



PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS SOBRE O CUIDADO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

NURSES' PERCEPTION ON OBSTETRIC NURSING CARE

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Jane Baptista Quitete¹, Jane Marcia Progianti², Lucia Helena Garcia Penna³, Octavio Muniz da Costa Vargens⁴

RESUMO

Objetivo: analisar o modo pelo qual enfermeiras obstétricas se percebem como mulheres e como isso pode influenciar na relação de cuidado entre profissional-usuária. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, com 12 enfermeiras obstétricas, que participaram de entrevista aberta. Utilizou-se a análise temática dos discursos e referencial teórico de gênero para tratamento dos dados. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 1665/2007. **Resultados:** emergiu como núcleo temático central: *falando de si e para si enquanto discursam sobre outras mulheres*, cujas dimensões incluíram o discurso feminino, a figura materna como referência de mulher, a ambivalência entre os estereótipos de mulher submissa e mulher idealizada. **Conclusão:** evidenciou-se que as enfermeiras vivenciam um conflito de identidade e isto contribui para que não reconheçam o protagonismo nas mulheres que cuidam. Deste modo, assumem o papel de sujeito e submetem as usuárias à condição de coadjuvantes na relação de cuidar-cuidado. **Descritores:** Saúde da Mulher; Enfermagem Obstétrica; Identidade de Gênero.

ABSTRACT

Objective: to analyze the way in which obstetric nurses perceive themselves as women, and how this can influence the care relationship between professional and user. **Method:** descriptive qualitative study with 12 obstetric nurses, who participated in an open interview. We conducted a thematic analysis of the discourses and applied a theoretical framework of gender for data processing. This study was approved by the Committee of Ethics in Research, Protocol 1665/2007. **Results:** as main thematic core emerged: *speaking about themselves and to themselves while talking about other women*. Its dimensions included the feminine discourse, the depiction of the mother figure as a female role model, the ambivalence between the stereotypes of idealized and submissive woman. **Conclusion:** it was evidenced that the nurses experience a conflict of identity, which contributes to not recognizing the women they care for as main characters in this context. Thus, they take the role of leading characters and subject the users to the condition of supporting characters in the take care/be cared for relationship. **Descriptors:** Women's Health; Obstetric Nursing; Gender Identity.

RESUMEN

Objetivo: analizar la forma en que las enfermeras obstétricas perciben a sí mismas como mujeres y cómo eso puede influir en la relación de cuidado entre profesional-usuaria. **Método:** estudio cualitativo descriptivo, con 12 enfermeras obstétricas que participaron de una entrevista abierta. Se utilizó el análisis temático de los discursos y un marco teórico de género para el procesamiento de los datos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo 1665/2007. **Resultados:** se tomó como eje temático central: *hablando de sí mismas y consigo mismas, mientras discurren acerca de otras mujeres*, cuyas dimensiones incluyen el discurso femenino, la figura de la madre como referente de mujer, la ambivalencia entre los estereotipos de mujer idealizada y de mujer sumisa. **Conclusión:** se evidenció que las enfermeras experimentan un conflicto de identidad y esto contribuye a no reconocer el papel de protagonistas en las mujeres que atienden. Así, ellas asumen el rol de protagonistas y sujetan las usuarias a la condición de actores secundarios en la relación cuidar-cuidado. **Descriptor:** Salud de la Mujer; Enfermería Obstétrica; Identidad de Género.

¹Enfermeira Obstétrica, Doutoranda em Enfermagem/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Professora Assistente, Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras. Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: janebq@oi.com.br;

²Enfermeira Obstétrica, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: jmprogianti@uol.com.br; ³Enfermeira Obstétrica, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: luciapenna@terra.com.br; ⁴Enfermeiro Obstétrico, Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: omcvargens@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A temática: *o papel que a enfermeira assume no encontro de cuidar-cuidado com a mulher/usuária dos serviços de saúde, em face aos novos/renovados paradigmas da assistência em saúde no campo da saúde da mulher*¹, surgiu devido a inquietações por parte da pesquisadora no que diz respeito ao modo como a relação de cuidado acontecia entre mulheres enfermeiras e mulheres usuárias. Se questionava: Por que é que mulheres cuidam de mulheres com tanta diferença? Por que são tão distantes umas das outras? Por que as mulheres enfermeiras optaram por cuidar de mulheres? Quais são os significados desse modo de cuidar? Por que julgam tanto? Por que submetem tais mulheres a tanto sofrimento e tanta opressão? Por que assumem o papel masculino? Esse autoritarismo é consciente?

Na busca de tentar responder a estes questionamentos, este estudo tem por objetivo analisar o modo pelo qual enfermeiras obstétricas se percebem como mulheres e como isso pode influenciar a relação de cuidado estabelecida entre profissional-usuária.

A perspectiva de gênero norteou o estudo e foi necessária, à medida que subsidiou a análise de questões específicas do ser mulher. Acreditamos que o estudo possa contribuir para a melhoria das relações estabelecidas entre mulheres e para a qualidade do cuidado, a partir de uma reflexão profunda do modo de ser mulher enfermeira obstétrica.

Gênero é uma perspectiva relacional e sistêmica que domina o jogo de construção de papéis e identidades para ambos os sexos.² É considerado um elemento constitutivo da razão simbólica. Isto significa que, o que é visto culturalmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa. Esta lógica atravessa vários pares relacionais, como homem-homem, mulher-mulher e homem-mulher, expressando padrões de masculinidades e feminilidade a serem seguidos e fazendo com que as identidades de homem e mulher se afirmem na medida em que ocorram aproximações e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder na cultura.²⁻³

Gênero tem como núcleo central a conexão de duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos; e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.³

A utilização da abordagem de gênero para compreensão das relações de poder entre homens e mulheres registra também sua importância na medida em que o foco desloca-se das questões das mulheres para uma análise das relações sociais como um todo; enfoca os mecanismos de subordinação das mulheres pelos homens e também pelo modo de organização das relações sociais; alcança a legislação, o Estado, as relações de trabalho, as representações sociais, campos simbólicos; e atua sobre os planos macro e micro-social.³⁻⁴

O poder que se exerce nas relações de gênero é resultante de representações sobre mulheres e homens, presentes no imaginário social a partir das diferenças biológicas entre os sexos. Essas representações vão integrando um sistema simbólico e de valores carregado de estereótipos que ditam o que é apropriado para mulheres e para homens, sendo naturalizados e veiculados pelas instituições sociais (família, escola, igreja, mídia) e incorporados subjetivamente, influenciando profundamente a formação da identidade de gênero.³⁻⁵

Nesse processo, os homens vão sendo direcionados para o mundo público e da produção, necessitando, para esse fim, de razão, objetividade, poder e liberdade, enquanto as mulheres são direcionadas para o espaço privado e da reprodução, para os quais necessitam, sobretudo, de emoção, disciplina, afetividade e obediência a códigos morais estabelecidos social e culturalmente.^{1,4-5} Neste sentido, vale destacar que optar por utilizar gênero como categoria analítica torna-se vital para ampliar a discussão da formação e das práticas profissionais, visto que já passa a ser adotada por organizações de saúde nacionais e internacionais, inclusive pelo próprio Ministério da Saúde.⁶

Outra vertente de gênero importante a ser considerada diz respeito ao processo saúde-doença das mulheres brasileiras.⁵ As mulheres ainda adoecem e morrem em decorrência da gravidez, parto e puerpério, e complicações do abortamento, por exemplo. A razão de mortalidade materna no Brasil em 2005 foi de 74,7%. Cresce o número de cesarianas no Brasil. O número de filhos por mulher vem diminuindo acentuadamente. Em 2004 as mulheres passaram a ter, em média, 2 filhos. A cobertura de consultas pré-natal (7 consultas ou mais) é de 67,1% nas mulheres brancas e de 44,7% nas mulheres pretas. Como consequência da feminização da AIDS, em 2005, são 10 mulheres para 15 homens com AIDS.⁶⁻⁷

As ações que visem à superação destes dados epidemiológicos devem necessariamente considerar, além das especificidades do ciclo vital feminino, os papéis sociais a ela atribuídos, pois esses são determinantes para o adoecimento e a morte de algumas mulheres e outras não.⁵ É visível que a saúde extrapola o biológico e a função reprodutiva das mulheres. Neste caso, existe grande influência das relações entre os gêneros e da qualidade de atenção recebida nos cenários onde são implementadas as políticas públicas.^{4,6}

Os dados, quando interpretados à luz de gênero, revelam: a submissão das mulheres ao poder médico, no que diz respeito à medicalização do corpo, expropriação da capacidade de parir, esterilizações adquiridas como bem de consumo; a submissão sexual aos parceiros que se negam a usar o preservativo; e a submissão social, quando assumem sozinhas pelo ônus de uma gestação. E estas submissões independem de classe social e poder econômico.⁵

Com relação à estrutura social, a ideologia neoliberal também afeta bastante o lugar social das mulheres. A competitividade, inerente a este modelo econômico, tem levado à subvalorização do trabalho feminino produtivo e doméstico, a péssimas condições de trabalho, e à disseminação do trabalho informal. Isto devido, provavelmente, ao aumento na proporção de mulheres chefes de família.⁶⁻⁷ Portanto, a iniquidade de gênero leva à feminização da pobreza e à precariedade da vida.⁵ Neste sentido, as Políticas Públicas dirigidas às mulheres devem ser formuladas e implementadas levando-se em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual.⁵⁻⁷

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << **Mulheres cuidando de mulheres: uma relação entre sujeitos** >> apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 2007

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando o método história de vida, mais precisamente a *life story*, visto que somente consideramos o ponto de vista das depoentes como um dado a ser analisado e com o intuito de compreender como a Enfermeira Obstétrica se vê como mulher e o que isso pode interferir na relação de cuidado da mulher/enfermeira com a mulher/usuária.¹

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a agosto de 2007. As entrevistadas neste estudo foram 12 enfermeiras obstétricas que vivenciam diretamente o cuidado de enfermagem à população feminina, em ações de ginecologia preventiva e/ou durante o ciclo gravídico-puerperal.

A seleção desta amostra aconteceu de diversas formas. Inicialmente foi encaminhada uma carta-convite a todas as maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, através da qual se divulgou a pesquisa junto às chefias de enfermagem. Além deste convite, a pesquisa foi divulgada em algumas comunidades virtuais (<http://www.orkut.com>), designadas: *Eu amo enfermagem obstétrica*, *Rehuna*, *Enfermeiras Obstetras*, *GO baseada em evidências*, *Enfermeiras podem fazer partos e Consciência feminista*. Nessas comunidades, as enfermeiras foram informadas sobre a pesquisa e convidadas a participar, sendo disponibilizada ali a forma de contato com os pesquisadores. A partir dos contatos feitos então, as entrevistas foram agendadas em local e horário definidos pela entrevistada.

Em se tratando deste método, não houve um número pré-determinado de depoimentos. A coleta de dados foi encerrada na 12ª entrevista, quando se atingiu o ponto de saturação. Esse ponto é definido como o momento em que o pesquisador não percebe a inclusão de novas informações nos depoimentos, pelo menos no que diz respeito ao objeto da pesquisa.

A estratégia utilizada para coleta de dados foi uma entrevista aberta desencadeada pela pergunta: “Fale-me o que você considera importante a respeito de sua vida como mulher e que tenha relação com o cuidar de mulheres”. As depoentes foram designadas como sujeitos (S), seguindo-se o número da ordem sequencial da entrevista. Ex.: S1, S2...

Em atendimento ao disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), tendo sido aprovado sob protocolo nº 1665-CEP/HUPE/2007. Todas as entrevistadas foram informadas antecipadamente sobre o conteúdo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática dos discursos aliada a um multirreferencial teórico baseado na concepção de gênero. Os procedimentos de análise incluíram a transcrição literal das entrevistas e a leitura extensiva visando identificar os temas emergentes. Estes, uma

vez identificados, foram reunidos em grupos afins, a partir dos quais se constituíram os núcleos temáticos centrais.

RESULTADOS

♦ Caracterização das depoentes

Das 12 (doze) depoentes, apenas 3 (três) encontravam-se sem parceiro. A idade variou entre 26 (vinte e seis) e 45 (quarenta e cinco). Quanto ao exercício da maternidade, 5 (cinco) não têm filhos e 1 (uma) encontra-se grávida do primeiro filho. Quanto ao local de trabalho, 7 (sete) atuam no Município do Rio de Janeiro, 4 (quatro) em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro e apenas 1 (uma) no Estado de Minas Gerais. O tempo de formação variou de 2 (dois) a 18 (dezoito) anos e o tempo cuidando de mulheres variou de 9 meses a 18 anos.

Quanto ao perfil das entrevistadas, é importante salientar que todas buscaram e buscam conhecimento técnico-científico e formação na área da saúde da mulher. Todas são Especialistas e apenas 4 (quatro) ainda não buscaram formação *Stricto-Sensu*. A busca por conhecimento é marcante na vida profissional dessas mulheres e isso revela a busca, mesmo que inconsciente, por empoderamento. Isto se refere à potencialidade profissional das mulheres, aumentando sua informação, aprimorando suas percepções, trocando idéias e expressando sentimentos.⁸ A busca por conhecimento tem como objetivo mais amplo fortalecer as capacidades, as habilidades e as disposições para o exercício legítimo do poder.¹

Não podemos negar a relevância do Movimento Feminista em prol de ações que asseguraram e asseguram às mulheres o direito de fazer escolhas, questionar situações e decidir sobre o que, na ordem social, é melhor pra si.⁵ A emancipação feminina pela liberação sexual legitimou a anticoncepção com a medicalização da fertilidade e, assim, a mulher que decide compatibilizar maternidade com mercado de trabalho, na maioria das vezes, além de se sobrecarregar, toma para si a responsabilidade masculina de provedor da casa, em troca, na maioria das vezes, de uma remuneração precária.^{5,8}

Quanto à área de atuação, todas as entrevistadas consideram importante a vivência assistencial como elemento de aprendizado, embora somente 6 (seis) atuem na assistência à população feminina. A função de docência é exercida por 9 (nove) enfermeiras, todas direcionadas à saúde da mulher.

♦ Falando de si e para si enquanto discursam sobre outras mulheres

Ao final da análise emergiu como núcleo temático central: *Falando de si e para si enquanto discursam sobre outras mulheres*. Com destaque para os aspectos relacionados ao que as mulheres Enfermeiras pensam sobre si e qual é seu modo de ver o mundo quando utilizam o discurso coletivo. As enfermeiras falam de si e para si enquanto estão discursando sobre outras mulheres. Este núcleo temático constituiu conteúdo relevante e explorado por todas as depoentes em momentos diferentes de suas histórias de vida.

Esta categoria engloba as seguintes dimensões conceituais: o discurso feminino, a figura materna como referência de mulher, a ambivalência entre os estereótipos de mulher submissa e de mulher idealizada.

A primeira dimensão conceitual - o discurso feminino - pode ser ilustrado pelo discurso das Enfermeiras ao falarem sobre as próprias vidas tipicamente em termos de relações. As mulheres incluem em sua história de vida partes de histórias de vida de outras pessoas.

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

As dimensões conceituais que emergiram da análise apresentam em primeira instância o discurso feminino. O discurso feminino difere do discurso masculino justamente na forma de se ver o mundo. Os homens consideram a vida que viveram como sua, como uma série de atos conscientes, com metas bem definidas. Ao narrar sua história usam o “eu” ativo, tendo como certos serem eles mesmos os sujeitos de suas ações por meio das formas de falar que utilizam.¹

Na dimensão conceitual que aborda o discurso feminino, ficou claro que as mulheres falam de si mesmas na terceira pessoa, ou seja, falam das outras mulheres. Falam de mulheres que parecem estar longe delas, como se fossem mulheres diferentes, outros seres. Entretanto, apesar de utilizarem a terceira pessoa, o discurso indireto ou o discurso coletivo, falam de si, entendido como uma fala inconsciente, não intencional, mas extremamente verdadeira e transparente.¹ Falar sobre si significa expressar sua verdade, não somente usando as palavras ou o discurso coletivo, mas também por meio dos gestos, do toque em partes do seu corpo, do olhar para

baixo ou do apertar as mãos, do olho no olho, da emoção de tristeza ou de alegria.¹

De outro modo, muito frequentemente utilizam “nós” ou “a gente”, simbolizando as relações subjacentes àquela parte de sua vida: “nós” = “meus pais e eu”, ou “meu marido e eu”, ou “eu e meus filhos”.¹

É importante salientar que em alguns casos, além de falarem na terceira pessoa, também empregam o gênero masculino para falar de si mesmas, como podemos observar no discurso abaixo.

Acho que Enfermeiro tem uma maneira diferenciada de resolver. Aquela questão da formação mesmo. Eu acho que o Enfermeiro, é (...) ele tem uma capacidade de administrar os problemas, muito grande. (S.02)

As depoentes também utilizam o discurso indireto e a voz masculina.¹ Foi a psicanálise freudiana que chamou atenção para o papel fundamental da linguagem como parte do simbolismo.¹ O inconsciente está estruturado como linguagem e a aquisição da identidade sexual e pessoal ocorre de modo simultâneo. Esses alicerces são construídos desde a mais tenra infância, quando a criança ouve e aprende a falar. Portanto, é através da linguagem que a identidade de gênero é construída.⁹

Desse modo, a masculinidade e a feminilidade são impostas à psique mais profunda muito antes que as diferenças entre os sexos tenham qualquer significado imediato, e isso acontece por meio do simbolismo cultural inconsciente do gênero embutido na linguagem.¹ A internalização dessas atitudes revela-se com clareza nas diferentes maneiras pelas quais homens e mulheres utilizam a linguagem. Neste contexto, a linguagem exerce um controle social feminino porque expressa a visão e as perspectivas dos homens e não das mulheres.

O discurso feminino reflete a história da própria humanidade, baseada na visão androcêntrica que perdurou durante a maior parte da vida em sociedade.¹⁰ Ao homem compete o espaço público, o trabalho não doméstico e o encargo da subsistência da prole. À mulher cabe o doméstico, as tarefas relacionadas a esse espaço e o cuidado da família.^{5,8}

Neste sentido, torna-se vital que as Enfermeiras Obstétricas tomem consciência dessa fragilidade de identidade e reflitam sobre isto. Pois a ausência de empoderamento significa o não apropriar-se de direitos para o pleno exercício da cidadania. Ter direitos é também ter poder.^{5,10} O modelo de cuidado humanizado tem como princípio, justamente,

o reconhecimento das usuárias como sujeito, valorizando e incentivando ao máximo sua participação em todo processo cuidativo.^{9,11-2} Portanto, a Enfermeira Obstétrica somente prestará um cuidado promotor de emancipação se ela mesma refletir sobre suas próprias fragilidades.

A segunda dimensão conceitual - a figura materna como referência de mulher - pode ser demonstrada quando as Enfermeiras apresentam os conceitos de ser mulher. Estes conceitos são ensinados pela família através das gerações e emergiram das histórias de vida. A transmissão de valores por meio da educação familiar foi marcante na vida dessas mulheres Enfermeiras, que consideram a figura materna como figura de referência.

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

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

A segunda dimensão conceitual desvelada foi a figura materna como referência de mulher. Nesta percebemos a importância da transmissão de valores pela educação familiar. Foram atribuídas à mulher funções de reprodução biológica, social e cultural no âmbito do espaço privado. Em uma sociedade estruturada pelo gênero como a nossa, as crianças de ambos os sexos são criadas principalmente por mulheres.^{5,8}

A família contemporânea herdou as necessidades políticas da constituição do privado, no início da era moderna. Surgiu como aquela que vai garantir a ordem social e, sobretudo, possibilitar a formação do indivíduo adulto.⁸ Nesta concepção, a hierarquia pai-mãe-filho naturalizou-se como o lugar originário, por excelência, da constituição do sujeito.⁵ Nessa tríade, a mulher desempenha papel central no cuidado da família e no controle das atividades domésticas.

A mulher, que assume o seu “papel social” cuidando da casa, do marido e dos filhos, assume, necessariamente, um comportamento moral e emocional voltado ao âmbito da esfera privada.³ Isto acaba por submetê-la à

imposição de cunho religioso que enfatiza as diferenças entre homem e mulher através da opressão, em qualquer aspecto relacionado à sexualidade, economia, intelectualidade, política, religião, psicologia, afetividade, dentre outras possíveis.⁵ E esse “papel social” é culturalmente construído em posições vinculadas ao sexo biológico.³ As habilidades específicas do feminino, segundo essa ótica, estão associadas às emoções, ao afeto, à subjetividade e ao relacional.⁸

Outras teorias de gênero, também baseadas na psicanálise, reforçam o papel fundamental da família na formação da personalidade feminina e masculina.¹ Estas argumentam que as crianças (meninas e meninos) ao longo de sua formação estabelecem relações diferentes com a mãe durante seu desenvolvimento psicológico. A experiência de individualização - de separação de alguém em relação à pessoa que dela cuidou e com quem está em princípio psicologicamente fundido - é uma experiência muito diferente para aqueles que são do mesmo sexo da mãe, comparada à experiência daqueles do sexo oposto.

Interessante ressaltar que a referência materna de submissão também é utilizada pelas entrevistadas quando definem as mulheres que cuidam. As mulheres usuárias estão sem poder, são perdidas e desesperadas. Essa imagem de mulher pode ser revelada nos depoimentos a seguir.

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

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

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

No entanto, a figura materna não foi considerada como modelo ideal de mulher pelas depoentes. Esta mulher, ao contrário, foi considerada como estereótipo de mulher submissa, sofrida e infeliz. Na perspectiva da psicanálise, a identificação de uma mulher com sua mãe ou não, supõe distinguir como foi sua infância e sua adolescência, ou seja, de que modo vivenciou o complexo de castração e o complexo de Édipo.¹

Muita coisa dessa vivência das meninas subsiste durante a fase adulta e nenhuma das duas é adequadamente superada no curso do desenvolvimento. Portanto, pode ser identificado no modo como a mulher fala e relaciona-se com sua mãe. Para algumas mulheres, a relação afetiva com a mãe se retoma após o casamento e o nascimento dos filhos.¹

Ter consciência e refletir sobre si significa autoconhecimento, que é considerado uma das qualidades do cuidador.¹ Os profissionais de saúde devem ter consciência das ocorrências que os incomodam ou os afligem em alguma fase de suas vidas.^{1,12-13} Esse marco negativo pode dificultar ou mesmo não permitir o afloramento dos sentimentos e impulsos espontâneos, o que influenciará negativamente o modo de cuidar da Enfermeira Obstétrica.

Como terceira dimensão conceitual temos a ambivalência entre os estereótipos de mulher submissa e de mulher idealizada. Vale ressaltar que o estereótipo feminino da mulher submissa e passiva também foi construído socialmente ao longo de anos e, algumas vezes, não percebemos que convive com o outro estereótipo feminino: o da mulher reprodutora gestante, parturiente e lactante, que carrega a vida, que tem o dom da maternidade, que é poderosa - a mulher idealizada. O discurso das mulheres enfermeiras revela esse conflito no modo de ser mulher. Ora submissa, ora idealizada. Podemos identificar que as depoentes deixam emergir os sentimentos que evocam a maternidade como ideário de mulher.

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

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

A terceira dimensão conceitual é caracterizada pela ambivalência entre o estereótipo de mulher submissa e de mulher idealizada. No primeiro estereótipo, a desqualificação do poder feminino é verbalizada.⁹ A negação desse poder ainda é exercida pela mídia, pelas instituições de saúde, pela família, dentre outros, inculcando nas mulheres a idéia de uma “suposta” imperfeição da sua natureza feminina, com intuito de impedir o pleno exercício de autonomia.⁸ Esses preceitos estavam e ainda

estão presentes na transmissão de valores na família, conforme constatamos no discurso das depoentes.

Esse estereótipo convive com o estereótipo da mulher reprodutora (da mulher mãe, do instinto maternal, da função materna) apresentado pelas entrevistadas. Ele permanece em nosso inconsciente por mais que a sociedade se emancipe e evolua.¹⁴ Cuidar dessas mulheres traduz alegria e felicidade em função da própria capacidade reprodutora. São poderosas e místicas porque podem gerar e parir. É o estereótipo da mulher idealizada.

A mulher, desde sempre, tem função primordial para a sobrevivência da espécie, mas só recentemente, a partir do século XIX, a maternidade e a responsabilidade da mãe pelo filho passaram a ser valorizadas pela sociedade.⁵ Todavia afirma-se que esse sentimento existe desde a origem dos seres humanos, mas não necessariamente em todas as mulheres. É um sentimento humano e, como tal, é incerto e imperfeito, podendo ou não estar presente na natureza feminina.

Vale a pena considerar que este panorama socialmente construído influenciou de modo contundente as políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres, no século XX.⁸ Na saúde da mulher, o processo saúde-doença não foi encarado como fenômeno social.⁴ A saúde materna, a saúde reprodutiva e a saúde feminina foram reduzidas à capacidade reprodutiva da mulher, com a finalidade da produção e da reprodução dos corpos sociais como força de trabalho.^{2,5-6}

A docilidade de tratar a mulher como reprodutora impregnou, também, a formação dos profissionais de saúde. Foi necessário inculcar nos profissionais da saúde que a mulher-mãe era sinônimo de realização pessoal, feminilidade e alegria, substantivos que sublimam a mulher como cidadã. Seria mais fácil impor um modelo assistencial que controlasse a função reprodutiva em prol da sociedade capitalista.¹¹⁻²

Neste sentido, as Enfermeiras Obstétricas tem papel fundamental. Elas podem instrumentalizar as mulheres usuárias para que possam romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas e, assim, tornar-se sujeitos construtores de direitos.^{8,10-15-16} Pois os cuidados e a maneira de cuidar da Enfermeira Obstétrica contribuem para aumentar ou reduzir o poder de existir, ou seja, o poder de descobrir o mundo, de aprendê-lo e nele situar-se.^{9,13-14-16} Cuidar é agir sobre o poder de existir, permitindo que esse poder possa desenvolver-se ou reduzir-se.

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

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou o modo pelo qual enfermeiras obstétricas se percebem como mulheres, na medida em que elas discursam sobre ser mulher e revelam que, em alguns momentos, estão submissas ao mundo masculino por utilizarem discurso masculino e, portanto, não se vêem como sujeitos de suas próprias vidas. As enfermeiras também convivem com dois estereótipos femininos antagônicos que são fortemente influenciados por valores de controle social do corpo feminino, entre eles a valorização da maternidade.

Esta visão de mundo pode influenciar a relação de cuidado entre profissional-usuária. Deste modo, o papel assumido pela enfermeira, na relação de cuidar-cuidado, é o de protagonista, visto que as enfermeiras não se reconhecem sujeitas de suas vidas e tal fato contribui fortemente para que também não reconheçam este protagonismo nas mulheres que cuidam. Portanto, assumem o papel de sujeito, a nosso ver inconscientemente, e submetem as usuárias ao papel de coadjuvantes. A enfermeira mulher também está impregnada por estereótipos e impõe esses valores às mulheres que cuida, consequentemente julgando aquelas que se opõem a isto.

Nos espaços de cuidado a saúde das mulheres, a problemática de gênero mostra sua complexidade na singularidade da vida de cada uma delas. A enfermagem obstétrica, especificamente, ora constrói espaços de transformação social, ora mantém a ordem institucional, reproduzindo desigualdades de classe e de gênero na relação profissional-usuária.

Nesta perspectiva, não basta somente reconhecer os sistemas de opressão e seus mecanismos de manutenção e de reprodução. Nós propomos a criação de espaços nos serviços de saúde para participação ativa das Enfermeiras Obstétricas, para troca de experiências e emoções, vislumbrando as questões subjetivas, para assim humanizar as relações e exercitar a ética do cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Quitete JB, Vargens OMC. O poder no cuidado da Enfermeira obstétrica: Empoderamento ou submissão das usuárias? Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 [cited 2011 Apr 5];17(3):315-20. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a03.pdf>.
2. Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Rev Estud Fem [Internet]. 2009 [cited 2011 Apr 5];17(1):31-48. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/artic/e/view/9368/0>.
3. Okin SM. Gênero, o público e o privado. Rev Estud Fem. 2008; 16(2): 305-32.
4. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. Interface comun saúde educ [Internet]. 2011 [cited 2011 Apr 5];15(38):805-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300015&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface comun saúde educ [Internet]. 2012 [cited 2011 Apr 5];16(40):107-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100009&script=sci_arttext. E
6. Souza MHN, Tyrrell MAR. Políticas de salud a la mujer em Brasil, 1974-2004. Rev enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2011 Apr 5];19(1):70-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a12.pdf>
7. Brasil. Painel de indicadores do SUS, nº 2. Temático da Saúde da Mulher. Brasília [Internet]. 2009 [cited 2011 Apr 5]. Available from: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/painelmuher.pdf>
8. Lima MJ. A perspectiva de gênero na educação das mulheres. In: Figueiredo NMA, Machado WCA, organizadores. Tratado de cuidados de enfermagem. São Paulo (SP): Roca; 2012. p.1591-5.
9. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. J Midwery Womens Health[Internet]. 2010 May-June [cited 2011 Apr 5];55(3):250-4. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/721461>
10. Souza RM, Soares LS, Quitete JB. Home parturition: Power to feminine nature and a challenge for the obstetric nurse. Rev pesqui cuid fundam on line [Internet]. 2014 [cited 2014 Jan 31]; 6(1):118-31. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2260/pdf_1100
11. Moura CFS, Lopes GT, Santos TCF. Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino a prática. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 31];17(2):182-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a07.pdf>.
12. Amorim RC. A questão do gênero no ensinar em enfermagem. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 31];17(1):64-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a12.pdf>
13. Gomes ML, Moura MAV. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. Rev enferm UERJ [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 31];20(2):248-53. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a18.pdf>
14. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 31];45(1): 62-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09.pdf>.
15. Silva CC, Lima ETA, Costa AM, Abrão FM, Oliveira RC. "Watching" the sexuality: a reflection about the construction of sexual and reproductive rights. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 31];4(esp):1294-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1055/pdf_114
16. Quitete JB, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Aplicando a Teoria das Revoluções científicas na construção de um novo campo da enfermagem obstétrica. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 31]; 7(12):6913-20. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3946/pdf_4172

Submissão: 09/10/2012

Aceito: 16/02/2014

Publicado: 01/04/2014

Correspondência

Jane Baptista Quitete

Rua Professor Carlos Góes, 58/ Ap. 602

Centro

CEP: 28035-155 – Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil