

O TRABALHO DE ENFERMEIRAS(OS) OBSTETRAS EM GOIÂNIA:

Identidade, políticas de saúde e desafios profissionais

Maria Fernandes Gomide

Universidade Federal de Goiás

Resumo: Este artigo trata dos enfermeiros obstetras atuantes em Goiânia, Goiás. A categoria profissional está inserida na assistência ao parto e nascimento ora como participante de equipes multiprofissionais atuantes em maternidades públicas, ora como profissional liberal que atende em consultório privado e no parto domiciliar. A partir de declarações de profissionais atuantes na cidade, derivadas de entrevistas de profundidade, serão destacadas suas principais dificuldades de atuação no cotidiano laboral bem como seus principais desafios e elementos identitários.

Palavras-chave: assistência obstétrica, enfermagem obstétrica, identidade, políticas de saúde

INTRODUÇÃO

De acordo com a pesquisa nacional *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com financiamento do Ministério da Saúde, o número de partos cirúrgicos realizados no Brasil entre 2011 e 2012 representa 52,3% do total de procedimentos na rede hospitalar pública e 89,9% em instituições privadas, superando países como a China (46,2%), o México (42%), a França (20%), a Finlândia (15,7%) (LEAL *et al*, 2014, p. 28). Desde a década de 1970, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro vem desenvolvendo programas como o PNSMI/1974 (Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil), o PAISM/1984 (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), o PNAISM/2011 (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), o Rede Cegonha/2012, a criação de Casas e Centros de Parto Normal¹, além da qualificação de enfermeiros para a atuação no cuidado a parturientes como o PRONAENF/2012 (Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica). Tais iniciativas destacam a(o) enfermeira(o) obstetra como elemento de grande importância para a reversão de tais marcas que estão muito acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que interferem na

¹ Segundo o Ministério da Saúde, há três tipos de Centro de Parto Normal: intra-hospitalar (dentro do hospital), peri-hospitalar (próximo ao hospital) e comunitário (com administração própria, com distância máxima equivalente a, no máximo, 1 hora) (PORTARIA MS 985/98).

permanência de altos índices da razão entre a mortalidade materna (68,2 a cada 100 mil nascidos vivos) e da mortalidade perinatal (LEAL et al, 2014, p.18).

No Brasil, a categoria dos enfermeiros obstetras passa por inúmeros desafios. A autonomia no ambiente de trabalho, especificamente em relação à equipe médica, apresenta-se como um dos principais, sendo a tensão entre a medicina obstétrica e a enfermagem obstétrica uma constante no discurso dos trabalhadores da área. As tensões cotidianas diretas (no ambiente de trabalho) e indiretas (no mercado de trabalho mais amplo) relacionam-se não só às configurações institucionais e seus problemas estruturais, mas também à história de cada profissão e aos modelos e filosofias de trabalho e assistência à saúde que remetem à tensão entre o Modelo Tecnicista e o Modelo Humanizado.

A humanização da assistência ao parto pode ser compreendida como um movimento iniciado na década de 1980 de contraposição à tendência intervencionista da maioria dos hospitais brasileiros. As discussões, conforme artigos produzidos na temática (e.g. Tornquist, 2002; Diniz, 2005), tomam como base a proposta da OMS de 1985 que, no contexto da assistência hospitalar ao parto e nascimento, incentiva o parto vaginal, o contato e aleitamento materno imediato ao recém-nascido e a permanência conjunta da mãe e do recém-nascido no mesmo quarto. Atualmente, o Ministério da Saúde, em consonância com a OMS, tem enfatizado a necessidade de aliar aos critérios de humanização já apontados, o combate à violência obstétrica, a prevenção quaternária e a qualificação de profissionais. Segundo Souza e Castro (2013), “a prevenção quaternária conceitua-se como o conjunto de atividades empregadas para identificar pessoas que estejam sob risco de hipermedicalização e reduzir as intervenções desnecessárias ou excessivas a fim de minimizar as iatrogenias” (SOUZA & CASTRO, 2013, p. 12).

O objetivo do texto é destacar como a categoria tem atuado na cidade de Goiânia, seus principais desafios e dificuldades no cotidiano laboral. De modo a contextualizar as declarações em quadro abreviado serão apresentados os principais marcos legais e as principais políticas de saúde voltados à categoria.

QUADRO 1: Principais Programas e Marcos Legais da Enfermagem Obstétrica

Ano de Criação/Iniciativa	Atribuições da(o) Enfermeira(o) Obstetra
1974/1978 - PNSMI (Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil)	Enfermeira limitada à assistência – atuação sem autonomia
1984 - PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher)	Enfermeira integrada à equipe - realização de consultas a gestantes no pré-natal
1986 - Lei de Exercício da profissão da(o) enfermeira (o) n. 7.498/86	a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.
1987 - Decreto de Lei n. 94.406/87	As atividades realizadas pelas parteiras são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra, quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias
1998 – Portaria n. 2815/98	Inclui, nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), o parto sem distócia, realizado por enfermeira obstetra;
1998 – Portaria n. 163/98	Legitima as atribuições da enfermeira obstetra, e determina o laudo de internação de enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de parto normal
1999 - Portaria n°. 985/98	Regulamentação de Casas de Parto Normal e Maternidades-Modelo no SUS sendo a enfermeira obstetra a chefe da equipe mínima de trabalho
1999 – MS e MEC- 55 cursos de especialização em Enferm.Obstétrica	Maiores possibilidades de especialização em enfermagem obstétrica
2000 – Portaria n. 572/2000.	MS legaliza a remuneração de enfermeiros obstetras pela atividade em instituições de saúde ou no ambiente domiciliar
2008 – Resolução do COFEN n. 339/08	Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto
2011 - PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher)	Política com base nos princípios do SUS e na discussão de gênero
2012 – Rede Cegonha	Criação de Centros de Parto Normal pelo SUS: enfermeiros obstetras na
2012 - PRONAENF (Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia) – Portaria n.5/12	Financiamento de bolsas (M.S. e MEC) para especialização em enfermagem obstétrica em municípios aderidos ao Rede Cegonha

Quadro produzido pela autora com base em Pereira *et al* (2010)

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA E METODOLOGIA

A Pesquisa em andamento desde 2013 consiste no consequente aprofundamento da pesquisa realizada de agosto de 2011 a julho de 2012, durante o último ano de graduação, em que se pretendeu perceber o cotidiano de trabalho de técnicas de enfermagem de uma maternidade pública da cidade que preconiza o parto humanizado. A partir do contato com diversos profissionais, atentou-se para a importância da enfermeira obstetra para a equipe de trabalho de assistência a mulheres em trabalho de parto. Do mesmo modo, evidenciou-se a realidade de tensão interprofissional, sobretudo no contato com alguns médicos obstetras. Diante de tal realidade, tem-se como foco principal durante o mestrado analisar a categoria de enfermeiros obstetras de modo relacional: com as políticas e programas governamentais relacionados à assistência obstétrica e também com diversos profissionais como médicas(os) obstetras, médicas(os) pediatras, técnicas(os) de enfermagem, doulas², dentre outros, presentes no contexto em questão.

A abordagem de pesquisa está em consonância com que Anselm Strauss aconselha. Para o sociólogo, não é possível “elaborar estudos microscópicos adequados sem uma identificação cuidadosa e precisa das condições estruturais pertinentes, tampouco entender de modo apropriado “estruturas” e ações macroscópicas sem levar em conta as condições de “identidade” que incidem sobre o macroscópico” (STRAUSS, 1999, p.27). Sob essa orientação, tem-se aliado entrevistas de profundidade com profissionais de nível local com análises mais amplas e profundas sobre a história da formação de profissões de cuidado e da formação de modelos em disputa no mercado obstétrico. As entrevistas semiestruturadas são realizadas com profissionais da área que estão inseridos no mercado obstétrico de Goiânia. De modo dialógico, serão analisados os dados disponibilizados por bases governamentais como a RAIS, para que seja possível traçar os perfis desses profissionais.

O princípio de saturação tem sido orientador para a definição do número de entrevistas. Além das já realizadas em trabalho pretérito, que não serão descartadas para as análises finais, no mestrado foram entrevistados seis enfermeiras obstetras e um enfermeiro obstetra, de campos de atuação distintos: ensino universitário, maternidades públicas, consultórios privados e parto domiciliar. Além destas, um técnico de enfermagem com

² A atividade da doula não é reconhecida como profissão, portanto não possui regulamentação ou sindicato. Porém, na CBO está pautada como ocupação, dentro da família “Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas”. A doula da equipe de Pedro é uma psicóloga que trabalha no atendimento em consultório, em maternidades públicas, como voluntária, mas presta serviço remunerado em partos domiciliares. Embora tenha formação em curso superior, essa não é uma exigência para a atuação na área. Qualquer mulher acima de 18 anos pode tornar-se doula através de leituras autodidatas sobre a área ou de cursos oferecidos por organizações como a REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento).

experiência em emergência hospitalar, inclusive partos, uma doula responsável pela capacitação de voluntárias em instituições públicas em Goiânia e um médico obstetra atuante em maternidade pública, consultório e ensino universitário. O maior obstáculo da pesquisa tem sido a realização de entrevistas com a última categoria profissional, dificuldades que serão analisadas juntamente com suas declarações.

A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM GOIÂNIA:

O cuidado como elemento de identidade profissional: uma análise de gênero

A prática do cuidar está presente não só na identidade profissional da enfermagem generalista (em nível de graduação) mas também na enfermagem obstétrica (em nível de especialização *lato sensu*). A partir das entrevistas realizadas, pode-se dizer que o cuidado é o primeiro elemento formador de sua identidade, central na elaboração de uma *expertise* profissional (Cf. Freidson, 2009, p.361).

A enfermagem é caracterizada pelos entrevistados como “o cuidado com a clientela”, como “mais pra o cuidar, mais do que para a questão médica do tratar”, como “uma oportunidade de ajudar as pessoas”, em momentos bons ou ruins, de saúde ou doença. É apontada também como “uma área da saúde, onde o enfermeiro é um *profissional liberal*, porque ele tem *autonomia* dentro do que ele faz”.

Se a enfermagem generalista presta assistência a todo paciente que busca atendimento hospitalar, a(o) enfermeira(o) obstetra tem sua atenção voltada principalmente à mulher e ao recém-nascido, seja em maternidades, centros de parto normal, consultórios ou no atendimento domiciliar. Para Alice³, especializada na área há menos de um ano a atuante em uma maternidade pública de Goiânia, a preocupação principal de sua profissão “é o cuidado com a gestante, a humanização, o parto, a interação mãe e filho”. Ana, enfermeira obstetra e chefe da equipe de enfermagem em uma maternidade pública da cidade, destaca o caráter

³ Os nomes são fictícios, em respeito à proteção da identidade das(os) informantes.

psicológico da assistência prestada à parturiente. Esse apoio emocional é essencial, destaca, para que a evolução do parto ocorra de forma natural, sem que seja necessária a intervenção cirúrgica dos médicos obstetras.

Também para Pedro, que trabalha em diversos campos (instituição privada de ensino, maternidade pública, órgãos representativos da categoria, assistência domiciliar) mesmo que exista uma preparação técnica para a recepção do bebê, seu principal foco é a mulher, a saúde da mulher. Esse cuidado especializado seria o diferenciador da especialidade em relações a outras atividades.

Para o entrevistado, a enfermagem obstétrica possui uma lógica de atuação muito diferente da enfermagem em geral, e por isso a considera como uma área autônoma. O ponto principal que a diferencia de sua área de origem estaria no modo de compreensão a respeito do processo de partejamento de uma mulher. Para o “parteiro urbano” (como se declara), a parteira é ponto de referência para a atividade por conhecer os processos naturais do parto e do nascimento.

Para Florence Nightingale, importante referência para a Enfermagem Moderna profissional, as enfermeiras deveriam formar-se sob o tripé “cuidar-educar-pesquisar” (em contraposição a uma atividade vinculada à religião)⁴ e deveriam ser exercidas exclusivamente por mulheres (Geovanini, 2002). O lento processo de entrada de homens nesse campo, inclusive na enfermagem obstétrica, por um lado pode indicar uma modificação dessa visão exclusivista do século XIX (Cf. Faria, 2005). Por outro, embora não haja declarações contrárias a esse movimento, percebe-se ainda a permanência de concepções naturalizantes a respeito de atributos masculinos e femininos relacionados ao exercício da assistência, como é possível perceber na declaração a seguir:

⁴ Diversos estudos resgatam a história da medicina e da enfermagem no contexto nacional e internacional, destacando uma tensão entre as áreas. Esse contexto foi analisado por diversos autores (e.g. Del Priore, 2011; Nunes e Barros, 2009; Moreira, 2002, Geovanini, 2002).

Eu acho que a questão do cuidar envolve mais a mulher, a mulher já nasceu pra cuidar, nasceu pra ser mãe, quando você é mãe, quando você é a responsável pela família, você cuida da família. O homem não é tão... não são todos que tem essa habilidade, essa questão emocional tão aflorada (vamos dizer assim), a mulher é mais envolvida com a questão emocional, eu acho que pra você cuidar você tem que trazer um pouco de emoção, não tem jeito, se você for só razão, você nunca vai ser um bom cuidador (Ana, enfermeira obstetra chefe).

Mesmo na tentativa de desvencilhar-se da imagem feminizada da profissão, Cora, professora universitária com grande experiência no cotidiano de hospitais e maternidades locais, acaba reforçando a naturalização de atributos que concebemos como socialmente construídos. Para fundamentar a aprovação da entrada recente de homens na profissão, destaca a racionalidade e a visão comercial como características masculinas:

Eu acho que essa inserção do homem está dando uma característica diferente para enfermagem, no meu ponto de vista. Eu falo isso para os meus ex-alunos, meus amigos, eu falo que o que está dando uma visibilidade maior, porque o homem é muito objetivo, muito pela razão, aí eles têm um projeto diferente. A enfermagem é uma profissão que você tem que ganhar dinheiro, que tem que ter uma visibilidade, que tem um mercado competitivo, então eles acabam trazendo uma certa influência pra nós.

De acordo com a RAIS/2011, em 2010, de 30 profissionais da área formalmente empregados em Goiânia, 29 eram enfermeiras e somente um, enfermeiro. Embora seja possível perceber a entrada de homens no mercado de trabalho, a enfermagem e o cuidado ainda são concebidos como atributos “mais apropriados a mulheres”. Pereira destaca, sobre as representações da enfermagem no século XX, que as relações laborais e a divisão de tarefas entre os dois sexos apresentam-se pautadas por essas representações estereotipadas. Essas imagens, além de interferirem nas relações cotidianas entre pares profissionais e entre profissionais e clientes/pacientes, também contribuem para a permanência de uma polarização de profissionais femininos na atividade (PEREIRA, 2011).

Para o primeiro médico obstetra entrevistado nessa pesquisa, atuante no ensino universitário, em consultório privado e na administração de instituição pública, o sexo não interfere na atuação profissional da medicina. Com base na RAIS/2011, encontramos um número de 7.714 médicos obstetras ocupados em nível nacional, sendo 49,1% homens e 50,1% mulheres. Em Goiás, dentre 104 profissionais ocupados, 81,7% homens e somente 18,3% mulheres. No entanto, no contexto nacional como também no regional, as mulheres possuem rendimentos menores que dos homens. No primeiro contexto, às mulheres foi relacionado um rendimento médio de 8,4 enquanto que seus colegas receberam em média

9,36 salários mínimos. Em Goiás a diferença chega a 16%. Quando questionado sobre o visível *gap de gênero* e sobre a majoritária presença de homens em cargos administrativos e representativos da categoria, Marcelo afirma que o desnível se deve ao fato de as mulheres necessitarem de dedicar-se com mais afinco que os homens à vida domiciliar de cuidado da casa, dos filhos e do marido, como podemos perceber no trecho a seguir, reforçando mais uma vez naturalizações de gênero como as destacadas anteriormente.

Não se quer saber se seu obstetra é feminino ou masculino. Não existe isso mais. Até porque a formação hoje e o esclarecimento da população é grande nesse sentido. Não tem mais aquele negócio de “ah, como eu vou deixar minha mulher mostrar suas partes íntimas pra outro homem”. Isso já acabou, né. Nós estamos num mundo moderno que não se permite esse absurdo, esse machismo não se permite mais...O que acontece de ter mais médicos trabalhando na direção é porque eu acho que a vida da mulher é diferente da vida do homem. A mulher casada tem que dar assistência aos filhos muito mais que homem, ela tem que dar assistência ao marido, muito mais do que o marido tem que dar assistência a ela. Então, eu entendo que a mulher tá muito mais envolvida, além de seu envolvimento profissional, ela tem que ter um envolvimento muito grande com a parte domiciliar. Então, por isso eu entendo que é mais frequente o homem assumir porque a mulher já assumiu uma outra direção, que é o seu lar. Logicamente que, se você for em qualquer domicílio e perguntar sobre alguma coisa da casa, você pergunta pra mulher e não pro marido. Numa casa que você tem que perguntar sobre as coisas da casa pro marido e não pra mulher, tem alguma coisa errada.

A doulagem, também presente no contexto obstétrico informal é, em semelhança com a enfermagem obstétrica, atuada pela quase que exclusivamente por mulheres. A atividade consiste em exercer um papel de apoio emocional à grávida desde o pré-parto até o parto ou até mesmo durante o período de adaptação à nova realidade. Mesmo não havendo exigências de escolaridade, muitas enfermeiras obstetras atuam também como doulas, atividade que passa a ser a principal fonte de remuneração. Um ponto de nebulosidade parece estabelecer-se nesse contexto. Para Clara, doula e ativista em movimentos sociais de valorização da mulher no parto, não declara uma tensão entre categorias distintas. Ao contrário, trabalha em parceria com enfermeiras obstetras. Porém, afirma que muitas vezes a profissional carrega consigo os “vícios” da profissão, interferindo no processo de apoio emocional que deve restringir-se somente ao cuidado emocional, sendo o máximo do contato estabelecido através da aplicação de massagens corporais. Mariana, parte integrante da primeira turma de residência obstétrica em Goiás, também atuante na doulagem no parto domiciliar, confirma o que Clara aponta.

Acaba confundindo sim. A última gestante que eu acompanhei como doula, eu acabei sendo um pouco enfermeira obstetra. Isso não pode acontecer. Doula é doula, enfermeira é enfermeira. Porém, eu não consegui mais separar. Não sei se isso é

bom ou se é ruim. Ela tava em trabalho de parto na casa dela e eu levei um sonar que ausculta o coração do bebê. E, em alguns momentos do parto eu auscultava o bebê para segurança minha e do casal.

Clara concorda que a sensibilidade não se relaciona com o sexo. Entretanto, em sua narrativa evidencia-se um elemento pouco presente no discurso da enfermagem obstétrica. Clara destaca a importância de se estabelecer uma relação da mulher grávida com outra mulher e com suas progenitoras. Portanto, fecha-se de modo mais enfático um círculo feminino de prestação de serviço e clientela mediada pela afetividade. Dessa forma, questiona-se a dominação masculina presente na assistência obstétrica desde que o hospital passa a ser prioritariamente local de se partear uma mulher como observa Roush(1979) em estudos sobre a história da assistência obstétrica.

Bom, primeiro: é um contato muito íntimo, muito próximo. Por exemplo, a mulher chega aqui e “olha, tem uma estria aqui no meu peito”, aí levanta a roupa pra eu ver. “Na minha vagina tá dando um inchaço, um negócio estranho, olha pra mim pra ver o que é?”. Às vezes é uma liberdade que ela não tem com o marido, de não querer expor alguma coisa mas com a doula ela acaba tendo. A doulagem é um serviço voltado pra mulheres, pra atender mulheres.. Na questão da doulagem, acho que a única vantagem que ela teria é a de ser mulher como a outra porque na questão de sensibilidade e de acolhimento, acho que isso não é uma questão de gênero..

Erving Goffman, em “O arranjo entre os sexos” (1977)⁵, já afirmava que mesmo nas sociedades industriais modernas, sua organização muitas vezes é realizada através das diferenças biológicas entre os sexos. Desde a infância as instituições sociais criam “classes de sexos” que irão formar ideais de comportamentos de meninos e meninas, os quais atuarão de modo orientador ao longo de toda a vida dos indivíduos. Para que esse modelo não seja predominante, é preciso primeiramente perceber que a divisão social pelo sexo é algo cultural, e não natural. No contexto da organização de tarefas e ocupações, Helena Hirata apresenta sua compreensão do termo “divisão sexual do trabalho” sustentando que “essas desigualdades são sistemáticas, que a sociedade utiliza essa diferenciação para hierarquizar as atividades e, portanto, os sexos; em suma, para criar um sistema de gênero” (2007, p. 596)

⁵ Baseada em tradução não publicada de Jordão Horta Nunes.

A autonomia como desafio cotidiano

A partir da lei 7.498/86 o Ministério da Saúde confere direito ao profissional da enfermagem obstétrica de assistir o parto sem complicações. Com a criação de Casas e Centros de Parto Normal em 1999 pelo MS (Portaria n. 985), o profissional assume a liderança de uma equipe mínima de técnicos sendo a(o) médica(o) pediatra ou o neonatologista, e a médica(o) obstetra integrados à chamada equipe complementar. Se a conquista possibilitou um avanço na autonomia profissional, por outro, abriu caminho para disputas acirradas com o campo médico.

O cuidado especializado formador de sua identidade é central na elaboração de uma *expertise* profissional (Cf. FREIDSON, 2009, p.361). Para Giddens, os sistemas peritos, formados por especialistas, por um lado “criam grandes áreas de segurança relativa para a vida cotidiana, por outro, atuam como mecanismos de desençaixe removendo as relações sociais das imediações do contexto” (GIDDENS, 2002, p. 126). Trazendo para a realidade pesquisada, diante do campo de atuação, cada grupo organiza-se em especializações, tornando difícil o diálogo. Portanto, a autonomia de trabalho já conquistada pelo corpo médico, torna-se o maior desafio profissional de enfermeiros.

Segundo Freidson (2009), a enfermeira, no contexto norte-americano hospitalar da década de 1960, “diferente da auxiliar, serve como autoridade adjunta, ao mesmo tempo médica e administrativa, que parece estar no centro dos conflitos” (2009, p. 148). Freidson também percebe que o autoritarismo torna-se exercido pelo médico quando os profissionais do grupo são orientados por diferentes filosofias de trabalho. Desta forma, em momentos de emergência, “como árbitro final em relação à divisão do trabalho médico, sustentada no prestígio e no mandato legal, ele tem a “autoridade” que é independente da autoridade administrativa como tal” (2009, p. 149).

Marcelo declara-se completamente a favor do Ato Médico⁶, projeto de lei que visa regulamentar a profissão médica definindo sua área de atuação e seus limites. Para o pesquisado, o diagnóstico e a prescrição devem ser exclusivamente realizados por médicos, o que, segundo as demais classes da saúde ferem o direito de atuação de cada categoria. Em relação à enfermagem obstétrica, posiciona-se a favor de sua presença em instituições, até o momento em que detectam um problema que, para ele, somente o médico poderá resolver. A formação e o investimento na qualificação desses profissionais são, dessa forma, essenciais.

⁶ Projeto de Lei do Senado n. 7.703/2006.

O caráter liberal da enfermagem obstétrica por diversas vezes é destacado dentre os entrevistados. Nesse sentido, Cora afirma que o principal foco de embate entre a medicina e a enfermagem não se dá sobre o domínio do conhecimento e da técnica, mas sim sobre o mercado. Sendo ambos profissionais liberais, tornam-se concorrentes⁷.

O maior exemplo do que Cora destaca é de Elis. A enfermeira obstetra atua exclusivamente como consultora de amamentação a mães com alto poder aquisitivo. Em atendimento pré-agendado, durante 1 hora e meia, informa futuras mães sobre o parto e a amamentação. Seu principal desafio, afirma, não é a autonomia, mas sim a conquista de novas clientes.

Com base nos depoimentos colhidos, manifestam-se principalmente profissionais dotados de uma compreensão institucional da atividade, ou seja, como profissional ligada(a) a uma instituição de saúde (seja em maternidades, casas de parto ou centros de parto) ou a uma instituição de ensino atuando como professor(a). Nesse contexto, dividem espaço com seus pares profissionais ou com outros, formalmente reconhecidos, como os médicos e os técnicos de enfermagem. Mas também se destaca outra linha de profissionais que valoriza a assistência em consultório privativo, que se assemelha à relação entre médico/paciente com hora marcada. Em terceiro lugar, há profissionais ligados à linha mais radical da enfermagem que busca retornar à tradição para resgatar o afeto durante o parto. Nesses casos, a atividade mantém contato mais aproximado com outros praticantes não formais como a parteira tradicional e a doula que, inclusive, podem fazer parte da equipe de trabalho durante o parto em casa.

A resistência ao uso de medicamentos e intervenções também aparece no discurso profissional de forma destacada, constituindo outro elemento identitário da profissão, independente das preferências pessoais, se mais ligado ao hospital ou ao atendimento domiciliar. Pedro declara sua visão sobre o uso da tecnologia nos procedimentos relacionados ao parto, que pode ser vinculada à sua compreensão sobre o conceito de humanização:

⁷ A partir do ano 2000, o MS, com a intenção de qualificar os profissionais diretamente ligados à assistência ao parto, legaliza a remuneração do serviço de enfermeiros obstetras em consultórios e no parto domiciliar (Portaria n. 572/2000)

Eu acho que, quando a gente fala de enfermagem obstétrica, não posso deixar de pensar que esse parto é humanizado. Mas tem uma linha humanizada que é um pouco tecnicista e uma linha humanizada que é extremamente natural. A tecnicista é aquela que vai tratar a mulher bem, vai deixar o acompanhante com ela, mas que coloca uma ocitocina [princípio ativo da medicação injetada em algumas mulheres em trabalho], faz uma episiotomia [corte no períneo da parturiente para auxiliar na saída do bebê].... Eu tenho uma linha humanizada completamente natural, que não vai fazer isso em hipótese nenhuma. Acho que eu sou extremamente natural. Não faço nada.

A partir das declarações de Pedro é possível inferir algumas considerações que instigam futuras investigações. De modo geral, no momento do parto, a mulher é destacada como principal agente do processo, dotada de poder de escolha sobre seu próprio corpo; as parteiras tradicionais são tomadas (juntamente com os aprendizados específicos da área de formação) como referência de trabalho; o uso de equipamentos e procedimentos intervencionistas, como a episiotomia ou o *Kristeller* (manobra de empurrar a barriga da parturiente) é fortemente combatido. Nesse sentido, pode-se dizer que o entrevistado apoia um modelo humanizado de assistência.

Entretanto, todos os elementos destacados como ideais de humanização variam quanto ao local da assistência e quanto ao perfil socioeconômico da parturiente. Em primeiro lugar, a diferença assistencial pode ser relacionada à estrutura de organização laboral divergente entre a instituição e o domicílio.

A descrição da rotina de Pedro na maternidade demonstra uma realidade assistencial limitada pelas regras institucionais e pelas condições precarizadas de trabalho - como têm destacado diversos pesquisadores (e.g. Pires, 1998; Georges, 2009; Jacob, 2008) – e também pela tensão cotidiana entre a orientação de trabalho da(o) médica(o) obstetra e da(o) enfermeira(o) obstetra. Segundo Freidson (2009), a enfermeira, no contexto norte-americano hospitalar da década de 1960, “diferente da auxiliar, serve como autoridade adjunta, ao mesmo tempo médica e administrativa, que parece estar no centro dos conflitos” (2009, p. 148). O autor também nota que o autoritarismo exercido pelo médico torna-se mais evidente

quando os profissionais do grupo são orientados por diferentes filosofias de trabalho. Desta forma, em momentos de emergência, “como árbitro final em relação à divisão do trabalho médico, sustentada no prestígio e no mandato legal”, ele mantém a “autoridade”, independentemente do domínio administrativo (2009, p. 149).

Na assistência hospitalar, o primeiro contato da(o) enfermeira(o) obstetra com a gestante ocorre somente quando o trabalho de parto já se iniciou, embora essa assistência antecipada seja uma exigência curricular durante o curso de especialização. Aliado a isso, problemas como a falta de técnicos e auxiliares de enfermagem são constantes limitadores do trabalho.

No parto domiciliar, a exemplo de Pedro, Mariana, Clara, a(o) enfermeira(o) obstetra é o principal elemento da equipe de trabalho de assistência, composta por uma parceira, também enfermeira obstetra, e uma doula. Os médicos estão inseridos ao que ele chama de “equipe backup”, formada por um(a) médico(a) obstetra e um(a) médico(a) neonatologista, que se mantêm disponível caso seja necessário realizar um procedimento cirúrgico como a cesárea ou um atendimento de urgência ao recém-nascido (em maternidade previamente avisada). Segundo Pedro, no ambiente privado da cliente a liberdade de atuação é possível e a relação afetiva da parturiente com o espaço doméstico permite uma melhor evolução fisiológica do parto.

Quando se evidencia o perfil das parturientes assistidas por Pedro, é possível separá-las em dois grupos bem definidos, que por sua vez, podem ser relacionadas à separação entre a casa e a maternidade. Um estudo realizado com 25 casais que optaram pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstetras em Florianópolis aponta, dentre outras características, que a maioria dos casais pertence à classe média alta, dado vinculado ao nível de instrução elevada (Feyer *et al*, 2013), análise possível de ser estendida ao contexto de Goiânia. Embora reconheça que o parto domiciliar esteja restrito a uma parcela pequena de mulheres, é nesse

contexto que se reconhece profissionalmente, com autonomia e satisfação. Isso nos possibilita dizer que a liberdade individual característica de um profissional liberal é tão presente em seu discurso quanto os princípios de cuidado humanizado e especializado.

Sobre o local de realização e assistência ao parto, é importante destacar, entretanto, que não há um consenso entre os profissionais pesquisados, como é possível perceber a partir da declaração a seguir:

Eu penso assim, parto em casa ficou lá pra trás. A tecnologia, o recurso tá aí pra ser usado. O risco de se ter um parto dentro de casa é muito grande porque o parto é uma caixinha de surpresas. Pode ser tudo fisiológico, tudo dentro da normalidade, nascer tudo bem. Mas e se tiver uma intercorrência? Mas quando ele complica, ele complica muito. E a maioria das complicações pode levar a paciente a óbito. (Alice, enfermeira obstétrica)

A partir de Alice, que atualmente trabalha em maternidade pública de Goiânia, mas que já havia atuado como enfermeira generalista em outros hospitais privados da cidade, fica claro que o trabalho de assistência no domicílio não representa conquista de autonomia. Embora em outros momentos a entrevistada aponte para a interferência médica como ponto limitador da liberdade de atuação, a assistência em casa não é considerada como a melhor solução para esse quadro de tensão já que cria outras de natureza distintas, como a insegurança para a parturiente. Nesse sentido, os Centros de Parto Normal e as Casas de Parto Normal, instituições regulamentadas pelo MS, trariam maiores possibilidades de atuação do profissional de forma autônoma, já que legalmente são reconhecidos como chefes das equipes básica de assistência à mulher em procedimentos de parto normal (Portaria MS.985/1998) mantendo a proximidade com uma instituição hospitalar.

Para o médico obstetra entrevistado, o parto domiciliar é algo irresponsável que deve ser combatido na sociedade e todo profissional que o realiza deve ser penalizado. Com suas próprias palavras, afirma:

Eu acho que é criminoso, de forma bem prática. É um absurdo falar em parto domiciliar. Isso é caso de polícia, eu entendo. Porque você tá dentro do hospital, dentro do centro cirúrgico e alguma coisa complica e não dá tempo de você salvar o feto. A grande maioria das vezes você tira, nasce e não tem sequela nem nada.

Agora, vir com essa conversa, essa balela de parto domiciliar é expor a paciente e o conceito que não tem nada a ver com isso. Porque se a mãe quer correr o risco, corre o risco pra ela, mas ela tá colocando uma pessoa, outro ser que não pediu pra entrar em sofrimento fetal, não pediu pra ser sequelado. Isso é muito bonito até a página 2.... Existem as instituições, que são os hospitais que existem pra dar melhor assistência a essas mulheres, pra proteger nem tanto a mãe, mas o conceito.

É possível perceber, então, uma relação entre tecnologia e qualidade de atendimento, afastando-se mais uma vez da posição de Pedro, que destaca o distanciamento tecnológico e a aproximação da natureza como elementos importantes para a concepção do termo “humanização” no contexto da assistência ao nascimento e parto.

Não significa, entretanto, que a entrevistada apoie o uso desnecessário de equipamentos ou os métodos intervencionistas, mas o fato de estarem disponíveis com facilidade nas instituições de saúde assegura que a assistência, seja bem-sucedida para o profissional e para a saúde da mulher. De acordo com a pesquisa *Nascer no Brasil*, apenas 5% dos partos no Brasil ocorrem sem nenhuma intervenção como a manobra de *Kristeller* (empurrão na barriga para baixo) e a episiotomia, por exemplo (

A multiplicidade de pontos de vistas acerca do parto, da humanização e das áreas de atuação da assistência obstétrica é perpassada por elementos em comum, seja entre profissionais da mesma formação ou não. Chama-se a atenção aqui para a saúde do próprio trabalhador. Em cada declaração, seja gravada em entrevista, seja em conversar informais, é perceptível um desgaste emocional e fisiológico. Em indagação sobre a existência de programas e serviços de acompanhamento terapêutico a cada profissional, em nenhum caso a resposta foi afirmativa. Paula, técnica de enfermagem em 2011, chegava a rotinas de mais de 80 horas semanais porque em suas folgas destinava-se a um segundo emprego. João atualmente tem apresentado dores nas juntas e, emocionalmente, se diz esgotado e ansioso pela aposentadoria. Mariana diz que não descansa porque o corpo acaba acostumando. A entrevistada, entretanto toma remédios para combater ataques epiléticos causados pelo

stress. Marcelo chega a rotinas exorbitantes de quase 90 horas semanais, revezando entre hospital, universidade e consultório.

O “cuidado integral humanizado” para os profissionais destacados está fortemente presente no discurso do profissional e representam um ideal de assistência prestada à mulher em trabalho de parto. Entretanto, as condições de trabalho dos próprios profissionais não são destacadas como critério para a conquista da humanização. Diante disso, percebe-se uma ausência de atenção institucional à saúde do trabalhador. Essa falta associada às recentes transformações derivadas da privatização parcial das instituições públicas e ao descrédito dos sindicatos aponta para uma realidade de intensificação do trabalho das categorias apontadas. Como consequência dessa intensificação, muitos profissionais apresentam um quadro patológico caracterizado por distúrbios físicos e psíquico chamado por muitos estudiosos de Síndrome de *Burnout* (e.g. Korinfeld, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise das entrevistas realizadas, pode-se afirmar que a identidade da(o) enfermeira(o) obstetra está baseada, majoritariamente, no “cuidado especial” ou na “assistência integral”, caracterizada pela atenção sensível a elementos relacionados ao processo de partejamento e muitas vezes desprezados pela equipe médica. Entretanto, há outros campos de atuação que se aproximam do atendimento médico em consultório como o serviço de consultoria sobre temas relacionados ao parto e a amamentação. Sobre o local de realização de seu trabalho, fica evidente uma diversidade de pontos de vista. Mas também é possível perceber uma valorização da casa como local apropriado ao parto apesar de posições radicalmente contrárias. Pode-se considerar que a categoria enfrenta desafios em diversos contextos, inclusive entre os próprios profissionais, mas a autonomia em relação à classe médica é o maior deles. De acordo com Leal et al (2014, p.29), sobre a assistência obstétrica brasileira afirma:

Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho

de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher.

Os profissionais buscam autonomia para atuarem de modo favorável ao que chamam de “cuidado integral humanizado”. Para isso o parto natural é estimulado porque através dele as mulheres tornam-se conhecedoras de seus corpos. Por outro lado, somente em partos naturais é possível que a assistência especializada da categoria seja realizada. Desta forma, a valorização simbólica do parto natural torna-se um instrumento também de promoção da categoria. Nesse sentido, pode-se identificar uma tensão entre filosofias de humanização universal preconizadas pelo Estado, representado pelo MS, e princípios liberais de mercado presentes na assistência privada.

As políticas do MS de incentivo ao parto normal, pensadas como meio de redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, realizadas desde a década de 1970, ainda não são capazes de interferir no setor privado de atendimento, que permanece consolidado sob o modelo médico de medicalização da saúde e assistência tecnocrática. A valorização da categoria e sua promoção no mercado, embora se manifeste em abertura para o mercado de trabalho, está fortemente ligada a políticas públicas de saúde e programas governamentais e os desafios de reversão dos altos índices de procedimentos desnecessários no parto são acompanhados por desafios de atuação da categoria.

No campo microssocial do cotidiano de trabalho da(o) profissional da enfermagem obstétrica voltado ao atendimento clínico e domiciliar, também é possível perceber uma ambiguidade. A assistência integral de qualidade perde o caráter abrangente para voltar-se a um nicho localizado nas classes de maior poder aquisitivo. Mesmo que ofereça uma abordagem alternativa ao modelo hegemônico hospitalar de intervenção médica historicamente presente na saúde desde o início do século XX, os profissionais demonstram uma aproximação com estratégias mercadológicas publicitárias de promoção da atividade. A

assistência personalizada torna-se um atrativo profissional, um elemento distintivo de concorrência com outros profissionais, em processo similar ao analisado por Freidson (2009) na medicina clínica norte-americana, como uma profissão de consulta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FARIA, Lina R. *Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção*. Artigo apresentado no XII Congresso da Sociedade Brasileira de Sociologia, 2005. Belo Horizonte, Minas Gerais.

FEYER, Iara S; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Escola Anna Nery*, n.17, p. 298-305, 2013.

FREIDSON, Eliot. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp, 2009.

GEORGES, Isabel. *Trabalho Precário ou Inclusão Social Econômica? O caso dos agentes comunitários da saúde (ACS) e dos agentes de proteção social (APS) da região metropolitana de São Paulo (RMSP), Brasil*. Comunicação apresentada no VI Congresso do ALAST, México, 2009.

GEOVANINI, Telma (org.). *História da Enfermagem: versões e interpretações*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIDDENS, Anthony. *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

GOFFMAN, Erving. *The Arrangements Between the Sexes. Theory and Society*. University Park, PA, n. 4, p. 301-221, 1977.

HIRATA, Helena. *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002.

JACOB, Carlos L. *As Novas Institucionalidades do Trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. Trabalho e Educação*, v.6, n.3, Rio de Janeiro, 2008

LEAL, Maria do C. et al. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. In: *Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública*. Vol 30, suplemento 2014.

SOUZA, João P. CASTRO, Cynthia P. *Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária*. In: *Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública*. Vol 30, suplemento 2014.
STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e máscaras: a busca de identidade*. São Paulo: EDUSP, 1999.

PEREIRA, Adriana Lenho de F.(org.) *Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

PEREIRA, Audrey Vidal. Relações de gênero no trabalho: reflexões a partir de imagens construídas de enfermeiras e enfermeiros. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, v. 24, n.1, p. 49-77, jan/jun 2011.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume/CNTSS, 1998.

ROUSH, Robert E. The development of midwifery - Male and Female, Yesterday and Today. *Journal of Nurse-Midwifery*, Silver Spring, MD, v. 24, n. 3, p; 27-37, May/June 1979.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista de Estudos Feministas*, v.10, n. 2, p. 483-492, julho de 2002.