

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA POLÍTICA PÚBLICA DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO NO RIO DE JANEIRO

THE PRACTICE OF NURSE MIDWIVES IN PUBLIC HEALTH POLICY IN HUMANE DELIVERY CARE IN RIO DE JANEIRO

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN LA CIUDAD DE RÍO DE JANEIRO

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹

RESUMO

Considerando a abordagem dialética, este estudo objetivou analisar a práxis da enfermeira na política pública de humanização ao parto e nascimento, identificando suas concepções objetivas e subjetivas, no âmbito de sua assistência ao parto. Para tal, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras obstetras, e a observação direta da assistência ao parto nessas maternidades. A pesquisa desenvolveu-se em três maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro, nas quais o parto assistido pela enfermeira foi institucionalizado sob as diretrizes governamentais da Política de Humanização. A partir da análise de conteúdo, os núcleos de significados das entrevistas foram confrontados com os registros do diário de campo. Nessa confrontação, a práxis das enfermeiras obstétricas surgiu como o resultado da contradição entre a defesa das propostas da Política de Humanização e a atuação influenciada pelo modelo biomédico, ainda prevalente, tanto na formação profissional quanto no contexto institucional.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Política de Saúde; Parto Humanizado; Prática Profissional

ABSTRACT

Based on the dialectic approach, the purpose of this study was to analyze the nursing practice in public policies to make birth more humane, identifying the nurses' objective and subjective concepts in birth assistance. There were interviews with nurse-midwives, and direct observation of the reality lived in this birth setting. The investigation was conducted in three public maternity hospitals of the city of Rio de Janeiro in which childbirth assisted by a nurse has been institutionalized under the rules of the policy of humanization. The analysis of the content of the interviews was compared to observations of the setting. In this confrontation, the practice of nurse-midwives arose from the contradiction between the policies of humane treatment and the patterns resulting from the biomedical model that prevails in nursing training in the institutional context.

Key words: Obstetric Nursing; Health Policy; Humanizing Delivery; Professional Practice

RESUMEN

El objeto de este estudio fue analizar la praxis de la enfermera en la política pública de humanización del parto y nacimiento, identificar sus concepciones objetivas y subjetivas en el ámbito de su asistencia al parto. Fue empleado el método dialéctico, con entrevistas semiestructuradas a las enfermeras obstétricas y observación directa de la atención al parto. La investigación se llevó a cabo en tres maternidades públicas de la ciudad de Río de Janeiro donde, por medidas gubernamentales de la política de Humanización al Parto, fue institucionalizado el parto asistido por enfermeras. A partir del análisis de contenido, los núcleos de significados de las entrevistas se compararon con las anotaciones en los registros de campo. En esta comparación la práctica de las enfermeras obstétricas surge como resultado de la contradicción entre la defensa de las propuestas de la política de humanización y su actuación influenciada por el modelo biomédico que aún prevalece tanto en la formación profesional como en el contexto institucional.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica; Política de Salud; Parto Humanizado; Práctica Profesional

¹ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem – UERJ. Doutoranda do Programa Stricto Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ.

Endereço para correspondência: Rua Afonso Pena nº 25, apto 804, Tijuca. Rio de Janeiro - RJ. CEP 20270-240. E-mail: adrianalenho@uol.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a mortalidade materna permanece na agenda do ministério da saúde como um desafio a ser enfrentado, denotando que a qualidade da assistência ao parto no País não teve uma melhora proporcional ao desenvolvimento da medicina nas últimas décadas.

O relatório apresentado à Sessão Especial das Nações Unidas em 2000⁽¹⁾ discorre sobre um conjunto de ações realizadas pelo governo brasileiro para implementação da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em 1995 na cidade de Pequim. Nas ações referentes à Mortalidade Materna, menciona que este indicador permanece alto, sendo estimado em 114 mortes maternas/100.000 nascidos vivos em 1990, chegando a 390/100.000 na região norte do país. Ressalta, ainda, a reativação da Comissão Nacional de Morte Materna em 1999 como uma medida de enfrentamento desta problemática.

É preciso sinalizar que o índice brasileiro de mortalidade materna é muito superior aos índices de outros países latino-americanos. O estudo de Belizan et al.⁽²⁾ apontou que os números de óbitos maternos/100.000 nascidos vivos no período de 1992-1997, ficaram assim distribuídos: o México com 48 óbitos; a Argentina com 44 óbitos; o Chile com 25 óbitos; o Uruguai com 19 óbitos e o Brasil com 114 óbitos.

Dentre as medidas tomadas pelo governo brasileiro, destaca-se o fortalecimento da atenção básica durante o pré-natal, responsável pelo aumento significativo do número dessas consultas no SUS, que passaram de 1,8 milhões em 1994 para 7,6 milhões em 1998. O maior aumento (79%) ocorreu de 1997 para 1998. Com relação à assistência ao parto, as medidas foram a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e a redução da taxa de cesárea de 32% para 28%, desde a sua limitação no SUS, em 1998.⁽¹⁾

Nos últimos anos temos acompanhado discussões sobre assistência obstétrica, principalmente em relação aos altos índices de mortalidade materna e à utilização excessiva de tecnologia e intervenções na gestação e parto.

Essa temática foi discutida em 1985 pela OMS na Conferência Internacional: Tecnologia Apropriada para o Nascimento, realizada em Fortaleza no Brasil. Esta conferência estabeleceu uma série de recomendações baseadas no princípio de que cada mulher tem o direito fundamental de receber uma assistência adequada e de exercer seu papel central em todos os aspectos que envolvem essa assistência.⁽³⁾

Tais recomendações integraram um conjunto de propostas elaboradas na Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairobi, no Quênia, em 1987. Mais tarde, esse conjunto de recomendações foi sistematizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), resultando na publicação "Assistência ao Parto Normal: um guia prático" traduzido pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2000.⁽⁴⁾

Este documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias: A – condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B – condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C – condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com pre-

caução, até que novas pesquisas comprovem o assunto; e D – condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.

A apresentação do guia prático da OMS é de autoria do secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e do representante da Organização Panamericana de Saúde no Brasil.⁽⁵⁾ Neste, o atendimento humanizado foi conceituado como:

[...] um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se os recursos tecnológicos disponíveis.⁽⁵⁾

O excesso de intervenção e a medicalização do parto têm sofrido críticas no cenário mundial, como pode ser observado nos estudos de Johanson et al.⁽⁶⁾, Wagner⁽⁷⁾ e Davis-Floyd⁽⁸⁾. Denota-se, assim, a relevância de uma análise mais crítica acerca dos aspectos envolvidos no nascimento humano e suas repercussões psicossociais no desenvolvimento das crianças. Nesta linha de análise, ressaltamos a contribuição que o obstetra francês Michael Odent tem dado neste campo.⁽⁹⁾

As discussões sobre a menor intervenção na fisiologia do nascimento, encontra apoio no movimento de retomada do protagonismo feminino. As experiências européias com enfermeiras obstétricas e/ou parteiras formais servem de modelo alternativo ao modelo brasileiro, em que o parto é realizado quase que exclusivamente por médicos. Nesse sentido, é criado um ambiente favorável à inserção da enfermeira no cenário do nascimento.

Cabe lembrar que as parteiras formais ou obstetrias sofreram um processo de extinção em nosso país. Apesar de as parteiras serem formadas pelas Escolas de Medicina desde 1832⁽¹⁰⁾ no século XX sua imagem estava associada à de uma profissional de pouco conhecimento científico e de uma época passada, contrastando com a fase de desenvolvimento tecnológico da assistência médico-hospitalar.⁽¹¹⁾

Paralelamente, a enfermagem acadêmica e científica está em expansão no país. Esta expansão é explicada pelo crescente mercado de trabalho da enfermagem gerado pela ampliação de hospitais vinculados à rede previdenciária, decorrente do processo de urbanização, industrialização e crescimento da população operária do país no século XX.

Nos anos 50, as enfermeiras passam a reivindicar o curso de obstetrícia das Escolas de Medicina, que estavam conferindo o título de enfermeira obstétrica às obstetrias. Consideravam que só as Escolas de Enfermagem podiam conferir tal título. Com o crescente desinteresse pela formação de parteiras e com a Reforma Universitária de 1968, que vetava a duplicação de cursos com finalidades semelhantes, as Escolas de Enfermagem tornam-se a única via de formação de profissionais não-médicos na obstetrícia.⁽¹²⁾

Porém, a enfermeira obstétrica não consegue assumir as funções de obstetriz no hospital, permanecendo voltada para atividades burocráticas e de supervisão da produção de cuidados de enfermagem nas unidades de saúde.⁽¹¹⁾

Embora as entidades de classe da enfermagem obstétrica estivessem lutando há tempo, só nos últimos anos

a enfermeira vem conseguindo atuar de forma direta no momento da parturição. Este espaço foi criado não apenas como resultado da luta da enfermagem obstétrica brasileira, mas integrou o movimento de mulheres em prol de uma atenção à saúde da mulher que respeitasse os direitos reprodutivos e sexuais, compreendendo o parto como um processo fisiológico.

Este movimento foi reforçado por uma série de conferências internacionais que visam garantir os direitos da mulher, dentre eles a saúde. Entre outras conferências, destacamos a Conferência Mundial dos Direitos Humanos – Viena em 1993, a IV Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento – Cairo em 1994 e a IV Conferência Mundial da Mulher – Pequim em 1995.⁽¹³⁾

A Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento de 1994 propõe no Capítulo VIII do Programa de Ação – Saúde, Morbidade e Mortalidade – que os países com altos índices de morbi-mortalidade materna devem realizar investimentos para conseguir reduções significativas desses índices. Para países com altas taxas de mortalidade materna, entre eles o Brasil, as metas são: em 2005 a taxa deverá ser menor do que 125 mortes para cada 100 mil nascimentos e, por volta de 2015, menos de 75 mortes para cada 100 mil nascimentos.⁽¹⁴⁾

Em face das exigências internas e externas, em maio de 1998, o Ministério da Saúde publica medidas para redução das altas taxas de cesarianas no País e também de estímulo ao parto normal. Essas medidas são representadas pelas Portarias n.º 2.815/GM/MS e 2.816/GM/MS. A primeira estabelece os valores a serem pagos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) à assistência ao Parto Normal sem distocia realizada pela enfermeira obstetra e pela parteira. A segunda portaria estabelece o limite de pagamento à rede do SUS de 40% para o segundo semestre de 1998, de 37% para o primeiro semestre de 1999, de 35% para o segundo semestre de 1999 e de 30% para o primeiro semestre de 2000.^(15,16)

Ainda em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro decide lançar o Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e à Parturiente na Área Programática 3.3, que corresponde a quatro regiões administrativas: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna. No documento do projeto é mencionado que desde 1993 essa Secretaria tem buscado a qualificação da assistência perinatal, “*a fim de garantir adequação técnico-científica e oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar o parto e o nascimento de seu filho de forma mais humanizada*”⁽¹⁷⁾

Ainda neste ano, a Secretaria Municipal de Saúde publica a Resolução n.º 667 de 20/10/98⁽¹⁸⁾, que garante a presença do acompanhante da parturiente nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Este direito deve ser assegurado por todas as equipes das maternidades da rede municipal, recomenda a resolução.

Cabe lembrar que já havia enfermeiras obstetras atuando diretamente na atenção ao parto em duas maternidades da rede municipal, no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, desde 1988, e na Maternidade Municipal Leila Diniz, desde 1994. A primeira iniciativa foi fruto da proposta de trabalho adotada pela própria equipe de saúde da instituição. Já na segunda maternidade houve

a participação direta da Secretaria Municipal de Saúde, inaugurando a primeira maternidade pública do Rio de Janeiro com o objetivo de proporcionar um atendimento humanizado ao parto e ao nascimento.⁽¹⁹⁾

Partindo desse novo contexto da atuação da enfermeira obstétrica na atenção ao parto normal na rede pública de saúde, elaboramos o presente estudo visando analisar a práxis das enfermeiras na política pública de humanização ao parto e nascimento, identificando suas concepções objetivas e subjetivas no âmbito de sua assistência à parturição.

METODOLOGIA

No estudo da práxis, o pesquisador deve ter um olhar crítico sobre um conjunto de fatores inter-relacionados com a realidade social. Para tal, empreendemos uma pesquisa qualitativa sob o direcionamento metodológico da dialética.

Neste estudo a práxis é compreendida como uma atividade teórico-prática, que tem um lado ideal, teórico, e um lado material, propriamente prático, que na realidade não podem ser isolados um do outro. Dessa forma, essa unidade existe no comportamento humano, como atividade subjetiva, teórica, fruto de sua consciência, e como atividade objetiva, a materialização dos seus atos ou operações sobre uma determinada matéria.⁽²⁰⁾

Na Dialética, a vida humana e social está em perpétua transformação, não existe nada fixo, nada eterno e nada absoluto¹⁶. Essa transitoriedade se dá pelo fato de que a realidade humana não é apenas a produção do novo, mas também reprodução (crítica e dialética) do passado.⁽²¹⁾ A lógica dialética introduz, na compreensão da realidade, o princípio de conflito e de contradição como algo permanente e que explica a transformação.⁽²²⁾

Procedimentos Metodológicos

Foram utilizadas duas técnicas, a entrevista semi-estruturada com as enfermeiras obstetras, e a observação direta do cenário de nascimento, pré-parto e sala de parto. O campo de pesquisa foi composto por três maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro, aqui denominadas de Maternidade A, B e C. O período de coleta de dados foi de abril a junho de 2000.

A Maternidade A foi inaugurada em 1994 com uma proposta de humanização da assistência, sendo realizadas oficinas de sensibilização com todos os profissionais de saúde, previamente à sua inauguração. As enfermeiras obstétricas atuam no atendimento ao parto normal desde 1995, sob o regime de plantões de 24 h semanais, de segunda a sexta.

Já as Maternidades B e C são integrantes do Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e à Parturiente. As enfermeiras atuam desde meados de 1998, após terem sido treinadas pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através de um convênio firmado pela Secretaria Municipal de Saúde com essa unidade acadêmica. As enfermeiras obstétricas são escaladas em duplas e em plantões de 12/60 h, no horário diurno e noturno.

Realizamos um total de 11 entrevistas: 3 na Maternidade A, 5 na Maternidade B e 3 na Maternidade C, e procedemos a 17 registros em diário de campo. Cada

registro correspondeu a um dia de observação, com duração média de 10 horas de observação.

Para as entrevistadas, foi solicitado o consentimento livre e esclarecido, sendo-lhes garantido o anonimato. Cabe ressaltar, que a entrada nos três campos de pesquisa foi mediante a apresentação de uma carta de autorização para a pesquisa, tanto para a Gerência do Programa da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde quanto para a Direção das maternidades pesquisadas.

A análise dos dados seguiu estas etapas: a) ordenação dos dados das entrevistas e do diário de campo, de forma a produzir um mapa horizontal das descobertas no campo; b) classificação dos dados, a fim de identificar estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais e a constituição de conjuntos diferenciados de representações de cada grupo de sujeitos do estudo; c) elaboração de categorias centrais e d) análise final, em que foram confrontados os dados da entrevista e da observação direta com o referencial teórico, através de um movimento incessante entre o concreto e o abstrato e vice-versa, revelando, nas informações coletadas, a sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes.⁽²²⁾

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idealizações de parto humanizado

As enfermeiras mencionaram como características de parto humanizado a intervenção mínima e o respeito à pessoa humana, interpretado como o direito à igualdade de tratamento e à assistência obstétrica de qualidade. A autonomia da mulher também foi apontada nesta caracterização, sendo representada como a liberdade de movimentos, a participação mais ativa do processo de nascimento e o conhecimento acerca da evolução do parto e dos procedimentos adotados pelos profissionais.

“Parto humanizado é a gestante, quando chega na maternidade, ser bem tratada, desde a admissão até a sua saída. Ser chamada pelo nome. É você deixar que ela fique do jeito que ela quiser, na posição que ela quiser, que ela tome suco. É a gente usar formas alternativas de aliviar a dor, como a gente usa aqui, bola e banquinho.” (Enf. A 2)

As caracterizações das enfermeiras estão em concordância com as recomendações do guia prático da OMS. Elas consideram que a mulher deve assumir o papel de protagonista do seu processo parturitivo, com estímulo à liberdade de movimentação, à presença de acompanhante e à escolha da posição de parir. Valorizam, ainda, os métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor.

O contexto do trabalho alienado versus a prática humanizada: A fábrica de bebês

Como unidades hospitalares, as maternidades pesquisadas ainda mantêm as características próprias do ambiente hospitalar e das rotinas profissionais nesse ambiente, de modo que a mulher mantenha a tradicional condição de **paciente**. Embora tenha sido observada a preocupação de algumas enfermeiras de chamar a mu-

lher pelo seu nome, o termo paciente é constantemente utilizado pela equipe.

Outras situações presenciadas ilustram a condição de pouca autonomia da mulher nas maternidades estudadas. Na maioria das observações as mulheres permaneceram grande parte do tempo restritas ao leito, levantando poucas vezes para ir ao banheiro. A prescrição médica de hidratação venosa e de ocitocina para acelerar o trabalho de parto foi frequente nas observações.

Em nossas observações o parto horizontal foi exclusivo. Não foi oferecida à mulher a opção quanto ao tipo de parto preferido. Apenas a maternidade A dispõe de mesa obstétrica para parto vertical, e mesmo assim não observamos esta alternativa ser apresentada à parturiente. Fomos informados pelas enfermeiras desta maternidade que o parto vertical ainda é pouco realizado devido à pouca experiência do grupo com este tipo de parto.

A maternidade A foi a que apresentou maior presença de acompanhantes no pré-parto e na sala de parto, assim como a presença dos companheiros das mulheres. Na maternidade B foram poucas as mulheres que contaram com acompanhantes, sendo, em todos os casos, mulheres. Não presenciei acompanhante na sala de parto.

Na maternidade C houve acompanhantes, também, exclusivamente do sexo feminino. As enfermeiras permitem a presença delas na sala de parto. Essa presença, na maioria das vezes, foi vetada no momento do parto pela equipe médica, embora este direito esteja garantido nas maternidades públicas pela Resolução Municipal n.º 667/98.⁽¹⁸⁾

Quanto às medidas alternativas para manejo da dor, foram poucas as oportunidades observadas em que elas foram utilizadas. Na maternidade A as enfermeiras orientam as mulheres a deambular, mas a maioria permanecia deitada porque a enfermeira não ficava grande tempo junto a elas. A maternidade esteve lotada e com leitos extras em quase todas as observações, e as enfermeiras tinham de exercer tanto atividades assistenciais quanto atividades administrativas.

Na maternidade B, todas as mulheres foram incentivadas a permanecer em repouso no leito em decúbito lateral esquerdo. As enfermeiras, apesar de estabelecerem uma vigilância constante do bem-estar materno e fetal, assistem o parto de forma tradicional. Durante o período de observação, não utilizaram medidas alternativas para o manejo da dor. São carinhosas com as mulheres, porém seguem os padrões tradicionais do parto hospitalar.

No registro do diário de campo, presenciamos que havia uma parturiente nulípara, que estava no boxe 4 e referia muita dor. Estava com 4 cm de dilatação e tinha sido internada na noite anterior, às 22:05 h. Após a avaliação médica, foi iniciada a aceleração do trabalho de parto com ocitocina no soro às 09:30 h. Posteriormente a instalação do soro, ela referia mais dor e solicitava constantemente o médico. A enfermeira obstétrica atendeu seu chamado e disse: - O trabalho de parto é assim mesmo, as dores vão aumentando. O parto só ocorreu às 12, 45 h, depois de quase quinze horas de trabalho de parto na instituição. (Obs. n.º 7, Mat. B – 12/04/00)

Na maternidade C, as mulheres também permaneceram longos períodos em repouso no leito. Porém, as enfermeiras orientavam as mesmas a deambular e tomar

banho de aspersão morno para promover o relaxamento. A sala de estar com poltronas, ao lado do pré-parto, foi usada em casos de superlotação, como uma “unidade de espera” por vaga no pré-parto e na enfermaria. Esse tipo de situação foi observada no dia 15/06/00 (obs. n.º 15), quando havia vinte e duas mulheres, que foram distribuídas nos doze leitos da clínica obstétrica, nas poltronas e em macas, inclusive as gestantes.

Campos e Carvalho ⁽²³⁾, estudando a assistência ao parto no município do Rio de Janeiro, apontam como ponto crítico do sistema público de saúde a dificuldade em ser estabelecido vínculo entre a gestante e o sistema de saúde, ocasionando o desconhecimento da história da gestação. Observaram também, uma tendência de se intervir precocemente na evolução do trabalho de parto, a fim de que este não se prolongue para o plantão seguinte, em decorrência da rotina de carga de trabalho das instituições.

As autoras identificaram dois perfis de maternidades no município do Rio de Janeiro: um representado por unidades que contam com grande número de partos cesáreos e boas condições da parturiente e do recém-nato; nestas, as mães têm maior escolaridade e os hospitalares são menores.

O outro, com maior proporção de partos normais e indicadores que apontam riscos do recém-nascido, é constituído por grandes fábricas de parto, onde as gestantes mais jovens e de menor escolaridade são atendidas. ^(23: 418).

Em nosso estudo a infra-estrutura do sistema de saúde e as condições de trabalho foram relacionadas como aspectos importantes a serem contemplados na política de humanização. É inquestionável que o sistema de saúde brasileiro, especialmente na área obstétrica e perinatal, necessita ser melhorado. As propostas de humanização da atenção obstétrica devem buscar a melhoria da qualidade assistencial possibilitando uma adequação da estrutura dos serviços às necessidades da população.

A fala da enfermeira, a seguir, ilustra as repercussões de um processo de trabalho alienado sobre a assistência prestada:

“Não dá para pedir que uma outra pessoa humanize o parto se ela mesma se vê massacrada, vê retirada aquela coisa do ser humano.... devido a algumas condições a que a gente tem que se submeter com relação à superlotação e ao trabalho que se tem aqui. E tem um poder aquisitivo baixo. Então tem que se desdobrar em mais de um emprego, e acaba a qualidade daquela pessoa, do seu trabalho. A pessoa fica rendendo menos. Você tem que trabalhar muito, então você começa a trabalhar igual máquina.. E aí, máquina não tem sentimento, não tem sentimento em relação ao outro. Como vai pedir para ela humanizar se ela não está sendo tratada como ser humano?” (Enf. B 1)

A ilustração utilizada pela enfermeira representa de forma precisa a coisificação do ser humano no processo de trabalho alienado. O homem passa a ser um mero componente de uma engrenagem de produção. Essas afirmativas encontram apoio na filosofia marxista, no concei-

to de trabalho alienado. Sobre essa condição, Vranicki^(24,31) diz que a “coisificação” do homem, como uma das formas essenciais de alienação do homem na sociedade burguesa, desumaniza igualmente várias outras coisas das suas outras relações”. E ainda sobre a alienação, Marx^(25:10,13) considera que “o homem se torna objeto para si mesmo e, ao mesmo tempo, se converte bem mais em um objeto estranho e inumano ... A máquina acomoda-se à fraqueza do homem, para converter o homem fraco em máquina.”

Nesse contexto adverso identificado, o profissional realiza suas atividades de forma mecânica, prioriza suas atividades para as situações mais emergenciais e rotineiras, pouco interage com o cliente. O profissional torna-se uma máquina de produção em série nas 24 horas do dia, num sistema de assistência “fast food”. Humanizar a assistência à saúde é também humanizar as condições de trabalho do profissional de saúde, da área de saúde, adequando a oferta de serviços às necessidades da população, evitando-se a peregrinação de gestantes pelas maternidades públicas.

Campos et al.⁽²⁶⁾ analisando a mortalidade infantil e a trajetória dos pacientes até os serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, identificaram que os deslocamentos entre o local de residência da criança e o local de óbito foram maiores para mortalidade pós-neonatal se comparados à mortalidade neonatal. A maior dispersão dos destinos, no caso da mortalidade pós-neonatal, demonstra que o sistema de referência e contra-referência para o parto é precário e limitado, necessitando de um efetivo sistema regionalizado e hierarquizado de serviços de saúde. “Enquanto em países desenvolvidos discute-se a condução do parto e o monitoramento de crianças cada vez mais prematuras, no Brasil ainda vemos crianças em boas condições de nascimento irem a óbito por falta de condições mínimas de assistência.”^(26:170)

Modelo tradicional versus Modelo humanizado: estratégias de hegemonia e de contra-hegemonia

As enfermeiras das maternidades B e C verbalizaram maior resistência à atuação da enfermeira pela equipe médica do que na maternidade A. Consideramos que essa diferença é devida ao processo de sensibilização, pelo qual toda equipe passou previamente à inauguração da Maternidade A. Nas outras maternidades, as enfermeiras foram inseridas num ambiente já estruturado e com os espaços de atuação já delimitados, sem a prévia sensibilização das equipes médicas, embora tenham sido informadas pela direção local dos objetivos do projeto implantado pela Secretaria Municipal de Saúde.

As enfermeiras descreveram muitas situações de conflito com a equipe médica. Como é ilustrado pela fala da enfermeira:

“No começo a gente tinha todo o tipo de problema. Eles (os médicos) diziam – Não vai fazer parto no meu plantão, que eu sou chefe do plantão! E a gente dizia que ia ficar, porque a Secretaria (Municipal de Saúde) garante que a gente fique e faça. E muitas outras coisas, tipo agressões verbais mesmo.... Eles se colocavam completamente contra, até hoje eles são contra.” (Enf. B 3)

Esse conflito revela que a inserção da enfermeira na atenção ao parto gerou, de certa forma, uma discordância de posições quanto à competência profissional da enfermeira para este tipo de atendimento. Acreditamos que o cerne da questão é a divisão social do trabalho da equipe de saúde, em que o médico tradicionalmente ocupa uma posição hegemônica. As enfermeiras, ao serem inseridas no centro obstétrico como uma profissional que atua nos partos de baixo risco, passaram a compartilhar funções e competências que outrora eram exclusivas dos médicos. Esse aspecto foi observado também no trabalho de Angulo-Tuesta et al.⁽²⁷⁾, quando afirmam:

os obstetras consideram que, devido à experiência e formação técnica, eles possuem 'autoridade' para estabelecer os critérios da atenção e o respeito à posição 'hierárquica'. (27:1432-3)

Da mesma forma que no estudo de Angulo-Tuesta op cit., identificamos que há fragilidade na autonomia das enfermeiras, relacionada à pouca experiência prática adquirida, dificultando a implantação de uma atenção com menor intervenção. Acreditamos que a necessidade de aquisição de habilidade profissional e conseqüente aceitação como uma profissional competente foi um fator que pode ter contribuído para que as enfermeiras adotassem algumas práticas do modelo de assistência tradicional a fim de não desagradar o grupo hegemônico, a equipe médica.

"Nós entramos para treinar, mas esse treinamento não deu tempo ter certeza do que estava fazendo. A relação com a equipe médica era muito importante para que avançássemos também na parte técnica. Precisávamos realmente de alguém para tirar nossas dúvidas, porque não tínhamos mais o professor. Então, seriam eles mesmos (os médicos). No começo foi até difícil. Eles não aceitavam o trabalho da gente. E quem a gente ia recorrer? Mas quando começamos a conquistar um espaço junto a eles, a coisa foi fluindo, foi ficando mais fácil." (Enf. B 3)

A hegemonia, no pensamento de Gramsci⁽²⁸⁾, significa a relação de domínio de uma classe social sobre o conjunto da sociedade. É ao mesmo tempo causa e efeito de uma crescente complexificação dos mecanismos de representação dos interesses e do mundo dos valores. A guerra de posição não pode ser identificada a uma revolução passiva. A luta da classe dominada para construir a sua hegemonia e tornar-se dominante apresenta-se, no plano concreto, como atividade de contra-hegemonia. O despertar para uma autoconsciência crítica, contrastando no campo da ética, depois no da política, possibilita uma elaboração superior da própria concepção do real.

Observamos que as enfermeiras utilizam estratégias femininas de resistência ao poder médico. Para Progianti⁽²⁹⁾ as enfermeiras utilizam estratégias diretas e indiretas de resistência à hegemonia médica. A estratégia direta usada é representada pela utilização do poder institucional, que as legitima a continuar atuando, a despeito das posições contrárias. Já a indireta aparece como a amizade e o respeito, utilizados como meios de resistência sutil ao grupo dominante.

Acreditamos, ainda, que esse conflito também reflete embate de dois paradigmas assistenciais no cenário obstétrico. O primeiro é representado pela forma tradicional de assistência ao parto, no qual os procedimentos técnicos de intervenção e de controle dos processos naturais são valorizados, e a presença do médico é necessária em face da maior complexidade das condutas obstétricas e das complicações que podem surgir no curso do processo parturitivo. O outro paradigma surge a partir das propostas de humanização do parto. Ele considera o parto como processo fisiológico e confere à mulher condição de protagonista desse processo natural. Dessa forma, viabiliza a inserção da enfermeira e a reinserção da parteira na assistência obstétrica oficial.

CONCLUSÃO

A Síntese: a práxis contraditória das enfermeiras

A Política de Humanização ao Parto e Nascimento propõe uma assistência obstétrica com menor grau de intervenção no parto e respeito à sua fisiologia. É fruto das reivindicações do movimento de mulheres e das ações de órgãos normativos que visam reduzir as complicações resultantes da utilização excessiva de tecnologia e de intervenções no parto, que repercutem negativamente nos índices de morbimortalidade materna.

Essa política está voltada principalmente para a mudança das condutas assistenciais dos profissionais de saúde. Porém, este estudo demonstrou que não é somente este fator que deve ser enfrentado. O sistema de saúde tem de considerar aspectos estruturais, ampliando o acesso às maternidades e garantindo às mulheres o direito de atendimento digno nas unidades de saúde.

É incoerente propor medidas de humanização do parto e nascimento sem enfrentar a peregrinação das mulheres à procura de vaga e a superlotação das maternidades públicas. Esses dois fatores interferem diretamente na condição materna e neonatal, no acolhimento da mulher e família nos serviços e no processo de trabalho do profissional de saúde, que se torna mecânico e acrítico.

A Política de Humanização ao Parto e Nascimento possibilita a incorporação de profissionais que estavam à margem da obstetrícia, a enfermeira e a parteira, assim como a incorporação de conhecimentos e práticas denominadas alternativas, como os métodos e técnicas utilizadas para o relaxamento e manejo da dor.

A práxis da enfermeira nessa política é caracterizada pela contradição. Apesar de defenderem as propostas de humanização do parto, utilizam algumas práticas da assistência tradicional. A fragilidade de sua autonomia não possibilitou que elas concretizassem plenamente essas propostas.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Relatório Nacional Brasileiro sobre a Implantação de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher (Pequim, 1995). 2000. [Citado em: jan. 2001] Disponível em: <http://www.mre.gov.br/beijing/relatorioprtuguês.pdf>.
2. Belizán JM, Athalbe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *Br Med J* 1999; 319 (27):1327-402.
3. Hotimski SN. Direito a acompanhante no parto. In: REDESAUDE - Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo: REDESAÚDE; 2002. p. 21.
4. OMS - Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: OMS; 1996. 54 p.
5. Yunes J, Finkelman J. Apresentação. In: Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: OMS; 1996. 54 p.
6. Johanson R, Newburn ME, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *Br Med J* 2002; 324: 892-5.
7. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International J Gynecol Obstetr* 2001; 75: S25-S37.
8. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstetr* 2001; 75: S5-S23.
9. Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. *Int J Gynecol Obstetr* 2001; 75: S39-S45.
10. Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1991; 7 (2): 135-49.
11. Tyrrell MAR. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto-social e inserção da enfermagem. *Rev Enf Esc Anna Nery* 1997; 1 (1): 119-34.
12. Riesco ML. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. *Rev Latino-Am Enf* 1998; 6 (2):13-5.
13. Brasil. Ministério da Saúde. 2004 Ano da Mulher. Brasília. Editora Ministério da Saúde; 2004. 186 p.
14. Larangeira M. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento Síntese do Programa de Ação do Cairo 94. 1998. [Citado em: 28 dez. 2000] Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/cairobr/html/cairobr.html>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. Portaria n.º 2.816. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, seção 1, p. 48 b, 02 de jun. de 1998.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.815. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, seção 1, p. 47-8 a, 02 de jun. de 1998.
17. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e a Parturiente – AP 3.3. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 1998.
18. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução n.º 667, de 01 de outubro de 1998. Acompanhante da Escolha da Parturiente durante o Trabalho de Parto e Parto. [Acesso em: 29 de nov. 2004]. Disponível em: <http://smonline.rio.rj.gov.br/resolucoes/663-672.cfm>.
19. Valladares DP. Ações de Contracepção e Assistência ao Parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: Giffin K (Org.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 357-76.
20. Vázquez AS. Filosofia da práxis. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1990. 454 p.
21. Kosic K. Dialética do concreto. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. 230 p.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1998. 269p.
23. Campos PT, Carvalho MS. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 (2): 411-20.
24. Vranicki P. Socialismo e o problema da alienação. In: Fromm E. Humanismo socialista. Lisboa-PT: Edições 70; 1976. p.307-23.
25. Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos: terceiro manuscrito. In: Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos. (Os Pensadores). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural; 1978. p. 3-47.
26. Campos PT, Carvalho MS, Barcellos CC. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8 (3): 164-71.
27. Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, D'Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (5):1425-36.
28. Gramsci A. Concepção dialética da história. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1986. 341 p.
29. Progianti J. M. Enfermeiras obstetras: estratégias de resistência à opressão masculina. *Rev Enf UERJ*, 1997; 5 (2): 469-74.
30. Lowy M. Ideologias e Ciência Social : elementos para uma análise marxista. 13ª ed. São Paulo: Cortez; 1999. 112 p.

Recebido em: 07/07/2005

Aprovado em: 29/09/2006