

Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual

Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos ¹
 <https://orcid.org/0000-0001-7271-8247>

Bertha Cruz Enders ²
 <https://orcid.org/0000-0001-5258-4579>

Rosineide Santana de Brito ³
 <https://orcid.org/0000-0001-7980-5693>

Pedro Henrique Silva de Farias ⁴
 <https://orcid.org/0000-0003-2246-4773>

Gracimary Alves Teixeira ⁵
 <https://orcid.org/0000-0002-6100-3796>

Dândara Nayara Azevêdo Dantas ⁶
 <https://orcid.org/0000-0002-4759-9458>

Sonaira Larissa Varela de Medeiros ⁷
 <https://orcid.org/0000-0002-9380-4678>

Adriana Souza da Silva Rocha ⁸
 <https://orcid.org/0000-0002-0948-764X>

^{1,4,7,8} Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Hospital Universitário Ana Bezerra. Santa Cruz, RN, Brasil. CEP: 59535000. E-mail: pedro_hsilvaf@hotmail.com

^{2,3} Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Natal, RN, Brasil.

^{5,6} Escola de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Lagoa Nova, RN, Brasil.

Resumo

Objetivos: compreender o contexto cultural da instituição hospitalar e sua relação com a prática autônoma do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual.

Métodos: pesquisa etnográfica desenvolvida em três maternidades públicas do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, com três gestores e 23 enfermeiros obstetras.

Resultados: diferentes aspectos de ordem cultural, organizacional e estrutural da instituição hospitalar interferem diretamente na prática autônoma do enfermeiro obstetra. Dentre estes aspectos, a valorização profissional na assistência ao parto de risco habitual contribui para a autonomia do profissional em questão.

Conclusões: constatou-se que o enfermeiro obstetra vivencia distintos contextos de atuação, os quais interferem diretamente na sua autonomia na assistência ao parto de risco habitual e no seu poder de decisão. Faz-se necessário, então, desvencilhar-se das relações de domínio e submissão, ainda impostas pela hegemonia médica.

Palavras-chave *Enfermagem Obstétrica, Autonomia Profissional, Tocologia, Salas de Parto, Saúde da Mulher*



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200012>

Introdução

O enfermeiro obstetra é um profissional legalmente habilitado para atuar na assistência à mulher em processo parturitivo. Entretanto, há problemática existente na esfera hospitalar no que se refere à autonomia deste profissional na assistência ao parto de risco habitual, nas instituições do Sistema Único de Saúde (SUS).

A autonomia é entendida como determinado grau de poder, conhecimento teórico e/ou prático do ambiente de atuação, competências para fazer escolhas, capacidade de ação e responsabilidade na tomada de decisões.¹ Salienta-se que não se trata de uma propriedade singular dos sujeitos, e sim de uma conotação que exige intersubjetividade, pois se baseia no conjunto de condições socialmente construídas. Destarte, encontra-se vinculada às questões referentes à descentralização do poder, uma vez que busca garantir maior participação política dos sujeitos.²

Apesar do avanço nas políticas e portarias ministeriais, como a garantia da Lei do Exercício Profissional, a qual dá sustentação à atuação do enfermeiro obstetra, a sua participação na assistência ao parto ainda é pouco expressiva no cotidiano dos serviços de saúde.³ Assim sendo, a superação desta realidade ainda é considerada um desafio, pois o atendimento à parturiente continua centrado no modelo biomédico, no qual o intervencionismo constitui-se rotina nas instituições que atendem à população feminina,⁴ com crescimento em todas as regiões do Brasil.⁵

É preciso, então, ampliar a discussão a respeito do contexto no qual se desenvolve o processo de trabalho da Enfermagem. Nesta perspectiva, faz-se necessário compreender a potencialidade que têm os espaços organizacionais para gerar informações acerca dos nós críticos que impedem a participação efetiva do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual.

Neste sentido, entende-se que a autonomia deste profissional está relacionada diretamente à liberdade de tomada de decisão no atendimento à parturiente, sendo capaz de contribuir de forma significativa para a humanização da assistência ao parto e nascimento.

No entanto, sabe-se que esta participação é influenciada por relações de poder existentes nas instituições,⁶ bem como por crenças, valores, relações e significados.⁷ Deste modo, a tomada de decisão do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente é mediada pelas questões culturais presentes no local de atuação.⁸

Percebe-se que a atuação do referido profissional

é considerada um evento social com grande influência cultural, permeada por relações de poder instituídas.⁷ Por esta razão, este estudo desenvolveu-se em torno do conceito central de cultura, pois se acredita que há algo oculto que promove ou inibe a autonomia do enfermeiro obstetra. Nesta perspectiva, a cultura é definida como as teias de significados estabelecidas pelo ser humano, nas quais ele visualiza seu mundo. Essa análise interpretativa do significado é constituída por meio das relações sociais de modo semiótico.⁹

De modo geral, os aspectos contextuais que envolvem o problema de pesquisa desta investigação referente à autonomia do enfermeiro obstetra levaram a questionar: como o contexto cultural da instituição hospitalar se relaciona com a prática autônoma do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual?

Assim, este estudo tem como objetivo compreender o contexto cultural da instituição hospitalar e sua relação com a prática autônoma do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. Desta maneira, pretende-se contribuir para o fortalecimento da Enfermagem Obstétrica, com vistas às mudanças significativas no modelo de saúde na área obstétrica, centrado na visão holística e na humanização do cuidado.

Atualmente, três modelos norteiam os paradigmas de cuidados em saúde na assistência obstétrica, são eles: tecnocrático, humanista e holístico. O modelo tecnocrático baseia-se no conceito de separação da mente e corpo, bem como na dominação das máquinas sobre as crenças individuais e coletivas. Contraopondo-se a esta concepção, tem-se o modelo humanizado, trazendo a ideia de interligação entre a condição física, os componentes psicológicos e a sociedade. O holístico, por sua vez, combina a mais rica variedade de abordagens, pois indica a influência do corpo, da mente, das emoções, do espírito e do ambiente no processo de cura e cuidado do homem.¹⁰

Portanto, pode-se considerar que os elementos da cultura institucional influenciam as transformações no que tange às reconfigurações dos modelos de atenção à saúde, assim como nas relações sociais e de poder. Estes aspectos estabelecem interface com o processo de subjetivação e construção da identidade profissional, visando à autonomia na assistência à parturiente. Neste sentido, o processo de tomada de decisão do enfermeiro obstetra e a consolidação do modelo de atenção ao parto e nascimento são desafiadores, pois dependem de aspectos éticos relacionados às questões morais, culturais e sociais presentes no

âmbito do setor obstétrico.

Métodos

Tipo de estudo

Pesquisa etnográfica desenvolvida em três maternidades públicas do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Escolheu-se a etnografia como referencial metodológico para essa investigação, pois ela permite a formação de conceitos e relações explicativas mediante a compreensão ou construção de uma rede de significados, a partir das inter-relações, crenças e valores das pessoas nos espaços institucionais.¹¹

No que se refere à descrição dos espaços institucionais, é importante enfatizar que a maternidade 01 possui 53 leitos, dentre os quais 10 são suítes de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) e os demais, distribuídos em pediatria, alojamento conjunto, clínica cirúrgica e neonatologia. Dispõe, em seu quadro funcional, de uma equipe multiprofissional nas 24 horas de plantão e enfermeiros obstetras lotados exclusivamente no setor de PPP.

A segunda instituição participante, por sua vez, conta com uma estrutura física organizada em 16 suítes PPP, com três enfermarias de alojamento conjunto e uma equipe multiprofissional nas 24 horas de plantão. Os enfermeiros obstetras não são lotados exclusivamente no setor de PPP. Já terceira maternidade dispõe de um centro obstétrico, mas não possui suítes PPP. Conta, no plantão 24 horas, com uma equipe multiprofissional, no entanto, apenas quatro enfermeiros obstetras têm sua escala no setor de assistência ao parto de risco habitual.

Procedimentos

A seleção das três maternidades públicas do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, ocorreu em virtude dos seguintes critérios: ser referência para atendimento de mulheres em trabalho de parto de risco habitual e contar com enfermeiros obstetras lotados no setor de assistência ao processo parturitivo.

Participaram do estudo, três gestores, um de cada maternidade, e 23 enfermeiros obstetras que trabalhavam em alguma dessas instituições de saúde, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: estarem lotados no setor obstétrico e inseridos na assistência à mulher em processo parturitivo de risco habitual. Foram excluídos aqueles que estavam de férias, licença médica ou qualquer outro tipo de afastamento, na ocasião da coleta de dados.

Os enfermeiros obstetras caracterizaram-se por

ser a maioria do sexo feminino, com predominância da faixa etária de 30 a 39 anos. Tratando-se do tempo de formação profissional, observou-se que nas maternidades investigadas existem profissionais com longo tempo de especialização comprovada em obstetria. No tocante ao tempo de atuação, a maior parte afirmou ter ampla experiência profissional em obstetria. No que se refere aos gestores, são profissionais da área da Enfermagem Obstétrica, Fonoaudiologia e Medicina. Dentre eles, dois estão na gestão da instituição há dois anos e um, em torno de 11 anos.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2016, por meio de múltiplas fontes: entrevistas semiestruturada, observação participante, diário de campo e grupo focal. Duas perguntas etnográficas, do tipo descritiva e estrutural, deram início às entrevistas com os enfermeiros obstetras: 'Fale sobre a sua experiência no processo de tomada de decisão na assistência ao parto e nascimento desta instituição' e 'Como você analisa a organização desta instituição enquanto referência para o parto humanizado?'

As entrevistas aconteceram no hospital, conforme a solicitação dos informantes, com exceção apenas de um gestor, que optou por ser entrevistado em sua residência. Em ambos os locais, a coleta ocorreu de forma tranquila e livre de interrupções. Simultaneamente, aconteciam as observações participantes por meio de um roteiro que contemplava oito indicadores observáveis, com a finalidade de nortear a coleta de dados e mapear a rotina de trabalho dos enfermeiros obstetras.

A pesquisadora considerou como critério, durante esta técnica, colaborar com as situações identificadas que apresentassem risco ou desconforto à parturiente. Ocorreu nos turnos de trabalho, diurno e noturno, com duração média de 12 horas para cada profissional. As descrições relacionaram-se às condições estruturais, organizacionais, culturais, como também aos comportamentos, ações, atividades específicas, relações e diálogos do enfermeiro obstetra. A observação participante é um caminho para se conseguir informações a respeito da cultura de um determinado grupo de pessoas, no seu ambiente de convivência.¹²

Após esta etapa, duas questões de contrastes surgiram para entrevistar os três gestores das instituições em apreço, com a finalidade confrontar os dados: 'Você poderia falar sobre a participação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual nesta instituição?' e 'Fale sobre o papel da gestão na promoção da autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual'.

Além disso, os acontecimentos verificados durante a coleta de dados foram registrados em diários de campo, como conversas informais, expressão de tristeza, alegria, revolta, medo, insegurança e relações de dominação. Por fim, ocorreu a técnica de grupo focal, realizada em sessão única, com a participação de oito enfermeiros obstetras, no intuito de discutir as novas questões oriundas das entrevistas semiestruturadas e observações participantes, bem como possibilitar a validação dos temas culturais (conceitos) que emergiram na fase de análise dos dados.

Vale ressaltar que, no intuito de assegurar a confidencialidade das informações coletadas, os nomes dos participantes foram ocultos e substituídos por números e letras. Deste modo, garantiu-se o anonimato por meio de um código alfanumérico composto pelas iniciais da profissão/cargo (E para Enfermeiro e G para Gestor), seguido de um número cardinal como, por exemplo: E01.

Os dados foram analisados simultaneamente à coleta de dados conforme os preceitos da etnografia,¹² ou seja, à medida que os dados eram colhidos, de forma concomitante, procedia-se a sua organização, sistematização e análise, para identificar os domínios culturais e o surgimento de novas questões etnográficas. Os subsídios da observação participante, entrevistas e diário de campo foram inseridos na ferramenta *Atlas.ti*, software utilizado para análise qualitativa das informações coletadas.

Ademais, foram propostas múltiplas fontes de dados e quatro etapas no processo de análise: de domínios, taxonômica, componencial e análise de temas. Destas, surgiram os termos incluídos, correspondentes às subcategorias, e os termos cobertos, referentes às categorias. Mediante relação semântica, deram origem aos conceitos.¹²

Logo, deu-se início à análise de domínios, visando identificar domínios/categorias simbólicas ou símbolos que pudessem compartilhar um significado cultural a respeito da autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. O próximo passo na análise foi a construção de taxonomias, nas quais os dados coletados foram analisados em profundidade, formando uma classificação ou hierarquia. Nesta fase, foram identificados termos incluídos em contraste, dando origem ao terceiro nível da análise, denominado componencial, o qual representa a busca sistematizada das diferenças entre os símbolos e auxilia a descoberta dos significados.¹²

Na imersão dos dados etnográficos, ao finalizar o processo de análise de domínio, taxonômica e componencial, deu-se início à última e mais refinada

etapa, denominada análise temática, com o objetivo de identificar os temas culturais (conceitos). Desta forma, por meio do processo de análise desta pesquisa, surgiram cinco domínios culturais, uma taxonomia e um contraste. A abordagem de mapa cultural, que consiste no entrelaçamento dos domínios, definiu três temas culturais (conceitos), possibilitando a descoberta de três termos cobertos, sendo um deles ora apresentado, os quais foram validados pelos participantes por meio do grupo focal, dando origem ao tema cultural central: construindo a autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual.

Aspectos éticos

Destaca-se que o desenvolvimento desta investigação se deu após o consentimento formal das instituições, parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob CAAE nº 55187716.9.0000.5537, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo.

Resultados

Verificou-se, nas maternidades que compuseram os cenários desta pesquisa, que diferentes aspectos de ordem cultural, organizacional e estrutural da instituição hospitalar interferem diretamente na prática autônoma do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual.

Assim, dentre os aspectos culturais identificados nos cenários de prática dos informantes deste estudo, o modelo biomédico na condução do processo parturitivo se destacou, como se pode verificar no relato a seguir:

“Muitas vezes, quando a gente chega ao plantão, ela já está no soro, já está com ocitocina. Dizem para ela ficar deitada na cama e, quando a gente chega, tenta mudar esse paradigma todo, mas você não consegue (E18)”.

A política institucional de duas maternidades pesquisadas se encontra vinculada à hegemonia desse modelo de atenção à saúde. Desta maneira, dificulta a promoção do enfermeiro obstetra como agente de mudança do processo parturitivo, conforme pode ser evidenciado nos depoimentos dos profissionais e dos gestores:

A política institucional deste hospital está arraigada à hegemonia médica, e não ao trabalho do enfermeiro

obstetra (E22).

Se a intenção era ter uma maternidade com um modelo que fosse conduzido da assistência prioritariamente pelo enfermeiro obstetra, então não era para ter sido privilegiada a inserção do médico nesse cenário. Em nenhum momento, houve a preocupação de consistir em uma política institucional voltada para a Enfermagem Obstétrica (G02).

O mecanismo central de dominação da categoria médica sobre a instituição implica em dificuldades significativas no poder de decisão, não só do enfermeiro obstetra, mas também da equipe, que passa a atuar de forma desarticulada. Este fato foi destacado por uma das entrevistadas ao dizer que se

“[...] depara com uma equipe solta: médicos plantonistas, cada um com sua conduta, e enfermeiros bem heterogêneos” (E09).

Para alterar essa hegemonia, a partir de uma proposta de um modelo obstétrico humanizado, é necessária uma mudança nas crenças e valores institucionalizados embora possa desencadear conflitos entre os profissionais, diante das possíveis transformações nos seus respectivos processos de trabalho. Como pode ser observado na fala a seguir:

São profissionais que não concordam com as mudanças. Não são contra somente ao enfermeiro obstetra, mas também a coisas simples: é contra a cama, é contra o sistema PPP (em uma mesma suíte) [...]. São pessoas com a mente fechada para as mudanças, se acomodaram com aquele sistema e não querem que as coisas mudem (E02).

A cultura biomédica, sustentadora do processo de medicalização do parto, ainda está presente em duas maternidades pesquisadas, as quais não conseguem disponibilizar, de forma efetiva, condições e atitudes condizentes com as boas práticas de humanização do parto e nascimento.

Constatou-se, por meio da observação participante, em uma das maternidades pesquisadas, por exemplo, a inexistência de métodos não farmacológicos, bem como ambiência inadequada para a promoção do parto e nascimento humanizado. Ademais, a organização do serviço segue a linha tradicional de cuidados, reforçando a divisão de trabalho entre aquele que comanda e o que executa as ações.

Eu acho que aqui não é referência para o parto humanizado. Às vezes, a própria paciente fica internada em

cadeira no corredor porque não tem mais leito [...]. Métodos não farmacológicos, não tem. Se tenta humanizar porque é lei. Mas, em termos de estrutura e condições oferecidas pelo serviço, não oferece nenhuma (E20).

Outro fator a ser considerado no contexto de atuação profissional, que impacta diretamente na autonomia do enfermeiro obstetra, é a superlotação de alguns serviços, situação agravada pelo dimensionamento inadequado responsável por acarretar sobrecarga de trabalho vivenciada por estes profissionais. As falas a seguir retratam, com propriedade, a realidade apresentada:

Não tem profissional suficiente para acompanhar. Então, muitas vezes [...] nem na hora do parto você está presente, porque está em outra atividade [...]. A gente acaba assumindo todas as pacientes, vários setores, e a gente não consegue realmente fazer o que é da nossa competência. A gente tem também uma superlotação [...]. Desta forma, a assistência não vai ser tão humanizada como a gente gostaria que fosse (E14).

É oportuno ressaltar a valorização da identidade profissional do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual em uma maternidade, uma vez que contribui para a autonomia destes profissionais. Essa experiência pode ser exemplificada na seguinte fala:

Esse trabalho desenvolvido aqui é muito bonito, pois o enfermeiro se enxerga realmente como enfermeiro obstetra, capaz de acompanhar um trabalho de parto, discutir com a equipe médica e ser ouvida [...]. Aqui dentro, eu me sinto realizada e confortável, porque me sinto protegida e apoiada. Saindo daqui, já não sei (E09).

A cultura institucional, além de promover a autonomia profissional, consegue estabelecer interação importante com os demais profissionais, na perspectiva do atendimento colaborativo e multiprofissional, como se pode observar a seguir:

A enfermeira obstetra, neste hospital, tem bastante autonomia na tomada de decisão de avaliar, de partear, de assistir o parto e, quando identifica alguma distocia, chama o médico. Eles (os médicos) têm muita confiança no enfermeiro obstetra, e os outros profissionais também. A gente realmente discute os casos com toda a equipe. É uma troca de informações entre as áreas (E01).

Atreladas a isto, as adequadas condições de trabalho favorecem o desenvolvimento de boas

práticas de atenção ao parto e nascimento, condizentes com a humanização.

“É um ambiente estruturado com suítes PPP (em uma mesma suíte), e isso facilita muito trabalhar com a humanização. Além disso, [...] a instituição oferece métodos não farmacológicos para que possa fortalecer o nosso trabalho (E01) ”.

Discussão

A partir da análise dos dados coletados, pode-se compreender que o contexto cultural da instituição hospitalar se relaciona com a autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual de diversas maneiras.

Uma das características culturais identificadas nos cenários de prática dos informantes deste estudo foi o modelo biomédico como modo preponderante de condução do processo parturitivo. Trata-se de um modelo caracterizado por uma hegemonia médica e pela valorização de técnicas que não apreciam a participação ativa da mulher no trabalho de parto, como exemplificado na fala de E18. E, por esta razão, não favorece o protagonismo da mulher, aspecto essencial para uma assistência humanizada ao parto.¹³

Verificou-se que o modelo biomédico, ao instituir rotinas de atendimento centrado no médico e na valorização de procedimentos e altas tecnologias, dificulta a viabilização de cuidados humanizados durante o trabalho de parto.¹⁴ Sob essa perspectiva, o parto passa a ser visto como um processo patológico, imbuído de intervenções com o intuito de manter o controle sobre a parturiente,¹⁵ e não como um evento fisiológico e natural, capaz de demandar pouca ou nenhuma intervenção.¹³

Um estudo desenvolvido no Rio de Janeiro¹⁴ afirma que a cultura hospitalar, centrada no modelo biomédico, pode influenciar a forma como as enfermeiras obstétricas prestam seus cuidados. Desta forma, a assistência no trabalho de parto passa a utilizar todos os meios tecnológicos disponíveis, em obediência ao referido modelo. E, por conseguinte, ancora-se em um sistema de normas e valores próprios, com processos específicos de produção e reprodução de relações de dominação.¹⁶

Neste sentido, os entrevistados identificaram a interferência da hegemonia tecnicista sobre a sua identidade profissional, na medida em que acontece a subordinação e dependência do seu papel às concepções médicas. Assim, entre médicos e enfermeiros, passa a ser desenvolvida uma relação de dominação e subordinação, não de cooperação. Por

isso, no contexto simbólico de atuação hospitalar, instala-se uma posição hierárquica entre estas categorias profissionais.¹⁶

Além da dominação que estabelece com o enfermeiro obstetra e as demais categorias profissionais, a medicina constitui também uma forte influência ascendente sobre a própria instituição e pacientes. Os participantes deste estudo reconheceram a necessidade de mudança do paradigma vigente para uma assistência, ao trabalho de parto, pautada em modelos não intervencionistas.

Entretanto, adotar a proposta de um modelo obstétrico humanizado significa mudar as crenças e valores institucionalizados, o que demonstrou desencadear conflitos entre os profissionais de saúde. Deste modo, a atuação do enfermeiro obstetra encontra-se, muitas vezes, na dependência da equipe médica de plantão e no modelo biomédico instituído nas maternidades.

A humanização da assistência em saúde surge como alternativa para transformar o panorama existente no SUS, demandando mudanças em vários aspectos, de modo a superar as dificuldades de acesso a um serviço de qualidade. Esta conjuntura se estende à saúde da mulher, sobretudo, quando se analisa a assistência com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento.¹⁷

Neste sentido, a humanização pode ser concebida como um processo reflexivo, voltado para valores e princípios que conduzam a um cuidado digno, solidário e acolhedor, alicerçado na postura ética e respeitosa à dignidade humana.¹⁸

No tocante à fala dos participantes, é possível perceber uma incoerência entre a prática vivenciada pelos enfermeiros obstetras e as portarias e diretrizes ministeriais que abordam a atenção ao parto e nascimento. Isto se deve ao fato de algumas instituições apresentarem sinais de dicotomia entre a perspectiva do modelo humanístico do cuidado e as pressões decorrentes do controle médico na gestão dos processos assistenciais.

Esta realidade, por sua vez, tem ocasionado dificuldade na consolidação do trabalho em equipe nos serviços de saúde, em decorrência do modelo hegemônico isolado e independente. Arelada a isto, está a fragilidade de coesão dos enfermeiros obstetras em suas condutas, com vistas ao avanço da profissão.

Convém salientar que, influenciada pela socialização e história cultural da instituição, a atuação profissional envolve processos dinâmicos capazes de causar interferência na sua identidade, que passa a ser construída e reformulada com a interação estabelecida entre os atores sociais, mediante o signifi-

cado que o ser humano confere a si mesmo, ou daquele que é atribuído pelo outro.¹⁹ Desta maneira, a identidade profissional do enfermeiro obstetra tende a ser diferenciada quando este ator social vivencia contextos com características culturais de valorização profissional.¹⁴

As diferenças culturais, valores, significados e sistemas simbólicos de um grupo são cada vez mais visíveis e relevantes no campo das práticas sociais. Por isso, é imprescindível conhecer a origem destas questões e definir mecanismos que apontem para qual direção elas poderão levar.²⁰ Visto isso, é oportuno ressaltar que a cultura institucional de uma das maternidades desenvolve estratégias voltadas para a identidade profissional do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual.

Conforme os depoimentos apresentados nos resultados, os participantes conseguem construir, de forma individual e coletiva, a identidade profissional que tanto desejam alcançar no atendimento à mulher no processo parturitivo. Constatou-se que as estratégias referenciadas pelos entrevistados, na instituição supracitada, são contra hegemônicas e centradas em resultados que promovem o modelo humanístico, bem como a autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual.

Além disso, conseguem estabelecer interação importante com os demais profissionais, na perspectiva do atendimento colaborativo e multiprofissional. Para tanto, é preciso avançar nas relações entre as diferentes categorias, evitar a sobreposição entre elas e colaborar, uns com os outros, como membros de uma só equipe, cujo compromisso final está voltado ao cuidado do paciente.²¹

Desta forma, faz-se necessário analisar os específicos arranjos organizacionais de sua prática, as relações sociais estabelecidas e o sistema de valores que lhe fornecem significado. As relações sociais estabelecidas no contexto de atuação profissional distribuem o poder, institucionalizam as formas de ação em diferentes espaços e áreas de saber, além de modelarem o fazer diário dos atores sociais.²²

Trata-se de relações que vão além da confiança técnica, na medida em que suscitam o sentimento de fazer parte de um propósito maior. Elas contribuem para a autonomia do enfermeiro obstetra e para a satisfação profissional e, de forma positiva, refletem no clima organizacional da instituição. Assim, possibilitam condições laborais condizentes para o desenvolvimento do trabalho.

O Ministério da Saúde, como princípios e diretrizes da humanização, considera a ambiência, o acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da

dor, a participação da equipe multiprofissional e a atuação do enfermeiro obstetra com autonomia.¹⁷

Neste sentido, outro ponto a ser mencionado diz respeito ao número adequado de profissionais. De acordo com a Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015, para cinco suítes PPP, deve existir um enfermeiro obstetra como coordenador do cuidado e um enfermeiro, com cobertura de 24 (vinte e quatro) horas por dia.⁴

As informações obtidas, neste estudo, mostram as diferentes condições estruturais, organizacionais e culturais que, dependendo do local de atuação, promovem ou inibem a autonomia da Enfermagem Obstétrica no contexto hospitalar. Assim sendo, o contexto institucional dos serviços não se resume apenas ao conjunto de disposições estruturais e tecnológicas. Logo, é preciso também refletir sobre as relações que constituem a vivência dos atores que testemunham estratégias recíprocas, de ordem social e de poder, sobre as quais são construídos os serviços.²³ À medida que ocorre a progressão histórica, sistemas são instituídos no interior das instituições, visando estabelecer a ordem disciplinar.²⁴

Nesta abordagem, constatou-se que uma das maternidades pesquisadas vem se instrumentalizando ao longo dos anos quanto à inserção do enfermeiro obstetra na cena do parto, a fim de consolidar o modelo humanístico do cuidado. Essa realidade é reconhecida não só pelos profissionais que ali atuam, mas também pelos gestores.

A disseminação da cultura institucional, relativa à mudança do modelo assistencial e à autonomia do enfermeiro obstetra na condução do parto de risco habitual, já é uma realidade no estado do Rio Grande do Norte. No entanto, apesar deste reconhecimento, os profissionais demonstraram sinais de dificuldades no poder de decisão do enfermeiro obstetra, fato que pode desencadear uma crise interna na cultura institucional já estabelecida em determinada maternidade, em decorrência da hegemonia do modelo cartesiano ainda presente no âmbito obstétrico.

Entende-se por crise o conjunto de prováveis mudanças culturais que resultam em novas percepções a respeito da realidade e das práticas sociais. Desta forma, a estabilidade interna, bem como a maneira de perceber o significado daquilo que é vivenciado diariamente, poderá sofrer mudanças, visto que se trata de fenômenos capazes de causar a desordem do que aparenta estável.²⁵

Diante do exposto, percebeu-se o desafio de retratar a realidade vivenciada pelos enfermeiros obstetras nas maternidades públicas do estado do Rio Grande do Norte, em virtude dos diferentes

contextos e de suas infinitas possibilidades, as quais interferem diretamente no poder de decisão deste profissional.

Então, observou-se que esses espaços são constituídos por condições estruturais, práticas organizativas e, sobretudo, por aspectos culturais, como valores perpetuados pela instituição e crenças dos indivíduos envolvidos, os quais são capazes de possibilitar o desenvolvimento da dependência ou da prática autônoma do enfermeiro obstetra. Também, verificou-se que este universo desencadeia uma rede de relações sociais e de poder, entremeada pelos diversos sentimentos que permeiam a prática obstétrica.

Considerações Finais

A trajetória deste estudo constatou que o enfermeiro obstetra vivencia distintos contextos de atuação, os quais interferem diretamente na sua autonomia na assistência ao parto de risco habitual. Esses espaços abrangem diferentes condições estruturais, processos organizacionais e, sobretudo, aspectos culturais que, dependendo do local, contribuem para a liberdade no seu poder de decisão, de modo a desvencilhar as relações de domínio e submissão ainda impostas pela hegemonia médica.

Deste modo, “mergulhar” no mundo social do cenário obstétrico possibilitou compreender que se trata de um meio permeado por crenças, valores e interações, os quais modelam o poder-saber de múltiplas profissões e estabelecem relações capazes de gerar uma rede densa tanto de tensões, conflitos, negociações e sentimentos contraditórios, quanto de aprendizados.

A reflexão sobre a atuação do enfermeiro obstetra na condução do processo parturitivo revelou, além dos limites, a possibilidade da valorização da identidade profissional na assistência

ao parto de risco habitual, com vistas à construção da sua autonomia, tendo como ponto de partida a cultura do contexto onde o fenômeno acontece, uma vez que as práticas profissionais possuem marcas do universo cultural da instituição à qual pertence.

Portanto, este estudo trouxe contribuições relevantes para o enfrentamento das dificuldades na perspectiva de enfermeiros obstetras autônomos, visto que abordou o ponto neofrálgico que consiste na articulação entre a cultura e a autonomia, objetivando à subjetivação deste profissional na assistência ao parto de risco habitual.

Assim, as experiências compartilhadas e os valores herdados exercem influência sobre as atividades cotidianas, de modo a promover ou inibir a sua autonomia, concretizada a partir do indivíduo, ou seja, da atitude deste para com a ação e de suas relações de poder constituídas com as demais pessoas presentes na instituição.

Neste estudo constatou-se dificuldades de expressão e de esclarecimento dos significados por parte dos entrevistados. Porém, na tentativa de minimizar estas limitações, o pesquisador proporcionou um ambiente privativo e confortável, capaz de promover a livre expressão de sentimentos, percepções e significados.

Contribuições dos autores

Santos FAPS, Enders BC e Brito RS - contribuíram na concepção e delineamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Farias PHS, Teixeira GA, Dantas DNA, Medeiros SLV e Rocha ASS - redação, revisão crítica e aprovação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

1. McKay S. The route to true autonomous practice for midwives. *Nurs Times*. 1997; 93 (46): 61-2.
2. Flickinger HG. Autonomia e reconhecimento: dois conceitos-chave na formação. *Educação*. 2011; 34(1): 7-12.
3. Amestoya SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35 (2): 79-85.
4. Brasil. Portaria nº11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, DF; 2015. [acesso em 30 out 2016]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2015/01_janeiro/PT_GM_N_11_01.01.2015.pdf
5. Rodrigues JCT, Almeida IESR, Neto AGO, Moreira TA. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Rev Multitexto*. 2016; 4 (1): 48-53.
6. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. *Esc Anna Nery* [online]. 2015; 19 (3): 424-31.

7. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. The process of giving birth assisted by obstetrician nurse in a hospital context: mean for the parturients Esc Anna Nery [online]. 2012; 16 (1): 34-40.
8. Baliza MF, Bousso RS, Poles K, Santos MR, Silva L, Paganini MC. Factors influencing intensive care units nurses in end-of-life decisions. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49 (4): 572-9.
9. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan; 1989.
10. Davis-floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynaecol Obstet. 2001; 75 (Suppl 1): S5-S23.
11. Spradley JP. The ethnographic interview. New York: Iolt, Rinehart and Winston; 1979.
12. Spradley JP. The participant observation. New York: Iolt Rinehart and Winston; 1980.
13. Silva U, Fernandes BM, Paes MSL, Souza MD, Duque DAA. Nursing care experienced by women during the childbirth in the humanization perspective. J Nurs UFPE [online]. 2016; 10 (4): 1273-9.
14. Nicácio MC, Heringer ALS, Schroeter MS, Pereira ALF. Percepção das enfermeiras obstétricas acerca de sua identidade profissional: um estudo descritivo. Online Braz J Nurs [online]. 2016; 15 (2): 205-14.
15. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
16. Carapineiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto : Afrontamento Ltda; 1993.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e no nascimento. Brasília, DF; 2002.
18. Onias JMTC, Carvalho JA, Escobar KAA. Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde - SUS. Rev Cient ITPAC [online]. 2013; 6 (1): 1-9.
19. Cardoso MIST, Batista PMF, Graça ABS. A identidade do professor: desafios colocados pela globalização. Rev Bras Educ. 2016; 21 (65): 371-90.
20. Veiga-Neto A. Michel Foucault e os estudos culturais. In: Costa MV (org.). Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema. Porto Alegre: UFRGS; 2000. p.288
21. Przenyczka RA. The paradox of freedom and autonomy in nurses' actions. Texto & Contexto Enferm. 2012; 21 (2): 427-31.
22. Smith DE. Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In: Smith DE (Org.). Institutional Ethnography as Practice. Lanham: Rowman & Littlefield Publisher; 2006. p. 15-44.
23. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. Paris: Du Seuil; 1977.
24. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 35 ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
25. Harvey D. Espaços urbanos na aldeia global: reflexões sobre a condição urbana no capitalismo no final do século XX. Cadernos de Arquitetura e Urbanismo. Minas Gerais: PUC; 1996.

Recebido em 28 de Agosto de 2018

Versão final apresentada em 25 de Fevereiro de 2019

Aprovado em 09 de Maio de 2019