




SOFRIMENTO MORAL NA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO: SITUAÇÕES PRESENTES NO TRABALHO DE ENFERMEIROS DE CENTROS OBSTÉTRICOS E MATERNIDADES

Heitor Silva Biondi^{1,2} 
Edison Luiz Devos Barlem¹ 
Eliana Cardia de Pinho³
Diogo Henrique Tavares⁴
Nalú Pereira da Costa Kerber¹
Jamila Geri Tomaschewski-Barlem¹ 

¹Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo: conhecer as situações presentes no trabalho de enfermeiros atuantes em maternidades e centros obstétricos que podem conduzir ao sofrimento moral.

Método: estudo qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido com 14 enfermeiros atuantes em centros obstétricos e maternidades de dois hospitais do sul do Brasil. Os dados foram coletados de outubro de 2015 a janeiro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, analisados com base na Análise de Conteúdo.

Resultados: verificou-se ocorrência do sofrimento moral relacionado às atividades que suplantam as capacidades de execução pelos enfermeiros, levando-os a priorizar as atividades administrativas e gerenciais, das quais os mesmos são cobrados pelas instituições, deixando de participar diretamente da assistência, aspecto potencializado pelo quantitativo inadequado de profissionais de enfermagem. Relações assimétricas de poder e interações conflituosas compõem uma ambiência de tolhimento da autonomia do enfermeiro, impedindo-o de agir em consonância com seus saberes e valores morais. As infrutíferas tentativas de mudar o contexto desumanizador por meio da advocacia e a visualização de condutas desrespeitosas, intervencionistas e violentas contra as mulheres, geram sofrimento moral.

Conclusão: a pluralidade de fazeres do enfermeiro, a reduzida autonomia, o desrespeito em relação à sua prática e a visualização de condutas desumanizadoras geram sofrimento moral. Destaca-se a importância de buscar alternativas para que os enfermeiros possam agir e advogar em consonância com seus saberes e valores morais, de modo autônomo e empoderado, visando propiciar uma assistência ao nascimento digna e segura, e uma ambiência que respeite a mulher e sua autonomia.

DESCRITORES: Dano moral. Parto humanizado. Ética. Ética em enfermagem. Enfermagem.

COMO CITAR: Biondi HS, Barlem ELD, Pinho EC, Tavares DH, Kerber NPC, Tomaschewski-Barlem JG. Moral suffering in assistance to childbirth: situations present in the work of nurses of obstetric centers and maternities. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2019 [acesso DIA MÊS ANO]; 28:e20180052. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0052>

MORAL SUFFERING IN ASSISTANCE TO CHILDBIRTH: SITUATIONS PRESENT IN THE WORK OF NURSES OF OBSTETRIC CENTERS AND MATERNITIES

ABSTRACT

Objective: to know the situations found in the work of nurses working in maternity hospitals and obstetric centers that can lead to moral suffering.

Method: qualitative, exploratory and descriptive study, developed with 14 nurses working in obstetric centers and maternities of two hospitals in southern Brazil. Data were collected from October 2015 to January 2016, through a semi-structured interview, analyzed based on Content Analysis.

Results: there was an occurrence of moral distress related to the activities that supplanted nurses' execution capacity, leading them to prioritize administrative and managerial activities, for which they are charged by the institutions, failing to participate directly in the care, an aspect enhanced by the quantitative nursing professionals. Asymmetric relations of power and conflicting interactions compose an atmosphere of toleration for the autonomy of the nurses, preventing them from acting in harmony with their knowledge and moral values. The fruitless attempts to change the dehumanizing context through advocacy and the visualization of disrespectful, interventionist and violent behaviors against women, generate moral suffering.

Conclusion: the plurality of nurse actions, reduced autonomy, disrespect for their practice and the visualization of dehumanizing behaviors generate moral suffering. It is important to seek alternatives so that nurses may act and advocate in line with their moral knowledge and values, in an autonomous and empowered way, aiming to provide a dignified and safe childbirth assistance, and an environment that respects the woman and her autonomy.

DESCRIPTORS: Moral damage. Humanized childbirth. Ethics. Ethics, nursing. Nursing.

SUFRIMIENTO MORAL EN LA ASISTENCIA EN EL NACIMIENTO: SITUACIONES PRESENTES EN EL TRABAJO DE ENFERMEROS DE CENTROS OBSTÉTRICOS Y MATERNIDADES

RESUMEN

Objetivo: conocer las situaciones presentes en el trabajo de enfermeros que actúan en maternidades y centros obstétricos que pueden llevar al sufrimiento moral.

Método: estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, desarrollado con 14 enfermeros que actúan en centros obstétricos y maternidades de dos hospitales del sur de Brasil. Se recolectaron los datos de octubre de 2015 a enero de 2016, por medio de entrevista semiestructurada, y se analizaron en base al Análisis de Contenido.

Resultados: se pudo comprobar los hechos de sufrimiento moral relacionados a actividades que suplantaban capacidades de ejecución de enfermeros, llevándolos a priorizar las actividades de gestión y gerencial que son cobradas por las instituciones, dejando de participar directamente del cuidado, aspecto que se potencia por lo cuantitativo inadecuado de profesionales de enfermería. Las relaciones asimétricas de poder y las interacciones conflictivas forman un ambiente de parálisis de la autonomía del enfermero, no permitiéndole actuar en consonancia con sus saberes y valores morales. Los infructíferos intentos de modificar el contexto deshumanizador a través de las leyes y la visualización de conductas no respetuosas, intervencionistas y violentas contra las mujeres generan sufrimiento moral.

Conclusión: la pluralidad de haceres del enfermero, la reducida autonomía, el no respeto en relación a su práctica y la visualización de conductas deshumanizadoras generan sufrimiento moral. Se destaca la importancia de buscar alternativas para que los enfermeros puedan actuar y abogar en consonancia con sus saberes y valores morales, de modo autónomo y empoderado, con el objetivo de propiciar un cuidado en el nacimiento digno y seguro, y un ambiente en que se respete a la mujer y su autonomía.

DESCRIPTORES: Daño moral. Parto humanizado. Ética. Ética en enfermería. Enfermería.



INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nos diferentes níveis de atenção à saúde abarca atividades que envolvem desde a assistência direta, práticas educacionais em/para a saúde, até as ações administrativas e gerenciais requeridas pelas organizações, em uma intersecção direta com o trabalho dos demais profissionais¹ e fortemente influenciado pelas políticas públicas de saúde, que norteiam as ações assistenciais e a organização do trabalho.²

No campo da saúde da mulher, o trabalho tem sido orientado pelas distintas estratégias, programas e políticas lançadas pelo Ministério da Saúde, tendo destaque as que visam reorganizar a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Rede Cegonha³ e o Projeto Parto Adequado.⁴ Estas iniciativas orientam a assistência e estimulam a realização do parto normal, a redução das intervenções, de cesarianas desnecessárias e do índice de mortalidade materna, buscando, ainda, o abandono de práticas de desumanização da assistência e de violência obstétrica.³

O arquétipo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde, que visa à humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, constitui um significativo avanço na atenção obstétrica, abrangendo evidências científicas que visam a favorecer um nascimento digno e respeitoso,⁵ efetivando-se por meio de um trabalho que deve seguir os princípios do modelo holístico.⁶

Todavia, ainda se vislumbram na atenção ao parto, características do cartesianismo, marcado pela fragmentação da assistência,⁶ centrada no modelo biomédico,⁵ pelo intervencionismo e pela submissão da parturiente. O modelo biomédico de assistência ao parto, que encara o corpo da mulher como imperfeito e incapaz de controlar a parturição, permite aos profissionais de saúde o emprego de ações que desconsideram a autonomia da mesma e a possibilidade de envolvê-la nas decisões referentes a seu corpo e sua vida.⁷ Ademais, consente atos de violência obstétrica, efetivados por meio de palavras, expressões de ironia, procedimentos invasivos, condutas inadequadas, coerção, ameaça, entre outros.⁸

Ao presenciarem situações de violência obstétrica cometidos contra as mulheres no contexto da assistência ao nascimento, muitos profissionais, dentre eles os enfermeiros atuantes em centros obstétricos (CO) e maternidades, sentem-se impotentes e descontentes frente às cenas humilhantes, levando-os a um grande conflito e angústia.⁸ A experiência de estar inserido em um contexto assistencial marcado por práticas que vão de encontro ao preconizado pelo MS, em relação à atenção obstétrica, pode levá-los ao sofrimento moral, caracterizado por doloroso desequilíbrio psicológico proveniente do impedimento trazido pela ambiência para que os mesmos possam efetivar sua atuação em conformidade com a conduta ética que consideram adequada.⁹

Na literatura existem estudos que abordam o sofrimento moral de enfermeiros em distintos contextos,¹⁰⁻¹⁴ bem como as questões relacionadas à humanização do nascimento,^{2,6,8,15-24} porém não se encontram pesquisas nacionais e internacionais que articulem os dois aspectos. Com base no exposto, justifica-se a realização deste estudo, que teve como objetivo conhecer as situações presentes no trabalho de enfermeiros atuantes em maternidades e centros obstétricos que podem conduzir ao sofrimento moral.

MÉTODO

Trata-se de um uma reanálise dos dados da dissertação “Inter-relações entre as Cargas de Trabalho presentes no Processo de Trabalho de enfermeiros e a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”,²⁵ desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa, transversal e descritiva,²⁶ no CO e maternidade de dois hospitais localizados no sul do Brasil, sendo um hospital universitário, que integra a rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), e um hospital filantrópico que presta atendimentos pelo SUS, convênios e particulares.

Participaram desse estudo 14 enfermeiras generalistas, sendo incluídas aquelas que atuavam exclusivamente na maternidade e/ou no CO por um período superior a seis meses; e excluídos as que atuavam nos demais setores do hospital, trabalhavam há menos de seis meses na Maternidade e/ou no CO, ou estavam afastadas durante a coleta de dados por férias ou licenças diversas, havendo uma perda e uma recusa no universo total de trabalhadores.

As idades das participantes variaram de 24 a 53 anos. Quanto ao local de trabalho, quatro atuavam na maternidade, quatro atuavam no CO e seis atuavam nos dois ambientes. Nove participantes atuavam no CO e/ou maternidades por um período igual ou inferior a um ano; uma atuava há dois anos; duas atuavam há três anos, uma atuava há seis anos e uma há nove anos. Em relação aos anos de formação, cinco eram formadas há menos de cinco anos e nove há mais de cinco anos. Nenhuma das participantes possuía especialização na área de Saúde da Mulher e/ou obstetrícia, porém duas estavam cursando.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, composta por questões abertas, abordando os contextos da assistência ao nascimento. Apesar da entrevista não conter explicitamente questionamentos acerca de sofrimento moral, este despontou no conjunto dos depoimentos, possibilitando o olhar para os aspectos que conduzem a este. As entrevistas, desenvolvidas de outubro de 2015 a janeiro de 2016, ocorreram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo realizadas no ambiente de trabalho dos enfermeiros, em dias agendados previamente. As mesmas foram gravadas, apresentando duração média de 40 minutos, sendo posteriormente transcritas.

A análise dos dados processou-se por meio da Análise de Conteúdo, sendo categorizados com agrupamento semântico,²⁷ originando as categorias: Sofrimento moral: a multiplicidade de tarefas e o afastamento da assistência; Sofrimento moral proveniente das relações interpessoais da equipe multiprofissional: faces do cerceamento da autonomia do enfermeiro; e A emergência de sofrimento moral diante da perpetuação de práticas desumanizadoras. Para a discussão, as situações geradoras de sofrimento moral foram analisadas em uma articulação com a perspectiva das políticas, programas e leis que regem a efetivação da humanização do nascimento.

Os aspectos éticos foram respeitados na integralidade. Para a preservação do anonimato dos participantes, foi conferido codinome a estes por meio da sigla E, seguida pela numeração, de acordo com a ordem de realização das entrevistas: E1, E2, sucessivamente.

RESULTADOS

Diferentes elementos presentes no contexto da assistência ao nascimento podem conduzir ao sofrimento moral. Estes perpassam a pluralidade de fazeres do enfermeiro, potencializadas quando se verifica reduzida autonomia na assistência ao nascimento, o desrespeito em relação à sua prática e a visualização da manutenção de condutas que contrastam com as políticas, os programas e as leis que regem a efetivação da humanização do nascimento. Neste sentido, foram construídas três categorias que descrevem a possibilidade de ocorrência do sofrimento moral no contexto de enfermeiros atuantes em CO e maternidades.

Sofrimento moral: a multiplicidade de tarefas e o afastamento da assistência

Esta categoria evidencia que o trabalho dos enfermeiros de maternidades e CO abarcam o desenvolvimento de distintas tarefas assistenciais, administrativas e gerenciais que, por vezes, suplantam sua capacidade de execução, levando a priorização de algumas atividades em detrimento de outras. Verificou-se que, no âmbito das tarefas administrativas, destaca-se a pressão e responsabilidade pelo preenchimento de formulários e documentos específicos do nascimento, o controle do consumo e da reposição das tecnologias e dos insumos, registros de enfermagem relacionados ao pré-parto,

parto e puerpério (PPP), o controle dos fluxos de atendimento nas salas de parto normal e cesárea, o gerenciamento da equipe de enfermagem e das ações desenvolvidas por estes durante a assistência, e o gerenciamento dos problemas e conflitos da equipe de enfermagem. A administração destes elementos mostra-se dificultada quando há quantitativo inadequado de profissionais, o que potencializa o distanciamento do enfermeiro das ações diretas às usuárias.

Vivenciar um contexto onde algumas atividades devem ser realizadas prioritariamente, sendo estas, majoritariamente, as administrativas/gerenciais, em detrimento da realização da assistência do enfermeiro ao binômio mãe-filho, parece ter como consequência a redução do desenvolvimento das ações humanizadoras, pois estas passam a ser adiadas ou mesmo não executadas pelo enfermeiro, contrapondo-se à lógica da humanização, caracterizando um dilema moral que leva ao sofrimento moral: *tem que oferecer mais tempo para cada paciente, tem que colocar a mulher na bola, fazer o teste rápido, ficar cuidando para ver se o acompanhante está bem e, por isso, as coisas se tornam mais corridas. Porque para poder dedicar mais tempo para a mulher, tu acabas atrasando outras coisas, tu deixas de pedir o material, de fazer o curativo, daí atrasa tudo. [...] e o que é prioridade? [...] (E11).*

As atribuições como gerente compreendem a coordenação das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem, o que inclui o gerenciamento de problemas e conflitos. Ao priorizar estas ações, o enfermeiro pode se distanciar da assistência direta, deixando de estar próximo, assistir, orientar, advogar e instrumentalizar a usuária que vivencia a parturição, causando sofrimento moral: *[...] Muitas vezes eu penso que eu deveria e gostaria de estar mais perto do paciente, escutando, fazendo a visita nos leitos com calma, orientando, conversando com os familiares, vendo os RNs [recém - nascidos] e, metade do meu tempo, no mínimo, foi destinado à resolução de problemas de equipe, que também é uma função do enfermeiro [...] (E1).*

A priorização das tarefas administrativas revelou-se como motivador do afastamento do enfermeiro do contato com as usuárias e da não execução das práticas humanizadoras por este agente, como o não emprego de métodos não farmacológicos de alívio da dor, conduzindo ao sofrimento moral: *às vezes, eu quero ficar diretamente com a paciente, colocar ela na bola, no chuveiro, mas eu não posso porque a burocracia em si não me deixa fazer isso, porque é muito papel para preencher, tens que evoluir, é muita papelada, na verdade. O enfermeiro passou a ser um burocrata, porque tu preenches muito papel e a assistência que tu deverias dar, tu não consegues (E8); Se eu tiver com três pacientes em pré-parto, eu não consigo prestar assistência, ou eu presto assistência a uma ou eu gerencio a unidade, e se eu tiver alguma na recuperação, aí eu tenho que escolher o que eu faço, então é inviável. [...] a gente tem muitas atribuições, a gente já atende consulta, a gente já atende o bloco cirúrgico obstétrico, a gente circula em cirurgia, a gente atende na recuperação, atende o recém-nascido, auxilia na mamada, e ainda tem que gerenciar, não tem como (E5).*

O quantitativo inadequado de profissionais desposta como causador de um dilema moral que conduz ao SM, uma vez que este contexto colabora para que as demandas emergentes suplantem a capacidade de atuação dos profissionais, obrigando-os a priorizar algumas atividades e não executar outras. O sofrimento potencializa-se quando a inadequação fomenta a não participação direta dos enfermeiros na assistência: *[...] à medida que a enfermagem assume outras práticas que são preconizadas e que contribuem para a evolução do trabalho de parto, como medidas de alívio da dor, por exemplo, eu preciso de mais tempo e de mais pessoal para atender isso, se eu tiver esse pessoal é tranquilo, mas eu não tenho. Isso sobrecarrega e eu preciso escolher o que vou fazer [...] (E14).*

Sofrimento moral proveniente das relações interpessoais da equipe multiprofissional: faces do cerceamento da autonomia do enfermeiro

Distintos elementos compõem uma ambiência de tolhimento da autonomia do enfermeiro, tendo destaque as relações interpessoais conflituosas com os demais membros da equipe multiprofissional,

que acabam por se refletir nas relações de poder entre os diferentes profissionais, tendo por consequência o cerceamento das ações do enfermeiro na assistência, em especial, no que tange ao desenvolvimento de práticas humanizadoras do parto. Neste contexto, o enfermeiro se vê impedido de agir em consonância com os ideais da humanização e com seus saberes e valores morais, não propiciando às usuárias às ações que compreende como adequadas, o que o leva à vivência do sofrimento moral.

Na especificidade das relações interpessoais da equipe multiprofissional, esta se revela marcada por um clima de tensão e por desentendimentos entre os sujeitos, causando insatisfação com o trabalho e problemas éticos que levam a um intenso sofrimento moral, refletindo-se na falta de autonomia do enfermeiro e também na assistência. Esta configuração é consequência das relações de poder em que o enfermeiro não se encontra pareado aos outros profissionais, que se veem como dirigentes do fazer da enfermagem, e acabam delegando quais as atividades devem ser desenvolvidas por esta classe. Neste contexto de interações entre os sujeitos, o enfermeiro passa a recuar no emprego de ações humanizadoras, tais como o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e, até mesmo, o exercício da advocacia do paciente levando ao sofrimento moral: *Meu grande problema são as relações pessoais com equipes [...] chega num momento que tu acabas medindo força com as pessoas, e aí quando chega nessa hora de medir força, quem grita mais leva, aí acaba sendo uma coisa que me deixa muito irritada. E é muito difícil para mim, e a parturiente é quem sempre leva a pior, porque as brigas são para que a gente [enfermagem] possa por em prática a humanização [...] (E5); Sempre tem um que quer mandar mais que o outro [...] as relações de poder são um problema sim, porque todo mundo teria que se ajudar, mas cada um dentro do seu quadrado, não um querer mandar no outro, porque não dá certo e isso interfere na assistência. No fim é a parturiente que deixa de ir para a bola, que acaba recebendo ocitocina [...] (E8); Eu já saí daqui chorando por causa da vez que eu botei a paciente na bola, que não era para eu ter colocado. E eu respondi: eu sou enfermeira, eu me formei e eu tenho autonomia para isso [...] mas agora eu penso duas vezes antes de colocar a mulher na bola [...] (E4).*

Participar da execução de práticas assistenciais que vão de encontro ao preconizado pelas estratégias, programas e políticas voltadas ao PPP, e aos saberes e valores morais dos enfermeiros, mostra-se como um problema ético gerador de sofrimento moral. Este aspecto potencializa-se quando a recusa de participar de tais atos é desconsiderada e motivadora de retaliação por parte dos outros profissionais, levando o enfermeiro a sentir-se ameaçado em seu ambiente de trabalho ao não ter sua autonomia profissional preservada: [...] *eu quase fui trocada de setor porque eu me neguei a fazer um Kristeller. Então, por ser um profissional muito antigo que estava em sala de parto, eu fui ameaçada a ser trocada de setor se eu me negasse a fazer aquilo de novo. [...] Enquanto eu puder, eu vou me negar, porque enquanto todo mundo for conivente com isso, as coisas vão seguir acontecendo. [...] mas tem outras coisas que mesmo sabendo que são erradas, eu me vejo obrigada a fazer (E2).*

As relações de poder desiguais levam o enfermeiro a limitar a própria atuação, tendo o intuito de preservar a integridade da assistência à parturiente, e evitar a exposição da mesma à violência obstétrica praticada por membros da equipe multiprofissional. Esta conduta pode promover a assistência ao parto de modo menos violento, porém, impede a plenitude dos benefícios das práticas humanizadas, limitando os direitos e a autonomia da mulher no processo parturitivo, o que contrasta com os ideais da humanização, caracterizando uma infração ética e gerando sofrimento moral. Além disso, dá margem para que as ações advocativas permaneçam sufocadas pela supremacia de outros profissionais em relação ao manejo do parto, e perpetua os mecanismos de opressão e submissão da mulher, que permanece a mercê dos fazeres de outras equipes: [...] *ter que te limitar a fazer certas coisas para que aquela mulher não seja mal tratada desgasta muito. De não botar ela na bola porque o médico não gosta e eu sei que se ela usar um método não farmacológico para alívio da dor, ele*

vai gritar com ela [...] tu te sentes de mãos atadas no teu próprio trabalho, é desgastante demais, demais, demais. Te tira toda vontade de trabalhar (E2).

A emersão de sofrimento moral diante da perpetuação de práticas desumanizadoras

Os enfermeiros de maternidades e CO veem-se, por vezes, inseridos em um contexto assistencial onde se efetivam práticas que divergem dos seus valores morais e do que é preconizado pelo sofrimento moral. Diante deste contexto, estes intentam advogar pelas usuárias, porém experienciam a ineficácia destas tentativas, o que os leva a permanecer presenciando condutas desrespeitosas, intervencionistas, depreciativas, violentas e despersonalizantes contra as mulheres, sendo este contexto composto de problemas éticos e morais geradores de sofrimento moral.

Posturas desrespeitosas em relação à mulher, cometidas por membros da equipe multiprofissional, através da coação e da exposição a vivências depreciativas, conflitam com os ideais humanizadores e dos valores morais dos enfermeiros. Este contexto soma-se ao fato destes não se sentirem instrumentalizados para mudar tal paradigma em virtude das relações de poder existentes nas maternidades e CO, por perceberem-se hierarquicamente inferiores a outros profissionais: [...] *os direitos das mulheres não são respeitados, e isso eu percebo no CO, bem presente. Eu me sinto incomodada várias vezes por achar que a paciente não está sendo tratada da forma que é adequada; que eu gostaria de ser tratada se eu fosse a paciente, então, acho que o respeito à pessoa como ser humano, muitas vezes falta. Vem antes de respeitar a mulher, é respeito ao ser humano. Tem coisas que a gente vê que a gente não acredita* (E1); *Eu acho que a forma como os médicos agem me desgasta bastante, atrapalha bastante. [...] Eu vejo que eles não têm paciência para realizar um parto aqui dentro [...] por isso, eles sujeitam às mulheres a passarem por coisas que elas não precisam passar. As mulheres se sentem 'um lixo' [...]* (E4).

Outro elemento refere-se ao cerceamento da autonomia da mulher e a efetivação de um relacionamento interpessoal profissional-usuária verticalizado, aspectos estes antagônicos aos ideais da humanização, materializando uma infração ética que gera sofrimento moral. Tal compreensão revela a frágil reflexão deste acerca dos problemas éticos que circundam a prática profissional, minimizando um grave problema ético, a um simples imbróglio aceitável. Ainda, aponta para uma visão limitada do potencial da advocacia para solucionar os conflitos emergentes dos interesses antagônicos das mulheres e dos profissionais de saúde, de empoderar as mulheres e criar uma ambiência propícia para o exercício da autonomia destas: *É difícil na hora do parto tu dizeres para a paciente: 'não grita', e têm profissionais que fazem isso aqui, eu vejo que aqui é assim, é um horror, eu acho que não deveria mandar calar a boca, não gritar [...]* (E8); *Enquanto eu percebo que a autonomia da mulher não está sendo levada em conta para proteção da saúde da mulher e do bebê, é tranquilo. Agora, quando eu vejo que é uma questão hierárquica, de poder, aí me incomoda [...] quando envolve questão de poder: 'eu vou fazer porque eu sou fulano e eu quero fazer, porque aqui quem manda sou eu e não importa o que a mulher quer', me irrita muito* (E5).

A fala de um enfermeiro revela a necessidade de adotar posturas de cerceamento da autonomia da mulher no intuito de protegê-la e evitar a exposição da mesma à violência obstétrica praticada por outros membros da equipe multiprofissional. Esta ação, apesar de possuir intuito protetivo, demonstra que os enfermeiros não conseguem advogar de modo eficaz para propiciar uma ambiência em que a autonomia feminina seja valorizada, mesmo que a mulher se demonstre instrumentalizada para o protagonismo do seu processo parturitivo. Tampouco conseguem propiciar à mulher a execução da assistência multiprofissional livre de atos violentos, mesmo que tais posturas sejam compreendidas por estes como inadequadas e contrárias aos seus valores morais, conduzindo ao sofrimento moral: [...] *Dependendo de quem está de plantão e se a mulher chegar bem informada, empoderada, às*

vezes, eu preciso dizer para ela: 'segura um pouquinho as tuas informações, porque senão ele vai te tratar mal' (E2).

A perpetuação de condutas intervencionistas e a convivência e valorização destas práticas por parte das mulheres são aspectos que contrastam com os ideais de humanização do nascimento. Esta lógica revela a necessidade de desmistificar as visões, muitas vezes equivocadas, sobre as vias de parto, ação esta também desenvolvida pelos enfermeiros. Todavia, quanto esta prática é realizada, mas não surte o efeito almejado em relação à opinião das mulheres e da equipe multiprofissional acerca da via de parto ideal, tem-se a perpetuação da lógica intervencionista, que já possui ampla popularidade. Saber que sua ação não foi capaz de dirimir os problemas éticos e fomentar em plenitude o que é preconizado pelas estratégias, programas e políticas voltadas ao nascimento humanizado, leva os enfermeiros ao sofrimento moral: *Daí algumas delas falam: 'eu quero que faça uma cesárea, eu não aguento mais', mas não é assim, [...] elas não querem saber de parto humanizado, elas querem cesárea porque elas não querem ter dor. Então, tu explicares isso para algumas mulheres é complicado, porque elas não querem sentir dor, elas já chegam aqui dizendo que querem cesárea e acabou o assunto. Aí tu tentas conversar: 'porque não é bem assim, porque cesárea é um risco, é risco para ti e um risco para o bebê, porque tu vais ficar anestesiada, porque tu não sabes o que pode acontecer' [...] (E8); [...] ter que assistir cesáreas desnecessárias acontecendo a todo momento e eu não poder fazer nada [...] e as mães desorientadas, acham que aquilo está certo. Elas acham ótimo. Aquilo acaba te desgastando, porque tu estás vendo uma mulher te falar uma coisa que tu sabes que não é verdade e que se tu disseses o certo para ela, ela vai te dizer: 'claro que não, ele salvou a minha vida e a da minha filha' (E2).*

O entrave proporcionado por alguns membros da equipe multiprofissional na intenção de coibir o cumprimento da legislação que garante a presença do acompanhante durante PPP, também recebe destaque. Mesmo com a existência de instrumentos legais, o contexto apresentado aponta para a inabilidade de advogar para que a presença do acompanhante seja garantida. Este constructo contrapõe-se ao direito das mulheres, caracterizando um problema ético gerador do sofrimento moral: *A gente sabe que o familiar pode acompanhar; tem cartazes lá dizendo isso e eu cansei de ver: 'não, não, o senhor aguarda lá fora', falando num tom que as pessoas já ficam até com medo; 'qualquer coisa a gente lhe chama', empurrando com um tapinha nas costas. E a gente fica impotente, sem saber o que fazer [...] (E1).*

A inutilização das estratégias, programas e políticas públicas voltadas à humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal como fio condutor para a padronização das condutas assistenciais, somado à variação de profissionais que atuam nestes ambientes em virtude do trabalho organizado em escalas, leva à desuniformidade, ao contraste e, até mesmo, ao antagonismo das práticas assistenciais. Esta labilidade de condutas dá margem para que as ações humanizadoras do parto não sejam empregadas, ou não ocorram de modo pleno e efetivo para todas as mulheres, despolarizando a qualidade da assistência e permitindo extinguir os direitos e a autonomia das mesmas. Este contexto de infrações éticas é adverso à humanização do nascimento, levando ao SM: *Um dos maiores desgastes é a falta de uma padronização de posturas dentro do centro obstétrico. Qual é a rotina do centro obstétrico? É o que eu quero? É o que o profissional 'A' quer? Porque na segunda-feira a rotina é uma, na terça-feira a rotina é outra [...] Não tem valor algum o que o Ministério da Saúde diz, o que importa é a vontade de quem vai fazer o parto [...] (E5).*

DISCUSSÃO

As ações de organização do trabalho estão compreendidas na multiplicidade de atividades que envolvem o cuidar,¹ estando intimamente ligadas à ocorrência do sofrimento moral.¹¹ A forma como tem sido organizado o trabalho é frequentemente marcada pela cisão entre a dimensão

assistencial e gerencial, gerando conflitos no trabalho do enfermeiro, seja com a sua própria prática ou na sua relação com a equipe de enfermagem e de saúde.² A organização do trabalho aparenta afastar os enfermeiros das usuárias,¹ o que pode comprometer a qualidade da assistência,² podendo potencializar a vivência de sofrimento moral.

A fragmentação do trabalho, em que cada componente da equipe de enfermagem presta parte da assistência separado dos demais, compartimentaliza as ações e as necessidades das usuárias, duplicando esforços ou até tomando atitudes contraditórias. Todavia, esta dialética revela que parte dos profissionais de enfermagem adimple atividades delegadas, sustentando um espaço limitado de decisão, criação e domínio de conhecimentos.²⁸ Este fazer fragmentado em tarefas está sob o controle gerencial dos enfermeiros.²⁸ Todavia, estes concernem à gerência a partir de seus aspectos negativos, das dificuldades vinculadas à função e do não reconhecimento social desta prática,²⁹ como uma atribuição que os afasta da assistência e que gera sofrimento moral. Este também pode estar associado à sua consciência de não corresponder ao papel que lhes incumbe diante dos trabalhadores de enfermagem enquanto líderes e possíveis modelos/referências para a equipe.¹¹

A literatura aponta que a condição gerencial pode dar margem à ampliação do poder do enfermeiro na instituição,³⁰ porém os achados deste estudo demonstram que este aspecto não se efetivou na realidade pesquisada, o que pode estar associado ao fato dos participantes serem generalistas, reduzindo sua influência no contexto institucional. Neste sentido, o enfermeiro vê-se impedido de modificar e qualificar os espaços assistenciais, por meio do desenvolvimento de ações de advocacia também de modo indireto, através da busca pela garantia da qualidade do cuidado, ou da exigência de melhores condições de trabalho.³¹

O dimensionamento de pessoal possui relação direta com o desenvolvimento das ações de humanização, uma vez que sua inadequação pode expor as mulheres à violência obstétrica proveniente da negligência e assistência inadequada. Esta pode ser entendida como violência institucional, pois impossibilita a plenitude dos princípios da humanização,³² gerando SM.¹⁰ Os fatores elencados somam-se ao ritmo de trabalho alienante associado à multiplicidade de tarefas, que resultam não só no esgotamento físico e emocional do profissional, como na dificuldade de refletir sobre sua prática¹⁵ e ter condições de discernir, baseado em seus valores morais, sobre as ações a serem desenvolvidas e as ações a serem adiadas.

Cabe destacar que, em meio à fugacidade dos processos que envolvem a organização do trabalho, esperar e respeitar o tempo das mulheres e a sua fisiologia, dedicando a elas espaço na agenda dos enfermeiros, desorganiza o planejamento hospitalar, tornando a dedicação ao cuidado da parturiente inconveniente e inaceitável.³³ Isso se dá, pois a maneira como se processa a assistência está mais orientada para a resolução do parto de modo rápido do que para a satisfação da usuária e sua família, tendo prioridade os procedimentos em detrimento das manifestações de subjetividade da parturiente.⁷

Tal aspecto parece ter relação com o fato dos enfermeiros sentirem-se fragilizados para fazer enfrentamentos que reconhecem como necessários para assegurar uma atuação coerente com seus valores morais,¹¹ por estarem inseridos em um ambiente organizacional que desconsidera a forma como vivenciam as experiências profissionais³⁴ ou, ainda, por não estarem instrumentalizados ou não possuírem formação específica na área de modo à atuarem equacionalmente aos médicos obstetras no que tange às escolhas das condutas obstétricas.

A aparente ausência de autonomia do enfermeiro dentro da equipe multiprofissional também resulta da existência de processos comunicacionais ineficazes e desagregadores entre as categorias profissionais, associado à falta de visibilidade do trabalho do enfermeiro,³⁵ que acaba por desenvolver práticas assistenciais que se traduzem em atividades delegadas,²⁸ de modo rotineiro, mecânico e repetitivo.³⁶

Todavia, exercer a autonomia em prol da advocacia do paciente possui, inevitavelmente, risco de insucesso,³¹ pois existem barreiras provenientes das relações de poder^{13,31,37} e da estrutura das organizações,^{13,31} nas quais, culturalmente, predomina a hegemonia médica,³⁷ que desafia e desencoraja os enfermeiros para a atuação em consonância com seus conhecimentos, valores e crenças.³¹ Enquanto vivencia, o sofrimento moral que se origina da dificuldade/incapacidade de advogar pelo paciente e influenciar as decisões médicas¹³ em prol da humanização, o enfermeiro acaba, por fim, convivendo com os reflexos deste fato, que revela-se na falta de qualidade e segurança durante a assistência ao parto, favorecendo o fortalecimento de práticas intervencionistas e fragmentadas.¹⁶

Este modo de agressão perpetua-se como uma ação velada, ou seja, não percebida como tal pelos envolvidos, que muitas vezes justificam seus atos como necessários para organização e condução do trabalho de parto.¹⁵ Convém salientar que o modelo de atuação profissional envolve processos dinâmicos, influenciado pela socialização e história cultural da instituição.³⁸ Estas características as colocam em um papel social considerado hierarquicamente inferior à autoridade dos profissionais de saúde, que se colocam como detentores do conhecimento e titulares do processo de atenção ao parto. Deste constructo, emanam relações profissional-usuária marcadas pela violência obstétrica,¹⁵ levando os profissionais que não comungam desta postura ao sofrimento moral.¹⁰

Assim como nos resultados deste estudo, a literatura sinaliza práticas de violência recorrentes durante a assistência ao nascimento, tendo predomínio as materializadas por relações desrespeitosas, abandono nos leitos, ausência de manejo da dor, a falta ou negação de informações para as mulheres, a não presença do acompanhante, intervenções e cesarianas desnecessárias, entre outras.^{17,18,39} No que se refere às relações interpessoais marcadas pelo desrespeito, cabe destacar que esta, além de gerar sofrimento moral nos profissionais,¹¹ também desencadeia sofrimento nas parturientes, fragilizando sua autonomia.¹⁹

Porém, justificar atos de violência cometidos contra sujeitos capazes de discernir sobre seu corpo e sua vida, mesmo que envoltos em um momento de potencial fragilidade, aponta para a banalização de condutas que violentam os direitos da mulher, fazendo com que os problemas éticos relacionados a estas práticas sejam desconsiderados, tornando-as naturalizadas e aceitáveis. Este fato alerta para a frágil sensibilidade moral da atuação profissional e para a não reflexão dos sujeitos sobre a sua prática. Neste sentido, a literatura salienta a importância de fortalecer o conhecimento da dimensão moral presente nas distintas ações e omissões,¹⁴ bem como do aprimoramento das competências que visem melhorar a sensibilidade moral dos profissionais ante os problemas éticos presentes em seu trabalho.⁴⁰

A privação do exercício da sua autonomia, entendida como uma violência institucional, arraigada no ciclo de opressão feminina,²⁰ é justificada pelos profissionais por meio de argumentos que desqualificam a mulher e as colocam numa posição de ignorantes e incapazes de decidir sobre seu corpo e sua parturição, em um discurso marcado pelo preconceito.¹⁵ Esta lógica dá sustentação aos mecanismos de subordinação, mantendo-as reféns de procedimentos e da hegemonia médica,⁴¹ que torna a mulher um objeto de intervenção do profissional.²⁰ Cabe destacar que humanizar compreende o estímulo do protagonismo da mulher como um direito a ser preservado,²¹ e que o desrespeito aos direitos das usuárias leva à ocorrência do SM.¹⁰

Para que haja o protagonismo da mulher durante o parto, faz-se necessária a criação de uma ambiência propícia ao mesmo, bem como a instrumentalização da mulher para esta ação. Neste sentido, a qualidade da assistência pré-natal é critério *sine qua non*, pois esta dará bases para a mulher decidir sobre seu corpo, concordar ou não com os procedimentos recomendados durante a assistência ao parto e nascimento e, até mesmo, sobre a via de parto.⁴² Além do mais, o adequado pré-natal possui o potencial de desestabilizar o discurso impróprio sobre a cultura da cesárea segura, conveniente e asséptica e o discurso cultural do parto normal que implica riscos, é

doloroso e demorado,³³ que se demonstram antagônicos a disseminação do conhecimento científico e as estratégias, programas e políticas públicas de saúde voltadas ao ciclo gravídico puerperal.

No que tange à via de parto, ressalta-se que a indicação da cesárea é predominantemente relativa e não baseada em evidências científicas,²⁰ o que configura violência obstétrica, principalmente, quando o ato cirúrgico é realizado contra o desejo da mulher.⁴³ A escolha pela cesárea é justificada principalmente pelo desejo ou preferências pessoais dos profissionais, especialmente dos médicos^{20,44} que nem sempre consideram os conhecimentos obtidos nas investigações científicas sobre a efetividade e riscos das ações intervencionistas e do parto cirúrgico,³² bem como os desejos das mulheres pela cesárea.^{20,44}

A opção da equipe médica pela cesárea relaciona-se ao fato destes profissionais possuem parte significativa da responsabilidade técnica sobre o manejo do parto, levando a uma atitude defensiva oriunda do receio de ser penalizado. O medo de ser negligente pode interferir na indicação da via de parto e expor o binômio mãe-filho aos riscos de uma cesárea desnecessária,⁴⁵ contrapondo-se à lógica atual que visa reduzir a eletividade deste procedimento sem critérios clínicos.²¹

Já para as mulheres, a literatura científica revela que a expectativa das mesmas em relação ao parto é baseada na assistência intervencionista, que passou a ser naturalizada²² e por vezes almejada, uma vez que existe um crescente desestímulo e recusa ao parto normal em virtude das recorrentes associações desta via de parto com a presença de práticas de violência obstétrica, com o predomínio da dor e do sofrimento, a criação de um ambiente despersonalizado, solitário e de insatisfação para as mulheres e acompanhante.^{8,43} Cabe a ressalva de que as mulheres ficam expostas às rotinas e à cultura do hospital, que as encaminha para a cesárea de modo gradual e por meio de indicações que, por vezes, são tão sutis e inadequadas, que aparentam ser uma escolha da mulher, que já exausta, concorda com a sugestão do profissional de saúde de fazer a cirurgia.⁴⁶

A redução das práticas intervencionistas e dos atos de violência obstétrica é apontada como uma das consequências da presença do acompanhante.²³ Mulheres com acompanhante durante o PPP, ato garantido pela Lei n.º 11.108, do ano de 2005,⁴⁷ são mais respeitadas e possuem maior participação nas decisões sobre o processo parturitivo.²²

Ademais, possuem como consequência maior segurança e conforto, deixando-as mais empoderadas, calmas e fortalecidas para parir, o que auxilia na diminuição do tempo de trabalho de parto e das sensações dolorosas, aumentando a privacidade, refletindo positivamente no Apgar do 5º minuto de vida do recém-nascido e, por fim, na satisfação delas com a experiência.²³ Entretanto, não há unanimidade nos achados da literatura sobre o fato, pois a presença do acompanhante nem sempre foi capaz de inibir totalmente as atitudes dos profissionais que caracterizam a violência verbal, física e psicológica.²⁴ Assim sendo, para o alcance de bons resultados com a presença do acompanhante, faz-se necessário que o mesmo seja efetivamente acolhido e reconhecido como sujeito ativo, que precisa ser orientado, preparado e estimulado a participar do PPP.³

A presença do acompanhante nem sempre é bem-vinda, sendo que os profissionais com maior tempo de serviço parecem ser os mais resistentes a esta prática, por considerarem que o mesmo atrapalha a equipe, deixando a inserção deste dependente da autorização médica.⁴⁸ Distintas são as justificativas para não permitir a presença do acompanhante, perpassando aspectos de gênero (quando o acompanhante é do sexo masculino),⁷ estrutura física inadequada,^{7,48} a falta de funcionários para viabilizar a apropriada atenção para as parturientes e acompanhantes concomitantemente, o número limitado de roupas para ambientes fechados e cirúrgicos, dentre outros.⁴⁸

Soma-se a estes, o fato da maioria dos acompanhantes desconhecer, como direito da mulher, a sua presença, evidenciando que essa informação é pouco divulgada pelos serviços de saúde.⁴⁹ Este contexto gera sofrimento moral nos enfermeiros, que se veem inseridos em uma organização do trabalho que impede a participação do acompanhante, especialmente quando suas ações advocativas

não são capazes de mudarem este paradigma, levando à não efetivação de todas as vantagens que a inserção deste agente poderia trazer ao processo parturitivo.

O constructo apresentado de desrespeito à parturiente, por meio de relações interpessoais verticalizadas, cerceamento dos direitos, autonomia e da participação nos processos de decisórios, e a perpetuação de práticas intervencionistas parecem estar associados à falta de protocolos assistenciais nos serviços, o que leva à desuniformidade de condutas. A literatura revela que há grande variação nas práticas assistências ao parto, demonstrando intensa fragilidade nas condutas, as quais não são baseadas em evidências científicas,⁵⁰ fazendo com que a assistência não se encontre voltada à dinâmica do corpo da mulher, mas, sim, focada na decisão do médico.⁴⁶

Presenciar a submissão da parturiente ao intervencionismo, ao isolamento e à fragmentação do cuidado,⁵¹ em virtude da falta de protocolos assistenciais que sejam consonantes com as políticas humanizadoras do nascimento, leva o enfermeiro à vivência do sofrimento moral. Destaca-se a importância de advogar pela qualificação da organização do trabalho,³¹ por meio da implementação de protocolos assistenciais voltados à humanização do cuidado.

Entende-se como limitação do estudo o fato de ter sido realizado somente dois hospitais, que representam um pequeno universo da realidade nacional e, também, por utilizar dados oriundos de um roteiro de entrevista não focado explicitamente questionamentos acerca de sofrimento moral, o que suscita investigações mais abrangentes. Ressalva-se que as participantes eram enfermeiras generalistas e que a não formação na especialidade obstétrica torna-se um impeditivo no que tange à determinação de algumas condutas obstétricas durante o nascimento por essas profissionais, sendo este aspecto colaborativo no que tange à sua falta de autonomia, o que compõe uma limitação do estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer as situações presentes no trabalho de enfermeiros atuantes em maternidades e CO que podem conduzir ao sofrimento moral, revelando que as atividades atribuídas a eles suplantam as capacidades de execução dos mesmos, levando-os à priorização de algumas atividades em detrimento de outras. Neste contexto, os enfermeiros tendem a priorizar as atividades administrativas e gerenciais, das quais os mesmos são cobrados pelas instituições, deixando de participar diretamente das atividades assistenciais. Este aspecto potencializa-se quando o quantitativo de profissionais é inadequado.

Relações interpessoais conflituosas e de relações de poder assimétricas compõem uma ambiência de tolhimento da autonomia do enfermeiro, impedindo-o de agir em consonância com os ideais da humanização e com seus saberes e valores morais, com conseqüente cerceamento de suas ações na assistência e do desenvolvimento de práticas humanizadoras.

Considerando a dimensão da temática e o investimento do Ministério da saúde para qualificar os enfermeiros na área obstétrica, visando aumentar a participação destes no parto, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas com enfermeiros generalistas e obstetras, no intuito de buscar alternativas para que estes possam agir e advogar em consonância com seus saberes e valores morais, de modo autônomo e empoderado, com vistas a propiciar uma assistência ao nascimento digna e segura, e uma ambiência que respeite a mulher e sua autonomia.

REFERÊNCIAS

1. Thofehn MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Work processes of nurses in health production in a University Hospital in Murcia/Spain. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2015 Jan/Mar [acesso 2017 Out 10];4(1):924-32. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22094>
2. Biondi HS, Pinho EC, Kirchhof ALC, Rocha LP, Barlem ELD, Kerber NPC. Psychic workload in the process of work of maternity and obstetric centers nurses. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 01];39:e64573: Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.64573>
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2a. ed. Brasília(BR): MS; 2014.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Projeto parto adequado. Brasília (BR): MS; 2015.
5. Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface* [Internet]. 2016 Dec [acesso 2017 Out 03];20(59):981-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0707>
6. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Levitemberg CAM. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Recien* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 02];4(11):23-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.11.23-27>
7. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Brasília(BR): MS;2014.
8. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. From institutionalized birth to home birth. [Internet]. 2014 [acesso 2017 Nov 06];15(2):362-70. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>
9. Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
10. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Set 22];46(3):681-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300021>
11. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RSS. Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress?. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 Jun [acesso 2017 Nov 05];48(3):521-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300019>
12. Mccarthy J, Gastman CS. Moral distress: A review of the Argument based nursing Ethics literature. *Nursing Ethics* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 12];22(1):131-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25505098>
13. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 Feb [acesso 2017 Nov 02]; 21(1):293-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100002>
14. Briese G, Lunardi VL, Azambuja EP, Kerber NPC. Moral distress of community health workers. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2015 Abr/Jun [acesso 2017 Out 13];14(2):1035-42. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i2.17696>
15. Aguiar JM, D'oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Nov [acesso 2017 Set 07];29(11):2287-96. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>

16. Caires TLG, Santos RSO. saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. *Rev. Enf. Profissional* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Nov 14];1(2):422-35. Disponível em: <http://www.educare.bio.br/wordpress/?p=2437>
17. Sánchez SB. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*. [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 07];7(18):93-111. Disponível em: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
18. Belli LF. Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Revista Redbioética/UNESCO* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Out 02];1(7):25-35. Disponível em: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
19. Barboza LP, Mota, A. Obstetric violence: painful experiences among Brazilian laboring women. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Nov 12]; 5(1):119-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v5i1.847>
20. Souza JP, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 10];30(Suppl 1): S11-S13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>
21. Camacho KG, Progianti JM. The transformation of nurses' obstetrical practice in humanized birth care. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Out 21];15(3):648-55. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/18588/15490>
22. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JÁ, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 20]; 30(Suppl 1):S154-S168. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
23. Brüggemann OM, Koettker JG, Velho MB, Monguilhott JJC, Monticelli M. Satisfaction of companions with the experience of supporting the parturient at a university hospital. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Set [acesso 2017 Set 18];24(3):686-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015004220014>
24. Batista BD, Brüggemann OM, Juges CF, Velho MB, Costa R. Factors associated with the birth companion's satisfaction with the care provided to the parturient woman. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Nov 07];(22)3:e51355. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51355>
25. Biondi HS. Inter-relações entre as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros e a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento [dissertação]. Rio Grande (BR): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2016.
26. Cardano M. Manual de Pesquisa Qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação. Petrópolis (BR):Vozes;2017.
27. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo(BR):Edições 70; 2011.
28. Souza MMT, Passos JP, Tavares CMM. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. *J Res: Fundam Care* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Out 12];7(1):2072-82. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1515/pdf_1456
29. Lima RS, Lourenço EB. Os afetos no processo de trabalho gerencial no hospital: as vivências do enfermeiro. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Jun 25];4(3):478-87. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12871>
30. Junqueira LAP, Campo MA, Silva MF, Barbosa RP. Redes sociais e relações de poder na Enfermagem: estudo de caso em um hospital municipal. *Rev Fac Ciênc Méd* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 02];17(3):148-58. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24413>

31. Tomaschewski BJJ, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Silveira RS, Vargas MAO. How have nurses practiced patient advocacy in the hospital context? - a foucaultian perspective. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Out 04];25(1):e2560014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600002560014>
32. Biondi HS, Pinho EC, Kirschhof ALC, Rocha LP, Kerber NPC. Cargas de Trabalho e as inter-relações com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Cog Enf* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 23];23(3):e52801. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.52801>.
33. Diniz CSG. Violência no parto vende cesárea. [internet] 2013 [acesso 2017 Jun 11]; Disponível em: <https://apublica.org/2013/03/violencia-parto-vende-cesarea-diz-pesquisadora-2/>
34. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq.* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Out 10];10(3):297-308. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048753>
35. Andrade JB, Cavalcante MB, Apostolico MR. Marketing pessoal e enfermagem: projeção para visibilidade social do enfermeiro. *Enf em Foco* [Internet]. Abr 2017. [acesso 2018 Set 23];8(1):82-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.946>
36. Santana LL, Miranda FMDA, Karino MR, Baptista PCP, Felli VEA, Sarquis LMM. Description of workloads and fatigue experienced among health workers in a teaching hospital. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 Mar [acesso 2017 Ago 12];34(1):64-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100008>
37. Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Ávila VC, Oliveira AFL, Silva CN. Nurses' understanding of the exercising of leadership in the hospital environment. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Nov 18];19(3):475-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.35006>
38. Cardoso MIST, Batista PMF, Graça ABS. A identidade do professor: desafios colocados pela globalização. *Rev Bras Educ.* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Feb 01];21(65):371-90. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782016216520>
39. Santos RCS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP).* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Out 30];5(1):57-68. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592/rafaelv5n1.pdf>
40. Huang FF, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nurs Ethics.* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Jan 12];22(2):161-281. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733015574925>
41. Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". [Internet]. 2012. [acesso 2017 Jan 12]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
42. Askari F, Atarodi A, Torabi S, Moshki M. Exploring women's personal experiences of giving birth in gonabad city: a qualitative study. *Global Journal of Health Science.* [Internet]. [acesso 2017 Set 26];6(5):46-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p46>
43. Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section. *Journal of Human Growth and Development.* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Jun 19];23(2):190-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/61298/64236>
44. Teodoro Jr. L, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét.* [Internet]. Dez 2013 [acesso 2017 Jun 19];21(3):509-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>
45. Cury L, Paula FJ. Profile analysis of litigation in obstetrics and impact of the expert report on judicial decisions. *Saúde, Ética & Justiça* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Out 11];18(1):110-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v18i1p110-115>

46. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Nov 02];30(Suppl 1):S17-S32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
47. Brasil. Lei n. 11.108. de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe assim sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*, 8 abr 2005. Seção 1:1.
48. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2014 Jun [acesso 2017 Nov 18];23(2):270-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002860013>
49. Frutuoso LD, Brüggemann OM. Parturient women's companions' knowledge of Law 11.108/2005 and their experience with the woman in the obstetric Center. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 Dec [acesso 2017 Out 18];22(4):909-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400006>
50. Declercq E. Is medical intervention in childbirth inevitable in Brazil?. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Nov 02];30(Suppl 1):S39-S40. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO05S114>
51. Hilana DD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014 Jun [acesso 2017 Out 18];18(2):262-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da dissertação - Inter-relações entre as Cargas de Trabalho presentes no Processo de Trabalho de enfermeiros e a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, em 2016.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Biondi HS, Barlem ELD, Pinho EC, Kerber NPC.

Coleta de dados: Biondi HS.

Análise e interpretação dos dados: Biondi HS, Barlem ELD, Pinho EC, Kerber NPC.

Discussão dos resultados: Biondi HS, Barlem ELD, Pinho EC, Tavares DH, Kerber NPC, Tomaschewski-Barlem JG.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Biondi HS, Barlem ELD, Tavares DH.

Revisão e aprovação final da versão final: Biondi HS, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (46/2015) e Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (029/2015) e CAAE 46806915.9.0000.5324.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 26 de fevereiro de 2018

Aprovado: 23 de outubro de 2018

AUTOR CORRESPONDENTE

Heitor Silva Biondi

enf.heitor@gmail.com

