racional *versus* corpo/sensorial e, apesar da importância de ambas, se destaca a parte sensorial como fundamental para o processo de formação da mulher.

[...] mas AGORA eu, eu nesse processo todo que é muito emocional e físico [P: Sim] ao mesmo tempo né? [EO10].

Não adianta discutir só a/ é do ponto de vista neuro-sensorial, só na cabeça, ela TEM QUE VER que corpo é esse, se TOCAR, conhecer esse corpo aí ela passa a ter autonomia do corpo [EO3].

Enquanto isso, diante do entendimento de corpo enquanto matéria e carne, as decisões enumeradas em algumas narrativas foram conduzidas principalmente pela concepção de corpo físico. Logo, quando solicitado: “Gostaria que me contasse uma situação em que você teve que tomar uma decisão sobre o seu corpo”, as enfermeiras apresentaram uma tendência de refletir sobre decisões que envolvem o corpo físico, o corpo estético, o corpo que precisa de cuidados médicos e exames, o corpo que precisa sofrer mudanças para a melhoria da qualidade de vida. Por conseguinte, como decisões sobre o corpo, foram narradas também situações relacionadas à prescrição de hábitos saudáveis, como alimentação e sono; correção/ tratamento de situações de doença e submissão a cirurgias.

P: Você quer contar mais alguma decisão sobre o corpo... Essa é a que te vem mesmo? Em mente...

Pois é... Sabe que eu não tenho/ eu nunca tive nenhum problema de saúde gra::ve né? [P: Uhum] eu tive... Assim do meu corpo... Eu tive uma:: uma:: um acidente com lesão de ligamento... é no joelho... Uma fratura na tíbia que eu:: op/ optei por NÃO operar [...]]EO10].

P: Você quer me contar mais alguma situação... De decisão?

Não, fora disso num/ num tenho porque eu nunca tive de tomar alguma coisa sobre, assim... Eu vou POUCO no médico né, muito pouco, eu tento de resolver tudo assim... [EO13].

[...] e também toda tentando mudar e me adaptar pra qualidade de vida né?[EO11].

Ademais, a concepção de corpo reprodutivo emergiu em muitos discursos, talvez por ser este o foco da atuação em saúde, na enfermagem obstétrica. Nesse sentido, foram relatadas experiências de escolha por métodos contraceptivos; interrupção no uso de hormônios; decisão pelo momento de engravidar ou entre a dualidade de ter ou não filhos.

[...] Então, falar de corpo ho::je é falar, eu penso assim, **falar de corpo é falar de gestação, é falar de parto, é falar de menstruação, de método contraceptivo**. Tudo isso que diz respeito à nossa saúde né? [...] e a nossa sexualidade também... [EO13].

[...] eu conversei e eu achei que naquele momento... O DIU era:: o DIU de cobre, tê de cobre era:: o MÉTODO MELHOR pra mim... Que eu não ia usar nenhum hormônio... e:: era aquilo e:: ia:: evitar filho né? Tinha aí uma boa eficácia e eu ia ter/ e eu decidi e eu lembro que:: eu não estava menstruada eu já liguei pra cá, eu falei eu quero que uma enfermeira coloca um DIU em mim. Vim aqui trouxe o DIU, ela colocou imediatamente naquele dia mesmo. Então assim foi uma DECISÃO que impactou na minha vida. Como impactou... impacta até hoje né? [EO1].

Nesse sentido, do corpo reprodutivo, também foram relatadas muitas decisões em relação às experiências próprias de parto, tais como: via de parto, acompanhamento pré-natal e parto com profissional que apoie a decisão pelo parto normal; opção por parto normal fora do cenário hospitalar, mesmo em caso não indicativo para essa conduta; partos domiciliares; ocorrência de cesariana contrária ao planejamento pessoal; pré-natal e partos violentos, bem como experiências de parto exitosas.

“Quê que você”/ eu falei assim.. Eu falei com/ aí eu falei com ela, NESSA HORA eu tomei... A [P: A decisão] a decisão, eu falei: “não vai ser no hospital... e nem vai ser cesárea... vai ser normal, quê que VOCÊ ACHA?” [EO3].

A predominância da temática do corpo reprodutivo e das experiências de parto nas decisões elencadas pelas entrevistadas corrobora com os resultados encontrados na revisão integrativa, em que apenas 20% das publicações componentes da amostra final não se direcionavam especificamente para a temática da mulher no ciclo reprodutivo da vida (FLETCHER, 2007; BARBOSA *et al.*, 2011; VAN HERK; SMITH; ANDREW, 2011; VIEIRA *et al.*, 2013; DURAND; HEIDEMANN, 2013), com destaque para a recorrência de estudos relacionados ao cenário do parto (GOLDBERG, 2005; STEWART, 2005; PEREIRA; BENTO, 2011; ANDERSON; KILPATRICK, 2012; GREGÓRIO; PADILHA, 2012; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; LESSA *et al.*, 2014).

Paralelamente à concepção de corpo, a terminologia “cuidado de si”, apresentada às participantes por meio do título da pesquisa, foi entendida por grande parte delas como autocuidado, o que impulsionou, quando possível, ações de esclarecimento do objeto do estudo.

[...] quando você me perguntou assim: “Ah, vamos fazer uma entrevista e tal”. Eu falei: “Oh meu Deus do céu ela vai me perguntar as coisas quando eu fiz o quê, como que eu fiz não sei o quê”... Eu acho que a gente cuida muito mal da saúde da gente assim [...] [EO7].

Era só isso que você queria saber? {Risos} Uai::: menina

P: Você quer me contar mais coisa?

É ué.

P: Então conta! {risos}.

Eu não::: porque eu entendi que você tinha falado como que se/ se auto cuidado né? [EO13].

Foucault não se preocupa com o estabelecimento de um estatuto sobre o corpo, portanto, não o conceitua, mas investe na problematização dos efeitos das relações de poder, saber e jogos de verdade sobre os corpos, ora como um *locus* materializado, ora desmaterializado, por trás das tecnologias que o produzem: “Se a análise do corpo tem um papel central na sua obra, esta

importância não é acompanhada de uma clareza sobre este mesmo objeto” (FONSECA, 2015, p.16).

Desse modo, os corpos e o cuidado de si são entendidos neste estudo para além das concepções físicas e de autocuidado. O corpo, objeto de saber da saúde e especificamente da promoção da saúde, assume uma dimensão que vai além do biológico, território de encontro do indivíduo e coletividade, significado por dimensões sociais, econômicas, culturais e políticas de um determinado período histórico (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Além disso, sob o referencial pós-estruturalista, o sujeito é uma invenção, uma produção discursiva e um efeito da diferença, portanto, não é algo externo, dado e que sofre ação de saberes e poderes, mas as tecnologias de poder o criam, individualizam e atualizam. Os poderes agem invadindo os corpos, se alastrando, indo e voltando em direções diversas. Desse modo, entender os efeitos sobre os corpos pressupõe não apenas o corpo que ‘não aguenta mais’, mas também o corpo como ‘máquina de guerra’, o que é assujeitado mas também que pode resistir, escapar (CARNEIRO. 2015).

Os mecanismos do poder voltam-se para o corpo, para a vida, para o que faz proliferar, para aquilo que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão a ser utilizada (FOUCAULT, 1997 *apud* BERT, 2013a).

Ademais comumente as narrativas eram marcadas pela dificuldade de enumerar decisões, percebidas nas interdições, nos silêncios presentes nos discursos e na verbalização do desafio de responder a primeira pergunta da entrevista.

Que tipo assim? Deixa eu pensar... Uma decisão?

P: É

Sob o meu corpo?... NOSSA são tantas né?... [EO6].

[...] AI É MUITO NOSSA essa pergunta que você fez é muito difícil... responder {risos} dá pra ficar ([00:08:54.12]) até amanhã dá pra ficar falando até amanhã mas acho que é isso [...] [EO6].

P: [...] Você queria me contar/ gostaria de me contar mais alguma situação:: de decisão sobre o corpo, que te marcou assim...

{pensando de [00:12:34.16] até [00:12:41.10]}

Não sei, mas eu não estou conseguindo pensar assim... Decisão sobre o meu corpo, dá um/ dá um exemplo aí [EO5].

Desse modo, diante da interdição em falar de si e de forma a responder às perguntas da entrevista, as narrativas das enfermeiras, em muitos casos, se concentraram no autocuidado, nas decisões sobre o corpo biológico e no cuidado às outras mulheres. Algumas enfermeiras obstétricas não produziram discursos reflexivos no momento da entrevista. Tal fato foi

registrado em diário de campo e pode ser percebido nas tentativas enquanto pesquisadora de retomar a entrevista para a discussão da formação do sujeito.

Em diversos momentos tentei reconduzir o foco da entrevista para a vida pessoal da enfermeira, mas a mesma retomava o discurso no sentido de suas experiências profissionais. Em um dado momento, por exemplo, quando EO5 afirmou que a decisão de fazer o curso de doula e de formação na enfermagem obstétrica foi um fator que transformou sua prática profissional questionei se o mesmo havia ocorrido com sua vida pessoal. A resposta de EO5 foi novamente direcionada as motivações e influencias profissionais (DIARIO DE CAMPO, p.12).

P: Você falou um pouco disso de::: ... De que fazendo o curso de doula e depois o curso de enfermagem obstétrica né? Teve essa diferença na sua prática né, você percebe isso na sua vida? Não?
Ah eu percebo, eu percebo sim é:: MUDOU a minha forma de lidar com as mulheres né? [EO5].

De forma mais detalhada os dados revelam que, diante da solicitação de indicação de uma decisão sobre os corpos e vida, duas entrevistadas responderam de imediato com situações nomeadamente de decisão, oito refizeram a pergunta com outras palavras, para, a partir daí, produzir uma reflexão, e três entrevistadas iniciaram a resposta com o relato de um caso até enfim nomear uma ou mais decisões.

P: Eu queria que você me contasse EO9 uma::: uma:: situação em que você teve que tomar uma decisão sobre o seu corpo... Uma situação que te marcou que cê/ que você se lembra.
Parar de tomar hormônio [EO9].

P: Eu queria que você me contasse uma situação que você teve que tomar uma decisão sobre o seu corpo. Uma situação! ... Que você se lembra ou que te marcou ou que agora vem a sua mente, uma situação!
EO7: Que eu tive que tomar uma decisão sobre o meu corpo? [EO7].
P: Isso...

P: Aí eu queria que você me contasse uma situação... Que vem na sua mente que você teve assim -- ou que te marcou ou que vem aqui agora à mente Uhum -- em que você teve que tomar uma decisão sobre o seu corpo?
Uhum
P: (...) uma situação que pra você foi assim... import/ que te marcou
Uhum... Ah eu posso pensar na... Em dois mil e três quando/ porque quando eu casei em dois mil e um eu pesava sessenta e sete quilos... [EO2].

Considero que a dificuldade de falar de si pode representar uma interdição em relatar, durante as entrevistas, as práticas de si. A lacuna do conhecimento acerca de estudos relacionados ao cuidado de si e práticas de si de enfermeiras dificulta ainda a problematização deste achado. Mas, Quitete (2007) apresenta o resultado de seu estudo marcado pelo desconhecimento e dificuldade das enfermeiras em pensar e falar sobre si mesmas.

(...) nunca, nunca parei pra pensar sobre tudo isso... Sobre as decisões do corpo da gente e as decisões da vida da gente [...] É difícil essa pergunta, É DIFÍCIL ESSA PERGUNTA HEIN decisões sobre o corpo... [EO6].

Especificamente na entrevista com EO8, se destaca a dificuldade de expor a subjetividade, pois, inicialmente, a participante não permitiu que a entrevista fosse gravada e, após um tempo de elaboração de si e do que iria falar, a mesma permitiu iniciar a gravação do áudio.

EO8 questiona logo qual seria a questão que eu faria, pediu para visualizar o roteiro da entrevista e quando leu a primeira pergunta começou a contar um caso. Questionei se poderia gravar a entrevista e EO8 solicitou que esperasse um pouco mais para verificar se ela estava no caminho (DIÁRIO DE CAMPO, p.2).

P: [...] que É relacionada ao seu corpo...{pensa por um tempo}

Proteger aquela mulher foi relacionado à minha vida

P: É?

Sabe? Mas eu posso achar uma específica, mas eu vou te contar esse caso... é::: ...pode desligar eu te conto e você me diz se é (apropriado) né? [EO8].

No entanto, as narrativas perpassaram também outras dimensões do corpo, no entendimento deste enquanto imaterial, extracorpóreo. Nesse sentido, foram citadas decisões no campo das relações sociais e que geram efeitos na vida como um todo, tais como: a busca por terapia com psicólogo, inclusive para ajudar nas decisões da vida; conversa com, conhecimento do próprio corpo; decisão de mudança de localidade de moradia e retorno para a cidade de origem após os estudos.

[...] e claro muitas vezes eu reconhecia que é porque aquela vivência... Me faltava então eu tinha que me ESMERAR mais... e::: então isso se deu no MEU corpo né? [P: Sim] na minha vida [P: Sim] foi uma::/ se **reflete no meu corpo e ele VOLTA pra minha vida**... Ele volta pra minha vida [...] [EO8].

E aí eu coloquei:: uma decisão é com relação ao meu corpo e com relação a minha vida que eu queria isso [...] [EO4].

[...] E nesse perío/ nesse período eu procurei terapia também... né? [P: Uhum] até pra chegar na decisão que eu tinha mesmo que... [P: Que sair] pedir exoneração [EO2].

Ah eu acho que a primeira:: grande decisão foi de me conhecer mesmo assim... [EO1].

Outras decisões citadas sobre a vida se relacionavam ao campo profissional, entre elas: exoneração em trabalho com poucas possibilidades de proposições de mudanças; abandono de empregos públicos; rompimento de relações profissionais com pessoas que não seguiam a mesma linha de cuidado; readequação do ritmo de trabalho em prol da gestação em curso; busca

por pós-graduação *stricto sensu* para responder inquietações próprias; formação em antroposofia; escolha pela profissão de enfermagem; decisão pela área da enfermagem obstétrica e mudança do campo assistencial para a docência.

É, foi gradativo assim eu parei os plantões... eu sinto muita falta, eu vinha de quinze em quinze então dava (alguns [00:10:36.09]) plantões no final de semana... então, só pra não perder mesmo essa vivência ainda ficava vinculada ao parto domiciliar:: mas... [EO11].

Nota-se que diversas decisões sobre os corpos e vida puderam ser encontradas nos discursos das mulheres-enfermeiras, algumas eram nomeadas explicitamente, enquanto outras foram identificadas a partir da análise das narrativas. As decisões que atingem dimensões além do corpo físico foram, em sua maioria, não nomeadas como decisões, podendo consistir em discursos emergentes. Esse fato pode ser aproximado do entendimento foucaultiano de que os enunciados são sempre acontecimentos e que novos enunciados demoram a aparecer e depois se replicam, o que foi tratado por Foucault como o princípio da descontinuidade: “Os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem” (FOUCAULT, 2007b, p.52-53).

No conjunto das transcrições, algumas decisões foram raramente relatadas (por exemplo, a decisão de conhecer o próprio corpo), enquanto outras encontradas comumente nos discursos (como os relatos de experiência de parto). Existe a consideração por parte das enfermeiras obstétricas que a recorrência de “pequenas” situações pode culminar em eventos “maiores”.

[...] teria tentado resolver muitas questões... Da forma adequada naquela época lá e não ir deixando a coisa... ir deixando, deixando né? Porque aí culmina depois numa situação que não tem (não é regular).. Não tem mais... Não reverte mais né? [P:Uhum] não tem mais jeito... Chega num ponto que não tem mais jeito -- eu não separei por... Nenhuma/ nada GRA::VE assim [...] [EO10].

Também foram identificadas decisões de níveis inteiramente diferentes, desde aquelas nomeadamente importantes e revolucionárias para as mulheres até aquelas breves. Desse modo, algumas decisões são contempladas como muito importantes para a vida, no sentido de se eternizarem na memória e influenciarem as próximas decisões, fortalecendo a mulher em torno dos seus propósitos.

Carneiro (2015) pondera, em seu estudo antropológico, que as mulheres decidiram parir de outras formas em razão de terem sido conformadas por experiências anteriores. Nessa linha, as entrevistadas apontam que há um acúmulo de capacidade de tomar decisões ao longo da vida,

como se ocorresse um amadurecimento do sujeito, de modo que algumas decisões não são tomadas em um dado momento, e sim resultam de uma construção histórica da mulher.

[...] RAPIDAMENTE eu decidi... E mudei de método... De uma forma muito mais tranquila, mas eu acho que essa foi [P: Crucial] **a PRIMEIRA e a::: a... a decisão MAIS IMPORTANTE da minha vida** do ponto de vista sobre o meu CORPO, do ponto de vista assim de TER consciência do meu cor::po... [EO1].

É... É... É, tem muitas coisas que... Eu... Com a maturidade que eu tenho ho::je teria feito diferente mas na época eu não tinha a maturidade que eu tenho hoje... Pra fazer diferente né? [EO10].

[...] acho que a decisão de não ter filho [...] Foi porque:: é:: primeiro que assim começou com o MEDO de não, não conseguir criar [...] e assim meu par/ meu parto não, o nascimento do meu filho ele foi TÃO agressivo que eu fiquei com medo [P: Uhum] então por muitos anos eu não tive por medo [...] [EO6].

{relatando sua experiência no segundo parto} Então esse momento ali... É foi o momento [P: Crucial] crucial, quando você fala de decisão foi essa hora... Entendeu? Porque essa hora -- mas... **Eu só tive essa FORÇA por ter vivido o que eu vivi no primeiro** [EO3].

Nesse sentido considero importante problematizar a experiência em Foucault, para o qual o corpo é percebido não apenas como constructo discursivo, objeto dos saberes e poderes, mas também como campo de experiências que multiplica, distorce e remodela determinadas práticas discursivas. Desse modo, reforço a historicidade dos sujeitos e seu aspecto processual. A experiência pode consistir em uma ‘relação reflexiva do sujeito’, experiências de subjetivação ou experiências subjetivantes (CARNEIRO, 2015), o que em diferentes momentos desse estudo pode ser encontrado nos relatos que envolvem as experiências de parto.

Foi pontuado ainda que muitas decisões não são fáceis de serem tomadas, precisam ser elaboradas, e a dificuldade está relacionada à existência de discursos que se perpetuam no tempo (discursos dominantes). Chega a ser tão difícil certas decisões que, em algumas situações, fica-se à espera do posicionamento do outro ou mesmo são entregues para que o outro decida.

Então assim foi MUITO difícil abrir mão de querer ser mãe isso é assim uma das primeiras decisões assim que eu pesei ponderei que é assim eu tive assim autonomia em dizer “não eu não quero” e a sociedade cobra [...] Então assim -- e com quarenta anos que é o que eu vou fazer agora eu num PENSO MAIS em ter filhos (então assim [00:07:30.23]) e é uma decisão... DIFÍCIL [EO6].

[...] e assim, é::: eu fico nesse dilema sem saber se eu quero ou se eu não quero, sabe? [...] eu ainda não consigo tomar uma decisão muito certa assim, entendeu assim [...] Não sei se ela vai tirar, **falei com ela que se tiver muito ruim que ela tire**, mas assim... é:: a decisão foi/ MINHA/ foi não tirar {se referindo a cirurgia de retirada de miomas em que permite, caso a equipe médica identifique alguma situação específica, realizar a histerectomia} [EO5].

[...] só que o meu/ ex-marido na época a gente não tinha uma condição financeira e **ele nunca me, me deu assim/** tipo "não para de trabalhar... nós vamos nos virar aqui eu vou me bancar e tal" – [EO10].

Tal dificuldade relacionada a presença de discursos dominantes também pode ser aproximada da noção de poder que, em Foucault, revela-se presente em todas as relações e locais, atuando em uma perspectiva de sujeição da individualidade (FISCHER, 1999).

Desse modo, as enfermeiras obstétricas consideram importante que, enquanto sujeitos, se importem consigo mesmas, assim como existe a percepção do papel do ser na condução da sua própria vida. Para elas, a mulher precisa se ocupar de si mesma, se reconhecer, saber da força do seu corpo e ter ciência da realidade na qual está inserida anteriormente à tomada de decisões sobre seus corpos e vidas, e também no sentido de mudar realidades e não se tornar uma máquina de (re)produção.

Porque tudo que acontece na vida é o que você faz né? [P: Uhum] não é porque acontece, algumas coisas acontecem, mas::: é você que tem o poder de fazer a sua vida né? [EO13].

[...] porque, às vezes, a gente é muito metódica na/ na/ nas coisas que a gente faz... Acaba, às vezes, é -- se a gente não se atentar a gente vira UMA MÁQUINA de produção.. [EO14].

(...) por esse desconhecimento, então eu/ eu passo/ eu penso que a:: decisão/ as decisões que você TEM que ter no seu corpo primeiro tem que conhecer esse corpo... né? [EO3].

Logo, é importante para a mudança do discurso que o sujeito saiba em que posição se encontra. Assim, o cuidado de si é tomado por elas no sentido de compreender o ponto onde se encontra e, a partir daí, mudar trajetórias de vida. Porém, o cuidado de si também é tomado como um ato de cuidado da vida, de almejar e buscar concretizar sonhos por meio das decisões sobre si

E aí eu fui entender o:: o quê que eu tava fazendo comigo mesma [...] Então eu acho que foram esses dois encontros que eu tive com O MEU CORPO que fizeram com que eu mudasse algumas trajetórias sabe na minha vida [EO4].

-- Quando eu casei era para eu continuar os meus estudos mais eu ENGRAVIDEI, e tinha:: um inferno de/ de ciúme EM CASA e eu acabei...

P: Uhum

(...) largando [...] VAMOS CUIDAR DESSA VIDA... voltei a minha escola... e fiz a minha matrícula no terceiro colegial [EO12].

Nesse ponto da discussão, aproximo os achados do cuidado de si marcado historicamente pelos modelos platônico e cristão, em que há uma valorização da reminiscência, ou seja, o conhecimento de si, o conhecimento da verdade – lugar que a mulher e enfermeira devem ocupar; o interesse pelo retorno ao ser almejado (GRABOIS, 2011), o retorno de uma realidade perdida comparada à verdade. Por isso, os discursos das entrevistas marcam a preocupação em encontrar o núcleo responsável/culpado pelas falhas. Nesse sentido, a enfermeira obstétrica, em processo de reflexão, ao analisar a situação de decisão tomada por si, apresenta um discurso marcado pelo próprio disciplinamento, se percebe culpada por não ter ocorrido o que planejava e, ainda, visualiza alternativas que poderiam ter sido adotadas durante a vida para evitar impactos “negativos” em seu corpo.

[...] mas foi uma decisão que eu acho que... Foi FALHA, foi uma falha minha... De não... Procurar uma ajuda correta também que, às vezes, eu poderia ter tido a oportunidade... De vivenciar o parto normal... [EO14].

As enfermeiras obstétricas entendem ainda que a “capacidade de tomada de decisões” está relacionada à vivência de processos de elaboração e transformação de si, que resulta de caminhos longos e graduais. Destaco, nas narrativas das enfermeiras obstétricas, a compreensão do envolvimento, nesses processos, da problematização dos fatos e ainda do entendimento deles como processos singulares, ocorrendo de acordo com as particularidades de cada sujeito.

Então... Eu ia decidindo cada vez que cuidava... [EO8].

[...] e é legal assim porque na minha vida eu nunca pensei assim que eu ia... Pegar e “NÃO, não quero isso”, foram mu/ foram trinta anos aí pra virar assim e falar “não, num quero isso pra mim, por quê?”; a pergunta é “**porque você quer que eu faça isso?**” [...] [EO6].

-- A gente discute muito isso com a/ com as nossas alunas assim: “**que corpo é esse?** Que corpo é esse que... eu tenho que ter vergonha dele, que eu não posso mostrar, que eu tenho que:: MEDICALIZAR o meu ciclo né?” [EO3].

Ah... É algo que é meu sabe? Eu nunca vi pessoas assim... Não conheço... Mas eu tenho a particu/ essa particularidade de conseguir sair do buraco E SÓ [EO12].

Na perspectiva foucaultiana, a problematização, componente fundamental das práticas de si, consiste na elaboração de questionamentos, não no sentido de solução dos problemas, mas buscando distanciar-se, desprender-se daquela realidade. Tais processos tangem a formação dos sujeitos, que é singular, já que os efeitos do conjunto de estratégias discursivas e políticas têm efeitos particulares em cada corpo (BERT, 2013^a).

[...] historicização de alguns objetos tabu de nosso pensamento, partindo da seguinte pergunta: como algo que já estava presente foi transformado, em determinado momento, em problema e como essa ‘problematização’ mudou a própria coisa? (BERT, 2013a, p.165).

Além disso, após o descentramento do sujeito proporcionado pelo trabalho de Foucault passa-se de um sujeito visto como tendo uma identidade fixa e estável para seu descentramento resultando em identidades abertas, contraditórias, inacabadas e fragmentadas do sujeito pós-moderno (HALL, 1997). Portanto, o sujeito é composto por múltiplas identidades e a preocupação não deve ser em desvendar o que se é, mas sim refutar essa essência e a existência de um sujeito único.

Também a história se relaciona inteiramente com a formação dos sujeitos, pois: “[...] assinalam de onde nós saímos, o que nos cerca, aquilo com que estamos em vias de romper para encontrar novas relações que nos expressem” (DELEUZE, 1992, p.131). Desse modo, tal noção de sujeito inacabado, que ocupa posições temporárias, e que consiste em um produto da história pode ser encontrada nos discursos das enfermeiras obstétricas. Destaco uma narrativa em que se faz uma distinção entre o “eu profissional” e o “eu pessoal”.

Sobre o meu corpo?

P: É.

...Eu/ eu/ **eu pessoa sem ser eu profissional**, isso? [P: Sim]. Sem/ sem ser/ [EO5].

Você resolver que NESTE MOMENTO eu quero estar sozinha, eu não estou dizendo que eu NUNCA MAIS VOU CASAR [P: Uhum] estou dizendo que **neste momento estou** muito/ então uma decisão sobre o meu corpo sobre a minha vida sobre/ mas NESTE MOMENTO [P: Sim] [EO6].

[...] você sabe EXATAMENTE que aquilo não é uma frescura, que aquilo não é má vontade, que aquilo não é preguiça, que aquilo não é inércia, que aquilo lá são as NÃO CONDIÇÕES da família dela que não deu, da SOCIEDADE que não deu, da EDUCAÇÃO que não deu, do MEIO EM QUE ELA VIVE e às vezes a inércia nela ela nem sabe que é inerte... Porque a gente REALMENTE, como meu professor de sociologia disse, **a gente É PRODUTO DA SO-CIE-DA-DE, do meio e de tudo isso...** e as mulheres NÃO TEM TODAS a mesma oportunidade... as vezes a mulher não tem o DIREITO de pensar... [EO6].

As decisões sobre os corpos e vida são aqui tomadas como expressões do cuidado de si, subjetivações produzidas no contato entre as tecnologias do “eu” com as tecnologias de poder, formas adquiridas em “campo” entre o subjetivo e o objetivo, entre si e as instituições. Destaco a escolha de não ter filhos, que, segundo EO8, na sua vida profissional, retornava em questão e era repensada cada vez que prestava a assistência ao parto de uma mulher. Desse modo, Bert (2013a) afirma que o sujeito pode ser determinado, mesmo permanecendo em ação, ou seja,

mesmo determinadas, as escolhas são inacabadas, podem ser repensadas e alteradas, assim como o processo de formação dos sujeitos.

[...] a XX entendeu o que eu NÃO tinha entendido porque ela tinha uma OUTRA experiência ela tinha a experiência de ter parido... [P: Uhum] então isso muitas vezes me colocou nesse lugar [...] -- me dava conta desses... Dessa... Situação na minha vida que PARA O QUE EU é:: especialmente aquela época fazia muito... Intensamente é:: eu me deparava... Com aquela... [P: reencontrava né?]. É com aquela decisão... [EO8].

Uma entrevistada afirma não se considerar uma feminista, apesar de estar envolvida em lutas das mulheres. Também o estudo de Carneiro (2015) demonstra uma forte resistência das mulheres ao feminismo, fato que a autora relaciona a ‘geração do pós-feminismo’, em que provavelmente considerem suficientes as conquistas sociais, políticas e econômicas das mulheres na contemporaneidade. A luta de alguns movimentos como o feminismo é identitária e, por isso, valoriza as diferenças das mulheres, agregando-as, com vistas ao fortalecimento do grupo, da identidade. Dessa forma, a negação da denominação de feminista pode ser analisada discursivamente como um ato de refuto a concepção de identidades únicas, rótulos.

[...] ele me chama de feminista eu falo “ah vá, vá que mané feminista ah me deixa em paz”. E SE FOSSE também né? Eu não sei [...] Eu até me ENCAIXO em algumas coisas do feminismo que eu acho bem legal, mas **eu não me intitulo** porque eu não tô lá no movimento né? Eu tô num OUTRO/ numa outra diretriz hoje, hoje minha luta é pelo... Parto e nascimento seguro pela mulher, família e bebê... Mas se não fosse esse com certeza seria lá no feminino, pelos direitos, por isso por aquilo né? [EO6].

Em adversidade à narrativa de refutar uma identidade única, nos discursos analisados, existe uma necessidade de encontrar e afirmar a identidade para sobreviver, além do interesse em apresentar coerência entre o que pensa, fala e faz. Assim, algumas situações de desconstrução, que deslocam o sujeito de uma realidade prévia (como o divórcio), conduzem a mulher à procura de sua própria identidade, assim como a ocorrência de mudanças rotineiras de emprego esteve associada a tal busca.

[...] Forma de me/ de me AFIRMAR, a minha identidade que era diferente do que:: do que eu encontrava aqui né?... E **eu precisava de afirmar para poder sobreviver a esse processo** né? [EO13].

[...] mas foi eu vivi um processo de reconstrução da minha identidade e aí/ MUITO FORTE foi assim ao mesmo tempo que eu fui jogada LÁ no chão eu comecei a catar meus caquinhos reconstruir tudo... E aí eu:: hoje assim me sinto outra pessoa assim a nível disso de identidade, de LIBERDADE... [EO10].

[...] EU SOU UMA PESSOA que eu acho que... Eu busco muito a questão das coerências entendeu? Na minha vida -- tudo bem que eu não sou coerente em tudo [P:

Uhuh], mas eu sempre busco a coerência... No sentido daquilo que eu penso, falo, sinto e faço entendeu? [EO9].

[...] então eu fui/ essa BUSCA até eu achar o lugar {relacionado às mudanças de emprego} tem muito a ver com toda essa identidade minha que:: e eu não percebi::a que eu não tinha, que eu não conseguia ser eu mesma... Mas no trabalho eu me sentia muito bem [...] [EO10].

Além disso, durante a narrativa construída pelas enfermeiras obstétricas há grande identificação com a identidade de gênero, lugar do feminino e de ser mulher. Nesse sentido, comumente, se naturalizam os sexos (homem e mulher) e os gêneros (masculino e feminino), estabelecendo fronteiras e fixando identidades (VASCONCELOS *et al.*, 2011). Em termos de cuidado de si, ou seja, de escape aos saberes e poderes, destaco o direcionamento de Foucault de que quando precisar de uma identidade, ela deve ser provisória, pois qualquer identificação produz limites, engessamentos e capturas.

Grabois (2011) ressalta que esta terceira fase de Foucault passa pelo trabalho de si sobre si e a comunicação com outrem. Assim, a prática do cuidado de si não consiste em “[...] um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social” (FOUCAULT, 1985, p.57). Desse modo, como a enfermeira obstétrica não se percebe como detentora de verdades, existe a compreensão por parte delas de que o cuidado de si passa pela relação com o outro, em se perceber no outro e aprender escutando-o.

É:::. No sentido de::: hoje eu estou muito menos em defender aquilo que eu acredito, eu estou muito mais no/ na possibilidade de escutar o outro né, que isso também é um grande aprendizado porque também eu não tenho a verdade né? [EO9].

Mas acho que a gente tem que tentar um equilíbrio melhor assim, hoje tento pensar muito nessa qualidade de vida, pra você tá PRESENTE mesmo com essa mulher, com essa família porque:: ([00:25:52.01]) imensa né? Exige isso né? O casal, uma confiança grande né? [...] então além da competência a gente tem que ter muito esse outro lado... Mais holís::tico [P: Sim] de você tá bem presente e tá bem com você mesmo [...] [EO11].

Nesse sentido, a transgressão de si das enfermeiras obstétricas é narrada sendo mobilizada pelo cuidado do outro e se destina, retorna às mulheres das quais as enfermeiras cuidam. Tal invenção de si ocorre continuamente no cotidiano do cuidado: as mulheres a ensinam e transformam, enquanto a enfermeira devolve a elas o cuidado, seja na assistência, ensino/pesquisa ou docência. Além disso, considera-se que o cuidado de si deve ocorrer concomitante ao cuidado de outras mulheres, uma vez que o processo que é realizado internamente pela enfermeira obstétrica permite abordar a outra mulher de uma forma diferenciada, resultando em qualidade da assistência prestada.

Nesse locus que é a maternidade... (primeiro era [00:01:21.18]) um locus pra mim... Depois é que virou uma/ uma:: uma perspectiva né? Um... Uma/ uma perspectiva de cuidado porque eu/ essas mulheres ME ENSINARAM e ME ENSINAM muito né? Hoje é um pouco menos porque eu tô mais longe DELAS nesse cuidado [P: Fisicamente né?] né? Mas tô mais... Talvez esteja mais próxima de mo/fazer movimentos que [P: Propiciem né?] as AMPAREM... Né? As AMPAREM no sentido de melhor cuidar e também de outro grupo de mulheres que são as [P: Uhum] enfermeiras né? [...] e cuidar dessas mulheres me dava um... Me, me transmite esse poder [...] me transmite esse, esse poder então é:: **é divertido transgredir com elas ou PARA que elas possam né?** Ter uma vivência... [P: Uhum] que seja PRÓPRIA né? Que seja... Autêntica né? [EO8].

P: Hum. Nesse/ nessa decisão teve participação de alguém? ...
OLHA, eu acho que sempre tem por que a gente não é um Ser solitário entendeu? [...] O que eu faço para mim eu faço para o outro não [...] eu tenho clareza que eu não posso/ eu não consigo fazer pro outro se eu num já percorri esse caminho entendeu? [EO9].

Aí eu acho que é::... Eu acho não eu penso que é crucial né? Eu acho que:: quando a gente tem uma consciência do:: do CORPO, das nossas necessidades... É:: dos nossos interesses... A gente consegue PRESTAR mais atenção no outro né? [EO1].

Bert (2013a) interpreta o referencial de Foucault sobre o cuidado de si e a relação inevitável entre os sujeitos, em que: “[...] a relação do domínio que alguém busca exercer sobre si mesmo só pode se realizar no poder que alguém exerce sobre os outros” (BERT, 2013a, p.163). E, diante do que Foucault denomina de ‘nova-ética’, o interesse deve ser em jogar com o mínimo de dominação, portanto:

Não se deve passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária (FOUCAULT, 2004, p.271).

De outro modo, o cuidado de si é acionado diante da necessidade de retomar uma felicidade perdida, a busca dos prazeres, do desejo, o que Veiga-Neto (2003b) denomina em relação às tecnologias do eu de ‘busca de certo estado de felicidade e imortalidade’ (VEIGA-NETO; 2003b). Nesse processo, também é relatado um anseio pela liberdade, que, para ser alcançada, pressupõe a prática de reflexão de si e o enfrentamento de sistemas de verdade.

Então quando eu comecei a perceber que eu tava trabalhando mu::ito eu não tinha mais tempo pra mim, eu não tinha mais final de semana, eu não tinha mais noites... Eu não tinha mais ALEGRIA de viver [...] Então quando eu/ quando eu/ quando eu [P: Isso acontece] quando eu me LIBERTO daquilo {relatando sobre a prática de reflexão realizada nos processos de terapia}, entendeu? Por que eu entendo que acontece em mim não existe mais problema, ME LIBERTEI entendeu? [EO9].

[...] Dentro do seu ponto de vista, das suas expectativas, das suas necessidades e dos DESEJOS porque tem uma coisa que É DO DESEJO, da gente [P: Uhum] elas

DESEJAM... e essa é uma hora que elas se expõem muito e elas falam desses desejos [...] [EO8].

[...] mas foi eu vivi um processo de reconstrução da minha identidade e aí/ MUITO FORTE foi assim ao mesmo tempo que eu fui jogada LÁ no chão eu comecei a catar meus caquinhos reconstruir tudo... E aí eu:: hoje assim me sinto outra pessoa assim a nível disso de identidade, de LIBERDADE... [EO10].

Em especial na análise realizada por Foucault sobre a História da Loucura o autor buscou problematizar como o exercício da liberdade, com o nascimento das ciências (principalmente da medicina) se tornou um risco, um problema para a sociedade. Por isso, os loucos já não podem ficar livres, não são produtivos, se tomam perigosos para as comunidades e submetidos ao veredito do médico e do juiz. Dessa forma, a liberdade é modulada pelos jogos de verdade (FISCHER, 1999).

Muitas decisões são apontadas pelas entrevistadas negativamente, como reflexos de uma ausência de elaboração concisa das próprias enfermeiras obstétricas, enquanto sujeito de ação, e vislumbradas pelas participantes como situações que contrariam os desejos próprios ou mesmo resultam da única opção de escolha possível.

[...] Então... A gente percebe que:: muitas decisões não são nossas né? Isso é/ isso é muito complicado... Porque:: por exe::mplo eu fui induzida a uma cesárea que eu achei que eu tinha ajudado na decisão mas que eu fui enganada... Né? [...] que eu fui induzida por um sistema e que a decisão NÃO FOI MINHA... [EO6].

Nem para esquerda, nem para a direita, nem para cima, nem para baixo. Você não tem outra opção [EO12].

Em relação ao protagonismo sobre as decisões, existe a consideração de que o escape aos saberes, e poderes e a reinvenção do sujeito são produtos construídos a partir da autonomia e do empoderamento das enfermeiras e, nesse sentido, as práticas de si – em especial o curso de enfermagem – proporcionam uma percepção crítica das situações rotineiramente vividas pelas mulheres.

(...) e assim pra mim a enfermagem obstétrica assim ela TERMINOU de desenvolver a minha autonomia... Como mu::lher, como:: cidadã, como:: como tudo né? Porque assim eu PERCEBI assim... Nuances que a gente não... Não se/ não se atenta... Que COMO A GENTE É MANIPULADO enquanto mulher -- o ser humano já é manipulado -- mas a mulher ela é ainda mais né? [P: Uhum] e além da manipulação o julgamento né? [EO6].

Então eu sai desse parto muito empoderada, você entendeu? Muito/ muito segura de mi::m, do meu cor::po, das minhas esco::lhas, da/ porque [P: Uhum] é uma vivência muito forte você dar a luz dessa forma... [EO3].

Desse modo, em contraste aos entendimentos das entrevistadas, para que as relações de poder e o cuidado de si ocorram, o pressuposto consiste na existência de liberdade. Por isso, se preocupar consigo mesmo para a tomada de decisões consiste em um exercício da liberdade, não necessariamente na busca da liberdade no sentido de tornar-se independente, autônomo.

O cuidado de si debatido por Foucault não é um retorno ao sujeito soberano, politicamente ativo, mas incapaz de decisões autônomas, pois ele consiste em um produto (e produtor) da história e das práticas discursivas. As práticas de si não derivam de invenções dos sujeitos, referem-se a formas de escape, encontradas em meio à sua cultura e sociedade, possibilidades do eu (DELEUZE, 1992; ERIBON, 1992; FOUCAULT, 2004). Ademais, sob o referencial do pós-estruturalismo, compreende-se também que, no momento em que as pessoas são constituídas nos mesmos discursos que compõem o seu “exterior”, torna-se difícil distinguir interioridade de exterioridade, colocando em questão a noção de sujeito autônomo e a possibilidade de “livre escolha” (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Tais enunciados permitem observar que acreditar na existência de corpos totalmente livres é uma ilusão sob o referencial de Foucault, pois ele não acreditava em uma sociedade sem relações de poder e enfatizava que elas não são más em si mesmas, nem das quais seria necessário se libertar. Nesse sentido, destaco o entendimento de uma entrevistada sobre a transgressão, em que considera que a resolução plena, enquanto sujeito, é impossível de ser alcançada e ocorre à medida que se vive.

Eu acho que eu tô BEM no caminho da resolução plena, ainda não cem por cento {risos} **acho que só quando eu morrer** né? (Reencarnar [00:33:01.27]) daí e ainda periga ter que encarnar mais umas duas vezes {risos} mas a gente chega lá [...] [EO6].

4.2 Técnica de si e os modos de resistir e reinventar: o cuidado de si

Entendendo o cuidado de si como uma prática constituinte que escapa aos poderes, saberes e verdades, a partir da análise dos dados, se destacam, nesta subcategoria, os discursos de esquiva de tais práticas discursivas, os disparadores dos processos de reinvenção de si e as técnicas de si. Cabe ressaltar que os processos de objetivação presentes nas narrativas das enfermeiras obstétricas serão especialmente tratados no próximo capítulo.

O processo de reinvenção de si, no discurso das participantes, foi disparado por fatores que merecem destaque nesta subcategoria. Situações inesperadas e que produzem no sujeito uma sensação de perda do próprio local (“perder o chão”), ou seja, desconstruções de si, foram

apontadas como situações que mobilizam o cuidado de si. Como exemplos citam-se: divórcio, ocorrência de cesariana, ameaça de trabalho de parto prematuro e gravidez na adolescência. Essas situações contradizem os desejos e escolhas dos sujeitos ou consistem em reações do corpo contrárias ao que se esperava, porém, versam em circunstâncias com as quais as enfermeiras obstétricas precisam lidar.

[...] a cesárea é uma circunstância que você vai ter que ENGOLIR se acontecer [P: Uhum] e vai ter que elaborar, é igual::l ao próprio casamento você não casa pra separar aconteceu ali não tava no seu plano aquilo não mas você vai ter que lidar com aquilo... São desvios de rota que você vai ter que lidar [...] [EO10].

[...] eu falei assim: “ah eu vou tomar rédea de/ dessa situação” porque eu acredito muito nisso, né? Eu acho que TANTO pra entender porque que aquele parto tava acontecendo dessa forma, porque que meu corpo estava querendo expulsar um neném que não tinha NADA preparado pra/ pra nascer né? [EO4].

Esse processo de desconstrução de uma realidade projetada e diferente da atual é apontado como um momento difícil de enfrentamento, sendo comum o relato da vivência de momentos de depressão que culminam nos processos de reinvenção de si.

[...] aí veio a separação esse negócio me JOGOU NO CHÃO completamente eu tive uma depressão violenta... [EO10].

É::: a maioria das vezes que eu:: que eu passo por algum aperto assim:: ... Eu deprimi muito, eu tenho uma:: uma::... Uma pré-disposição... A deprimir. Deprimi, deprimi MESMO, MESMO de me... De encolher, de::: e de não falar, de... Passar assim, de TODO MUNDO que olha fala: “nossa::: vai pira, pirou” [...] de repente eu me vi::... Num buraco, como várias vezes da minha vida sempre que eu estou no buraco de repente eu ressuro das cinzas, graças a Deus... Então deprimi muito até que quando eu cheguei no fundo, no fundo, no fundo de repente eu acordei e falei: “não! VAMOS CUIDAR DESSA VIDA”... [EO12].

Além desses disparadores, incômodos internos, provocados por diversas situações, também são narrados como disparadores de técnicas de si das participantes. Especialmente aquelas inquietações acionadas durante o ato de cuidar de mulheres, ao se identificar com as situações ocorridas no corpo de outrem.

-- Essa foi a minha busca e eu/ e é por isso que eu fui para a terapia... -- por que se eu não olhar PRA MIM, por que eu consigo me ver nela entendeu? Então **muitas coisas que acontecem na mulher é sessão de terapia pra mim**, porque eu me vi ali, então eu trago aquilo para o meu cont/ pro meu/ pra o meu discurso, pra mim/ pra eu elaborar aquela ideia, entendeu? [P: Uhum] Por exemplo... Nem/ nem só na mulher, inclusive do parceiro -- Outro dia tinha um caszinho que eu ia atender E ELE ME INCOMODOU, ELE [P: Uhum] E aí era uma coisa que foi para a sessão de terapia e **eu queria entender o quê que dele tinha incomodando a mim** porque... O que tinha nele tinha em mim [P: Uhum] por que se não, não me incomodava né? [EO9].

E aí eu resolvi fazer... Terapia porque também sentia... Que olhando aquela mulher, ela falava muito de mim eu fiquei puts, fiquei muito incomodada... E o que é esse incômodo entendeu? [EO9].

O cuidado de si congrega o conjunto das experiências e práticas que elaboram o sujeito e auxiliam na transformação de si mesmo (BERT, 2013a). Dessa forma, assim como foi possível identificar disparadores do cuidado de si, durante a análise dos dados, deparou-se com técnicas de si mencionadas pelas entrevistadas. O próprio ato de voltar-se para si mesma assume posição de destaque nos discursos, seja ao cuidar da própria casa, fazer exercícios físicos, terapias holísticas, entre outras atividades.

Comecei a me olhar mais, voltei pra a minha casa -- **minha casa significa dentro de mim mesma** entendeu? -- Comecei a fazer terapia::: comecei a fazer exercício físico, comecei a dormir um pouco mais tarde, comecei a ter mais tempo pra mim, comecei a comer todos os dias em casa, fazia a minha comida. Apreendi retomei a/ o cuidado da minha casa porque eu num cuidava mais da minha casa **ALGUÉM** cuidava pra mim entendeu? [EO9].

-- Eu fui fazer yoga que é uma coisa que eu adorava que eu nunca fazia -- [EO10].

A psicoterapia é referida como instrumento de reflexão de processos internos psíquicos e emocionais, além de consistir em uma oportunidade de se conhecer melhor, de identificar problemas do relacionamento com outras pessoas e de encontrar apoio para a tomada de decisões sobre a vida. Alguns relatos revelam essa compreensão:

Então assim as opiniões dele estavam sempre certas sempre foi uma pessoa muito assim... E eu me anulei muito nesse processo assim minha identidade [...] então eu/ eu me sentia assim **MUITO** é:: na minha, no meu universo feminino, muito sozinha [P: Uhum] muito solitária dentro dessa família e com um homem bem tipo um macho alfa {risos} que dominava as coisas então... **Eu fui perceber isso no processo terapêutico...** [EO10].

E nesse perío/ nesse período eu procurei terapia também... Né? [P: Uhum] **até pra chegar na decisão** que eu tinha mesmo que... [P: Que sair] pedir exoneração [...] [EO2].

A terapia, como uma prática de si, merece discussão mais refinada no que tange à comparação entre o cuidado de si foucaultiano e aquele recuperado da antiguidade. A concepção platônica de cuidado de si implica na educação e na condução do diálogo da alma consigo mesmo, como uma forma de libertação de si próprio. Além disso, se idealizava um estado de vida em relação à conformação das virtudes individuais, com o intuito de conhecer-se a si mesmo e, assim, alcançar o bem e a excelência de uma organização social (PAVIANI, 2010). Desse modo, atividades denominadas como práticas de si podem assumir conformações

diversas, como a psicoterapia, que, nos discursos das enfermeiras obstétricas, sustenta a construção de uma existência harmoniosa em sociedade.

Sim eu acho que na terapia eu consigo me entender mais assim... Me CONHECER até pra é:: ter:: -- como que eu falo -- assim REAÇÕES mais positivas... Né? No cuidado porque, por exemplo, assim ANTES alguma coisa assim que eu via de ERRADO na assistência eu dava... **Tinha uma:: uma reação mais explosiva** [P: Uhum] **e hoje eu consigo respirar** “eu tenho que proteger essa mulher, eu tenho que proteger o cuidado”... e como que eu vou... Reagir com o outro profissional que tá fazendo né? Algo que eu não acredite que seja... [EO2].

As características ambientais assumem posição de destaque nos discursos, no que tange a influência no cuidado de si, de modo que a oportunidade de conviver em meio à natureza e viajar são condições citadas como importantes para o processo de formação das enfermeiras enquanto sujeitos. Destaque também para a característica nômade na busca de se viver sem enraizar.

[...] esse ambiente pra mim naquele momento que eu tava vivendo era muito importante sabe? [EO10].

-- mas a minha perspectiva é morar na montanha e atender as mulheres rurais {tosse}, as mulheres campezinas... Já estou na perspectiva de montar uma casa de parto, sei lá o quê, não sei [...] [EO9].

{quando esta percorrendo sobre seus *hobbies* além do trabalho na enfermagem obstétrica} [...] eu gosto de viajar, consigo viajar mesmo com isso... Gosto de natureza, também consigo [...] Então, eu sô assim meio nômade também né, eu não tenho um... **Talvez não tenho tanta raiz e tal...** Faz parte do meu ser, é QUE JÁ ERA antes de ganhar menino, antes que eu mexia com obstetrícia né, ou/ mais é uma coisa que me sempre atraiu também quando eu era nova né [...] [EO13].

As obras de Deleuze (1992) e Guattari (1992) contribuem profundamente para a compreensão da importância de se ter um pensamento nômade, isto é, que se constitua em torno do fluido e não do estático. Aqui, fazem-se pequenas aproximações no sentido de problematizar a relação das narrativas produzidas com sinais de nomadismo e os escapes do cuidado de si: “Já, quando somos nômades de nós mesmos e caminhamos pelos espaços fluidos da diferença, ganhamos a micropcepção de que as grandes organizações têm seus poros, seus buracos, pelos quais podemos escapar” (CARDOSO JUNIOR, 2012, p.610). Desse modo, é possível associar a fluidez do sujeito com o ato de vislumbrar fuga e resistência: “O espaço disciplinar sólido é o lugar de normatização das subjetividades e moldagem de individualidades, mas os entre espaços abertos eram o lugar de fuga ou de resistências nessas sociedades” (CARDOSO JUNIOR, 2012, p.604).

O aspecto nômade pode ser visualizado também em outros discursos, marcados pela rotatividade de empregos mobilizada pelas barreiras de atuação, enquanto enfermeira, e pela busca de se encontrar diante das ideologias próprias. Nas narrativas das enfermeiras obstétricas, após diversas mudanças de emprego, elas se encontram/estabilizam em algum lugar (até porque são cobradas pela sociedade para que isso ocorra), seja por meio da escolha pela especialização em enfermagem obstétrica, seja em alguns cenários de atuação.

[...] quando eu vi que o negócio não ia RENDER eu disse assim: “eu vou embora daqui que eu quero seguir minha vida não quero ficar nesse negócio não” [...] [EO2].

[...] mas o PARTO ficou uma interrogação né? Aí eu BUSQUEI a:: enfermagem obstétrica muito baseada nisso com certeza e buscando essa identidade que eu também não tinha uma muito legal na relação né? [EO10].

De acordo com “Foucault, o ‘conhece-te a ti mesmo’ é uma das formas, uma das consequências, uma espécie de aplicação concreta, precisa e particular da regra geral do cuidado de si” (GRABOIS, 2011, p.108). Desse modo, a prática de si também ocorre nos discursos das enfermeiras obstétricas por meio do exercício de conhecer a si mesma e ao próprio corpo. Diferentes formas de conhecimento do próprio corpo foram apontadas, seja por meio do conhecimento do corpo reprodutivo, seja mediado pelo cuidado de outras mulheres, especialmente na assistência ao parto, ou por meio de experiência de “encontro” subjetivo e espiritual com o próprio corpo. A partir desses movimentos de ‘ocupar-se consigo mesma’, as enfermeiras relatam vislumbrar a necessidade de se tornar o núcleo central da vida. Destaco que, tanto para EO3 quanto para EO1, essa prática de si se consistiu em uma prática embrionária, ou seja, a primeira grande decisão que mobilizou, na própria vida, muitos outros movimentos endereçados no sentido de confiança e pertencimento do próprio corpo.

Eu tive uma conversa com o meu corpo... Eu falei assim: “olha, eu não tenho ESTRUTURA pra ter um filho prematuro, nem psíquica, nem emocional... nem FÍSICA” [P: Uhum] [...] Eu, comigo internada, e eu já tava usando a/ a última medicação que era a ([00:07:01.15]) então assim, **eu tive uma::/ um encontro PROFUNDO com o meu corpo mesmo**, de fa/ e aí que/ por isso que eu te falei que era o espiritual também [...] E aí eu fui entender o:: o quê que eu tava fazendo comigo mesma [...] E aí foi quando eu parei TUDO... Eu parei tudo de fato, eu fui VIVER a minha gestação, então eu/ eu entrei de licença mé::dica, eu entrei de INSS, meu salário que era x, reduziu pra:: é UM TERÇO do que eu recebia, MAS... EU fiz essa escolha [...] [EO4].

Ah eu acho que a primeira:: grande decisão foi de me conhecer mesmo assim... eu acho que foi a/ a MAIOR decisão assim eu lembro que::... É::... A primeira vez que eu fui a uma ginecologista [...] e que eu tava:: **conhecendo o corpo, O MEU CORPO ATRAVÉS DO CORPO de outras mulheres** né? {voz chorosa} Eu tava vendo as mulheres parir e isso é um processo de muito conhecimento porque o PARTO pra

mim é um:: é um:: um ato:: de conhecimento MUITO GRANDE sobre o seu próprio corpo e isso proporciona a quem está ao lado da mulher o conhecimento [...] [EO1].

(...) então é:: **talvez esse seja o EMBRIÃO** quando você fala/ até fala da questão de tomar decisões é/ era um discurso assim ainda BEM aquela coisa do/ do:: da MULHER, do HOMEM [P: Uhum] da/ ainda não era um movimento feminista, era um feminista, feminista bem/ bem no início mesmo, mas era/ mas assim ([00:24:15.13] esse dia) essa oficina foi mu::ito bacana que a gente pode viver esse processo... e conhecendo o próprio corpo, conhecendo o corpo da out/ da colega, vendo aí os RELATOS, as dificulda::des sabe? – [...] **eu me deparei com o diafragma eu encantei né? E encantei nesse sentido mesmo de conhecer esse corpo**, de ver como é que ele é, de se TOCA::R né? De ver, de acre/ de conhe/ de saber que ele é capaz [...] [EO3].

Grabois (2011) realiza uma reflexão em torno dos conceitos e aplicações de cuidado de si e conhecimento de si, durante a história. Ele destaca que o movimento cartesiano promoveu uma qualificação da proposição “conhece-te a ti mesmo”, marcada pela existência própria do sujeito atrelada à consciência, ao conhecimento de si e, portanto, ao acesso à verdade. O cuidado de si foi, por procedimento similar, desqualificado e até mesmo banido do campo do pensamento filosófico moderno. Neste estudo, utilizo essa discussão para problematizar os achados, em que há recorrência do discurso das enfermeiras obstétricas em torno de práticas de conhecimento de si. Todavia, destaco a dificuldade delas de falar de si, de narrar decisões sobre a vida, para além do conceito de conhecimento de si.

Além disso, no discurso das entrevistadas a prática profissional tem forte influência na própria vida, em alguns casos, consistindo na própria existência. Essa prática de si perpassa as ações de cuidar e ouvir a mulher, perceber as próprias vulnerabilidades nela, aplicar um conhecimento aprendido no cuidado ou mesmo na relação com outra mulher. Assim, assistir aos partos, pela relação de cumplicidade e solidariedade estabelecida com as parturientes, consiste em um elemento vital para a enfermeira.

P: Não... Uma experiência em que você teve que tomar uma decisão que/ você considera que É relacionada ao seu corpo...

... {pensa por um tempo} Proteger aquela mulher foi relacionado à minha vida [...] mas é MUITO BOM quando:: você cuida de uma mulher porque a outra te ensinou [...] essa é/ essa é a minha linha de condução né? Um/ **uma OUTRA mulher me disse isso... Uma OUTRA mulher me deu essa... Possibilidade uma OUTRA mulher me mostrou esse caminho..** Uma OUTRA situação... [EO8].

A gente ACABA entend/ enxergando um ser HUMANO na tua frente, claro você ainda continua profissional, você TEM o teu lado científico [P: Sim] né? Tudo isso, mas você ENXERGA... A vulnerabilidade sua nela... Né? [EO6].

Ué, cada parto legal me alimenta {risos}. Igual você tem um alimento, tem que comer arroz, feijão:: sei lá o quê, isso:: (sua [00:26:31.22]) né eu alimento através do parto que eu vivencio da mulher né? Aquela relação que a gente tem com elas de/ de cumplicidade, de solidariedade [...] então assim, isso pra mim é:: muito importante

assim **não consigo me ver como mulher, como pessoa sem ter esse alimento...** Né?... [EO13].

Também as experiências do próprio parto tem espaço nas narrativas como uma forte influência para a formação do ser, enquanto mulher e enquanto profissional, promovendo conexões de fortalecimento no sentido de enfrentamento de medos e dificuldades e de modo similar, Carneiro (2015) aponta a frequência de situações em que as mulheres relataram ter se transformado subjetivamente após o próprio parto.

Então isso assim {se referindo aos seus partos domiciliares} me marcou uma vez como mulher, como/ como profissional né porque eu não estava na área de obstetrícia né, mas::: como os partos foram antes dessa decisão eu... tenho certeza que isso me marcou [EO13]

Então e:: e eu acho assim que tudo isso te/ **te dá mais força pra você enfrentar o que tem que enfrentar** [P: Uhum] quando você encontra com ele né? E eu tive um apoio maravilhoso, então é:: isso me fortaleceu muito pra fazer as coisas que eu f::aço até hoje de enfrentar as minhas/ os meus medos, as minhas dificuldades sabe? [EO3]

As participantes apresentam um discurso que revela rotas de fuga aos poderes ao escolher (ou tender à escolha de) não ter filhos, mesmo diante do imperativo e das cobranças de maternidade da enfermeira obstétrica. O escape é alimentado pelo discurso da possibilidade de cuidar de parturientes, independente de ter vivido a gestação, o parto e a maternidade no próprio corpo. As enfermeiras obstétricas afirmam se fortalecerem em tal decisão por meio do entendimento de que sua prática assistencial não é prejudicada, já que passa a conhecer os processos fisiológicos da gestação e parto por meio das ações de ouvir e observar a mulher parindo. Elas fazem ainda reflexões internas a respeito do contexto envolvido nessa decisão – as implicações de cada escolha para sua vida – e de outras situações em que é possível cuidar sem ter vivido a experiência no corpo físico. Apesar da profissão e do partejar consistir em momentos de felicidade, na narrativa de algumas delas, a vivência do parto não é uma experiência almejada para si.

Eu acho lindo, eu amo ajudar as mulheres nesse momento, mas... Eu também não tenho certeza se é pra mim [...] eu já pensei bastante nisso, mas assim é:: eu cheguei a seguinte conclusão: **uma pessoa pra trabalhar numa/ numa clínica oncológica ela não precisa ter um câncer para ela cuidar bem da pessoa.** Então assim eu/ eu cheguei a conclusão de que eu NÃO PRECISO ter filhos, ou ter passado por uma gestação, ou ter passado por um parto normal para eu cuidar bem dessa mulher, eu preciso compreender o processo da fisiologia, eu preciso compreender essa mulher em seus processos psicológicos e suas alterações E fazer o máximo pra que ela... Passe bem com tudo isso né? [EO5].

-- e as mulheres me perguntavam quando eu cuidava delas "você tem filhos?" e eu dizia "não... eu não tenho filhos" "mas e como é que você... fala essas coisas como é

que..." eu falei "porque você me DIZ, porque você se MOVIMENTA, porque eu tenho que olhar muito pra você pra eu conseguir... é:: traduzir, entender, compreender o que você quer pra eu poder cuidar né? [...] eu vi muito as mulheres sofrerem claro mas eu vi MU::ITAS mulheres serem muito felizes [...] **enfim quando a gente tava ali eu achava que aquilo era pra ela NÃO ERA PRA MIM** [...] [EO8].

O escape às relações de poder também foi manifesto no relacionamento estabelecido com uma médica que prescreve método contraceptivo hormonal, sem um diálogo efetivo profissional-paciente. Tal fato mobiliza inquietação da enfermeira obstétrica que, por meio do conhecimento do próprio corpo, estabelece os limites de autoridade sobre si.

(...) então eu comecei a questionar: “gente... como QUE EU DEIXO né?” [...] como que eu deixo alguém decidir por mim... Qual método contraceptivo eu devo usar... Eu achei que aquela:: prescrição ela era MUITO AUTORITÁRIA sobre o MEU CORPO porque eu TENTEI falar com a pessoa... [EO1].

Ao dar entrada em serviços de saúde como paciente, uma entrevistada manifesta em seu discurso a vontade de ser tratada como uma mulher comum e não como enfermeira, que assume posição diferenciada nas relações de poder diante dos saberes. Além disso, ela afirma que, na realidade dos serviços, é fornecido um tratamento distinto para quem é profissional da saúde. Ao querer ser tratada como uma mulher comum escapa do comportamento incutido em si, por conta das relações de saber – estar vigilante às suas próprias condutas, o tempo todo.

[...] NADA hora nenhuma eu me identifiquei... Que eu não queria aquela questão de pressão “ah nossa”, que as vezes **eles pudessem me tratar de forma diferente porque eu era enfermeira, eu conhecia das coisas...** Não, eu queria ser tratada da mesma forma que eu trato as pessoas/ eu pensei comigo: bom eu quero ser tratada igual eu trato as pacientes [P: Uhum] independente da profissão do/ do/ do QUE É o tratamento pra mim É O MESMO [...] você não consegue VISUALIZAR se a pega tá errada ou não, você tá meio SEDADA, [...] CANSADA então assim **você não vai ficar O TEMPO TODO com o olho aberto** pra saber se a penguinha tá ali correta... [EO14].

Nas sociedades ocidentais, existe uma cultura de que a mulher não se toque e que o corpo seja desconhecido de si mesma, em uma perspectiva de pudor, e de que o corpo da mulher é vergonhoso e, por isso, deve ser tampado, escondido. Em especial “O aprendizado da sexualidade é, em nossas sociedades, constantemente remetido à divisão entre o permitido e o proibido, o normal e o perverso” (BERT, 2013a, p.149). Consequentemente, existem influências sobre as próprias decisões e há um desconhecimento do próprio corpo:

[...] eu não vim pra cá porque eu fiquei com vergonha... Vergonha da equi::pe aquela/ aquela questão de pensar: “ah a XX é assim, a XX”/ me ver PELA::DA de exposição mesmo... Mas e/ eu fiquei com vergonha tipo de me expor perante a equipe... [EO14].

[...] no cuidado que eu tenho com:: as mulheres PRINCIPALMENTE mulheres que estão passando por esse processo de indução, mulheres que não CONHECEM o seu corpo, que não conhecem a/ a/ a::/ o procedimento, o quê que vai acontecer com elas, COMO que vai acontecer, o quê que ela vai viver ali, né? – [EO4].

[...] na nossa infância e na nossa adolescência, principalmente quem vive no interior num... O corpo é proibido, o corpo é vergonhoso... E a gente acaba criando um tabu com o/ com o próprio corpo e assim a gente... Relaciona com o mundo [P: Sim] né? [P: Sim] Eu tinha um problema com o meu corpo... Enquanto MULHER, enquanto:: né? É::... Até uma questão de GÊNERO mesmo eu penso [P: Uhum] que é assim que a gente aprende, a gente acha que a gente é pecamino::sa né? [EO1].

Desse modo, a sexualidade é relatada na narrativa de duas participantes que apontam a necessidade de práticas de si (especialmente pelo conhecimento do próprio corpo) para ser possível a sua vivência direcionada pelas vontades e desejos próprios, “sem” melindres e com menores efeitos dos discursos de poder e do pudor. O poder disciplinar é apontado por elas como castrador e inibidor dos processos de prazer e, por isso, há um discurso de escape aos saberes, a algumas verdades, quando as vontades do sujeito se configuram como soberanas ao discurso científico. Neste ponto, realizo o contraponto com o referencial de Foucault em que as relações de poder e saber são produtoras de realidades e por isso enfatizo o discurso de uma entrevistada que optou por um método contraceptivo hormonal, mesmo diante do conhecimento do risco de adquirir DST/Aids na relação sexual sem preservativo.

É:: Num, não tinha uma... Assim não era... Ruim mas não tinha uma:: vida é no âmbito da sexualidade assim entusiasmada prazerosa [P: Uhum] era uma coisa assim... Morna pra mim [...] eu sou quem eu sou eu/ agora não tem mais melindre nenhum [...] eu:: comecei a namorar aí comecei a:: (aventar) **a possibilidade de usar um DIU, que era uma coisa pra mim que eu NUNCA ia usar na minha vida ainda mais medicado com progesterona que é o Mirena né?** [...] Não quero ficar usando camisinha:: assim... Toda hora {risos} eu quero poder ter bastante LIBERDADE" mesmo que... do ponto de vista de DST num, não seja [P: Sim] o CERTO mas eu falei eu vou colocar um DIU **porque aí eu fico... mais à vontade** né? [EO10].

[...] que eu não queria aquilo {uso de pílula hormonal} porque eu:: era BEM natureba assim e achava que AQUILO era... Castrador pra mim, aquilo:: e COMO DE FATO me limitava, me castrava assim e mexia com a minha LIBIDO... E foram oito meses MUITO ruins assim... [...] estava mexendo na nossa vida sexual SIM porque essa também essa:: **Essa reflexão sobre a minha vida sexual você só consegue fazer quando você CONHECE O MEU/ o seu PRÓPRIO CORPO** [...] [EO1].

Porém, as narrativas das enfermeiras obstétricas revelam a temática da sexualidade como um tabu, um tema que por si só é interdito. Essa afirmativa se sustenta na análise e percepções no empírico: mudança no tom de voz ao falar sobre o assunto; relato do percurso de si necessário para perceber o pudor que ainda há na discussão da sexualidade e pela escassez

de entrevistas que tocam o assunto, mesmo diante da recorrência de indicações de decisões sobre o corpo reprodutivo.

[...] e aí eu, eu decidi TAMBÉM. Pela minha relação sexual com o novo namorado que eu achei um máximo, achei que... Que... É:: foi/ foi uma coisa um pouco:: que mudou muito assim na minha VIDA porque:: eu acho que eu tinha uma relação mais de submissão com meu ex-marido:: né? Muito assim... Muito retraída e tal e aí quando eu comecei a namorar é aquela coisa de paixão de namoro mesmo sabe? **{abaixa bem o tom de voz}** Aquela coisa aquele entusiasmo aí eu ne::m ([00:30:55.15]) eu pensei/ “o quê [...] [EO10].

Apesar da ocorrência de interdições relativas à vivência e produção discursiva sobre a sexualidade e dos discursos das enfermeiras obstétricas se direcionarem para a busca por uma liberação sexual, Foucault alerta para o risco de reduzir essa intensa produção discursiva ao par repressão-liberação, mais do que apenas reprimir os discursos produzem realidades, efeitos sobre os corpos e vida (BERT, 2013^a; FISCHER, 1999).

[...] a hipótese repressiva não dá conta dessa intensa produção discursiva que se exprime menos em termos de proibição e de interdição do que de adoção, pelo poder, do registro do interesse público que apela a procedimentos específicos de gestão da sexualidade [...] não se deve acreditar, lembra Foucault, que, ao dizer sim ao sexo, diríamos não ao poder (BERT, 2013a, p.156-157).

Foi possível analisar também o escape a alguns papéis prescritos para a mulher na sociedade, tais como se casar, ter filhos e cuidar da casa, expressos nos discursos por meio de algumas decisões: desejo de permanecer solteira, enquanto estado conjugal e não ter outros filhos; renúncia da dedicação ao casamento e ao cuidado dos filhos por conta da prática profissional.

[...] porque assim é impressioNANTE quando assim, quando você é solteira “quando que você vai casar?” [P: Uhum] (...) quando que você casa “quando você vai ter filho?” Aí se você tem um filho “quando que você vai ter o outro?” Né se você se separa e aí? Vai continuar sozi::nha é MAIS uma decisão né? Você **resolver que NESTE MOMENTO eu quero estar sozinha** [...] NESTE MOMENTO um casamento não me cabe... [E06].

P: Quando você conta da sua vida, você conta da sua atuação enquanto enfermeira.
É. Na verdade eu acho que:: acabou meu casamento por causa disso {tom de deboche com risos}, por parte porque eu sempre::... eu sempre coloco isso muito na frente né? Sempre. Não lógico que não acabou só por isso, é bobagem, mas/ mas::: eu era sempre muito disponível para essa questão né, para a minha/ pra minha vida profissional né.

P: Uhum

Aí::: as outras coisas ficam pra trás ne. Não tem jeito.

P: E com os filhos?

Também, eu acho que eu poderia talvez ter sido uma/ uma:: mãe melhor::: [EO13].

Em relação à mulher contemporânea, por meio da infusão dos movimentos feministas, especialmente a partir da década de 1960, com destaque para os adventos da inserção da mulher no mercado de trabalho (autonomia financeira) e da contracepção medicalizada e segura, por meio da pílula (autonomia física), a mulher se viu estimulada a pôr fim à submissão aos homens, em especial aos maridos. Logo, muitas se divorciaram (36% das participantes deste estudo), mas a função de cuidar dos filhos continua sendo uma produção discursiva de afinco, tanto que em 2011 das famílias brasileiras 37,5% eram chefiadas por mulheres (DEL PRIORE, 2014; BRASIL, 2013b). Nesse sentido, diante dos escapes realizados para o exercício pleno da profissão de enfermagem obstétrica, a abdicação do papel de ser mãe é o que mais causa angústia e ocasiona certo arrependimento. Tal sentimento também está relacionado à necessidade de lidar intensamente com a maternidade na profissão, o que a torna um imperativo ainda maior para essas mulheres.

Também, eu acho que eu poderia talvez ter sido uma/ uma:: mãe melhor:::

P: É:::

{Silêncio acompanhado de choro}. Mas não fui né? [...] Eu realmente não sei se/ se TODA A VIDA, assim a vida foi indo pra lá também eu nunca/ nunca cuidei muito de outra coisa né? Assim outro hobby né, põe a família na frente::: mais pra frente, ou até outra atividade, como eu nunca tive isso, ou nunca cuidei DE TER também né? [...] também nunca senti... Vontade/ assim/ nunca senti falta de alguma coisa né::: [...] Não fez falta não, essa questão dos meninos que me:: as vezes penso.... Poderia ter sido diferente, mas, às vezes, também não né? [EO13].

Assim, o trabalho na enfermagem obstétrica consiste para as entrevistadas em um lugar no qual elas podem ser elas mesmas, um refúgio dos problemas do ambiente doméstico - no qual sua identidade é anulada. Perante a consideração do trabalho como lugar do feminino, percebe-se que este assume também a possibilidade de um *locus* de escape da dominação masculina.

EO10: [...] depois da separação que uma das formas deu me é deu poder ser EU MESMA deu né? Ser quem eu era mesmo... A minha identidade eu consegui isso no trabalho que era longe DELE [P: Uhum] não tinha nada a ver com ele... E aí muitas BUSCAS minhas nesse, nesse período inicial que eu troquei muito né? De lugar querendo alguma coisa que me... [EO10].

[...] REFORÇA o feminino que tem essa práti/ essa profissão ESPECIALMENTE essa prática [...] [EO8].

Outra maneira de resistir às relações de gênero, pelo escape, relatada foi a decisão de buscar a psicoterapia com mulheres, com vistas a soluções do “eu” feminino, encontrar de alguém que a entenda enquanto mulher. Ademais, existem discursos que demonstram

experiências de decisão sobre o corpo, marcadas pela libertação das prisões perpetuadas pela desigualdade de gênero, nas figuras do pai e do marido. Com objetivo de decretar suas escolhas, as enfermeiras impõem algumas regras ao outro (companheiro) marcando a diferença, em termos de dependência, entre as relações homem-mulher e mãe-filho.

-- sempre fiz terapeuta/ terapia com dois homens né? -- mas agora eu falava: Eu preciso de uma mulher... Por que eu tinha que resolver as minhas questões do feminino sabe? [EO9].

[...] a gente, a gente vai tendo prisões né? [P: Uhum] (...) ([00:15:35.13]) o pai, o marido então é tudo uma libertação... [EO6].

A primeira foi DECIDIR ENGRAVIDAR... Porque::: é:: e aí tem uma/ uma questão PESSOAL, meu esposo ele não queria ter filhos [P: Uhum] de forma alguma [...] Porque aí eu dei o íntimo pra ele: Eu falei “Olha, EU TENHO PLANOS DE TER FILHO, E QUERO TER antes de trinta e cinco anos, então eu preciso que você defina, se você não quiser entrar comigo nessa, ainda... tem possibilidades, então a gente resolve o que a gente vai querer da vida” [EO4].

Eu falo é “ou você aprende comigo... ou VAI PROCURAR TUA TURMA porque eu não tô afim de::”/ sabe? De ter que/ deixar de fazer, deixar de trabalhar, deixar, deixar, deixar isso é/ pra casar, pra viver uma RELAÇÃO... Hum NÃO, NÃO ou a gente tem um relacionamento extremamente ABERTO onde as partes possam SER LIVRES né? Livres no sentido assim não livres pra tá com outras pessoas né? Mas livres no sentido de continuar na sua profissão, continuar estudando, continuar sendo um INDIVÍDUO dentro de um relacionamento, porque eu acho que **casal não tem que ser binômio né? Binômio é mãe e filha** [...] Não mu/ marido e mulher né? Você ter que “aí posso, aí devo, aí quê que você vai achar né?” [...] Adianta cê estar colada no/ no/ na cinta de um homem e né? “Aí bem onde cê vai? O quê que cê quer comer? O quê que você vai fazer?” Aí:: nossa nada a vê [EO6].

De modo que “[...] não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica, então, pelo menos de modo virtual, uma estratégia de luta [...]” (FOUCAULT, 1995, p.248), as enfermeiras obstétricas consideram que a mulher tem um potencial de reinvenção e tem assumido uma posição diferente daquela marcada historicamente pela submissão e desvalorização. EO6 reconhece que essas transformações consistem em um desafio para os relacionamentos entre homem e mulher, ao declarar que:

Pra ele é muito difícil assim, ele fala que pra/ que eu sou UMA ESCOLA na vida dele ele fala “no::ssa você é uma escola na minha vida... porque tem muita matéria que eu vou reprovar” ele brinca comigo {risos} mas “eu tô tentando” ele fala/ eu falo “isso vai/ vai/ vai/ vai fazendo” eu falei porque “se você não ficar comigo pelo menos você tá preparado pra nova mulher da sociedade” porque [...] É porque [P: O relacionamento também se fortalece] é:: porque se você/ se você for pegar um/ uma/ uma mulher INTELIGENTE com AUTONOMIA uma pessoa/ uma pessoa... INTEIRA né? Não um FRAGMENTO de sociedade... Se você quer um... Ser inteliGENTE ao teu lado você VAI TER QUE SABER o seu papel... Você vai ter que

entender que O HOMEM MODERNO PRECISA EVOLUIR... Precisa pensar diferente... [EO6].

[...] a gente é tido como os/ as vulneráveis né?... Em situações de vulnerabilidade... Mas a gente se reconhece e a gente tem um potencial de reinventar que é... MUITO GRANDE então é/ eu fico pensando assim... No/ no contexto atual de assistência a mulher... é:: à mulher em trabalho de parto... [EO1].

Em algumas narrativas, os discursos de resistência aos jogos de verdade e a um modelo que tem capilaridade e força nos gestos e linguagens das pessoas são revelados, mesmo em contextos ameaçadores, marcados pelo temor das enfermeiras obstétricas em contar algumas especificidades, expresso nas interdições.

Eu carregava uma seringa de::... De água no bolso escondido e aí ficava umidificando a boca das mulheres, que elas tinham muita se::de, muita fome:: [EO1].

Rompi com um monte de coisas por que sou mãe solteira, nunca casei [P: Uhum] entendeu? Rompi com vários sistemas e:: sistemas dados ([00:17:07.27]) [EO9].

-- eu e meu pai assim quando eu tinha assim QUINZE anos a gente saiu NO SOCO porque daí eu já tava grande né? Eu já podia me defender... E daí foi quando ele parou de bater na minha mãe e nas minhas irmãs e FOI EMBORA [...] A mamãe quando nós... ROMPEMOS né? Que quem fala que quem divorciou do meu pai FOI EU E MINHA IRMÃ... A gente praticamente pôs ele pra fora né? [EO6].

Os achados permitem analisar que existem discursos dominantes presentes no conceito de corpo físico/ reprodutivo, na crença na possibilidade de aquisição de poder e de liberdade, no próprio disciplinamento e na busca por identidades, que atravessam o cuidado de si das enfermeiras obstétricas. Mas existem também discursos emergentes que tocam as decisões relacionadas à sexualidade, às noções de sujeito inacabado, à rejeição a identidades, aos escapes e às técnicas de si presentes nas narrativas. Ressalto que as práticas de si, apesar de encontradas experiências marcantes vividas pelas enfermeiras, não consistem em algo rotineiramente refletido pela maioria delas.

Foucault, por meio das práticas de si, não defende uma posição individualista, em que o sujeito é dono livre de seus atos discursivos, mas sim a inserção dessas práticas em um contexto amplo de práticas sociais, consistindo em pontos de resistência aos diferentes modos de governar que, pela história, impuseram aos sujeitos determinadas formas de ser (GRABOIS, 2011; FISCHER, 1999). Desse modo, os discursos revelam que os acontecimentos em torno dos corpos e vidas são perpassados por diversos modos de governar, que constituem um campo associado de jogos de verdade para mulheres-enfermeiras.

Desta forma, as próximas categorias se direcionam para o entendimento desse lugar do qual se profere o discurso e para quem ele produz realidades – o lugar de mulher e o lugar de enfermeira obstétrica.

O autor, não entendido, é claro, como o indivíduo falante que pronunciou ou escreveu um texto, mas o autor como princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência (FOUCAULT, 2007b, p.26).

*CAPÍTULO 5 -
SER MULHER NA
SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA:
INFLUÊNCIAS NAS
DECISÕES SOBRE OS
CORPOS E VIDAS*

SER MULHER NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: INFLUÊNCIAS NAS DECISÕES SOBRE OS CORPOS E VIDAS

Com Foucault, o ‘sujeito’ não passa de um efeito das práticas linguísticas e discursivas que o constroem como tal [...] O ‘sujeito’, mais do que originário e soberano, é derivado e dependente. O ‘sujeito’ que conhecemos como base e fundamento da ação é, na verdade, um produto da história (SILVA, 2000, p.15).

As decisões sobre os corpos e vidas são marcadas pelo contexto em que essas mulheres estão envolvidas: discursos de origem, forma, organização e função diferentes, que vieram a se cruzar num dado acontecimento. Alves e Pizzi (2014) destacam que qualquer enunciado se localiza em um lugar específico, já que não há enunciado livre, neutro e independente. Assim, as decisões fazem parte de uma série ou conjunto de discursos que desempenham uma função no meio dos outros, reforçando-se ou distinguindo-se.

Dessa forma, esta categoria apresenta os discursos associados às decisões das mulheres, as relações de força que produzem o sujeito, partindo do entendimento do contexto de vida das participantes da pesquisa e das suas influências no processo de formação enquanto sujeitos. No discurso das participantes, as relações de poder, saber e os jogos de verdade foram marcados por diferentes pontos de vista e, concomitantemente, produziam imposições de lugares, tempos e gestos. Puderam ser coletadas ideologias, marcas culturais e condições sociais, econômicas e políticas das mulheres-enfermeiras.

A análise dos dados revelou que os discursos, de forma a assumirem uma posição de verdades legitimadas, são embasados pelas participantes em ações, legislações, “palavras e coisas” produzidas por influência de três instituições – ciência, estado e/ou igreja.

A coisa tende a ter algum/ alguma formalização melhor na saúde suplementar [P: Uhum] porque agora tem LEGISLAÇÃO querendo/ obrigando o plano de saúde a... Né? A oferecer esse, esse trabalho [...] [EO10].

[...] quando a gente começou a entender que tinham as evidências científicas [P: Uhum] que a gente/ um cuidado diferente e tal que/ que era baseado não só na experiência não só na repetição né? [P: Sim] de ações e que a gente mesmo considerava que era cuidado, mas que na verdade não era... [EO8].

No entendimento da interligação entre os jogos de verdade e as relações de poder, Foucault considerava que a verdade provém de indivíduos que são livres, que organizam certo consenso e se encontram inseridos em uma rede de práticas de poder e de instituições. Nesse contexto, o saber legitima o exercício do poder que, por sua vez, lhe providencia novos focos de investimento (FOUCAULT, 2004; BERT, 2013b). Por isso, Foucault se empenha em

problematizar a seguinte relação: “Como o poder se transforma em um saber que, por sua vez, se instala como verdade na sociedade?” (BERT, 2013b, p. 183).

Assim, apesar de já existir, há longo tempo, a prática da enfermagem na assistência ao parto, especialmente desenvolvida por parteiras tradicionais, há uma necessidade, narrada pelas participantes e mobilizada pela ciência e pelo Estado, de normatizar e incentivar tal prática profissional, por meio da publicação de diretrizes e legislações, além do estabelecimento de cursos formais de titulação na área.

[...] Aí igual eu te falei, essa movimentação, esse movimento de humanização de parto, da enfermagem dar valor pra enfermagem obstétrica, os cursos né do Ministério aquela PRIMEIRA ONDA dos cursos [P: Uhum] do/ do ministério, tudo nasceu junto mais ou menos:: [...] Porque tinha eu acho que:: eu esqueci agora qual que era o primeiro documento que falava da/ da enfermagem obstétrica [...] aí:: né, então ele começou a dar esse valor pra enfermagem obstétrica [...] [EO13].

[...] então eu fiquei MUITO interessada no/ em FAZER... Do jeito delas, fazer um curso que fosse cuidar das pessoas. {EO1 possuía a prática de cuidar de um familiar anteriormente a formação em enfermagem, porém manifesta o interesse em fazer um curso e aprender com cuidadores profissionais} [EO1].

Por sua formação e acesso ao conhecimento legitimado em saúde, as enfermeiras obstétricas apresentam uma narrativa marcada pela introjeção do discurso científico em seus corpos e esse discurso induz sentimentos, ações e outras práticas discursivas. Entretanto, as relações de saber também são visualizadas do ponto de vista de auxiliar a enfermeira a analisar criticamente as suas próprias situações e decretar seus desejos. Destaco também a utilização do discurso científico, como forma de justificar as escolhas que contrariam condutas impostas por jogos de verdade. Um dos relatos neste sentido envolve o uso de métodos contraceptivos hormonais:

Nesse sentido aí eu achei que essa foi uma decisão MINHA de medicalização:: assim do meu corpo que eu era muito contra antes né? Mas que veio também com a questão da idade e com as queixas já... Próximas aí da menopausa né? De dismenorré::ia, de:: é hipermenorréia né? De fluxo aumentado e cólica e uma NOVA vida sexual com outra pessoa:: aí eu, eu decidi que eu ia colocar e eu fui e coloquei [...] [EO10].

É foi quando eu tive a segunda filha... Porque a minha segunda filha... eu descobri que ela tava PÉLVICA com nove centímetros de dilatação... Eu não sabia que ela tava pélvica e aí NAQUELE MOMENTO eu tinha que tomar a decisão... [EO3].

[...] uma escolha que:: eu mesmo fiquei frustrada com o meu corpo [P: Uhum] foi no meu filho agora que ele tem três anos, que eu já/ eu já/ eu sou XX então a minha primeira filha nasceu de trinta e quatro semanas por oligodrâmnio, **eu era muito nova não tive muita escolha, não entendia muito bem, não era da área**, foi uma cesárea [EO14].

Os relatos permitem compreender os processos de subjetivação, ou seja, a forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos: “[...] aplica-se a vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o a sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele” (FOUCAULT, 1995, p.235). Por isso, a disciplina aparece no discurso das enfermeiras regendo comportamentos e pensamentos, enquanto corpos individuais treinados, vigiados, utilizados e até mesmo eventualmente punidos (FOUCAULT, 1999).

Também direcionadas pelas relações de saber, as participantes citaram a adoção de medidas e parâmetros conduzindo a tomada de decisão em relação ao próprio corpo. Esses se constituem como importantes dispositivos, por conectarem táticas de poder com táticas de saber (BERT, 2013a), que se direcionam ao corpo individual, impulsionando a adoção de hábitos de vida saudável.

[...] E teve um::/ um momento que:: eles chamaram todo mundo pra pesar, aquelas medidas que eles fazem de vez em quando, com todo mundo né? [...] e aí quando eu me pesei deu OITENTA E TRÊS QUILOS... **Aí eu olhei pra balança e falei assim:** “esso/ esse peso NÃO ME PERTENCE... né? Eu preciso:: me reorganiza::r na alimentação” [...] Foi uma coisa desse tipo... É:: que eu me pesei, que achei esse peso né assim aí eu... Disse que eu tinha que fazer uma coisa, que eu tinha que mudar o estilo de vida -- eu me lembro bem dessa situação [EO2]..

[...] eu:: estava tão obesa que eu:: tinha problemas de saúde já é:: eu fazia hipoglicemia pós prandial... Meu:: meu pâncreas ele era hiperativo então tudo que:: que caía na circulação ele:: fabricava muita insulina e aí CAÍÁ. Até convulsionei algumas vezes por hipoglicemia... Com cento e vin-te e qua-tro quilos {riso}... [EO12].

O discurso das enfermeiras obstétricas revela que tais medidas são adotadas em um contexto de coleta de dados da mulher, enquanto paciente, compondo certo perfil dos indivíduos (idade, história familiar, comorbidades) para, a partir daí, estratificar riscos e prescrever condutas. Desse modo, munindo-se de toda informação sobre cada grupo, sobre o que pensam e sentem e como podem ser melhor dirigidos (FISCHER, 1999). Assim, a história familiar, apesar de não ser um valor exato, também é tomada como uma medida dos riscos aos quais se está submetida:

(...) perguntava a idade né? É:: se tinha alguma:: história familiar de algum/ alguma patologia né? Alguma comorbidade e:: o peso e a altura [P: Entendi] pra calcular o IMC só [...] [EO2].

-- por que o quê que eu já:: já/ eu **TENHO histórias familiares muito FORTES** [P: Uhum] de mulheres que... Foram deixando o tempo passar, e deixaram o tempo passar... Algumas por/ por escolha própria outras por escolha de terceiros, e... Acabaram que na época que elas queriam elas já não tinham condição mais

reprodutiva::: o corpo delas já não/ não funcionava da forma que deveria funcionar [EO4].

A análise discursiva permitiu ainda a percepção de que, de forma a acompanhar caso a caso de perto, conhecer com riqueza de detalhes as situações, e ter um maior controle prescritivo sobre eles; o saber científico também é utilizado como argumento para classificar as situações, de acordo com as evidências e o possível risco à saúde. Portanto, em uma perspectiva de controle sobre a vida das mulheres e das enfermeiras, os discursos são marcados por diferenciações entre situações normais e aquelas consideradas patológicas, ou seja, que expõem o sujeito ao risco de morte. Essa avaliação é feita continuamente e não apenas nos cenários assistenciais, inclusive, conduzindo as decisões rotineiras de vida das mulheres-enfermeiras:

[...] e ele **classificava as práticas no parto** [P: Uhum] práticas é... É::: ÚTEIS e que devem ser estimuladas então tem um conjunto de práticas: deambular, a mulher esq/escolher onde como e que profissional vai atender/ ela... Quer um dieta líquida/ ela.. Enfim, uma série de.... Práticas, essas são da categoria A, categoria B práticas prejudiciais que devem ser abolidas... prá::tica categoria C sobre as quais nós não temos evidências que as suportem né? [P: Uhum] que as sustentem e... Categoria D práticas utilizadas de modo inadequado né? Cesariana por exemplo [EO8].

É tive uma gestação **totalmente normal**... [...] aí eu tinha um viés também que era também trabalhar no/ na UTI neonatal lá... Lá tinha muitos casos de bebês grande::s que tinham... encefalopatia hipóxica esquêmica [P: Uhum] e aquilo me preocupava um pouco né? Bebê com malformação eu tinha quase certeza que o meu ia ter alguma {risos} mais ou menos isso assim [...] mas... Foi uma gravidez super normal... [EO10].

Dessa forma, a biopolítica, enquanto nova técnica de poder massificadora, diferentemente e complementar à disciplina dos corpos individuais, se direciona ao homem vivo, ao homem ser vivo, ao homem-espécie, com vistas a produzir indivíduos saudáveis e úteis à produção no capitalismo. Na biopolítica, o cuidado e controle sobre a vida passam a ser objetivos do Estado, que considera produtiva uma população bem cuidada. Mas o inverso não é verdadeiro, pois o Estado não esgota possibilidades de preservação da vida humana improdutiva (RITTER, 2014). Desse modo, mesmo nas situações patológicas, o objetivo consiste na inclusão de todos os casos, como forma de exercício do poder que tem como modelo o conhecimento e o exame.

Assim, no sentido da vigilância e normatização, as participantes consideram que é preciso estar atenta aos sinais e sintomas dados pelos corpos, pois existe uma linguagem corporal, inclusive de difícil interpretação, que sinaliza em que sentido é preciso atuar.

[...] eu nunca tive tempo pra fazer NADA pra mim, então eu falei assim: “não, é o meu **corpo mesmo dando sinal** assim ou você para agora ou alguma coisa vai

acontecer” [P: Ou não tem jeito] né? Alguma coisa vai acontecer com você e com o seu bebe. E aí foi quando eu parei TUDO... [EO4].

E... Eu tenho muito aquela coisa de **ler as entrelinhas e fazer a leitura corporal**, isso foi ensinado dentro da faculdade, foi uma coisa que eu aprendi com muito gosto e desenvolvo com muito gosto, e aí acaba que eu fui estudar mais:: e tudo e acabei aperfeiçoando mais isso [EO12].

Além disso, diante dos riscos, a verdade prescritiva de corpos saudáveis é encontrada nos discursos das entrevistadas. Para tornar-se saudável, são prescritos alguns hábitos específicos, tais como: número mínimo de horas de sono por noite, atividade física regular e alimentação regrada por dieta. Mesmo sendo a enfermeira obstétrica também profissional da saúde, se destaca o papel de um especialista, que possui conhecimentos específicos, para direcionar os sujeitos no sentido de mudanças efetivas de hábitos de vida, sendo este profissional, inclusive, incluído nas ações ao serem narradas em primeira pessoa do plural:

É e nesses dois, três anos eu tô tentando... Eu tô acabando de sair da nutricionista, uma alimentação assim COM ACOMPANHAMENTO [...] Então assim eu tirei muito, AGORA **nós estamos tirando** muito a questão do trigo:: [...] aí agora esse ano eu falei assim eu vou pedir pra um profissional pra tá fazendo as coisas porque a gente que é da área, a gente até que sabe né? O quê que você precisa mudar [P: tem uma idéia] é::: atividade física, comer mais verdura isso a gente sabe... ([00:10:08.06]) mas esse ano eu falei: "não, eu vou precisar de uma profissional LEGAL pra me acompanhar porque vô precisar mudar mesmo" [...] [EO11].

Aí eu:: É resolvi que eu tinha que alimentar, melhorar a alimentação, a atitude maior foi essa, naquela época também não::/ não/ não procurei uma atividade física... Só alimentação [EO2].

É possível afirmar a importância do discurso de algumas pessoas influenciando na tomada de decisão, especialmente quando as mulheres-enfermeiras se apresentam indecisas. Nesse caso, algumas decisões são percebidas por elas como não sendo próprias, mas sim resultantes de “indução” ou “manipulações”. Esse potencial de influência ocorre especialmente quando outrem possui um saber legitimado (pela igreja, estado ou ciência).

[...] e eu lembro que eu cheguei na minha casa, eu liguei pra Escola de Enfermagem porque **eu lembrei de uma referência que eu tinha na Escola de Enfermagem...** Nessa área de saúde da mulher... Aí fale::i que eu tinha dado o meu PRIMEIRO PLANTÃO [...] E aí ela falou: “ah visita o XX, a gente também tem a:: a especialização” [...] [EO1].

-- que eu queria MU::ITO um parto normal... Mas aí começou **aquela pressão da equi::pe** questão assim que eu já tinha uma cesárea anterior:: [P: Uhum] que não podia ligar ocitoci::na e que:: era melhor operar pelo estreptococo também positivo, ITU de repetição – [EO14].

De forma paralela, na perspectiva de efeito produtor dos discursos, “Foucault desenvolve a ideia de relações de forças que induzem, produzem prazeres, produzem coisas, formam saberes e produzem discursos em detrimento da noção de poder como aparelho que apenas reprime” (FONSECA, 1995, p.33).

Desse modo, como um efeito cascata, destaco a replicação, pelas enfermeiras obstétricas, no ato de cuidar de outras mulheres, das práticas discursivas associadas. Por exemplo, o discurso do corpo em risco e influenciado pelo tempo é replicado pela enfermeira na condução e aconselhamento de outras mulheres. Além disso, mesmo que utilizado pelo tom irônico, no campo da docência é replicado o discurso de valorização do corpo (re)produtivo.

É:: alguma mãe, alguma mulher ou alguma é:: conhecida [P: Conhecida] vem e fala assim: “XX olha, o que que você acha e tudo”; e falo assim: “olha existe esse lado e esse, você... se você tentar engravidar depois de tantos anos você pode correr esse e esse risco, antes disso você pode, tem” [...] E aí é tanto que:: eu falo/ **eu brinco em sala de aula assim que eu sou uma péssima parideira do ponto de vista de liberação hormonal e tudo** {risos} porque assim NÃO VAI, o trem comigo não vai não, tem que ter a ajuda aí {risos} – [EO4].

Especialmente, as relações entre mulher e profissional da saúde foram apontadas influenciando o momento de tomada de decisões. As participantes realizam uma diferenciação entre aquelas relações que se baseiam nos princípios de instrução, diálogo e respeito dos desejos das mulheres e aquelas relações de dominação que são prescritivas, imperativas e inflexíveis.

[...] eu achei que aquela:: prescrição ela era MUITO AUTORITÁRIA sobre o MEU CORPO porque eu TENTEI falar com a pessoa... [EO1].

-- a primeira conversa com ele eu cheguei e falei IGUAL eu falei pra ela, falei: “olha tô te procurando/ XX tô te procurando porque eu quero ter um parto normal de cócoras humanizado” ele falou assim: “você tem TUDO pra ter esse parto”... ENTÃO OLHA A DIFERENÇA e aí eu/ e ele assim né? [...] É:: “quê que você vai fazer?” [P: Isso] Foi muito importante [...] Duas colegas enfermeiras também que:: sabiam do meu DESEJO, que respeitaram meu desejo, que me fortaleceram... Né? [EO3].

Do cuidado que eu tenho pra oferecer, é:: as coisas vão acontecer então eu acho que a minha relação com o cuidado mudou assim, de eu NÃO OBRIGAR a mulher a fazer aquilo QUE EU ACHO que é o melhor para ela né? [EO5].

As relações de poder designam relações entre parceiros, ou seja, “[...] um conjunto de ações que se induzem e se respondem umas às outras” (FOUCAULT, 1995, p.240). No sentido de resistir, ao perceber a possibilidade de não sustentação de seus interesses pelo discurso de outros profissionais, a enfermeira obstétrica apresenta em seu discurso a tomada de decisão de não ser submetida a procedimentos que dependam de tal profissional e de não ser assistida por ele.

Então assim, é:: eu descobri isso em dois mil e doze... e eu venho enrolando isso desde dois mil e doze porque na minha cidade a REFERENCIA [P: Uhum]... De cirurgião para esse caso... É um ginecologista obstetra que eu tive grandes problemas com ele dentro do ambiente de trabalho. Então eu não, eu não:: é eu optei por não fazer a cirurgia naquela ÉPOCA [...] [EO5].

[...] nas primeiras consultas eu falei assim pra ela “ah eu quero parto normal humanizado, de cócoras humanizado” tinha aquela coisa assim do idealismo né? Aí ela falou assim: “NÃO SEI COMO VAI SER nós vamos ver na hora” e aquilo me chocou muito [...] mas aquilo eu falei: “meu Deus ela NÃO VAI FAZER O QUE EU QUERO”... Né? Eu sai/ eu sai da consulta com essa sensação [P: Uhum] eu vou ter o parto que ela quiser não o que eu quero e aí eu/ eu falei com o meu marido: **“eu não vou ficar com ela... ela/ ela/ eu não vou ter/ a nossa filha NÃO VAI NASCER aqui em XX”**... Aí:: ele virou e falou assim: “uai por quê?”; eu falei: “porque/ POR CAUSA DA FALA DELA” né? [EO3].

Um dos dispositivos utilizado pelos profissionais de saúde para influenciar na tomada de decisão das mulheres, e presente no discurso das enfermeiras obstétricas, consiste no mecanismo de culpabilização das mulheres por meio da colocação do corpo em uma situação de risco, como o de engravidar, por exemplo.

[...] ela me disse assim oh: “se você NÃO”/ porque eu questionei, aí ela me disse assim oh: **“se você não tomar esse medicamento você vai ENGRAVIDAR... você quer engravidar?”** [EO1].

[...] então assim nenhum momento ela... Falou assim comigo “no::ssa o quê que você tem que você tá engordando tanto?”; era só: “NOSSA MAS VOCÊ TÁ ENGORGANDO MUITO... **você tá fazendo mal pro seu bebê**” ela só falava/ ela só falava assim ela/ ela não me olhava NOS OLHOS ela me atendia em cinco minutos [...] [EO6].

A percepção do capitalismo como regime de produção que impulsiona inúmeras influências sobre as decisões e realidades vividas, compõe os resultados encontrados, a partir da análise dos discursos. Em especial, o modelo de atenção à saúde vigente nas maternidades é vislumbrado pelas participantes sendo pautado pela produção em larga escala, em menor tempo e com maior número de intervenções, bem como as enfermeiras obstétricas apontam diferenciações das influências mercadológicas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento na rede privada. Ao perceber a reprodução do modelo vigente na prática assistencial, uma entrevistada discorre sobre medidas para não se influenciar por essa lógica massificadora, mobilizada pelo mercado e, conseqüentemente, fornecer um cuidado mais individualizado.

[...] então é:: ele tinha/ normalmente nos plantões dele eram SEMPRE MUITO CHEIOS, já tinham cesárias agendadas... Né, é:: lá o plantão, eles recebem pelo

plantão E MAIS pelo/ uma parte por cada procedimento... Então assim, eles **queriam fazer MUITO**, eram plantões de doze horas com dezoito procedimentos... Quinze procedimentos, doze procedimentos, menos do que dez era RARO né? [EO5].

Então assim... É... É mu/ é mu eu acho que é sucateado a palavra assim, tanto com questão com relação ao profissional quanto relacionada ao/ aos próprias unidades hospitalares, porque se/ você vai para o SUS você tem o subfinanciamento:: o cara está lá se esforçando para trabalhar e tal, aí você vai para o convênio o cara tem DEZ consultas por hora [...] [EO7].

Eram muitas, muitas mulheres, e chegou uma hora que a gente não se/ quando não significava mais/ quando o grupo começou a não significar mais o parto das mulheres, ou seja, reconhecer as dificuldades da mulher e as nossas, eu disse, **não tem mais sentido**. Daí a desconstrução do grupo começou entendeu? [...] E:: e daí/ agora porque antes era/ como eu falei que era muito mercado né? Se fazia é::: fala do grupo, encontro::: e aí um MONTE de gente, sei lá trinta pessoas... Trinta, quarenta a sala enchia e::: então você não chegava nem a conhecer a mulher né? [EO9].

O regime capitalista também marca a questão do corpo produtivo, no qual o corpo almejado e valorizado na sociedade consiste naquele que é capaz de gerar frutos, se (re)produzir e ser fértil. Esse aspecto tem efeitos diretos sobre os corpos das mulheres entrevistadas e narrado nas histórias das participantes. Nesse sentido, existe uma preocupação com o tempo e especialmente com a idade que faz com que a mulher esteja vigilante a algumas situações, já que a partir de certa idade o ser feminino não é mais capaz de se reproduzir. No discurso de EO4, a diferença mínima de idade é valorizada:

E aí eu coloquei:: uma decisão é com relação ao meu corpo e com relação a minha vida que eu queria isso [P: Uhum] que eu não queria ter neném após os trinta e cinco, por toda a questão de risco reprodutivo e tudo, que eu queria ter MINHA FILHA de uma forma/ MEUS FILHOS de uma forma tranquila [...] Foi minha primeira filha. Eu engravidei com::: minto, eu não engravidei com trinta e um não, eu engravidei DA SEGUNDA com trinta e um. Eu engravidei da XX com TRINTA... e tive a XX antes de completar trinta e um anos e::: é a XX eu engravidei com trinta e um, e tive antes de completar trinta e dois, **quinze dias antes de completar trinta e dois anos** [EO4].

A preocupação com o corpo (re)produtivo também é explicitada em relação a ênfase dada, no transcorrer das narrativas, ao útero – órgão responsável por receber o óvulo fertilizado e lhe dar todas as condições para seu desenvolvimento – e seus órgãos anexos. Para designar a necessidade de histerectomia, utiliza-se a palavra “sofrer” diante da cultura de incentivo à procriação da mulher. Essa perspectiva é tão assimilada pelas mulheres que, quando histerectomizadas ou impossibilitadas de gerar filhos, ou seja, sem o potencial de reprodução, se percebem sem sonhos.

[...] Eu já trabalhava na obstetrícia aí eu lembro que eu entrei no bloco cirúrgico com ela {sua tia em uma cirurgia de histerectomia} e::: a sedação não pegava... Não pegava... Ela/ ela ficou anestesiada, fizeram um bloqueio, uma raqui na época [P:

Uhum] e:: ela pegou e me pediu, na hora que ela operou, na hora que eles retiraram o útero ela disse assim: “eu quero ver”, e eu não entendi o que ela queria ver, ela disse: “EU QUERO VER EO4 ELE”. Aí eu entendi que o que ela queria ver era o útero né? Aí eu peguei o útero na mão e fui mostrar pra ela, na hora que ela viu ela falou assim: “é tiraram né?”; eu falei: “tiraram Tia”, aí ela dormiu... Ela só conseguiu ser sedada depois que ela viu o útero [P: Uhum] é porque aí ela/ **ela teve mesmo a concretização que aqueles sonhos todos que ela idealizou nenhum deles ia...** [EO4].

[...] eu tô **sofrendo** esse dilema porque eu descobri que eu tô com um grande mioma, eu preciso tirar o mioma, e aí quando eu descobri eles falaram que eu precisava tirar o útero né? Os médicos falavam que eu preciso tirar o útero, e aí é MUITO SOFRIDO [...] [EO5].

No desenvolvimento das sociedades capitalistas, estabeleceu-se uma nova relação com o corpo, “[...] transformando-o em um instrumento de desempenho necessário às exigências da produção” (BERT, 2013a, p.155). Influenciadas por esse pensamento, as participantes associam o reconhecimento e respeito do seu corpo após produzir resultados satisfatórios no trabalho e também quando buscam cirurgias para se reparar para a sociedade. Destaco a expressão “conserto” que simbolicamente significa repor uma situação ou estado anterior, resolver um problema, e remete ao ato de colocar para funcionar o que estava estragado, como uma máquina.

[...] enquanto coordenadora de serviço e aí as pessoas começaram a me respeitar, porque na verdade eu conseguia **dar resultado** EM VÁRIAS ÁREAS entendeu? [EO5].

[...] mas na época eu me preocupei assim em **me CONSERTAR** para (funcionar [00:14:29.03]) e não pra/ porque eu estava querendo me sentir bem com o meu eu e blá blá blá [P: Uhum] nada disso sempre aquele negócio é mulher tem que ser pra sociedade [...] [EO6].

Diante da preocupação com o corpo (re)produtivo, nas narrativas o controle do corpo é desejado, especialmente em relação ao sistema reprodutivo, com enfoque na fertilidade ou inversamente no controle da natalidade, quando não se quer ou não está na hora de engravidar – adolescência, mães solteiras. A sexualidade assume uma importância secundária, portanto, e é dada menor importância à vivência de prazer e da libido alteradas.

Num, não tinha uma... assim não era... ruim mas não tinha uma:: vida é no âmbito da sexualidade assim entusiasmada prazerosa [P: Uhum] era uma coisa assim... morna pra mim e:: mas assim **pelo menos** esse controle da minha fertilidade eu tinha muito legal né? [EO10].

Então é:: eu nunca usei métodos hormonal... nunca é:: mas não foi uma coisa assim medo de/ de ACHAR/ de sempre CONFIAR no meu corpo, de sempre acreditar, de conhecer meu ciclo... e de confiar – [EO3].

[...] que eu não queria aquilo porque eu:: era BEM natureba assim e achava que AQUILO era... **castrador pra mim**, aquilo:: e COMO DE FATO me limitava, me castrava assim e mexia com a minha LIBIDO... [EO1].

Além dos fatores descritos, o tempo se apresenta nas narrativas como um influenciador das decisões. No prefácio elaborado pelo filósofo Roberto Machado, para um dos livros de Foucault, “A microfísica do poder”, faz-se uma interpretação de que a disciplina consiste no controle do tempo e, por meio dela, cria-se uma sujeição do corpo aos aspectos temporais, objetivando o máximo de rapidez e de eficácia (FOUCAULT, 1993). Nessa perspectiva, existe uma preocupação por parte das entrevistadas de tomar as decisões na atualidade, ou tão breve quanto possível, pois o futuro reserva outras realidades, outros riscos.

Num::: não fica guardando mais não porque num... não vale a pena e/ e outra coisa que eu aprendi nesses cinquenta anos é se você deixa o trem passar, pode ser que você não consiga pegar ele na próxima estação [EO2].

[...] e assim se eu não mudar meus hábitos agora, (saindo do plantão [00:09:45.06]) né? [P: Uhum, era a oportunidade] dessa rotina eu não vou mudar mais... [EO11].

O tempo se apresentou também como uma variável que, interpretada pelos saberes profissionais, consiste em um parâmetro utilizado para distinguir o patológico do normal. A utilização desse parâmetro, em certos momentos, causa angústias nas participantes e marca o desfecho de muitos casos em relação à necessidade de intervenção profissional.

E aí no meu/ no meu/ no meu trabalho de parto eu/ a minha bolsa rompeu eu tava com quarenta/ trinta e nove semanas e cinco dias eu liguei pra ele, ele falou assim: “quanto tempo você demora pra chegar aqui?” [EO3].

-- então assim eu já tinha uma cesárea anterior:: minha bolsa rompeu com trinta e sete semanas e cinco dias... Eu tive ITU de repetição, estreptococo... Positivo... Minha bolsa rompeu meio dia e:: o meu parto foi uma e dois da manhã com TREZE horas de bolsa rota por/ por cesárea [...]. -- então eu sinto assim... Eu não sei se **eu poderia ter/ esperado mais tempo** [...] [EO14].

[...] e eu tive a mesma fase de latê::ncia **demorado, demorado, demorada** e ele acabou falando assim "não... **não posso esperar mais nessa altura/ eu vou ter que te operar**... porque você tá tendo mu::ita contração e depois tem mecônio aí tem isso tem aquilo" aí – [EO10].

A frustração das enfermeiras em relação à tomada de decisão sobre os corpos, com base no tempo, pode ser aproximada do referencial de Carneiro (2015) que demonstrou que as parteiras urbanas tiveram expressiva participação nas cenas de parto diferenciadas, partos que transcendem o modelo médico vigente, por respeitarem o tempo das gestantes e dos bebês: “[...] o tempo dos médicos é algo que as incomoda, o que fica evidente em várias entrevistas, tendo feito com que se mobilizassem a buscar outros modos de parir. Elas buscam alguém que as espere, e não as acelere” (CARNEIRO, 2015, p.146).

Outro fator tomado nas narrativas como influenciador das decisões consiste nas condições socioeconômicas. As realidades financeiras influenciam principalmente as decisões relacionadas ao trabalho, tanto encorajando a enfermeira a aceitar o desafio de atuação em novos locais de trabalho quanto conduzindo para a acomodação nos postos de trabalho atuais. Porém, esse fator foi apontado como de menor importância, se comparado à ideologia da assistência de qualidade à mulher.

[...] mas aí ela me/ me pegou pelo LAÇO do ponto de vista FINANCEIRO assim [P: Uhum] eu:: o salário era muito bom, tipo o triplo do que eu ganhava no XX e no outro e era muito difícil trabalhar em do::is empregos... E as questões mesmo... Financeiro que tavam bat/ pegando naquela época então EU FUI pra essa maternidade... [...] porque eu falei... Que eu/ eu:: não queria TÁ ALI SÓ pra ser supervisora e também só ganhar aquele:: recurso financeiro que:: me ajudaria, eu queria fazer alguma coisa pela vida das MULHERES [EO1].

Retorno ao trabalho foi um uma coisa/ muito ruim... Eu não gosto de lembrar desse período da minha vida eu fiquei muito é:: DIVIDIDA entre trabalhar e cuidar... Não/ não/ não me sentia feliz voltando a trabalhar... Por mim eu, eu ficava/ cuidando [P: Mais um pouco né?] dos meus meninos só que na época a nossa situação [P: Nos dois filhos foi assim?] financeira – [EO10].

E aí foi quando eu parei TUDO... Eu parei tudo de fato, eu fui VIVER a minha gestação, então eu/ eu entrei de licença né::dica, eu entrei de INSS, meu salário que era X, reduziu pra:: é UM TERÇO do que eu recebia, MAS... EU fiz essa escolha [...] [EO4].

As enfermeiras obstétricas reconhecem a existência de situações socioeconômicas e prévias que colocam as mulheres em posição de desvantagem nas relações sociais, no acesso à educação e ao que é considerado importante para a saúde. No que tange o acesso aos estudos e às oportunidades de formação, por exemplo, existe uma realidade de dificuldade de acesso dos alunos da rede pública à graduação em universidade pública e, conseqüentemente, o problema de acesso à especialização em universidade pública de alunos graduados em faculdades particulares. Condições como essa consistem em realidades de difícil atuação para as enfermeiras e promulgam certas atitudes e sentimentos das mulheres, a depender de suas necessidades e possibilidades.

É claro que tem mulheres em::... Em situações socioeconômicas [P: Sim] mu::ito mais de/ muito de/ muito difíceis... Que eu/ as vezes eu num, **sei nem como [P: Como lidar] LIDAR**... Ou como reconhecer isso porque isso é longe da minha realidade... Mas o que a gente consegue é::... ACOLHER e sensibilizar com essa, com a condição da mulher né? [EO1].

[...] quando eu formei na faculdade... Como eu era muito dura meu filho tinha o quê? Uns dez anos eu falei “filho não aguento mais ser pobre” eu falei assim pra ele... Eu vou pra XX, eu vou ganhar dinheiro, tinha no site do COREN “precisa-se de enfermeiros em XX” eu peguei a mala e a cuia e fui [...] quantas mulheres né

quebraram os grilhões e conseguiram chegar numa faculdade? Né? Até pela questão né? Passar numa faculdade PÚBLICA e uma faculdade particular... Quem é que passa na pública? É quem faz XX, é quem faz cursinho, é quem o pai tá lá desde que nasceu: “ah meu filho vai ser médico, meu filho vai ser engenheiro, meu filho vai ser... isso meu filho vai ser aquilo”[...] [EO6].

A produção do discurso das condições socioeconômicas influenciando nas decisões da mulher pode estar associada ao fato de que, no Brasil, a divisão sexual do trabalho é uma realidade explicitada, em termos de: desigualdades de rendimentos, de possibilidades de acesso à carreira e dupla (tripla, quádrupla) jornada de trabalho das mulheres, que acumulam o trabalho produtivo e o reprodutivo (BRASIL, 2013b). Além disso, o perfil socioeconômico dos alunos que escolhem a profissão de enfermagem é caracterizado como proveniente das classes econômicas B e C (SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO, 2008).

Ainda na perspectiva de gênero, as enfermeiras obstétricas produzem um discurso de vulnerabilidade das mulheres na cultura atual, seja na relação mulher-profissional da saúde, seja no ambiente das relações sociais. O momento do parto, então, é apontado como um exemplo dessa existência de vulnerabilidade. De modo similar, Simmonds (2008) aponta que as parturientes, apesar de serem, em sua maioria, saudáveis e conscientes para o processo de tomada de decisão, assumem uma posição de fragilidade pelo constante relacionamento com o conceito, ou seja, suas escolhas não são meramente individuais.

Então assim quando você vê uma mulher que ela tá ali... Como que eu posso te dizer a palavra?!... Não é submissa em...

P: Inerte às vezes não?

Não, inerte, mas assim VULNERÁVEL pra aquele profissional... [EO6].

[...] mas ela TÁ numa situação de vulnerabilidade sim, porque o PARTO, o trabalho de parto... Ele é desgastante, ele é dolorido... e a gente AINDA é::... Violentada... Então PRA MIM a vulnerabilidade tá no/ NESSE processo mesmo do trabalho de parto... Dentro da nossa cultura... Porque quem tá com a gente... No trabalho de parto em sua maioria são homens... Né? [EO1].

[...] mas quando a pessoa faz contra o outro que JÁ É O VÍTIMA, que já é o refém entendeu assim? Que muitas vezes nem consegue perceber isso... [EO5].

As condições socioeconômicas, outros determinantes sociais e até mesmo o conceito de vulnerabilidades merecem ser incorporados nas discussões de saúde pública, mas ressalto que também os desejos, as singularidades e as relações sociais produzirão coletivamente os sujeitos e sua saúde. Portanto, a determinação não ocorre apenas pelas condições das mulheres, enquanto pobres, negras, homossexuais, entre outras, uma vez que essas identidades não são fixas e únicas.

Diante da complexidade da vida, conclui-se que os aspectos materiais traduzidos nas condições de vida precisam ser pensados na formulação de políticas públicas e de saúde, sem perder de vista a interação com os desejos e sonhos construídos em um contexto social e cultural local, pois os mesmos constituem e são constituídos nessa interação, entre material e imaterial, conjugando as dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde (RIQUINHO, 2009, p.8-9)

Na nossa sociedade, em relação à figura feminina, algumas condutas e comportamentos são esperados, prescritos e vigiados como condições ideais de uma vida feliz. Schwengber e Meyer (2011), em uma analítica dos discursos que conformam o corpo grávidico, destacam que, no contexto das sociedades modernas ocidentais, a família consistiu em um *locus* de intensos investimentos para as políticas de saúde. E, no âmbito da instituição familiar, pela sua capacidade de gestar e parir, os corpos das mulheres foram investidos de uma função política: produzir bons e saudáveis cidadãos. Por isso, nas narrativas das enfermeiras obstétricas se destacam a maternidade e o casamento como papéis fundamentais às mulheres e influenciadores das decisões sobre os corpos e vidas.

[...] e a sociedade cobra... Porque assim é impressioNANTE quando assim, quando você é solteira “quando que você vai casar?” [P: Uhum] (...) quando que você casa “quando você vai ter filho?” Aí se você tem um filho “quando que você vai ter o outro?” [EO6].

[...] é:: eu sou mulher, a gente tem essa/ uma/ um crescimento né e uma:: **UMA CULTURA de que a gente precisa PROCRIAR...** Né, a gente precisa ter filho... [EO5].

[...] mas eu/ e eu ATÉ tem uma coisa que eu achava (se [00:28:52.12]) "pô se eu for morar longe assim eu vou... afastar... mais dos filhos... se eu ficasse num lugar central ia ser melhor" [...] [EO10].

Especialmente, o papel da maternidade é descrito pelas enfermeiras obstétricas como um desejo considerado uma necessidade e prioridade de vida. Essa necessidade é elaborada aos poucos pela mulher e tomada como uma “verdade” para ser feliz. Enquanto profissional de saúde que lida com mulheres no cenário do parto, a cobrança por algumas decisões (em especial ser mãe e ter um parto normal) se torna ainda maior.

[...]{relatando sobre seus pensamentos envolvidos na decisão de engravidar antes dos 35 anos, exhibe a preocupação de que essa necessidade fosse alcançada independente do contexto envolvido} e uma coisa assim, você vai até rir, mas uma coisa que {risos} eu ficava pensando -- pera aí se eu separar dele {atual marido} hoje, eu tô com trinta anos, se eu arrumar um/ um namorado com trinta e um eu ainda vou ter que arrumar as coisas [...] é aquele desejo que a gente vai elaborando {desejo de ser mãe} e fala assim: “não é isso que eu quero”, **é tanto que eu tinha TANTA certeza disso que eu... Impus isso pra pessoa que estava comigo**, que eu falei assim: “olha, se você não quer... eu preciso disso, porque eu não vejo a minha vida sem isso [...] [EO4].

[...] mas na minha profissão existe uma COBRANÇA nesse sentido porque **todos os dias eu sou questionada se eu tenho filho...** Porque eu/ a partir do momento que você se envolve com a mulher naquela assistência ao parto, ela te/ ela pergunta: “você tem filho?” [...] [EO5].

Ao longo da história, as fases gestacional e puerperal da vida da mulher estiveram associadas a um estado de poder: “Se por um lado ela reproduzia a maldição lançada sobre Eva – dar a luz em sofrimento – por outro, tornava-se como mãe, sinônimo de abundância e riqueza” (DEL PRIORE, 2014, p.113). Além disso, a maternidade ainda se explica por motivos clássicos, como: desejo de continuidade; busca de sentido para a vida; de valorização e reconhecimento social; amor pelas crianças; modelo de família tradicional (DEL PRIORE, 2014).

Merece destaque, nas narrativas das participantes, a figura da mãe, constantemente envolvida no contexto de vida e das escolhas sobre o corpo, por exemplo, quando se torna a pessoa escolhida para acompanhar a mulher no trabalho de parto e para exercer o cuidado em situação de doença. Nota-se uma valorização da família, tendo a mãe como símbolo de maternidade, lugar privilegiado como influenciadora e formadora destas mulheres.

[...] é::: sempre vivi com a minha mãe, eu me casei e levei minha mãe para morar comigo... Minha mãe e meu pai [...] quando a minha mãe adoeceu, mais ainda eu cuidei dela até o fim e quando ela morreu... Eu fiquei com um::: um abismo... Um abismo que eu não sabia o que fazer com ele... [EO12].

{relatando sobre a vontade de ser mãe} Sempre... Sempre e:: Eu acho que **veio muito da minha MÃE, do/ do jeito que ela/ ela criou** né? Eu meu irmão:: é:: veio muito de querer ter uma família mesmo, de ter a MINHA família né? [EO4].

E foi uma **decisão tranquila assim porque como eu tinha minha mãe...** Porque se eu não tivesse minha mãe aí não dava né? Falei: “não mãe então... você vai cuidar da gente?” [EO7].

As narrativas propiciam também uma analítica da preocupação feminina com a estética do corpo, em ter boa aparência e atender aos padrões de beleza impostos pela sociedade para ser aceita pelo outro. Diante dos desvios em relação aos modelos prescritos pela sociedade (obesidade, altura, juventude, cicatriz), a enfermeira questiona, inclusive, a sua identidade enquanto mulher. Esse discurso foi apresentado com certa regularidade, ora como interdito, ora como impulsionador das decisões atreladas ao discurso da qualidade de vida, do bem estar e da exposição aos riscos.

Então em dois mil e nove eu fiz uma redução, eu fiz uma cirurgia bariátrica... Foi uma questão mais/ é lógico que tem a estética, a gente está sempre preocupado com a estética, **mas isso não é uma coisa que a princípio me preocupasse, assim: “Ah, estou fazendo pela estética”** [...] [EO7].

[...] viva e a gente que é ser humano se preocupa com a cicatriz:... Como que eu vou por um biquíni, como que eu vou enfrentar um homem, como que eu vou enfrentar a sociedade [...] mas a minha primeira preocupação foi como que eu ia ser aceita pela sociedade né? E nem era tão HORRÍVEL assim um corte que vinha daqui até aqui assim mais ou menos né? Mas ele era um corte, não é um corte linear ele ficou cheio de buraco de dreno, ele fez deiscência... Então COMO que eu ia me apresentar pra outro companheiro daquele jeito? Como que eu ia usar um biquíni? [P: Uhum] Como que eu ia ser uma mulher? [EO6].

Os achados direcionam à reflexão produzida por Del Priore (2014, p.175), quando discute o corpo feminino tomado como uma paisagem: “[...] fazer-se bela, ser mulher”. Nesse aspecto há preocupações com padrões de beleza, especialmente em estar magra, ser branca, possuir cabelos brilhantes, densos e louros e, ainda, simbolizar uma boa parideira – possuindo ancas largas (DEL PRIORE, 2014).

Juntamente com o desenvolvimento dos biopoderes na sociedade moderna, se desenvolveram os saberes científicos e médicos e o nascimento de uma clínica da beleza. Também de forma a corrigir situações patológicas a Medicina da Beleza prevê a amenização de estruturas “alteradas”, responsáveis pela aparência externa indesejável: “assim como se lança mão de uma curva-padrão para definir uma estatura ou um peso normal, a Medicina da Beleza procura as medidas que definam um padrão de beleza” (POLI NETO; CAPONI, 2007, p. 576). Além disso, as intervenções na beleza em busca de um padrão definido são legitimadas pelo discurso de bem-estar, autoestima e felicidade e por demandas de ser aceito pelos pares (POLI NETO; CAPONI, 2007).

Logo, assim como condutas são prescritas para as mulheres, algumas situações desviantes são discriminadas, tais como: a gestação na adolescência, a homossexualidade, a obesidade e o divórcio. Diante dessas situações, as enfermeiras obstétricas tentam se justificar, culpar, e são expostas à imposição de novas condutas, com vistas a diminuir ou corrigir os erros. Desse modo, as narrativas denunciam estereótipos e preconceitos, sendo criados e manifestos em relação àquelas mulheres desviantes, por meio de formas de poder de exclusão que atuam de maneira punitiva e marginalizadora.

Foi, foi porque eu fui obrigada a casar com ele... Não fui assim obrigada a casar no sentido CASE, mas eu fui expulsa de casa né? Quando eu fui [P: Na época do seu primeiro filho?!] que **eu fui mãe adolescente e pra eu ser ACEITA de novo no meu núcleo de família eu tive que me casar...** Porque minha mãe não aceitava uma filha solteira grávida [...] Essas decisões TÃO SIMPLES né sobre o corpo, sobre a vida, elas tem um **peso social que te definem pra sociedade como pessoa** né? Aí vem a pergunta se você é lésbica, se você não é lésbica né? Mesmo não sendo [...] E eu lembro que quando eu me separei ele {pai} me levou no FOCO VERMELHO PRA EU MONTAR UMA ZONA... Porque aí eu ia ser prostituta... eu ia ser prostituta, então eu me separei era prostituta... [EO6].

-- E não fui eu que quis separar foi **ele que não deu conta de mim** né? [EO10].

Em consonância com essa análise, na literatura pode ser encontrada a orientação dos discursos por uma visão de padrão ideal de mulher: aquela que trabalha, se casa, adquire um lar, gera filhos e cuida destes, além de ser autônoma, ter domínio sobre si e sua vida, e de acusação e discriminação das mulheres que decidem por comportamentos divergentes (DeSOUZA, 2013).

Induzindo respostas sociais, coexistem especialmente dois sistema de controle social: o patriarcalismo e o capitalismo. O primeiro garante a dominação da mulher no ambiente privado pela figura de um homem – pai, marido ou chefe – e o segundo, apesar de ser também um sistema de opressão, situado no âmbito da esfera pública, visa à produção de capital e, conseqüentemente, estimula o trabalho feminino externo ao lar (PILAR, 2014). Esses dois sistemas contraditórios influenciam as decisões sobre os corpos e vidas.

Nesse sentido, destaco o ciúme do companheiro/cônjuge pelas mulheres, que é apresentado nas narrativas das enfermeiras obstétricas como uma situação de posse da mulher e que, pelo interesse em mantê-la no ambiente privado e doméstico, influencia nas decisões sobre a vida profissional. Além disso, os discursos das entrevistadas demarcam o papel da mulher enquanto esposa que pressupõe o cuidado com os filhos, o cuidado da casa e estar à disposição do marido (em especial em termos sexuais).

-- Quando eu casei era para eu continuar os meus estudos mais eu ENGRAVIDEI, e tinha:: um inferno de/ de ciúme EM CASA e eu acabei [...] largando... [EO12].

[...] ele queria uma ESPOSA... Então assim ele falava pra todo mundo que eu era uma EXCELENTE mãe, uma EXCELENTE dona de casa, mas que eu era PÉSSIMA esposa eu tinha que ficar escuta::ndo isso, escutan::do isso dele... Por quê? Eu queria estudar, eu queria trabalhar [P: Uhum] (...) entendeu? Então -- e ele queria que eu estivesse a disposição [P: Em casa] (...) em casa, dele, sexualmente, domesticamente [...] -- e ele tirou ela {mãe} da família e massacrou ela e não deixava tinha um ciúme doentio da minha mãe... E depois esse ciúme ele passou pras filhas pras/ nós somos em três meninas né? -- [EO6].

Sob a perspectiva do sistema patriarcal, o campo dos relacionamentos pessoais com o companheiro foi apontado como conflituoso em muitas narrativas, e influenciador das decisões como idealizadas pelas participantes. Esse resultado pode ser analisado nas decisões de: ser induzida a se casar porque estava grávida; a decisão de mudar de localidade de residência motivada pelo fato de ter se casado com um homem de outro estado; enfrentar o pedido de divórcio ou mesmo solicitar o divórcio.

P: Mas você veio pra trabalhar não?! Você veio com ele?

Eu vim porque me casei né? E ele morava aqui e pra mim era mais fácil né? Eu era enfermeira com cinco anos de formada e no/ em dois mil e um, era muito mais fácil de arrumar emprego do que professor ir pro nordeste [EO2].

-- Eu acho que foi assim muito até... Para encorajá-lo talvez... Eu já iria fazer de qualquer jeito, ele fazendo ou não, mas a decisão de fazer no mesmo dia é de tipo assim, vamos... Tomar CORAGEM para poder fazer – [EO7].

[...] ele sempre foi uma pessoa muito centrada nele e ele que tinha que ser o/ uma pessoa de DESTAQUE [P: Uhum] Então assim as opiniões dele estavam sempre certas sempre foi uma pessoa muito assim... [EO10].

Em certas situações, diante das relações desiguais de gênero, o corpo é narrado pelas enfermeiras obstétricas como nulificado, assim como sua identidade é anulada, aspectos expressos na simbologia de um corpo omissos, sem expressões de resistência. Nesses casos, há que se problematizar se essas relações não seriam de dominação, ou seja, estariam tão cristalizadas que não haveria possibilidade de resistência. As entrevistadas apontam também que, nessas relações de gênero, percebe-se que o corpo fica à disposição das vontades e necessidades de filhos e marido.

[...] e eu sempre fui ma::is retraída assim então eu... Aguentava as coisinha ficava quietinha **engolia meu sapinho** lá com ele [...] [EO10].

[...] e que não conseguem VER ISSO [P: Uhum] ainda, que continuam cozinhando pro filho de trinta, que continuam lavando e passando e **dizendo sim senhor** pro segundo marido [P: Uhum] né? [EO6].

Diante das relações de dominação, ancoradas em todo esse contexto de desvalorização das mulheres, o corpo feminino foi explicitado nos discursos como sendo violentado no ambiente doméstico, especialmente pelo companheiro ou pai, e apoiado pelo discurso do moralismo e tradicionalismo. A violência doméstica cria na mulher violentada uma situação de medo e de dependência:

ANTES de tudo isso ainda voltando lá pra traz eu tive uma infância boa... Mas a minha adolescência foi extremamente conturbada eu tive um pai extremamente violento, meu pai assim ele era... Um demônio, era violência doméstica assim, meu pai quebrava dente, arrebatava boca, a gente ia parar em hospital porque ele achava que mulher era PROSTITUTA e que ele tinha que casar a gente logo... E que assim se ele pegasse a gente com UM BRINCO na orelha UM BATOM ele... Mas ele quase matava a gente E AÍ SE ele chegasse e a gente tivesse no portão [...]-- porque se não minha mãe jamais teria se separado dele [P: Uhum] (...) MEDO medo medo medo de não conseguir, medo de não ficar sozinha... Ela chorou quando ele foi embora... Ela ficou TRISTE quando ele foi embora... Você acredita num troço desse? Impressionante né? Ver tua mãe apanhar a vida inteira... E assim eu e minha irmã quase soltando FO-GUE-TE de alegria porque ele tinha ido embora e a minha mãe chorando... Dizia “ai porque eu não vou conseguir viver sem” aquelas histórias – [EO6].

A violência contra a mulher é, na sociedade contemporânea, e especialmente no Brasil, um problema de saúde pública não “de ordem privada ou individual, mas como um fenômeno estrutural, de responsabilidade da sociedade como um todo”. As pesquisas demonstram que as mulheres tendem a sofrer violência de pessoa conhecida e que quase uma em cada cinco mulheres já foi vítima de algum tipo de violência doméstica. Cabe destacar que a cultura machista é reconhecida como forte causa das violências: mais de seis em cada 10 pessoas concordam parcial ou totalmente com a afirmação “Mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar” (SENADO FEDERAL, 2016).

Em relação à violência contra as mulheres, também entendida como “violência de gênero”, dispõe-se a tecer caminhos para a desconstrução da subordinação da mulher, ir além da adoção, muitas vezes, comum na saúde pública, das discussões sobre o tema concebidas apenas na dicotomia entre “agressor” e “agredida”, culpado e vítima, ocupando a mulher uma posição de figura do não-poder.

Dantas e Mélo (2008) destacam que o olhar apenas para a vítima torna-se insuficiente, é preciso dar atenção também aos homens, estudar os papéis prescritos para eles, não no sentido de compreendê-los como culpados, mas também como produtos de discursos. Nesse sentido, os homens são conduzidos há uma repressão de suas emoções, “[...] sendo a agressividade, e inclusive a violência física, formas socialmente aceitas como marcas ou provas de masculinidade” (DANTAS; MÉLO, 2008, p.80).

A violência se produz e reproduz nas relações de poder, onde se encontram tanto as categorias de gênero, quanto classe, raça e etnia. Em especial, a violência de gênero é perpassada pela ordem patriarcal, que delega aos homens o direito de dominar e controlar “suas” mulheres, como um fator preponderante na produção deste tipo de violência. Mas questiona-se a:

[...] universalidade das categorias homem e mulher, associadas a construções binárias que associam poder e dominação ao masculino e obediência e submissão ao feminino. Se o gênero é relacional, não se pode admitir, no contexto das relações de gênero, um poder masculino absoluto (ARAÚJO, 2008, s/n.).

O poder, na perspectiva de Foucault, não está detido em um ou noutro e, dessa forma, existem diferentes possibilidades ou modos de subjetivação vivenciados por homens e mulheres. Desse modo, existe uma diversidade de estratégias que as mulheres utilizam para

lidar com a violência, marcadas por mudanças geracionais desde denúncia dos agressores, busca de ajuda para sair da relação abusiva, até submissão por muitos anos (ARAÚJO, 2008).

Diante da analítica realizada nesta categoria, ressalta-se que a posição na sociedade contemporânea, enquanto mulher e enfermeira, é marcada por relações de poder, saber e jogos de verdade, que tem tomado novas nuances na medida em que a história das mulheres e enfermeiras se desenvolve. Contudo, essa história carrega marcas advindas de outros tempos, dos sistemas patriarcal e capitalista, por exemplo. Del Priore (2014) afirma que não basta sentir-se autônoma, é preciso resistir, encontrar um significado no mundo, desconstruir, desnudar as estruturas, investigar as informações.

*CAPÍTULO 6 -
FORMAÇÃO E ATUAÇÃO
COMO ENFERMEIRA
OBSTÉTRICA: EFEITOS NO
CUIDADO DE OUTRAS
MULHERES*

FORMAÇÃO E ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: EFEITOS NO CUIDADO DE OUTRAS MULHERES

P: (...) o tanto que essa experiência afeta o cuidado de outras mulheres...
Ah:: é uma:: é/ já viu... Dominó? [P: Uhum] assim quando cai? E aquela coisa ritmada assim de {canta e faz batuque na mesa} “escravos de jó...” [P: Uhum] tem uma música ali né? Tem um ritmo... É assim... É:: quer dizer uma das lacunas hoje que eu sinto é disso né? É de você... Porque o/ o/ a primeira pecinha movimenta todas as outras... [EO8].

Apresento nesta categoria as práticas discursivas associadas à formação e à atuação da enfermeira obstétrica e a inserção dos respectivos discursos no modelo de assistência às mulheres. Os resultados advêm especialmente do questionamento realizado às participantes: “Como essa experiência (de decisão sobre o próprio corpo) afeta o cuidado que você presta às outras mulheres?”.

[...] o que se coloca não é fazer uma história sobre uma prática em si, mas estudar as práticas (discursivas ou não) para, olhando-as de fora, descobrir os regimes (de verdade) que as constituem e são por elas constituídos (VEIGA-NETO, 2003b, p.98).

De forma a organizar os resultados referentes a esta categoria, optei pela subcategorização em: Modelo de assistência à mulher, parto e nascimento; e Formação e atuação em enfermagem obstétrica: cuidando de outras mulheres.

6.1 Modelo de assistência à mulher, parto e nascimento

O modelo de assistência à saúde legitimado na atualidade e na maioria dos países ocidentais, incluindo o Brasil, pode ser denominado como Modelo Biomédico Hegemônico. Tal modelo é marcado pelo entendimento da saúde como um problema e os desvios como riscos à saúde. O nascimento, assim como os demais eventos atendidos no âmbito hospitalar, é vislumbrado como um problema médico, e o corpo da mulher encarado como uma máquina complexa com várias partes que necessitam de discursos científicos especializados para sua compreensão. Além disso, a mulher é tida como incapaz de compreender os processos científicos e a inclusão de tecnologias, é bem vista para alcançar a eficiência de uma máquina imperfeita (ANDRADE; LIMA, 2014).

Entretanto, vários movimentos contrários a esse modelo hegemônico, nas diversas áreas do cuidado, vêm sendo disparados, especialmente estimulados pela OMS em Alma-Ata (1948) quando resgata à saúde o seu caráter subjetivo, conceituando-a como bem-estar e incluindo a

percepção de cada sujeito. No âmbito da saúde da mulher, esses movimentos vêm sendo estimulados diante das preocupações com a medicalização excessiva do parto. Desse modo, influenciado pelos modelos biomédico, humanístico e holístico em diversos países do mundo, tem se desenvolvido o Modelo de Humanização do Parto e Nascimento (ANDRADE; LIMA, 2014; DIAS; DOMINGUES, 2005).

Em especial, no contexto brasileiro, há alguns marcos e estratégias recentes de incentivo à discussão de mudança de modelo assistencial às mulheres: a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS, criada em 2003, o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal Nordeste Brasileiros (2009-2011) que serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha, lançada em 2011 (MARTINS *et al.*, 2014). Todos esses movimentos foram instituídos pelo Governo Federal, produzindo um discurso legitimado e com capilaridade no país.

Andrade e Lima (2014) elencam alguns princípios e fundamentos do Modelo Humanizado de Parto e Nascimento, tais como: a experiência humana; assistência centrada na mulher e na família; acesso e acolhimento; fortalecimento e participação da mulher na tomada de decisões; proteção e promoção da gravidez e parto como processos saudáveis e fisiológicos; uso apropriado da tecnologia; trabalho integrado em equipe multiprofissional e práticas baseadas em evidências científicas – conhecidas, no âmbito da Rede Cegonha, como boas práticas de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que todas as enfermeiras obstétricas entrevistadas atuam na saúde pública, seja diretamente em maternidades públicas, seja por meio da docência em universidade pública, o que nos leva a crer que tais diretrizes do SUS tem efeito sobre a produção discursiva das participantes.

Nesse contexto, diversos elementos encontrados no discurso das enfermeiras obstétricas se aproximam daqueles discutidos em fóruns e espaços de mudança de modelo assistencial à mulher e, em especial, no âmbito do Modelo de Humanização do Parto e Nascimento. Desse modo, a presença do acompanhante, bem como empenhos das enfermeiras obstétricas para decretar este direito normatizado em lei, é referida nos discursos.

[...] minha mãe acabou vindo, mas... No hospital cobrava pro/ pro pai mesmo que o meu ex-marido tivesse chegado eles cobravam pra:: pro pai entrar... [EO6].

[...] o familiar ele só entrava no momento... Do PARTO, ele num ficava com a mulher no pré-parto, não tinha espaço pra ele... Ele entrava, via o menino nascer... Achava que tava todo mundo muito bem e aí ia embora... E a mulher ficava sozinha:: [...] [EO1].

[...] eu fiz o curso de doula e a partir do momento que a gente inseriu o acompanhante, não que isso não me incomodasse, me incomodava, mas eu não sabia como fazer... Então lá não podia acompanhante... E aí nós fizemos o quê? A gente inseriu A DOULA, pra doula AJUDAR a inserção do acompanhante, então à gente inseriu a doula num mês e no outro mês inseriu o acompanhante [EO5].

A comparação entre a valorização dos processos naturais e a adoção de intervenções (medicalização) foi também comumente abordada pelas enfermeiras obstétricas. Os aspectos naturais foram expressos por elas, especialmente na escolha pelo parto normal e pelos métodos contraceptivos naturais, com aversão ao uso de hormônios.

-- Eu sempre fui muito da linha do, do NATURAL [P: Uhum] por isso que essa coisa da cesárea foi muito VIOLENTA... No meu corpo né? [EO10].

NA-TU-RALMENTE sem eu / sem nenhuma intervenção, e aí o meu parto foi ótimo, quando foi uma e meia da tarde nasceu a minha filha... [EO3].

[...] E aí eu decidi parar... De tomar nunca mais tomei hormônio, nem hoje mesmo nunca pensei em reposição nada, nada relacionado a hormônio [EO9].

[...] que eu não queria aquilo porque eu:: era BEM natureba assim e achava que AQUILO era... Castrador pra mim, aquilo:: e COMO DE FATO me limitava, me castrava assim e mexia com a minha LIBIDO... E foram oito meses MUITO ruins assim... Foram os ÚNICOS oito meses que eu tomei hormônio na minha vida [...] [EO1].

A defesa ideológica do parto normal e humanizado pelas enfermeiras obstétricas é sustentada nas experiências de atuação. Tal aspecto influencia nas decisões sobre o próprio corpo e o desejo consiste em não estar submetido a um modelo intervencionista. Assim, o parto normal, como experiência que toda mulher deve viver, é uma verdade tomada para si, o que, em certos momentos, ocasiona expectativas e frustrações.

[...] nas primeiras consultas eu falei assim pra ela “ah eu quero parto normal humanizado, de cócoras humanizado” tinha aquela coisa assim do idealismo né? [...] e aquilo/ aquilo era assim eu não tinha a visão que eu tenho hoje, mas assim **era uma coisa mais ingênua** entendeu? [P:Uhum] {risos} [...] [EO3].

Percebo, MUITO porque assim, algumas/ não sei se as/ as mulheres que você já entrevistou, mas é::: TEM MULHERES que chegam e falam assim: “nó a grande decisão que eu/ que eu tomei sobre o meu corpo foi decidir que parto que eu teria... se eu teria parto normal ou teria cesariana”... A/ a MINHA/ **essa pergunta pra mim ela NUNCA EXISTIU**, porque a minha:::/ **a minha concepção, a minha escolha SEMPRE FOI pelo parto normal** [...] eu não sou FECHADA às outras possibilidades, mas eu acho assim... Enquanto formação e enquanto ser humano eu fui formada acreditando num poder de um corpo feminino de parir [...] eu falei assim: “SEI que é uma indução”, mas é:: num primeiro momento **eu fiquei chateada** [...] [EO4].

[...] porque eu acho que/ eu PREPAREI para o parto normal [P: Uhum] eu VIVENCIEI a minha gestação como parto normal e de repente virou uma cesárea... E

veio aquela **cobrança interna de mim mesmo**, eu sou enfermeira obstetra, eu tô passando por um/ por uma coisa que a gente luta TANTO pra evitar acontecer... [EO14].

-- É:: e tive ainda duas cesarianas que **me frustraram mu::ito** assim não como mãe mas... De não ter vivido a experiência que eu... Que eu era muito apaixonada e era muito encantada com o nascimento natural e tal [...] [EO10].

O incentivo e a valorização dos processos naturais também é um discurso utilizado pelas enfermeiras obstétricas em relação à saúde das outras mulheres, por entender que essa escolha gera menores impactos no corpo e tem resultados mais satisfatórios para a saúde da mulher, do conceito ou da criança. A amamentação, assim como o parto normal, é tratada pelas participantes como uma verdade indiscutível, um papel da figura materna sob o pressuposto da valorização do natural.

-- Por exemplo, hoje eu sou uma DEFENSORA de não uso de hormônio [P: Uhum] tá?... Das... Doze residentes que eu... Sou facilitadora... -- Deixa eu ver quantas deixaram de tomar hormônio, uma, duas, três, quatro/, sete – [EO9].

A gente sabe que:: aqui na nossa cidade a gente tem VÁRIAS é:: maternidades que o modelo é BEM violento ainda [P: Uhum] **cheio de intervenção** então eu tento explicar pra elas que NÃO tá correto... Sabe? [EO3].

[...] pelo menos eu consegui amamentar muito tempo/ que **era outra neura se eu não conseguisse amamentar acho que eu pirava** [...] [EO10].

Também o estudo de Barros *et al.* (2012) apresenta a imposição sobre as enfermeiras de amamentar, por “saberem” que o aleitamento materno é uma prática fundamental. Esse é um exemplo de cobrança externa e interna em relação as suas atitudes com o próprio corpo. Destaco aqui que, quando toma estes processos fisiológicos e naturais como verdades para si e para as outras mulheres, é como se a enfermeira obstétrica desconsiderasse que desvios de rota desses planejamentos podem ocorrer e, por isso, na ocorrência desses casos, as frustrações acontecem.

O percurso em prol do natural e com valorização do normal, *versus* medicalizado, produz em algumas enfermeiras aversão a médicos e hospitais. Porém, são aceitos pelas participantes os atos de avaliação e intervenção médicas em seus corpos, quando esgotadas as possibilidades pelas vias naturais, ou menos intervencionistas. Nesse sentido, destaco o valor do discurso dos médicos quando é acionado como a última saída.

[...] Mas assim, isso não foi muito decisão porque eu não tava aguentando mais de andar então eu tinha {risos} que tomar uma providência, e a única providência que tinha que poderia me dar uma/ uma:: ESPERANÇA, que dava melhor era a cirurgia então eu fiz.[...] mas eu empurrei isso ATÉ que eu não consegui mais porque assim eu detesto hospital né detesto médico [...] eu vou POUCO no médico né, muito pouco, eu tento de resolver tudo assim... No meu ver ou então no XX com alguém, realmente

eu automedico muito {risos} muito não, porque não medico, mas, pra eu ir num médico é difícil [EO13].

[...] e aí eu tive que ir ao médico, que é uma coisa que me incomoda [...] não é uma coisa que me agrada assim, falar assim “ah eu tenho que ir e tal”, mas é uma decisão que eu tive de tomar [P: Sim] porque:: eu vou ter que pesquisar o motivo né? [...] tem que ser uma coisa que:: “não eu tenho que ir não tem jeito”, não é uma coisa: “Ah eu vou porque é PRECAUÇÃO” [EO7].

A análise do discurso das enfermeiras obstétricas revela que o ato de examinar o corpo da mulher, especialmente pelo toque vaginal, é utilizado para verificar se o transcorrer dos processos naturais corresponde às expectativas de evolução de pré-natal e parto, consistindo em uma intervenção que tem suporte científico e que direciona a tomada de decisões por intervenção.

[...] TEVE UM MOMENTO que/ que **eu fiquei um pouco tensa** porque ele esperava que eu já tivesse com um tanto de dilatação... {voz sorridente} -- porque aí tem a questão aí do exame né? Que atrapalha a gente... -- e não ESTAVA [P: O toque] e::... Mas depois hoje eu vejo que tava super FISIOLÓGICO entendeu? [EO3].

[...] o cara falou “não, mas ela tá quase no total” aí eu falei assim “ai que beleza vai nascer” fiquei pensando assim né? Com meus botão aí veio outra pessoa me examinou e falou “não o neném tá muito alto” daí eu fui, fui pra cesárea e assim eu lembro assim foi cesárea aquelas que eles levam a mulher correndo pra mentir pra ela que é emergência né? [EO6].

Nesse sentido, Stewart (2005) aponta que o exame vaginal é vislumbrado em um campo de controle social, nas relações de domínio e perpassado pelo discurso do corpo da mulher como problemático, doente e transgressivo, bem como a genitália suja e poluída, que necessita de exame e limpeza.

A história da obstetrícia brasileira é marcada pelo drástico deslocamento do parto, do cenário domiciliar, cercado pela forte participação da família e da comunidade, sob o imperativo dos processos naturais e assistido por parteiras e familiares, para o ambiente hospitalar, com a inserção do discurso dos procedimentos científicos e equipamentos, dominado pelos saberes médicos (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014) e marcado pelo Modelo Biomédico Hegemônico.

Diante de tais movimentos, a experiência do parto, nas narrativas das enfermeiras obstétricas e sob a perspectiva dos saberes instituídos no campo da saúde, é vislumbrada como uma questão de saúde pública, ou seja, que requer atenção e atuação multiprofissional em saúde. Nesse mesmo sentido, as participantes utilizam o discurso científico e sanitizado para descrever as situações em que se encontram as mulheres sob o cuidado da enfermagem obstétrica. Ainda,

adotam alguns indicadores cientificamente mensurados para subsidiar a discussão sobre a qualidade da assistência às mulheres e crianças.

[...] Né você tem VÁRIOS aspectos e pra mim **a questão da assistência ao parto é uma questão de saúde pública** né, não é hospitalar nem nada não, é saúde pública né... [EO13].

Hoje, por exemplo, eu tenho uma mulher que tem uma infecção de ferida operatória GRAVE, que tem uma abdome em avental, uma obesidade mórbida, então assim, queira ou não isso influencia porque [P: Uhum] você fica pensando: “Ah, porque que eu... tive acesso e a pessoa não tem”. A obesidade atualmente é/ é uma doença EPIDÊMICA, não tem jeito da gente falar que não e mesmo a que não cesariada ou a que não operada, você tem a competição né? De ocitocina com/ com/ com gor/ com gordura digamos assim né? [EO7].

[...] e assim o olhar muito forte pra amamentação porque lá a gente tinha a mortalidade infantil altíssima... E eu acreditava que a amamentação era uma forma de... REDUZIR [P: Uhum] né? Essa mortalidade e o cuidado pré-natal... [EO2].

Com o advento dos saberes médicos e das intervenções no processo fisiológico do parto e nascimento, são produzidos discursos de uma cultura intervencionista e do risco. As narrativas das enfermeiras demonstram também a questão da realidade das maternidades, marcada por uma preocupação com a intervenção em tempo oportuno, ou seja, incentivo às cesarianas agendadas perante o discurso do risco do parto normal.

[...] "Aqui que você não ganha menino não né... isso não vai rolar, entrar num hospital para ganhar menino... e:: já sabia né, embora que num a taxa de cesárea era bem menor do que tá HOJE, mas... lá fora já era... a fama [P: Uhum] de epidemia de cesárea e tudo já tinha né? [EO13].

[...] ela PENA demais, sofre DEMAIS porque ela só acha médico cesarista na praça e cai nas cesarianas desnecessárias [P: Sem, às vezes, nem saber né?] [EO10].

Por conta de intervenções desnecessárias sobre o corpo da mulher, que visam o interesse pessoal do profissional da saúde ou de um sistema, como no caso das cesáreas agendadas sem indicação precisa, o discurso das entrevistadas é marcado pela ocorrência de violações expressas em consequências físicas, danos e riscos à saúde da mulher, da criança e ao vínculo mãe-filho. Como exemplo, EO1 relata uma situação de realização de procedimentos invasivos por auxiliares de enfermagem, atendendo a uma solicitação de produção em escala.

É e assim o povo corta sem dó nem piedade né? Por pura conveniência... [EO10].

É... Principalmente é:: violação de direito... Né? Violação de direito é algumas é:: ou os cuidados que a gente já sabe há muito tempo que não são... é:: que não são/ não vão ajudar, que são prejudiciais, por exemplo: massagear... Períneo... Em período expulsivo [P: Uhum] é:: estimular puxo dirigido [P: Uhum] né? Kristeller ou:: a

mulher tá escolhendo uma posição você pega ela e coloca em uma outra **porque é mais cômodo, é mais prático**, sei lá... O quê [P: Uhum] né? E/ ou quer utilizar alguma medicação que não É adequada naquele momento e a gente vai discutir que alguns não conseguem né? Perceber ONDE que a gente tá pensando – [EO2].

[...] mas ISSO TAMBÉM me incomodava porque o:: as enf/ as auxiliares de enfermagem, que a maioria/ em sua maioria eram **auxiliares elas inclusive fechavam a pele da:: da:: barriga das mulheres na cesariana**, porque naquela alta produção... O médico não con/ um médico só não conseguia fazer tudo... Então elas EXAMINAVAM as mulheres era elas/ elas eram umas PARTEIRAS também, elas faziam os exa::mes... [EO1].

Diante da valorização da intervenção médica, os números de cesarianas no Brasil preocupam: de 52% a 88%, nas redes pública e privada respectivamente, enquanto a OMS (2008) recomenda 15%. Contudo, Carneiro (2015) enfatiza que o maior problema não está relacionado ao fato das cesarianas terem se tornado uma cultura e epidemia, mas problematiza a compreensão de que: “[...] os números, do ponto de vista antropológico, indicam um fenômeno: parir por cima é a escolha que a maior parte das mulheres e seus cuidadores profissionais têm feito por aqui” (CARNEIRO, 2015, p.10). Ainda, aponta a existência de alguns fatores impulsionando os altos índices de cesarianas no Brasil, entre os quais se destacam: a conveniência do profissional da saúde e a crença de que o parto vaginal seja mais arriscado que o abdominal.

Da mesma forma, o discurso das enfermeiras obstétricas denuncia a existência de processos de desapropriação das mulheres de seus corpos que, esvaziadas de poder, desacreditam na sua capacidade de passar por processos fisiológicos. Citam-se, portanto, práticas discursivas associadas à desnaturalização de possibilidades do corpo, que antes eram consideradas como percursos naturais da vida, como o parto e a menstruação. Os relatos indicam que a enfermeira se considera incluída nessa produção do discurso de desnaturalização.

E, além disso, corporificamente/ corporeamente o nu/ eles DETURPAM o nosso corpo [P: Uhum] né? Tirando é... -- especificamente ao parto né -- tirando a possibilidade, tirando a nossa CRENÇA de que a gente pode parir [P: Uhum] né? [EO9].

E, além disso, é::: é:: há toda uma construção cultural e emocional de desmerecimento, desvalia, de medo de inseguranças, enfim... Ou seja, a gente desa/ como a menstruação [P: Uhum] você desnatura/ desnaturaliza a menstruação como algo próprio da gente, e coloca todas as... Piores coisas em relação... A menstruação, a mesma coisa com o parto. **A gente DESNATURALIZA** o parto e coloca as piores coisas e a gente passa a acreditar naquilo [...] [EO9].

O local onde é promovida a assistência ao parto no discurso das entrevistadas é destacado por sua influência na sustentação (ou não) dos desejos da mulher pelo parto

humanizado. Quanto mais institucionalizados e marcados pela figura médica os locais de assistência, maiores as interferências nos desejos da mulher.

[...] Aí ele falou assim: “você tem alguma amiga aqui?”; eu falei: “eu tenho, mas a amiga que eu tenho aqui eles vão ficar apavorados de saber que eu tô de bolsa rota {risos} não vão entender nada, é melhor ir pra casa de parto até porque eu já tinha avisado lá que eu iria pra lá” [...] **Ou eu ia pro hospital e PROVAVELMENTE, COM CERTEZA seria uma cesárea...** Ou eu ACREDITAVA na minha/ na minha/ na minha capacidade de dar à luz e:: daria à luz de parto normal [EO3].

[...] eu acho que o ambiente, a instituição onde eu procurei o auxílio não era uma instituição favorável que, às vezes, eu acreditei que poderia ser e não foi [...] mas eu acho que o AMBIENTE, a instituição que eu procurei uma/ é uma instituição onde isso é a realidade deles e que ali eu seria... Só mais uma [...] [EO14].

-- Falou: “Doutora olha em volta... em sua consciência você:: ficaria a vontade num lugar de:sse? Por mais que você tivesse se esforçado **esse lugar... NÃO É BOM**” [EO8].

Durante a revisão integrativa realizada no âmbito deste estudo, foram encontrados estudos que apontavam as casas de parto normal e o domicílio como locais com menor influência médica e, portanto, de sustentação das “boas” práticas de atenção ao parto e nascimento, por meio do cuidado compartilhado com a mulher e do espaço às subjetividades (LESSA *et al.*, 2014; PEREIRA; BENTO, 2011; GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Em contraste às boas práticas incentivadas pelo modelo de parto humanizado, práticas discriminatórias, prescritivas e violentas são consideradas pelas participantes como uma realidade das maternidades e de outros serviços de saúde, e também são narradas como situações vividas pelas próprias enfermeiras obstétricas.

[...] eu imponho pra ela as minhas rotinas, ou a rotina do hospital e não as dela né? Então eu quero que ela toma banho na/ de manhã, eu quero que ela coma a hora que eu mandar... Né?... Eu imponho a ela, eu/ eu vitimizo essa pessoa e aí isso dá um domínio, me dá um/ me dá um domínio porque eu tenho que falar com ela assim: “Você não tomou banho até agora? Tem que limpar o quarto”, né?; Eu não estou falando que eu faço isso, mas é o que a gente vê [P: Sim, sim] né? É:: Ou então, aqui acontece muito isso, a paciente fala: “eu estou com fome”, mas eu não tenho nada pra dar pra ela, você entende? Não tenho disponível, é:: porque a pessoa não pode trazer o seu próprio alimento e ela tem que ficar refém do que tá acontecendo [P: Esperando] [...] [EO5].

É:: um dia assim eu fui com sangramento ela falou assim “nossa como você tá SUJA”; ela falou assim pra mim, nossa me senti imagina com SANGRAMENTO... [EO6].

Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013) também apresentam o reconhecimento, por parte dos profissionais, da existência rotineira de práticas discriminatórias e desrespeitosas às gestantes, parturientes e puérperas.

A discussão de tal temática está em voga no Brasil por sua recorrência no cenário das maternidades públicas e privadas. Esse movimento é incentivado especialmente após uma publicação de 2012 que demonstrou que uma em cada quatro mulheres que tinham parido, além de aproximadamente metade das que abortaram, relataram alguma forma de violência obstétrica (VENTURI; GODINHO, 2013). A expressão violência obstétrica é empregada na descrição de diversas formas de violência (e danos) no transcorrer do cuidado obstétrico profissional, incluindo maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos (TESSER *et al.*, 2015).

Diante do contexto do Modelo Humanizado do Parto e Nascimento, e perante a ocorrência de práticas discriminatórias e violentas, o discurso das enfermeiras obstétricas marca a diferença entre a dor fisiológica do trabalho de parto e a dor da violência obstétrica. A dor do trabalho de parto, normalmente aventada diante do discurso de parto natural, é considerada uma dor produtiva, passageira e que pode ser amenizada, enquanto a violência simboliza o sofrimento, que é difícil de ser superado. Além disso, a dor do parto em um corpo solitário, abandonado e desorientado é considerada diferente da dor em uma mulher amparada, bem como as reações propiciadas pelos dois contextos tem efeitos divergentes no acontecimento da parturição.

[...] acabei entrando em trabalho de parto [...] não tinha telefone público perto da minha casa... O meu marido tava trabalhando e eu não tinha a minha família [...] e eu acabei indo a pé pro hospital de madrugada porque eu pensei que eu tava com diarreia... [...] EU FUI, porque eu pensei que o neném não ia nascer... Eu nem sabia como (é que vai [00:24:21.23]) o parto porque **era tanto sofrimento, era tanta dor, era tanto CHORO** [...] Minhas pernas DOIAM DEMAIS, minha barriga doía demais, TUDO doía de mais [...] [EO6].

EU ACHO QUE A GENTE PODE TIRAR do sofrimento coisas boas [...] Então pra mim hoje, tem muito mais características de sofrimento... Uma::: violação do que uma dor... **A dor para mim não tem características de sofrimento. Mas a violação tem,** muito pesado, MUITO PESADO, muito pesado e aí quando você vai pensar em termos de parir... Ela pari entre as duas orelhas... Ela pari quando ela relaxa, quando ela permite o corpo parir. Então **enquanto ela SOFRER a dor do abandono, a dor emocional ela não consegue parir.** É muito diferente da dor física... Que a dor física ela consegue suprir... [EO12].

As enfermeiras obstétricas apresentam o discurso de que o corpo é violentado nos serviços de saúde quando tomado pelo outro como um objeto, quando há desconsideração dos desejos e planos da mulher ou quando ocorre algo contrário aos princípios do modelo humanizado. Além disso, as entrevistadas consideram que o corpo é violentado principalmente quando nem os cuidados básicos de higiene são oferecidos.

[...] ob/ coisificação do corpo... Das pessoas... Das exposições sabe?... [EO8].

[...] assim aquele/ aquela experiência que eu achava que ia ser muito LEGAL natural virou... [P: Uhum] muito intensa... Muito violenta e eu não dei conta... [EO10].

[...] eu falo que foi uma experiência PÉSSIMA de parto pra mim [...] experiência de... PRÉ-PARTO **de não me oferecer UM BANHO**, eu de bolsa rota toda su::ja, minha bolsa rompeu meio-dia, meu filho nasceu uma e dois da manhã, eu fui tomar banho só no outro dia depois que eu almocei, quase vinte e quatro horas sem TOMAR UM BANHO, de bolsa rota então já tava me sentindo com um cheiro RUIM [P: Uhum] coisas que AQUI a paciente chega a primeira coisa que a gente faz é oferecer um banho... Colocar um forrinho pra não ficar aquele trem vazando [P: Uhum] então assim desde o PRÉ-PARTO, o PARTO eu fui muito mal assistida pela equipe de anestesia que chingava o tempo to:: do porque o suporte não funcionava, ele usou palavrões pra chingar a equipe TÉCNICA porque que aquilo não funcionava... É:: -- e o pós-parto também com a experiência com a amamentação porque eu fiquei frustrada... De ter FISSURA MAMILAR, coisa que eu/ a gente aqui é um hospital amigo da criança... A gente BRIGA e bate na tecla o tempo todo e eu me vi naquela situação de ter o mamilo todo fissurado... [EO14].

O sucateamento dos serviços de saúde e as atitudes de discriminação e violência são tratados pelas enfermeiras obstétricas como resultantes da assistência prestada por profissionais que não trabalham por amor, nem por ambicionar o cuidar do próximo. Essa crítica à tendência atual é direcionada nos discursos à prática médica.

[...] eu falo que foi uma experiência PÉSSIMA de parto pra mim [P: Uhum] se eu não fosse da ÁREA e eu não conhecesse... O estilo da equipe que, às vezes, a gente depara com pessoas assim [P: Uhum] eu falava: “gente não quero ter filho nunca mais”, mas como eu já conheço **eu sei que nem todos trabalham por AMOR...** [EO14].

Acho que a saúde hoje em dia ela está muito... Eu não vou dizer sucateada não, mas ela virou meio que uma::: -- porque antigamente quem fazia::: medici::na, quem fazia (enfermagem [00:07:26.13]), QUERIA FAZER AQUILO SABE?! “Não eu vou fazer isso porque eu QUERO cuidar do ou::tro/ o outro é”/ e hoje virou uma coisa meio de *status* assim: “Ah, vou ser médico, vou ser doutor [P: Uhum] vou ser... sei lá... qualquer outra coisa que seja”. Então você encontra com muitas pessoas que não estão a fim daquele negócio sabe? [EO7].

[...] nós vivemos hoje uma inversão de valores muito fortes na área da medicina e eu tô falando isso pra você não como uma enfermeira, tô falando isso como... Mulher, como paciente... Que é muito complicado... [EO6].

Em relação a essa expectativa de que uma prática de enfermagem de qualidade é aquela que se produz por amor, há um esvaziamento ético-político da profissão, em que o profissional se posiciona sobre implicado com a prática, tão envolvido afetivamente que se perde a capacidade crítica.

Outros aspectos causais percebidos pelas entrevistadas, que consistem em fatores propícios para a ocorrência de situações de violência obstétrica são: o desconhecimento das

mulheres sobre o próprio corpo e, em uma discussão de gênero, a assistência ao parto promovida por homens, também desconhecedores do corpo das mulheres.

[...] então PRA MIM a vulnerabilidade tá no/ NESSE processo mesmo do trabalho de parto... Dentro da nossa cultura... [EO1].

P: Uhum

(...) porque quem tá com a gente... No trabalho de parto em sua maioria são homens... Né? Tô falando dos profissionais, então... Homem que:: não entende nada do nosso corpo... Sabe NADA do nosso corpo e MUITAS mulheres que também não tem essa leitura do próprio corpo e acaba... É::: acaba... Tendo atos que eu considero violentos com a mulher, entendeu? Então eu acho que é::: É FUNDAMENTAL que a gente se reconheça... [EO1].

Destaco o caráter feminino que há na prática da enfermagem obstétrica. No contexto de desigualdade de gênero, as enfermeiras apontam a importância de serem assistidas por uma mulher no parto, sendo esta uma condição diferente para decretar os desejos da parturiente.

É as/ as enfermeiras gostam de ser obstetra aí eu falo “não, eu gosto de ser obstétrica” [P: Obstétrica] eu gosto de ser obstétrica porque isso... É uma linguagem que me/ que REFORÇA o feminino que tem essa práti/ essa profissão, ESPECIALMENTE essa prática [EO8].

[...] e outra coisa viver isso {relatando sobre sua experiência de parto} com duas colegas foi maravilhoso, sabe? Duas colegas enfermeiras também que:: sabia do meu DESEJO, que respeitaram meu desejo, que me fortaceleram... Né? Mulheres:: ... Sabe? [EO3].

Extrapolando os moldes do modelo de parto humanizado, em direção a um modelo de assistência às mulheres, os discursos das participantes revelam também a preocupação com a integralidade e singularidade do sujeito, reconhecendo que a mulher é sempre mulher, em seu todo, mas também em suas particularidades, em qualquer serviço em que for atendida. Entretanto, ainda na narrativa, existe um destaque para os aspectos do aparelho reprodutivo da mulher.

No ambulatório me identifiquei porque tinha cuidado às mulheres... Porque tem as mulheres com anemia falciforme que engravidam [P: Uhum] né? -- Lá tem o projeto Aninha:: que é um projeto muito interessante -- e elas também tinham dificuldade de amamentação e eu não conseguia ver uma mulher entrar pra fazer transfusão com a mama LOTADA, o bebê em casa, sair e ir embora daquele jeito sem fazer um alívio, sem nada né? E comecei a trabalhar com isso, trabalhava com as gestantes com ORIENTAÇÃO, com as adolescentes também com a questão da saúde SEXUAL [P:Uhum] conversava muito com elas:: conversava com as mães... [EO2].

Eu comecei a ver que a enfermagem era... Assim o que que a enfermagem poderia fazer? Que não era só apertar o play e apertar o stop, então pera aí, você entra aqui aperta o play e aperta o stop o parto normal é tudo igual e o parto cesárea é tudo igual sabe? Curetagem é tudo igual. Pera aí, **cada vida que tá aqui é uma, cada uma é**

diferente da outra, cada um tá vivendo um momento né? Então a gente foi trabalhando mesmo essas questões da humanização... [EO5].

Além disso, existe a ponderação do desenvolvimento da mulher no sentido de adquirir um perfil de determinação para que saiba o que quer em relação a seu corpo e que se perceba proprietária dele, construindo, assim, um cenário de proteção contra a violência obstétrica.

[...] foi um momento que eu senti assim como que aquilo/ que aquele processo era MEU entendeu? Ele em momento algum ele/ ele:: ele passou/ eu senti que o parto não era meu, era/ era MEU O PARTO [P: Uhum] e ele tava sendo DO JEITO QUE EU QUERIA, do jeito que eu desej/ não que eu idealizei mas eu/ porque eu ainda não sabia o quê que eu ia encontrar [P: Uhum] nunca tinha vivido isso... Mas a/ as minhas ESCOLHAS estavam sendo respeitadas, isso que era importante pra mim naquele momento... [EO3].

E:: então é:: eu acho que a construção da:::/ ajudá-las a pensar nesse empoderamento do próprio corpo né? [...] VER a transformação daquela mulher, daquele medo, transformar em luta e poder e ela {faz barulho de “jato”} vai embora [P: Verdade]. -- Ai XX é maravilhoso!... Tenho uma alegria que você não tem noção, porque eu falo: “Ah ali vai:::”... Ali vai como pessoa entendeu? [EO9].

[...] você **às vezes é a arma da autonomia dela**... Às vezes, você com cinco horas, cara você não vai conseguir falar de to/ todos os direitos e de tudo, mas a gente... Transforma essa mulher um pouco [...] [EO6].

Porque a/ a/ a nossa/ a nossa::... medici::na e ela/ ela vai contra a corrente né? Eu/ eu desaproprio a mulher do seu corpo e **eu tento apropriá-la do seu corpo**... [EO3].

[...] eu gostava MU::ITO de cuidar porque as mulheres são MU::ITO poderosas tendo bebês... [EO8].

O autocontrole do corpo e o controle racional das sensações assumem posição de destaque nos discursos, tanto como algo positivo que possa barrar as violações de direito quanto algo que resulta de certa experiência prévia.

[...] ele {marido} fala assim que:: **no primeiro eu não fiquei com TANTA consciência como eu fiquei no segundo** então ele/ quando ele fala de consciência ele fala assim de controle entendeu? [...] então foi todo com manobra e:: DÓI né? A/ a colega introduzia a mão pra puxar uma perninha, puxar outra perninha, puxar o braço {risos} entendeu? [P: Uhum] Então pra ela fazer essas mano::bras eu pedia pra ela espera::r... Eu RELAXAVA e ela fazia {risos}... Entendeu? Então assim... Né? Aí ele fala isso que ele ficou/ ele ficou impressionado de como eu:: tive essa consciência que no da [P: Uhum] da XX, da primeira filha não, EU ME SOLTEI... Né? Não sabia como é que era {risos} no segundo eu já sabia que ela tava descen::do, tava sentindo ela descen:: [P: Uhum] sabia que a minha/ pra eu não ter a intervenção, **que eu não queria uma cesárea eu sabia que eu tinha que colaborar mu::ito, então foi um parto mais racional**... [EO3].

Sob o referencial de Foucault, as relações de poder não ocorrem na ordem do consentimento, portanto, são “[...] um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre

os outros, mas que age sobre sua própria ação” (FOUCAULT, 1995, p.243). Nesse sentido, os conceitos de empoderamento, autonomia e autocontrole do corpo podem ser problematizados: não é possível que o sujeito “adquira” o poder para se transformar e se libertar das práticas de exposição ao risco. Em cada circunstância, os sujeitos estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes entre si, como produto de relações de poder, relações de forças, jogos estratégicos entre liberdades, entre sujeitos. Isso quer dizer que o poder se dá em um conjunto de práticas sociais, constituídas historicamente, que atuam por meio de dispositivos estratégicos que alcançam a todos e dos quais ninguém pode escapar, já que não há uma região da vida social que esteja isenta de seus mecanismos (ERIBON, 1992; FOUCAULT, 2004).

Além disso, exercitando as recomendações de Foucault em que “[...] tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim” (FOUCAULT, 1995, p.256), durante a análise do discurso verificou-se que nem sempre as violências são efetuadas por discursos e práticas fortes e marcantes, podendo também ser executadas por técnicas sutis. Dessa forma, percebe-se que algumas ações relatadas pelas enfermeiras como positivas para o autocontrole dos corpos e travestidas como atos de proteção contra violações das mulheres são também perpassadas por mecanismos de docilidade destes corpos: há uma produção de corpos dóceis e úteis e de mecanismos de vigilância, para que estes satisfaçam as expectativas da sociedade.

[...] e aí:: um dos médicos começaram a... COMEÇOU a observar que quando eu tava no plantão da superVISÃO... Que era o:: dono majoritário das cotas dessa maternidade, **as mulheres ficavam mais CALMAS no pré-parto**, muitas dela nem... {voz sorridente} iam rápido pro/ pra sala de parto e não tinha nem analgesia... [EO1].

[...] porque eu pergunto pra mulher {reduz o tom da voz} “você tá apanhando em casa?” e **MESMO que ela me diga não se eu ver uma butinada nas costas eu CHAMO a polícia...** E faço a minha parte entendeu? [EO6].

De modo semelhante, o estudo de Quitete (2007) aponta que as enfermeiras assumem o papel de sujeito quando submetem as mulheres ao modelo de racionalidade científica ao qual estão envolvidas. Dessa forma, Foucault (2005) apresenta a ideia do Panóptico em que a relação de poder é de uma sujeição constante do indivíduo. Nesse sentido, o corpo será submetido a uma forma de poder que irá desarticulá-lo e corrigi-lo através de uma nova mecânica do poder. As práticas disciplinares permitem o controle das operações dos corpos e a sujeição constante de suas forças, impondo-lhes uma relação de docilidade e utilidade (SOUZA, 2011), em que o sujeito: “[...] é pensado como o produto de uma multiplicidade de relações horizontais de saber-poder que o caracterizam como sujeito assujeitado e disciplinado” (DUARTE, 2006, p.47).

Fischer (1999) reforça que a maior dificuldade da luta, das resistências e escapes, estaria em considerar a particular forma de poder que em nossa sociedade aprendemos tão bem a realizar, ou seja: “um poder preocupado com o bem-estar da população e a saúde de cada um em particular, um poder que se reveste de ‘bondade’ e sincera dedicação a toda a comunidade” (FISCHER, 1999, p. 44).

Nos discursos das enfermeiras obstétricas, percebe-se a acumulação em si de uma expectativa de que este profissional possa ter um olhar diferenciado para a mulher e proporcionar mudança nas práticas.

E aí:... -- eu lembro que essa professora ela falou comigo assim [...] que:: me ajudaria, eu queria fazer alguma coisa pela vida das MULHERES, FOI O QUE EU PENSEI, e pela enfermagem porque eu também, como que eu ia lá... Vê tudo [P: Vê] aquilo... Ser conivente... E pronto? E aí ela falou: “ah visita o XX, a gente também tem a:: a especialização” [...] mas não saia de lá nã::o, **talvez lá precise de alguém que:: esteja preocupada com essas mulheres**” [...] [EO1].

(...) então eu trabalho com ela o tempo todo durante o pré-natal, delas CONHECER o seu corpo, de/ de observar como que o sistema está em desenvolvimento, o parto pra ela, como que o seu corpo vai funcionar, que ela não tem que ter me::do, é:: faço pra ela o plano de parto junto com ela [P: Uhum] pra ela chegar no hospital e ninguém/ e não ser manipulada sabe? [EO3].

As parteiras são consideradas capazes de estabelecer relações próximas e intensas com as mulheres, dispositivos com potencial para o fomento do empoderamento e autonomia das mulheres, além da criação de oportunidades para que as mulheres decretem suas escolhas (GOLDBERG, 2005; SIMMONDS, 2008). Mas vivem o desafio de buscar o equilíbrio entre as suas próprias concepções, imposições da profissão e da instituição a qual se vinculam, com tais imperativos no âmbito da Promoção da Saúde e da Advocacia em Saúde (SIMMONDS, 2008).

Foucault critica a posição dos discursos libertários, pois, ao invés de barrar a rota dos mecanismos de poder repressivo, participavam da mesma rede histórica dos discursos morais que tentavam denunciar (BERT, 2013a). Porquanto as enfermeiras obstétricas valorizam os processos naturais, criticam as intervenções desnecessárias, mas consideram fundamental, por exemplo, que o parto domiciliar seja assistido por um profissional habilitado.

[...] aí a gente começou a oferecer uma modalidade que **não seria o parto domiciliar só** [P: Uhum], mas um trabalho que é ficar em casa uma parte do processo e chegar no hospital mais adiantado, **mas não ficar em casa sem assistência ficar em casa com acompanhamento...** Com ausculta do neném, com dinã::mica, com toque pra avaliar né? [EO10].

Desse modo, a radicalidade no modelo endurece e é preciso estar atento para que dispositivos contra hegemônicos, como o Modelo de Humanização do Parto e Nascimento, não se tornem novamente hegemônicos por meio da incorporação acrítica. Esse alerta merece destaque neste estudo, pois as ideologias do parto humanizado e das boas práticas têm assumido o lugar de verdades inquestionáveis para as enfermeiras obstétricas, tanto que o discurso foi intensamente voltado para essa discussão, independentemente desse tema não consistir em objeto direto do estudo.

Além disso, diante da intensidade de discursos denunciando a realidade de violências e opressões no cuidado às mulheres, problematiza-se: será que as enfermeiras obstétricas também se percebem (como as demais classes profissionais citadas por elas) incluídas na produção de discursos científicos promotores ou permissivos às expressões de violência obstétrica? Na próxima subcategoria busca-se compreender a problemática da formação e atuação das enfermeiras obstétricas.

6.2 Formação e atuação em enfermagem obstétrica: cuidando de outras mulheres

Nas narrativas das enfermeiras obstétricas, as histórias de vida e decisões relacionadas ao próprio corpo são entremeadas ao desenvolvimento do Modelo de Humanização do Parto e Nascimento no Brasil, que coincide cronologicamente, em vários casos, com a formação e o envolvimento gradual dessas mulheres na enfermagem obstétrica.

[...] né, mas na época num/ não se chamava assim HUMANIZAÇÃO DO PARTO [P: Sim] não tinha isso ainda né? Que isso é/ embora começou em noventa e quatro né... Lá assim foi mais ou menos assim JUNTOS né, essa ideia começou a surgir nos/ no:: Brasil acho que junto com o meu início lá no XX, mas assim, tinha esse respeito pela mulher e atender pelo SUS né? [EO13].

No setor privado, mas inicialmente mais timidamente [P: Uhum] aí eram poucos partos domiciliares... A gente assistia poucos partos por mês, assim por mês não, por ano {risos} era por ano no início... **Aí devagarinho foi se/ instituindo um movimento de humanização, foi crescendo né? E a gente foi fazendo parte** e aí essa coisa começou a aumentar muito devagarzinho, mas começou a aumentar... [EO10].

Além disso, nas narrativas das entrevistadas o Hospital Sofia Feldman assume posição de destaque por transparecer como um local em que a humanização do parto e nascimento é (re)conhecida pelas enfermeiras. Essa instituição é uma fundação filantrópica de direito privado, localizada na periferia de Belo Horizonte e atende uma população de aproximadamente 400.000 pessoas, em sua maioria, usuária do SUS. Além disso o hospital é um centro formador

especializado na assistência à saúde da mulher, do recém-nascido e da criança. A citação deste hospital é recorrente nos discursos das entrevistadas, tomando-o como um local de referência de assistência que se baseia no respeito à mulher e seu corpo, uma instituição que possui princípios que coincidem com as ideologias próprias das enfermeiras e que escapa às normatizações. Segundo as participantes, influenciado por esse modelo de assistência, no contexto do Sofia Feldman, os usuários do serviço possuem um entendimento mais ampliado do que seja a enfermagem obstétrica e, conseqüentemente, ampliam o reconhecimento da profissão.

[...] visitar o Sofia e:: [...] e eu fiquei quase que:: um parto todo com uma enfermeira, e eu fiquei DESLUMBRADA com aquilo, falei: “gente... porquê que... porquê que não é essa a assistência que as mulheres recebem em geral? [P: Uhum] E POR QUÊ QUE... um lugar TÃO próximo da onde eu ESTAVA... faz um atendimento tão diferenciado?” [EO1].

Quando eu vim pra cá aí eu soube do curso da::/ da:: UFMG e que tinha parceria com o Sofia -- eu era doida pra conhecer o Sofia... Porque eu ouvia [P: Ouvia falar] tudo quanto era lugar do Sofia -- eu falei assim: “eu vou fazer esse curso porque eu quero ir pro Sofia” [...] [EO2].

E no Sofia... Eles punham a gente pra trabalhar lá e não tava [P: Uhum... preocupados com o título não/] Muito preocupados se você tinha formação ou não {risos}/ e aí eu aprendi tudo sozinha... Estudei dema:::is, estudei muito [...] [EO10].

-- **A exceção do Sofia que é uma ilha...** e por ele ser uma ilha ele é criticado de TODOS os lados... A exceção do Sofia os outros setores/ os outros hospitais a gente não tem essa:: [P: Uhum] né? Mesmo por parte dos/ dos usuários assim, você se apro/ cê chega se apresenta: “Olha meu nome é XX, eu sou enfermeira obstétrica nã, nã, nã, nã”. Daqui a pouco: “O doutora, tá/”; “Não, eu não sou médica, sou enfermeira obstétrica, nã nã” mas persiste aquela imagem né? [EO7].

A trajetória profissional de praticamente todas as entrevistadas é frequentemente vinculada nos discursos referentes ao Hospital Sofia Feldman, mesmo quando as enfermeiras obstétricas residem em cidades mineiras distantes de Belo Horizonte, o que pode estar relacionado com a formação de uma rede de pessoas, as participantes, que compartilham lugares e saberes.

[...] ME PERGUNTOU se eu queria começar no Sofia. Falei assim: “Ué é lógico né”; foi o meu primeiro emprego e único emprego num hospital até hoje né? [P: Uhum] E aí eu comecei de trabalhar lá... Né? [EO13].

E só aqui no Sofia, eu nunca trabalhei em outro [EO4].

As entrevistadas referem alguns valores fundamentais para o trabalho na área da enfermagem obstétrica que são intrínsecos à mulher-enfermeira, mas a formação, aqui

entendida como graduação e especialização na área, é capaz de fornecer forma e conteúdo para subsidiar a atuação.

[...] porque O QUANTO QUE É MEU né? Particularmente. Claro que... Com a profissão ele ganha outro... Outra... Outra nuance né? A profissão dá a FORMA [P: Sim] e o CONTEÚDO né? [P: Sim] e a MARCA né? Mas o valor... [EO8].

P: Já tava ali né?

(...) eu acho que o valor é:: é MEU né? Assim o val/ eu tenho pra mim isso... Pode ser que seja até uma coisa de vaidade, mas eu tenho pra mim isso – [EO8].

A inserção das enfermeiras obstétricas no cenário do parto, especialmente na assistência às gestantes de risco habitual, tem sido uma estratégia tomada no âmbito da gestão dos hospitais e da gestão pública. Essa proposta segue o exemplo de países europeus, onde a assistência é prestada por profissionais não médicos, com vistas à mudança do modelo de assistência ao parto. Isso porque desmedicalizar o parto, ou seja, abandonar rotinas de adequação do trabalho de parto ao modo de funcionamento do hospital e privilegiar o acompanhamento da fisiologia implica em perda de poder e controle sobre o processo de parturição e, portanto, incompatibilidade com a formação médica centrada no modelo biologicista. Em contrapartida, a formação do enfermeiro, voltada para o cuidado, atenderia melhor tais necessidades para mudança do modelo. Daí o investimento na formação, no cenário brasileiro, especialmente a partir de 1994, por meio de especialização *lato sensu* de enfermagem obstétrica (DIAS, DOMINGUES, 2005).

Vale destacar que, de forma a preparar a enfermeira para ser protagonista de um modelo menos intervencionista, durante a formação na área da saúde da mulher, EO5 cita que passou por um processo de desmistificação de alguns entendimentos que tinha em relação ao parto, tais como: ser um momento milagroso, que depende da ação do homem e que representa sempre uma experiência de desfecho positivo.

Mudou o meu pensamento, mudou minha é::: o que eu via antes como fisiológico eu via como/ como misterioso, como milagroso, eu via/ via COMO LINDO é:: mas eu achava que eu precisava de alguma forma é:: fazer algo por essa mulher... E aí a partir do momento que eu estudo, que eu vejo/ eu vejo que independente do/ de fazer alguma coisa as coisas vão acontecer, é:: independente DA MINHA intervenção, sabe? Do cuidado que eu tenho pra oferecer, é:: as coisas vão acontecer então eu acho que a minha relação com o cuidado mudou assim, de eu NÃO OBRIGAR a mulher a fazer aquilo QUE EU ACHO que é o melhor para ela né? [EO5].

Dias e Domingues (2005) enfatizam que os programas de ensino, treinamento e aperfeiçoamento precisariam sensibilizar enfermeiros e médicos para os afetivos da gestação

necessários a uma assistência adequada às gestantes, e não apenas o conhecimento dos aspectos biológicos e físicos.

Ao (re)conhecer os princípios e fundamentos do Modelo de Humanização do Parto e Nascimento, as participantes relatam se engajar na área da enfermagem obstétrica e no esforço de proteger as mulheres contra a violência obstétrica, e possibilitar que as mulheres vivenciem a experiência do parto com esses princípios, que vivenciem também processos de problematização da própria vida e de subjetivação.

[...] Porque na/ naquele momento eu VENDO a assistência eu achei diferenciada, eu vi uma mulher sorrindo enquanto tava parindo... Num via a mulher é:: FRAGMENTADA, SEPARADA do filho assim que nascesse porque... Nessa outra instituição o menino nascia, ficava uns poucos minutos com:: com a sua mãe e de repente ele era levado pra um outro lugar [...] **e aí eu/ eu decidi que eu ia fazer enfermagem obstétrica** EMBORA foi o meu pavor na graduação [...] [EO1].

Aí quando você descobre que isso não é normal aí você tem que remar contra a maré, tem que nadar contra a corrente e aí **sempre nadei contra a corrente**, assim “olha não faça isso, porque isso não é/ pela evidência não é assim, não faça isso porque o COREN não/ não respalda isso, VOCÊ NÃO PODE FAZER ISSO, você vai perder o seu COREN, e se alguém falar que é pra você fazer você fala que é PRA FALAR COMIGO”. Então assim, é **eu assumia pra mim a responsabilidade da negação de fazer a violência obstétrica**, de praticar a violência obstétrica [...] [EO5].

Com o incentivo da inserção da enfermagem obstétrica para a mudança do modelo assistencial e com a baixa oferta deste profissional no mercado de trabalho, ocorreu um processo de valorização profissional na área (DIAS; DOMINGUES, 2005). Desse modo, nos discursos das entrevistadas, a decisão de escolha pela atuação na área e pela profissão também surgiu como um bom acaso, um aproveitamento de oportunidade por alguém que já tinha um desejo de atuar nesta área, ou mesmo pelo incentivo financeiro vislumbrado.

-- E aí quando eu entrei pra universidade, por uma demanda da disciplina eu precisava de fazer uma uma::/ algum docente se especializasse em enfermagem OBSTÉTRICA **que era uma das minhas... ASPIRAÇÕES**, eu gostava muito dessa área tanto de saúde coletiva quanto:: saúde da mulher... E aí eu me dispo/ me coloquei... À disposição pra/ pra ser a:: pessoa né? [EO3].

E:: trabalhava em outra instituição também e um:: dia uma colega minha me chamou pra trabalhar numa maternidade com ela -- e a::... Saúde da mulher NUNCA FOI meu foco eu tinha... É:: uma resistência MUITO GRANDE de trabalhar com saúde da mulher principalmente do ponto de vista OBSTÉTRICO sabe? [...] mas aí **ela me/ me pegou pelo LAÇO do ponto de vista FINANCEIRO** assim [P: Uhum] eu:: o salário era muito bom, tipo o triplo do que eu ganhava [...] [EO1].

É:: fiquei UM ANO desempregada assim:: sem ter um vínculo, mas é:: dando:: aula, acompanhando estágio, e aí dentro desse/ desse acompanhamento uma pessoa me referenciou para trabalhar em uma maternidade, ela ia sair dessa maternidade e ela me:: me referenciou [...] e assim, é:: a trajetória É DE SEMPRE QUERER ESTAR na obstetrícia, de amar estar na obstetrícia [...] [EO5].

Os achados revelam também que, em alguns casos, a inserção na área de saúde da mulher esteve associada à vivência, no próprio corpo ou em relação aos corpos de outras mulheres, de práticas contrárias ao preconizado pelo Modelo de Humanização do Parto e Nascimento. Em alguns casos, essas práticas eram realizadas inclusive pela própria enfermeira, mas essa crítica só foi possível após a mesma estar envolvida no processo de formação em enfermagem obstétrica.

[...] Porque TODO MUNDO se referia... Às mães como culpadas por um/ porque os filhos estavam ali internados e eu ficava pensando assim como que eu vou culpar a mãe se ninguém cuidou dela antes? [EO2].

[...] mas foi lá que eu descobri que **eu era uma torturadora de mulheres**, foi lá e aí antes de eu fazer enfermagem OBSTÉTRICA é:: eu entendi que, eu fiz um outro curso, fiz um curso de doulas e aí eu vi que o mundo girava diferente daquela caverna que eu tava ali [...] e aí eu vi que OPA! Sou/ sou uma torturadora de mulheres porque EU FAÇO ISSO com essas mulheres, eu/ eu deixo elas deitada aqui e eu não falo nada, eu deixo alguém subir em cima da barriga dela e eu não falo nada, porque aquilo era o que tinha ali pra aquela/ é era o normal, era o normal [EO5].

Ainda no processo de formação e preparação para o cuidado de outras mulheres, as enfermeiras obstétricas consideram que vivenciar experiências que as mulheres, sob o seu cuidado, também enfrentam é importante para experimentar no próprio corpo o vivido por elas.

Então o fato de eu ter passado VI-O-LA-ÇÃO do meu corpo e do meu, da minha emoção me fez ficar cada vez mais é::: envolvida com o proteger a mulher... encaminhar a mulher, cercar a mulher e o bebê [P: Uhum] à ponto de que eles não sofram a mesma coisa que eu sofri... [EO12].

Depois de ter vivenciado isso tudo... Eu PASSEI A PERCEBER que isso pode acontecer com qualquer uma e então assim a experiência que eu tive eu reforço pra que não aconteça com mais mulheres [...] [EO14].

[...] e PRA MIM foi importante viver esse processo... De induzir meu trabalho de parto, de passar por toda trajetória que essas mulheres PASSAM, né? De/ de TER QUE USAR ocitocina [P: Uhum] para saber O QUÊ QUE É a ocitocina:: A DOR que a ocitocina causa então ISSO pra mim foi importante e::: isso hoje reflete no trabalho de parto que eu acompanho [P: Sim] e no cuidado que eu tenho com essas mulheres – [EO4].

As participantes enfatizam que existe um sofrimento próprio quando presenciam violência contra o corpo das mulheres assistidas por elas, ou seja, as agressões atingem também o corpo desta mulher-enfermeira.

Tem a... Questão da violência que **é no CORPO da gente que ela vem** [...] Nossa ela vem:: firme.. (de ter) coisa que difícil de olhar... Difícil porque é VOCÊ também... Vem em você... [EO8].

[...] Então isso são situações que a gente vive assim, que você... ISSO DÓI ÀS VEZES assim né? Eu estou falando de uma coisa simples, mas, às vezes, você vê... Coisas que são absurdas assim e aí você tem que ENGOLIR né? Engolir o choro, engolir, engolir o saco [...] [EO5].

Não me incomodou o número de partos, mas **me incomodou MUITO a forma que aquelas mulher tavam parindo** entendeu? {voz chorosa} NOSSA muito violento, eu fiquei pensando meu Deus eu quero ter filho, mas... DESSE JEITO eu não quero ter um parto vaginal, mas também não quero ter uma cirurgia [P: Uhum] porque eu achei MUITO violento, eu achei que as mulheres... Eram tratadas como, como BICHO mesmo assim na mesa de cirurgia... Eu fiquei pensando assim – [EO1].

A afecção no corpo da enfermeira que cuida é vislumbrado pelas participantes não apenas nas situações de violência, mas também quando, diante de situações complexas do cuidado, se sente imobilizada por não saber o que fazer. Além disso, existe um sofrimento contínuo vivido pelas enfermeiras obstétricas diante de se sentir mulher, ter consciência do seu posicionamento no mundo e da existência dos sistemas produtores de realidades – patriarcalismo e capitalismo. EO9 denomina esse processo de afecções como um mecanismo de “chave-fechadura”, no qual as realidades das mulheres se encaixam perfeitamente ao contexto de vida das enfermeiras obstétricas. Mas por atingi-las e, em certos momentos, paralisá-las, essas situações podem comprometer o desfecho da assistência.

Às vezes a gente não consegue oferecer o CUIDADO você tem que/ na verdade a gente consegue, mas você tem que fazer um esforço muito maior, é um desgaste muito maior, então eu trabalho aqui SEIS horas e tem dia que eu saio daqui que parece que eu trabalhei... Vinte e quatro, de tanta dor no corpo, de tanto cansaço, sabe? [EO5].

[...] é foi muito ENLOUQUECEDOR e eu fiquei MUITO incomodada com aquela situação e eu fiquei pensando em mim mesmo assim: “gente”... [EO1].

A minha posição no mundo, o tanto que EU como mulher sofro nesse mundo patriarcado/ eu sofria, porque isso vem de uma família SUPER, super forte o patriarcado né? [...] Eu já vi mu:::itas enfermeiras obstétricas... é::: de se depararem com situações emocionais e daí ela olha e diz assim “O que eu faço com isso?” ... Não sabe o que fazer. Porque aquilo dificul/ aquilo/ aquilo/ aquilo pegou nela e daí ela... Ela/ ela paralisou entendeu? Na verdade são duas pessoas paralisadas, é a mulher e a/ e a/ e a enfermeira. Porque acoplou nela, por que aquilo fez sentido nela né? [P: Uhum]. **É que nem a chave e a fechadura.** [P: Uhum] -- E aí::: os partos em casa né, vão para o hospital::: enfim... Né? [EO9].

Da mesma forma, quando as experiências próprias são satisfatórias e consideradas compatíveis com as ideologias do Modelo de Humanização do Parto e Nascimento, a enfermeira obstétrica apresenta o discurso de se esforçar para permitir o acesso das mulheres a tais vivências, sem desconsiderar o contexto de vida de cada uma.

[...] como foi uma experiência muito positiva né, eu sempre tento de/ de/ de passar isso aí pra as outras mulheres né, mesmo se tem um outro contexto né, assim CLINICO né, que o meu né [P: Uhum] mas... Assim a experiência é:: eu me sinto assim responsável pra PASSAR ISSO pra eles também né, pra elas também dentro do possível né? [EO13].

Então eu acho que ela/ e falo da minha vivência com elas, não vejo problema nenhum, conto minha história, não/ não com tanto detalhe né? [...] porque isso, EU VIVI ISSO, então não é um/ um discurso apenas teórico [...] Porque quando você VIVE uma situação você consegue é:: passar/ eu não sei é/ não é passar pro outro, mas você consegue sensibilizar... E elas gostam MUITO quando eu começo a falar dos meus partos né? [EO3].

Assim, o ato de vivenciar certas situações no próprio corpo é considerado pelas participantes como fundamental para, então, poder acompanhar essas mesmas situações vividas pelas outras mulheres, relatado como o princípio da empatia. Essa ação é apontada como importante para todos os profissionais de saúde e, do contrário, as enfermeiras obstétricas enfatizam que os acompanhamentos podem se tornar apenas prescritivos e não condizentes com as realidades.

[...] eu acho que interfere muito sim no meu/ no meu cuidado com elas porque, eu olho para ela com outros olhos porque queira ou não você se coloca no outro, eu acho que pra enfermagem, **para as profissões de saúde em geral a questão da empatia de você se colocar no lugar do outro é muito importante** [EO7].

[...] eu tenho clareza que eu não posso/ eu não consigo fazer pro outro se eu num já percorri esse caminho entendeu? [P: Uhum] Então como que eu vou/ **por que daí é prescritor e se prescritor num propicia mudança** entendeu? [...] [EO9].

Ainda diante das experiências no próprio corpo, as enfermeiras obstétricas relatam o interesse em permitir a outra mulher o que não pode ser vivenciado por si mesma, tomando esse ato como um impulsionador da atuação na profissão. EO10 enfatiza o seu prazer em lidar especialmente com situações semelhantes as suas de privação, no sentido de possibilitar desfechos diferentes dos próprios.

[...] apesar do que eu ENTENDO que... Elas foram uma:: um motivo pra que eu... é:: INVESTISSE na enfermagem obstétrica no sentido de que eu vou proporcionar pras mulheres O QUE EU NÃO TIVE né? [P: Como que foi essa experiência da cesárea?] eu vou plantar uma árvore que eu num:: [P: Uhum] vou DESFRUTAR DA SOMBRA [...] então eu entendo muito hoje a mulher que sente o que eu senti... Então, assim, eu gosto mu::ito de ajudar mulheres com cesárea anterior a terem parto vaginal né? [...] assim quanto mais dificuldade a mulher tem {risos} pra conquistar aquilo mais eu me envolvo e:: e assim é como se eu tivesse proporcionando pra ela o que eu não tive [P: Uhum] entendeu? [EO10].

Existe a consideração de que, mesmo utilizando suas próprias experiências para auxiliar no processo de cuidado das mulheres, a enfermeira tem a prudência de não manipular as decisões, pois entende que não possui o domínio sobre o corpo de outrem.

Então sempre que eu pego uma paciente {diminui o tom de voz} mais obesa {volta tom de voz ao normal} e tudo **eu sempre vou remeter a mim**: “Ah, e eu? Porque que eu tive acesso e ela não?” Até onde essa epidemia... De obesidade esta interferindo em tud/ em TODO esse processo de/ em gestação, parto, puerpério [P: Uhum] entendeu? [EO7].

Apesar de haver a consideração do cuidado das enfermeiras obstétricas em não influenciar “demais” as condutas das mulheres, a preocupação delas em já ter vivido situações similares às das mulheres, bem como em permitir ou impedir de ocorrer certas experiências, leva a crer que as práticas discursivas tendem a produzir gestos e verdades nas mulheres. Por isso, no que tange a relação entre enfermeira obstétrica e mulheres que cuidam, não há maleficência na prática em que alguém, que em um dado jogo de verdade, possuindo saberes específicos, lhe diz o que é preciso fazer, “[...] ensina-lhe, transmite-lhe um saber, comunica-lhe técnicas” (FOUCAULT, 2004, p.284). O problema está em investigar como será possível nesses encontros, onde o poder não pode deixar de ser exercido e não é ruim em si mesmo, evitar os efeitos de dominação.

Algumas características do perfil e da atuação da enfermeira obstétrica são citadas pelas entrevistadas como importantes no processo de fomento de práticas respeitosas e humanizadas, tais como: a compreensão do holismo e da integralidade das mulheres; e a redução de assimetrias de poder entre profissional-paciente. Além disso, ser um corpo disponível e entregue à mulher cuidada é uma ação esperada da enfermeira obstétrica, tanto que, quando solicitada a indicação de outra enfermeira obstétrica de nítido reconhecimento, apontam-se aquelas em que o corpo é disponível ao outro. Com esses pressupostos a enfermeira obstétrica é capaz de influenciar nas realidades das mulheres.

Então eu acho que a obstetrícia ela/ ela entra assim na VEIA porque você tem as enfermeiras obstétricas que pegam canudo e GUARDAM pra ganhar mais na/ nos concursos públicos, aqueles crescimento [P: Uhum] ou pra dizer que tem o título, mas a enfermeira obstétrica ATUANTE [P: Atuante] e que acredita na CAUSA, na CAUSA mesmo ela... [...] Você quebra essa relação enfermeira-paciente, médico-paciente essa/ esse pseudo poder né? Sobre a vida né? A gente ACABA entend/ enxergando um ser HUMANO na tua frente, claro você ainda continua profissional, você TEM o teu lado científico [EO6].

Ah eu vou te indicar a EO12 da tarde... É enfermeira obstétrica, atende parto domiciliar, liga qualquer hora atende, qualquer hora vai, eu acho que é uma pessoa que assim, que o corpo dela é extremamente DISPONÍVEL ao outro... [EO5].

A indicação de um perfil de enfermeira obstétrica pode ser relacionada ao interesse pelas identidades: “[...] como o poder exerce uma ascendência direta sobre os indivíduos

concentrando-se na constituição das identidades pela imposição de lugares, de tempo e até mesmo de gestos” (BERT, 2013a, p.146-147)

No sentido de estar sempre disponível aos corpos das mulheres, os compromissos profissionais, muitas vezes, são soberanos às necessidade de se auto cuidar, cuidar do corpo físico. Além disso, como o cuidado de si é entendido como autocuidado, as participantes relatam que o trabalho na área da enfermagem, pelo desgaste físico e o estresse, inerentes à profissão, ocasiona “perda de poder” sobre si mesmo, negligência de si e danos ao corpo físico. Mas as participantes consideram que é possível buscar formas de tornar esses impactos mais brandos.

[...] Eu acho que a gente cuida muito mal da saúde da gente assim. [P: Cuida né?] -- Minha/ minha mãe fala/ a gente não cuida na realidade né? Minha mãe falava: “Pessoal da área da saúde pelo amor de Deus, é os pior que tem para poder se cuidar”. E/ e eu acho que é verdade assim [...] Quando você me ligou eu fiquei pensando assim, cuidado sobre o meu corpo, eu falei: “Meu Deus do céu tem hora que eu não paro nem para fazer xixi [P: É] que cuidado que é esse?” [EO7].

Eu/ eu nunca cuidei, eu nunca/ eu nunca tive tempo pra fazer uma atividade física, eu nunca tive tempo pra fazer NADA pra mim [...] [EO4].

É... Às vezes, é UM PARTO atrás do outro né?... Então não tem COMO MARCAR então a gente tem de lidar isso eu:: tenho certeza que eu vou ter de lidar com isso pro resto da vida né? Enquanto eu tiver trabalhando na obstetrícia... Mas eu acho que tem uma forma mais:: leve de lidar com isso né? [EO11].

Mas, de outro modo, os movimentos no cuidado às mulheres, em especial a prática assistencial, são enfaticamente considerados prazerosos no discurso das enfermeiras obstétricas, sendo, em alguns casos, avaliados como a maior felicidade da vida. Tal satisfação resulta da relação com os corpos das outras mulheres e de perceber as conquistas da mulher. Em alguns momentos, a atuação enquanto enfermeira obstétrica é comparada a um vício que torna as enfermeiras dependentes do “partejar” para viver.

[...] eu fui MU::ITO feliz com muitas mulheres... NO PARTO que é MUITO BOM não é pouco bom não, é muito bom... [...] é muito intenso aquele momento... e não volta NUNCA mais -- então aquilo pra mim também era uma/ uma... Uma ÊXTASE ver aquele momento... **Tudo por aquele momento** [...] [EO8].

-- Então assim... é complicado para enfermeira obstétrica assim, quem quer mesmo... se doar é::: é pauleira, mas é gratificante demais, não TROCO... Minha mãe fala: “Pelo amor de Deus minha filha”. Eu falei: “mãe **ocitocina vicia**, {Risos} é droga, porque cada”/ ela fala: “mais tudo é igual”, eu falei: “**NÃO É IGUAL**, não é, você pode assistir” -- igual eu já tive a oportunidade de assistir mais de um parto de uma mesma mulher... e/ é não tem jeito cada parto é uma emoção, é uma... [EO7].

-- APESAR disso eu não abro mão dos meus plantão, a EO10 já falou... {risos} mas eu **não dou conta de abrir mão** [P: Uhum] [EO11].

[...] ah, olha você fica toda eufórica {risos}, você ver lá assim, um parto assim bonitinho, que a mulher assim sabe? Ganhou esse menino felizinha da vida né? [...] Então você sente isso igual... Uai eu acho que é uma **endorfina** mesmo assim, você sente/ fica todo eufórico... [EO13].

[...] ISSO É MUITO LINDO, pensa alguém que adora ver isso... VER a transformação daquela mulher, daquele medo, transformar em luta e poder e ela {faz barulho de “jato”} vai embora [P: Verdade]. -- Ai XX é maravilhoso! ... **Tenho uma alegria que você não tem noção**, porque eu falo: “Ah ali vai::”... Ali vai como pessoa entendeu? [EO9].

-- E realmente eu sou **apaixonada** com a minha... Profissão assim/ a minha coisa de... **Partejar** né? Eu ado::ro (o que faço [00:50:14.18]) [P: almejava mesmo...] adoro o que faço me sinto muito realizada MUITO assim... Nessa área profissional [...] -- parto é uma coisa e assim e eu me/ me sinto mu::ito feliz com as con/ com a conquista da mulher... [EO10].

Cada parto é vislumbrado nas narrativas como uma emoção diferente que tem potencial de transformar a mulher como sujeito no mundo. Conforme discutido na categoria “Possibilidades da existência do eu”, a existência e a transgressão das enfermeiras obstétricas, muitas vezes, estão relacionadas à prática profissional. É como se o corpo da outra mulher sob cuidados consistisse em uma extensão do seu próprio corpo de enfermeira obstétrica. Assim, os hormônios endorfina e ocitocina, atuantes no parto e secretados pelo corpo da parturiente, são lembrados pelas enfermeiras obstétricas diante das sensações de euforia e dependência sentidas no seu próprio corpo.

Apesar de apontar um perfil diferenciado, as entrevistadas realizam uma crítica à qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras na atualidade, que, muitas vezes, não reconhecem a importância de extrapolar as dimensões do corpo físico e biológico durante a abordagem das mulheres, seja por não se perceberem responsáveis, seja por conta do meio/instituição onde foram formadas.

-- Num, não consegue entender assim que/ se ela escolheu que seja enfermagem ela TEM que estudar antropologia, sociologia, ela FALTA nessa aula porque ninguém/ ela nunca leu NADA sobre isso e ela acha isso chato -- eu na minha aula eu via lá ficava oito alunos na aula desse professor... O resto todo mundo achava um saco... Porque nunca pensou politicamente, nunca teve uma aula DECENTE no segundo grau onde tudo isso se desperta, nunca viveu em núcleos assim -- então como que vai chegar na faculdade e vai enxergar isso? [...] e NÃO QUEREM ajudar essa mulher a sair disso porque acham que o problema não é seu... e na verdade o problema é NOSSO [EO6].

[...] JÁ QUE NÃO É POSSÍVEL selecionar lá na base... Você vai selecionar então quem vai vir para a ponta por que... A gente esta colocando no mercado profissionais que não... Não estão qualificados para a assistência [P: Uhum] infelizmente, e assim não é só na enfermagem, a gente tem uma abertura muito grande de/ de várias faculdades que forma e vai para o mercado... Só que eu não estou lidando com o papel né [...] [EO7].

O desejo de se educar continuamente, aperfeiçoar, estar capacitada e se especializar é apontado pelas participantes como uma necessidade individual e um meio de aprimorar a qualidade da assistência. O anseio por se qualificar também esteve relacionado à necessidade de não ser vítima das hierarquias profissionais e ter participação direta nas decisões assistenciais. Por isso, nas escolhas relacionadas à carreira profissional, a mudança de emprego também era influenciada pela possibilidade de continuar se aperfeiçoando. As enfermeiras relatam que esse desejo é instigado especialmente na prática assistencial, porém é difícil de ser alcançado, seja por barreiras relacionadas às desigualdades de gênero ou pela indisponibilidade de tempo e de oferta de cursos.

[...] Que **não queria trabalhar só como atendente, por causa dessas hierarquias** né? E/ e ia ralar muito, sem/ sem poder [P: Uhum] ter nenhum:: assim sem ter nenhuma voz se quer né nesse processo de cuidar [...] [EO13].

-- E aí LÁ é:: eu senti a necessidade de me aperfeiçoar então eu fui fazendo outras especializações, que surgiram também as vezes pela/ por incentivo do próprio Estado né? [P: Uhum] é:: e aí fui fazendo, mas sempre tive vontade de fazer enfermagem obstétrica. E aí **não existiam cursos disponíveis, era muito difícil de fazer o curso** né? [...] só que o curso nunca que surgia e a necessidade né era cada vez maior assim... E aí eu:: conheci através/ um curso particular, fiquei sabendo que existia um curso particular aí eu fui e fiz. [...] eu achei um pouco complexo conseguir fazer [P: Sim] toda essa formação [EO5].

[...] ele {companheiro} achou que eu fosse parar no terceiro ano... -- mas então eu:: acabei fazendo prova de/ de/ de:: de bolsa, passei... Pagava vinte por cento só DA MENSALIDADE e aos trancos e barrancos eu formei em:: enfermagem... [EO12].

[...] e depois eu/ de um tempo já trabalhando na prefeitura eu resolvi:: -- eu tava muito insatisfeita, queria estudar MAIS, fazer pós-graduação e a prefeitura não me permitia isso, não liberava a enfermeira pra, pra fazer o curso -- então resolvi fazer concurso pra universidade, porque eu sabia que na universidade eu/ eu teria essa possibilidade [EO3].

A literatura aponta que, mesmo diante de déficits na qualidade da assistência de enfermagem, as enfermeiras se mostram em movimento, almejando estudar, trabalhar e ter independência financeira, com intuito de crescimento e de emancipação (QUITETE, 2007; GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Além disso, as escolhas pelos âmbitos de trabalho das enfermeiras obstétricas se orientam, em alguns momentos, pela avaliação própria das suas potencialidades e capacidades de contribuir para a efetivação da qualidade da assistência à mulher. Nesse sentido, EO13, por entender seu potencial de ação, cita a escolha de renunciar à satisfação de trabalhar no Hospital Sofia Feldman para atuar em instituições com maiores dificuldades de implantação de boas

práticas ao parto e nascimento. Também EO10 relata seu empenho maior na rede privada, onde as mulheres estão menos amparadas em termos de implantação das boas práticas.

[...] assim no Sofia eu sou uma entre várias né, lá tem um tanto de enfermeira obstetra eu não faço muita falta não, eu acho. Mas assim:: LÁ, lá não tem tanto né? [P: Exatamente] **e as mulheres precisam mais** né [...] não ia ter tanto parto legal igual tenho agora praticamente todo plantão, um ou dois né... Mas:: assim eu conseguia alguma coisa aos pouquinhos né e podia ajudar mais do que as vezes que eu ajudo aqui, que eu sou substituível [EO13].

[...] a gente gosta muito do SUS eu sou, sou defensora do SUS e tal, mas... Nesse cenário da obstetrícia a mulherada da saúde suplementar... Ela PENA demais, sofre DEMAIS porque ela só acha médico cesarista na praça e cai nas cesarianas desnecessárias [...] então eu comecei a envolver por conta do movimento de humanização eu falei “ah gente essas mulheres precisam também” acho que as mulheres do SUS estão mais bem {risos} [P: Bem assistidas] atendidas [EO10].

Nos percursos profissionais de produção de assistência diferenciada, dificultadores para “sair da caixinha” e criar novas possibilidades às mulheres são narrados pelas enfermeiras obstétricas. Um dos fatores associados à existência deste fato é a complexidade inerente ao cuidado prestado na assistência à mulher e conceito e, conseqüentemente, a responsabilidade da enfermagem obstétrica.

[...] e tal só que aí a gerência acho que eu estava FORA DA CASINHA [P: Uhum] E MEU TRABALHO LÁ NÃO ERA ESSE e começou a/ assim querer cercar o direito de ser enfermeira... [EO2].

[...] e as, as alunas diziam assim “professora, mas é muito difícil ela não olha pra nós, ela não olha pra mim, ela só tá olhando pra ela”; “não interessa [P: Uhum] nós vamos cuidar dela”... E FOI o/ não foi fácil é:: dar suporte aqueles alunos pra cuidarem daquela mulher [...] [EO8].

Enfermeiro/enfermagem obstétrica tem a ver com a saúde da mulher e a saúde da mulher é MUITO ampla [...] Muito, tem todo o contexto bio-físico-psico-social-espiritual né? [EO6].

[...] só que eu não estou lidando com o papel né? Eu estou lidando com vida [P: Exatamente] E aqui eu to li/ eu estou em uma especialidade, que eu tenho NO MÍNIMO duas vidas na minha mão o tempo todo... Isso quando não é gemelar que você tem três, quatro, mais assim o tempo todo é no mínimo duas. [P: Uhum] Então assim, uma coisa “ah eu errei a conta vou lá e apago” ok, aqui:: meu erro ele pode ser fatal né? [...] Decisões que vão afetar na vida dessa mulher, dessa família, desse bebe pelo resto da vida... [EO7].

Para permitir uma assistência centrada na mulher, resistir ao modelo biomédico vigente e proteger a mulher contra situações de violação vividas, a enfermeira obstétrica se vê em relacionamento com os demais profissionais da saúde. Essas situações são tensas, pois envolvem relações de poder em que, em certos momentos, as participantes relatam resistência

às regras institucionais e médicas e, em outros, submissão e permissão. Porém as participantes reconhecem o embate com as filosofias de outros profissionais como uma ação importante para garantir avanços em prol de uma assistência de qualidade, mas, em certas intensidades, esses conflitos podem afetar os corpos das mulheres sob o cuidado.

[...] e aí assim é:: eu fiquei bem irritada, primeiro eu falei que não ia, que era pra ele {médico} conversar com a diretora porque eu tava lá a mando dela e aí depois o negócio começou a ficar mais sério e eu subi, e aí eu tive que resolver, eu precisava resolver e tal. Mas assim, é:: esse dia ele ficou bem irritado e aí começou a gritar comigo e tal e eu peguei e OUVI né? E:: assim, eu/ eu sei que eu RETRUEI e aí depois os dois ficaram assim de cara virada, eu não lembro exatamente o que eu falei [...] [EO5].

[...] e hoje eu consigo respirar “eu tenho que proteger essa mulher, eu tenho que proteger o cuidado”... E como que eu vou... Reagir com o outro profissional que tá fazendo né? Algo que eu não acredite que seja [...] Assim de briga::r, de até BATER BOCA porque o outro profissional também as vezes tava no mesmo nível de imaturidade que eu né? **E aí era uma confusão danada, a gente piorava a cena do cuidado** [P: Uhum] com essa... Né? [...] “então vamos resolver em outro lugar, isso não é lugar pra gente/ aqui não é lugar de... [P: Uhum] de discutir isso, aqui não é lugar pra gente [P: Uhum] né? Discutir, brigar e atrapalhar quem a gente tá cuidando” [...] **Tem que respirar muito, tem que até entoar algumas vezes mantras {risos} pra:: conseguir é resguardar a cena do cuidado** [EO2].

Os embates com os demais profissionais no cuidado são apontados pelas participantes como causadores de sofrimento em seu corpo. Os aspectos negativos de impacto são visualizados especialmente quando as enfermeiras obstétricas percebem que o ato de se dispor totalmente a outra mulher é em vão, quando outro profissional interfere nesse cuidado e atrapalha o percurso que já tinha sido traçado por ela. Mas, independente do desgaste causado, enquanto o corpo da enfermeira obstétrica tolera, ela se dispõe ao corpo da outra mulher.

[...] o nosso corpo fica tão disponível pra mulher as vezes que a gente se vê em posições... Diversas assim na assistência ao parto sabe? Assim, você se vê sentada no chão, você se vê agachada, você se vê... é:: RETORCENDO o corpo para poder acompanhar aquela mulher e fazer naquela/ naquela posição e aí você faz isso tudo e aí vem o seu colega e manda a mulher ficar na posição que ele quer, então isso dá um:: é:: vai te frustrando entendeu assim [...] te frustra você fala: “poxa... é eu tô me desgastando [P: Sim] tô me desgastando” meu joelho ele/e ele DÓI, ele dói, mas muitas vezes eu me agacho assim, ele dói... Normalmente, assim, normalmente sentada, andando, mas **nem por isso eu vou deixar de assistir essa mulher** né, ela tá confortável naquela posição, eu vou auscultar o BCF naquela posição porque eu sei que dá, não posso fazer uma coisa que não dá, mas às vezes o outro, não, “não” então isso é bem frustrante assim, aí o seu corpo dói mais, sabe assim? [EO5].

Enquanto eu consigo andar, sentar mulher ficar de cócoras, eu consigo. {risos} Não, não consigo parar não viu? [EO13].

Existe a consideração nos discursos de que a classe médica, ao se relacionar com a enfermagem, por um conflito que é histórico, se coloca em uma situação soberana e intocável e não está disposta a negociar a prática assistencial, ainda que as práticas estejam legitimadas pela ciência – em evidências científicas. De outro modo, contextos em que a enfermeira se percebe com maior autonomia e em que o trabalho em equipe é um pressuposto resultam em maior transparência nas relações, além de assistência compartilhada e discutida.

Porque lá tem muitos residentes eles... É não conseguem enxergar né? E tem os preceptores também que... Que acham que eles estão certos né? Na opinião e que não adianta você MOSTRAR evidência, você levar o texto pra... Pra ler o quê que é uma/ uma boa prática, o quê que não é... [EO2].

[...] você entende que existe uma/ uma:: uma construção HISTÓRICA ali de conflito... Mas quando a pessoa faz contra o outro que JÁ É O VÍTIMA, que já é o refém entendeu assim? Que muitas vezes nem consegue perceber isso... **Aí as vezes faz para poder... Disputar com a gente mesmo**, então é bem difícil nesse sentido assim quando a gente vê que é nesse sentido [...] na verdade lá eu acho que eu tinha um pouco mais de autonomia. Eu conseguia, eu/ eu/ eu a minha opinião era mais respeitada. A minha voz, a minha/ sabe? Assim, e NÃO ERA SÓ MINHA NÃO, na verdade eu/eu sinto que... Eu era a coordenadora de serviço, então é:: a gente CRIOU um grupo de pessoas que se relacionavam bem entre elas, não só a enfermagem, a enfermagem com os médicos, com tudo é/ é com a equipe, com as doulas:: é:: as pessoas se relacionavam BEM entre si, existiam atritos, existiam problemas, mas a gente RESOLVIA isso à gente não escondia debaixo dos panos, a gente resolvia. [...] não existia nenhuma: “FAZ ISSO PORQUE EU TÔ MANDANDO” [...] **existia o faz isso porque nós entendemos, nós discutimos, nós conversamos** era/ era uma coisa mais:: aberta assim. [EO5].

Dias e Domingues (2005) afirmam que a introdução da enfermeira obstétrica na assistência ao parto tem tornado imprescindível à negociação com os médicos obstetras, diante dos conflitos gerados, pois, se por um lado as enfermeiras poderiam aliviar a carga de trabalho da equipe médica, por outro, ganhavam espaço e poder neste campo de atuação (DIAS; DOMINGUES, 2005).

O relacionamento entre enfermeiras e médicos é marcado por arestas também por conta das relações de gênero. No contexto de lutas históricas das mulheres, Pilar (2014) destaca que os homens que, pela estrutura das sociedades patriarcais, já buscavam a dominação sobre as mulheres, se converteram, na época da modernidade, em novos detentores do saber por meio da figura de médicos, psicólogos, advogados, entre outros. E agora, sob a forma de saber, aconselhavam as mulheres. “*Nunca fue una relación entre iguales sino nada más que la ideología de una sociedad machista disfrazada de verdad objetiva*” (PILAR, 2014, p. 269).

Diante de todo o contexto apresentado para a formação e atuação em enfermagem, Andrade e Lima (2014) defendem o ponto de vista de que qualquer estratégia adotada terá alcance muito limitado se não for modificado o atual modelo obstétrico e neonatal.

Nesse sentido, a análise do discurso revela que, apesar de enfatizar a importância da enfermagem obstétrica para mudança de modelo, as enfermeiras obstétricas consideram que, isoladamente, não são capazes de promover grandes conquistas. As transformações ocorrerão quando construídas em conjunto com movimentos de mulheres e com as outras classes profissionais.

[...] as mulheres não/ num:: tem um movimento de mulheres né, que pode carregar essa causa/ causa, porque elas têm de carregar né? [P: Sim] a gente como enfermeira obstetra não consegue ca/ levar isso pra frente não, a gente não tem aliança uma vez com o médico né? Com um colega aliado, ou com as mulheres você não consegue nada não, VOCÊ CONSEGUE fazer uma mulherzinha mais feliz né no parto, isso sim, mas:: **a questão em si né como saúde pública, você não consegue levar pra frente não, sozinha como enfermeira obstetra não** [EO13].

No entanto, embora a inclusão da enfermagem obstétrica na assistência ao parto não seja uma garantia de mudança do modelo essa estratégia, tem se mostrado capaz de reduzir as intervenções obstétricas desnecessárias, contribuir para a implantação de boas práticas em obstetrícia e oferecer um cuidado mais integral (DIAS; DOMINGUES, 2005; GAMA et. al, 2016), empenho que pode ser percebido pelo discurso das enfermeiras obstétricas. Destaco que o enfoque não pode ser dado ao modelo com inserção da enfermagem obstétrica em oposição a prática médico-centrada. Estudos relevam que o verdadeiro potencial de mudança das práticas está em um modelo de trabalho colaborativo entre enfermagem e médicos, em que haja divisão equitativa das responsabilidades (GAMA et. al, 2016).

Sobre os movimentos de mulheres, as narrativas das enfermeiras obstétricas tocam este assunto muito superficialmente. Analiso este fato enquanto uma interdição já que a discussão de mudança de modelo de assistência a mulher, tão comum nas narrativas, é frequentemente perpassada pelo discurso da ampliação da participação social na defesa dos direitos da mulher e da criança (BRASIL, 2014). Assim analiso tal interdito diante do estudo de Carneiro (2015), que se destina a narrar resistências e experiências de mulheres que travam lutas contrárias a assistência autoritária e hegemônica, e em que raríssimas vezes foram citados os movimentos feministas e movimentos de mulheres em geral. Mais do que isso, muitas mulheres entrevistadas nesse estudo negavam qualquer associação por entenderem que conquistas advindas do feminismo, como a ocupação do ambiente extra doméstico, produzindo na atualidade uma realidade de dupla jornada, lhe impediam de exercer a maternidade integral, em uma perspectiva de retorno da ideologia da mãe moderna.

Valorizam-se aqui as mudanças cotidianas, micro estruturais, nas relações sociais e não necessariamente incluídas nas ações de saúde. A mudança de modelo não se dá pela simples

mudança de rotina ou fluxo hospitalar. Ela demanda outras mudanças, que são íntimas, singulares, que geram conflitos pessoais e trazem à tona o caráter subjetivo do ser humano. Essa decisão metodológica de focalização no campo macroestrutural se mostra coerente com o referencial foucaultiano, no qual se debruça sob os acontecimentos, não necessariamente em grandes rupturas. As transformações nos níveis capilares, microscópicos do poder, nem sempre são desencadeadas por modificações ocorridas na esfera macroestatal, assim como alterações no nível estatal não implicam em alterações diretas e imediatas no nível microssocial (QUITETE, 2007; SOUZA, 2011).

Logo, de maneira que todo e qualquer lugar social pode ser palco de resistência, a partir de estratégias distintas, encontra-se em contrapartida ao biopoder – que (re)produz não apenas mercadorias, mas também subjetividades e consciências – que é denominado por alguns autores como “biopotência plural da multidão”, manifesta em cooperação social, união afetiva e política, subversão e escape, protesto e criação, desejo compartilhado (DUARTE, 2010; FURLIN, 2013).

Diante da narrativa coletiva aqui apresentada e da construção de uma rede de imbricamento entre as enfermeiras obstétricas, reconhecidas pela nitidez de suas contribuições para o cuidado da mulher, destaco como uma biopotência para a mudança do modelo de assistência à mulher os coletivos marcados pelo entrecruzamento das histórias e práticas. Entretanto problematizo, sem muita pretensão de entender os mecanismos causadores, a interdição ou desconsideração dos movimentos das mulheres no discurso das enfermeiras obstétricas. Talvez esses possam ser espaços (não) institucionalizados de biopotência das mulheres assistidas por elas.

Dessa forma, em relação aos processos de objetivação, é a partir do coletivo que as enfermeiras obstétricas que tanto falam de um modelo vão conseguir transcender a biopolítica, pelo biopoder da multidão. Mas os processos de subjetivação são fundamentais para a transgressão delas enquanto mulher, enquanto enfermeiras e enquanto cuidadoras de outras mulheres.

REFLEXÕES FINAIS

REFLEXÕES FINAIS

A análise dos dados empíricos permitiu refletir que o cuidado de si de enfermeiras obstétricas perpassa decisões sobre seus corpos e vida (As possibilidades da existência do eu), que são subjetivamente marcadas pelo contexto e práticas discursivas de ser mulher e enfermeira obstétrica (Ser mulher na sociedade contemporânea: influências nas decisões sobre os corpos e vidas), e tocam o corpo de si e da outra mulher de diferentes formas (Formação e atuação como Enfermeira Obstétrica: efeitos no cuidado de outras mulheres).

Inclino-me a concluir que a profissão de enfermagem obstétrica consiste não apenas no meio de sustento e trabalho das participantes, mas como um importante dispositivo para a sua formação enquanto sujeitos. Desse modo, diante do imperativo de corpo disponível a outra mulher, parecem existir possibilidades de promoção de novas práticas de cuidado às mulheres por meio do biopoder da multidão e da aglutinação de ideologias em rede, o que acaba por construir uma identidade deste grupo de enfermeiras obstétricas entrevistadas. Essa não é a realidade da enfermagem obstétrica como um todo, aqui sinalizo a presença de uma possível limitação do estudo. Por outro lado, o grupo entrevistado é diferenciado e, por isso, o estudo parece possuir um potencial de contribuições para a profissão a ser explorado em análises futuras.

Mas, como toda prática discursiva está associada a efeitos sobre o próprio corpo, a entrega de si ao outro se contrapõe à dificuldade de narrar o cuidado de si, para além das técnicas de conhecimento de si. A dificuldade de relatar as resistências e partir daí analisá-las também se relaciona ao fato de que as relações de poder se efetivam na dimensão micro espacial mas são extremamente eficazes. Porém tal interdição se dissolvia, no transcorrer das narrativas, quando as enfermeiras se deparavam, durante a prática assistencial, com situações que a sensibilizavam (agenciamentos), desconstruindo e induzindo práticas de si.

Destaco ainda que a produção de narrativas singulares era o objetivo deste estudo, que de certa forma foi alcançado, entretanto, tal fato provocou um grande desafio para a apresentação e discussão dos resultados sem que as participantes pudessem ser identificadas. Nesse sentido encontrei dificuldades no momento de escolha dos discursos pois, como as decisões são bem objetivas, poderiam permitir a identificação das entrevistadas.

Do mesmo modo, destaco o meu afeto pessoal, ao ouvir as enfermeiras obstétricas falando de si e do cuidado prestado, especialmente ao acessar as narrativas na íntegra, verdadeiras obras da existência. No entanto, apresentá-las em suas singularidades e no conjunto

da obra de cada sujeito poderia também ocasionar situações de exposição e identificação das participantes. Por isso, optei por trabalhar com a transversalidade, claro, permitindo também espaço aos discursos da diferença.

Por fim, ressalto que a analítica construída é parcial, inacabada, consiste em apenas um recorte de um campo vasto e que parte de um olhar. Dessa forma, não é uma verdade absoluta e não busca conferir linearidade:

[...] o recorte do próprio domínio não pode ser considerado como definitivo, nem como válido de forma absoluta: trata-se de uma primeira aproximação que deve permitir o aparecimento de relações que correm o risco de suprimir os limites deste primeiro esboço (FOUCAULT, 2007a, p.34).

Desse modo talvez o grande aprendizado (e desafio), enquanto pesquisadora, mulher e enfermeira tenha sido meu deslocamento subjetivo, que passa pela aventura na não-oferta (em Foucault) de métodos estáveis e verdadeiros. Aprender a manter um estado de desconfiança contra toda tentativa de síntese, permanente questionamento das evidências: “se situar em ruptura em relação a sua concepção do mesmo e do outro, da lei e da transgressão, da normalidade e da anormalidade” (BERT, 2013b, p.189). Permanece o desafio de encontrar outras formas de fazer, metodologias no campo pós-estruturalista que não sejam fragmentações do discurso e que possibilitem a produção de narrativas de si para si mesma.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.11, p. 2287-2296, Rio de Janeiro, nov. 2013.

ALBUQUERQUE, Elizabeth Maciel. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Dissertação [Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública]. 99f. Rio de Janeiro: Fiocruz / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), 2009.

ALBUQUERQUE, Renata Alves; JORGE, Maria Salete Bessa. Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitado? **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.397-408, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1816.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

ALEX, Marion; WHITTY-ROGERS, Joanne. *Time to disable the labels that disable: the power of words in nursing and health care with women, children, and families*. **ANS Adv Nurs Sci**, v. 35, n. 2, p.113-126, jun. 2012.

ALVES, Julia Maria Duarte; PIZZI, Laura Cristina Vieira. Análise do discurso em Foucault e o papel dos enunciados: pesquisar subjetividades nas escolas. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p.81-94, João Pessoa, jan./jun. 2014.

ANDERSON, Cynthia Jane; KILPATRICK, Caitlin J. *Supporting patients' birth plans: theories, strategies & implications for nurses*. **Nurs Womens Healt**, v.16, n. 3, p.210-218, jul. 2012.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista Marinho de Castro. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. In: BRASIL, Ministério da Saúde / Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4** – humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

ARAÚJO, Inês Lacerda. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. **Revista Aulas** – Dossiê Foucault, n. 3, dez. 2006 / mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1924/1385>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.**, n. 14, México, out. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000300012&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 25 nov. 2016.

BARBOSA, Rute; LABROCINI, Liliana Maria; SARQUIS, Leila Maria Mansano; MANTOVANI, Maria de Fátima. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p.26-32, 2011.

BARROS, Camila Silva; QUEIROZ, Patrícia Pereira; JAVORSKI, Marly; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro; PONTES, Cleide Maria. Significados da vivência do amamentar entre as enfermeiras da área materno-infantil. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p.802-807, dez. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727479>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

BERT, Jean-François. Capítulo IV: práticas de si e relação com o outro. In: BERT, Jean-François. **Pensar com Michel Foucault**. São Paulo: Parábola, 2013(a).

BERT, Jean-François. Capítulo V: Pensar com Foucault. In: BERT, Jean-François. **Pensar com Michel Foucault**. São Paulo: Parábola, 2013(b).

BRASIL. Presidência da República / Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013(b).

BRASIL. Ministério da Saúde / Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4: humanização do parto e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

CARDOSO JUNIOR, Hélio Rebello. Por que ainda é importante pensar como um nômade em nosso tempo? **Educação e Filosofia Uberlândia**, v. 26, n. 52, p.599-611, jul./dez. Disponível em: <file:///C:/Users/Virtual/Downloads/11582-66296-2-PB.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CANEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup.2, p.2029-2040, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Comissão de Business Intelligence, março de 2011, versão 1. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME – CASP. CASP Checklists. [Internet]. 2013. Disponível em: <<http://www.casp-uk.net/#!/checklists/cb36>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

DANTAS, Benedito Medrado; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicol. Soc.**, v. 20 n. spe, p.78-86, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400011>. Acesso em: 25 nov. 2016.

DANTAS, Cilene Nunes; ENDERS, Bertha Cruz; SALVADOR, Pétala Tuane Cândido de Oliveira. Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. baiana saúde pública**, v. 35, n. 3, p.646-660, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-611876>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

DEL PRIORE, Mary. **Histórias e conversas de mulher: amor, sexo, casamento e trabalho em mais de 200 anos de história**. São Paulo: Planeta, 2014.

DELEUZE, Gilles. Um retrato de Foucault. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações (1972-1190)**. Rio: Ed. 34, 1992, p.127-147.

DeSOUZA, Ruth. *Regulating migrant maternity: nursing and midwifery's emancipatory aims and assimilatory practices*. **Nurs Inq**, v.20, n. 4, p.293-304, dez. 2013.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.669-705, 2005.

DOMÈNECH, Miguel; TIRADO, Francisco; GÓMEZ, Lucía. A dobra: psicologia e subjetivação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **Nunca fomos humanos nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p.111-136.

DUARTE, André. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.45-56.

DURAND, MichelleKuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p.288-295, abr. 2013.

ERIBON, Didier. A vida como uma obra de arte. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações (1972-1990)**. Rio: Ed. 34, 1992, p. 118-126.

FERREIRA, Maurício dos Santos; TRAVERSINI, Clarice Salete. A Análise foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educação & Realidade**, v. 38, n. 1, p. 207-226, Porto Alegre, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. Fóruns perinatais no âmbito do plano de qualificação das maternidades e redes perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. In: BRASIL, Ministério da Saúde / Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4** – humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e o desejável conhecimento do sujeito. *Educação e realidade*, v. 24, n.1, p.39-59, jan./jun; 1999.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em Educação. **Cadernos de pesquisa**, n.114, p.197-223, nov. 2001.

FLETCHER, Karen. *Image: changing how women nurses think about themselves*. *Literature Review*. **Journal of Advanced Nursing**, v. 58, p. 207–215, 2007.

FONSECA, Angela Couto Machado. Poder e corpo em Foucault: qual corpo? **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC**, v. 35, n. 1, jan./jun. 2015.

FONSECA, Márcio Alves da. A preocupação com o sujeito e o poder. In: FONSECA, Márcio Alves da. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: Educ, 1995, p.21-37.

FOUCAULT, Michael. A história da sexualidade: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, Michael (Coord.). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**: um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

FOUCAULT, Michael. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michael. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 1995, p.231-249.

FOUCAULT, Michael. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FOUCAULT, Michael. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, Michael. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999, p.284-315.

FOUCAULT, Michael. O que são as Luzes? In: FOUCAULT, Michael. **Ditos e escritos vol. II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro / São Paulo: Forense / Universitária, 2000, p.335-351.

FOUCAULT, Michael. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, Michael. **Ditos e escritos V**: ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p.264-287.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2005.

FOUCAULT, Michael. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007(a).

FOUCAULT, Michael. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 2007(b).

FOUCAULT, Michael. **Ditos e escritos volume IV**: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FURLIN, Neiva. Sujeito e agência no pensamento de Judith Butler: contribuições para a teoria social. **Soc. e Cult.**, v. 16, n. 2, p.395-403, Goiânia, jul./dez. 2013.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; VIELLAS, Elaine Fernandes; TORRES, Jacqueline Alves; BASTOS, Maria Helena; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; THEME FILHA, Mariza Miranda; SCHILITZ, Arthur Orlando Correa; LEAL, Maria do Carmo. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, n. 3, p.225-33, 2016.

GOLDBERG, Lisa Sara. *Introductory engagement within the perinatal nursing relationship*. **Nurs Ethics**, v. 12, n. 4, p.401-413, 2005.

GOMES, Maysa Luduvise; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; SOUZA, Ivis Emília Oliveira. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p.763-771, jul./set. 2013.

GONDRA, José; KOHAN, Walter. Foucault 80 anos. In: GONDRA, José; KOHAN, Walter (Orgs). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.45-56.

GRABOIS, Pedro Fornaciari. Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à antiguidade. **Ensaios filosóficos**, vol. 3, p. 105-120, abr. 2011.

GREGÓRIO, Vitória Regina Petters; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001). **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p.767-774, set./out. 2012.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.

HALL, Stuart. Nascimento e morte do sujeito moderno. In: HALL, Stuart. **Identidades culturais na pós modernidade**. Rio de Janeiro: DP e A, 1997, p.25-50.

HAYTER, Mark. *Productive power and the “practices of the self” in contraceptive counselling*. **Nurs Inq**, v. 3, n. 1, p.33-43, mar. 2006.

HENRIQUES, Carolina Miguel Graça; CATARINO, Helena da Conceição Borges Pereira; FRANCO, João José de Souza. Validação para a população portuguesa da escala – *Perceptions of empowerment in midwifery scale* (PEMS). **Medwave**, v. 12, n. 9, out. 2012. Disponível em: <<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5532>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

LESSA, Heloísa Ferreira; TYRRELL, Maria Antonieta Rúbio; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira. *Social Relations and the option for planned home birth: an institutional ethnographic study*. **Online Braz J Nurs**, v. 13, n. 2, p.239-249, jun. 2014. Disponível em: <<file:///D:/user/Downloads/4163-20445-1-PB.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

LOPES, Dolores Ferreira de Melo; MERIGHI, Miriam Aparecida barbosa; GARANHAMI, Mara Lúcia. Reflexões a respeito da construção histórica da corporeidade da mulher enfermeira. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.9, n. 2, p.398-403, abr./jun. 2010.

MACEDO, Laura Christina; LAROCCA, Liliana Muller; CHAVES, Maria Marta Nolasco; MAZZA, Verônica de Azevedo. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 26, p.649-657, 2008.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da conversação**. São Paulo: ÁTICA, 2003.

MARTINS, Cátia Paranhos; NICOLOTTI, Célia Adriana; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; MELO, Renata Adjuto de. Humanização do Parto e Nascimento: pela Geração de Formas de Vida das quais Possamos ser Protagonistas. In: BRASIL, Ministério da Saúde / Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4** – humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

MELO, Iran Ferreira. Análise do discurso e análise crítica do discurso: desdobramentos e intersecções. **Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Linguística e Literatura**, ano 5, n. 11, p. 1-17, 2009.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p.758-764, out./dez. 2008.

MINAYO, Maria Celília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2010.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pinho; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias de; ROCHA, Silvana Santiago da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 4, p.452-5, 2007.

NASH, Whitney A. *Condom promotion in Belize: self-efficacy of belizean nurses*. **Int Nurs Rev**, v. 58, n. 4, p.477-483 dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2003.

PARAÍSO, Marlucy Alves. Pesquisas pós-críticas em educação no Brasil: esboço de um mapa. **Cadernos de pesquisa**, v. 34, n. 122, p.283-303, mai./ago. 2004.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research and evaluation methods**. United States of America: Sage Publications, 2002. 3rd ed.

PAVIANI, Jayme. Platão, a educação e o cuidado de si: a recepção de Foucault. **Hypnos**, São Paulo, n. 24, p.37-51, 2010.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, v. 12, n.3, p.471-477, jul./set. 2011.

PILAR, Montesó Curto. *Dificultades para el avance de las mujeres*. Diferentes teorías sociológicas. **Revista Eletrônica Enfermería Global**, n. 36, p.265-274, out. 2014.

PIOVESAN, Ângela Maria Walesko; FORLIN, Carla Maria; MOHR, Denise; MARTINEZ, Juliana Zeggio; MONTEIRO, Sandra Lopes; FRANCO, Zelir. A análise do discurso e questões sobre a linguagem. **Rev. X**, v. 2, p.1-18, 2006.

POLINETO, Paulo.; CAPONI, Sandra.N.C. A medicalização da beleza. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, Educ. n.23, p.569-84, set/dez 2007.

QUITETE, Jane Baptista. **Mulheres cuidando de mulheres**: uma relação entre sujeitos. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 72f. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2007. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/termo.php?codArquivo=748>. Acesso em: 03 jun. 2015.

QUITETE, Jane Baptista; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 3, p.315-320, jul./set. 2009.

RIQUINHO, Deise Lisboa. **A outra face dos determinantes sociais de saúde**: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 213f. Porto Alegre: UFRS, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16566/000705208.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

RITTER, Vivian Fetzner. O espaço e a biopolítica. **Poliética – Revista de Ética e Filosofia Política**, v. 2, n. 1, p.112-137, São Paulo, 2014.

SALCI, Maria Aparecida; MACENO, Ppriscila; ROZZA, Sorais Geraldo; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; BOEH, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p.224-230, 2013.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p.420-30, 2002.

SCHWENGBER, Maria Simone Vione; MEYER, Dagmar Estermann. Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física. **Cadernos Pagu**, n. 36, p.283-314, jan./jun. 2011.

SENADO FEDERAL. **Observatório da mulher contra a violência**: entenda a violência. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/sobre>>. Acesso em: 22 nov. 2016

SILVA, Tomaz Tadeu da (org). Monstros, ciborgues e clones: os fantasmas da pedagogia crítica. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. **Pedagogia dos monstros**: os prazeres e os perigos da confusão de fronteiras. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p.11-21.

SIMMONDS, Anne H. *Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice*. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 3, p.360-369, 2008.

SOARES, Cássia Baldini; HOGA, Luiza Akiko Komura; PEDUZZI, Marina; SANGALETI, Carine; YONEKURA, Tatiana; SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p.335-345, 2014.

SOUZA, Washington Luis. Ensaio sobre a noção de poder em Michel Foucault. **Revista Múltiplas Leituras**, v. 4, n. 2, p.103-124, 2011.

SPÍNDOLA, Thelma; MARTINS, Elizabeth Rose da Costa; FRANCISCO, Márcio Tadeu Ribeiro. Enfermagem como opção: perfil de enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p.164-169, Brasília, mar./abr. 2008.

STEWART, Mary, *'I'm just going to wash you down': sanitizing the vaginal examination*. **J Adv Nurs**, v. 51, n. 6, p.587-594, set. 2005.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.10, n. 35, p.1-12, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

VAN HERK, Kimberley A.; SMITH, Dawn; ANDREW, Caroline. *Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing*. **Nurs Inq**, v. 18, n. 1, p.29-39, mar. 2011.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; ZAGO, Luiz Felipe; MACHADO, Dagoberto Oliveira; ROSS, Charles Roberto. Os limbos felizes da não-identidade: tensões e implicações. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. XI, n. 3, p.1217-1264, set. 2011. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n3/13.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

VEIGA-NETO, Alfredo. Temas foucaultianos: o sujeito. In: VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003(a), p. 131-140.

VEIGA-NETO, Alfredo. O terceiro domínio: o ser-consigo. In: VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003(b), p. 95-104.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/SESC-SP, 2013.

VIEIRA, Adriane; ALVES, Marília; MONTEIRO, Plínio Rafael Reis; GARCIA, Fernando Coutinho. *Women in nursing teams: organizational identification and experiences of pleasure and suffering*. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 21, n. 5, p.1127-1136, out. 2013.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. *The integrative review: updated methodology*. **Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p.546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHA. **Qualitative research for health programmes**. Geneva: Division of Mental Health; 1994.

APÊNDICE I

Carta convite da pesquisa

Prezada _____,

Conforme conversado por telefone estou realizando uma pesquisa intitulada **CUIDADO DE SI DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: DECISÕES SOBRE SEUS CORPOS E VIDA**, vinculada ao mestrado na linha de Educação em Saúde e em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da Professora Dra. Kênia Lara Silva. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o cuidado de si de enfermeiras obstétricas, em relação às decisões sobre seus corpos e vida e os resultados poderão contribuir para a produção do conhecimento sobre as relações de poder de enfermeiras obstétricas no que tange o protagonismo de vida e decisão sobre os corpos.

As participantes do estudo são mulheres, enfermeiras obstétricas, de nítido reconhecimento acerca de sua atuação nos cuidados a outras mulheres, definidas em uma sequência de indicação por outras enfermeiras obstétricas.

Gostaria de marcar um encontro para que possamos conversar sobre a pesquisa. Será garantida a livre escolha de participar ou não do estudo por meio da explicação da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido. **Podemos agendar em local e horário de sua preferência** (se for necessário tenho disponibilidade aos finais de semana, horário e local de acordo com suas possibilidades). **Seria interessante um lugar que nos permitisse privacidade. Acredito que a duração não ultrapasse uma hora.**

Importa destacar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e segue todos os aspectos éticos relativos a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12.

Certa de contar com a sua atenção coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos e solicito que me envie resposta a este convite em tempo breve (e-mail anamourarabelo@yahoo.com.br / telefone: (31)99768-3445).

Atenciosamente,

Ana Renata Moura Rabelo

Mestranda EEUFMG

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: CUIDADO DE SI DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: DECISÕES SOBRE SEUS CORPOS E VIDA

Prezada Sra.

Por meio deste instrumento, venho torná-la ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-la a participar voluntariamente da mesma. O objetivo desta pesquisa é Analisar o cuidado de si de enfermeiras obstétricas, na conformação de suas decisões sobre seus corpos e vida.

A pesquisa é desenvolvida no decorrer do curso de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Ana Renata Moura Rabelo, orientada por Kênia Lara Silva, professora dessa escola. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre este estudo.

A pesquisa de abordagem qualitativa, tem sua coleta de dados realizada por meio de entrevistas com enfermeiras obstétricas contendo questões sobre o processo pessoal das participantes no que tange as decisões cotidianas sobre seus corpos e vida. As respostas serão áudio gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível a elas, estando à sua disposição de ouvi-la, se assim o desejar. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome.

Você está sendo convidada para participar da pesquisa, por ser uma enfermeira obstétrica de nítido reconhecimento, por parte de outra enfermeira obstétrica, em relação a sua atuação no cuidado a outras mulheres. Por isto, é necessário esclarecê-la em relação a alguns procedimentos:

- A entrevista será realizada de acordo com sua disponibilidade de horário e local, tendo uma duração média de uma hora.
- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder às questões. Caso não se sinta confortável você deve relatar ao pesquisador imediatamente para a suspensão da coleta.
- Serão garantidos às participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade da produção do conhecimento sobre as relações de poder de enfermeiras obstétricas no que tange o protagonismo de vida e decisão sobre os corpos.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.
- O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), localizado na Av. Antônio Carlos, nº 6627, Unidade Administrativa II, - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901, email:, Telefax 31 3409-4592, sob o parecer nº CAAE – 51373715.0.0000.5149

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido assinado em duas vias e uma delas deverá ficar em sua posse.

Atenciosamente,

Ana Renata Moura Rabelo
Pesquisadora Responsável

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora Ana Renata Moura Rabelo, sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

_____, _____, _____ de 20____.

Nome/ assinatura do participante

Ana Renata Moura Rabelo
Rua Maria Paschoal Gatti, 431, apto 202,
Barreiro, Belo Horizonte/MG
CEP: 30640-105
Tel: (031) 99768-3445

Kênia Lara Silva
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia,
Belo Horizonte/MG - CEP: 30130-100
Tel: (031) 3409-9181

ANEXO I**Aprovação do COEP**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 51373715.0.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Kênia Lara Silva
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de dezembro de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Cuidado de si de enfermeiras obstétricas: decisões sobre seus corpos e vida"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

**Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG**