

**TRABALHO E PRÁTICAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO
DA ENFERMAGEM EM MATERNIDADE PÚBLICA***Jameson Moreira Belém^a*<https://orcid.org/0000-0003-1903-3446>*Emanuelly Vieira Pereira^b*<https://orcid.org/0000-0003-1457-6281>*João Cruz Neto^c*<https://orcid.org/0000-0002-0972-2988>*Maria Rocineide Ferreira da Silva^d*<https://orcid.org/0000-0002-6086-6901>*Glauberto da Silva Quirino^e*<https://orcid.org/0000-0001-5488-7071>**Resumo**

A forma como o trabalho e as práticas de cuidado são organizadas nas dinâmicas institucionais são determinantes para a qualificação da assistência obstétrica. O objetivo deste estudo foi descrever o trabalho e as práticas de cuidado ofertadas por profissionais de enfermagem em maternidade pública. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, conduzida pelo referencial metodológico da etnoenfermagem, realizada com 12 informantes-chave em uma maternidade pública localizada na região do Cariri (CE). Adotou-se, para coleta de dados, o capacitador Observação-Participação-Reflexão, com registro das observações em diário de campo e uso de entrevistas individuais. Como resultado, emergiram temas

^a Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: jam.ex@hotmail.com

^b Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Iguatu, Ceará, Brasil. E-mail: emanuely.v.p@gmail.com

^c Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil. E-mail: jncruz007@gmail.com

^d Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rocineide.ferreira@uece.br

^e Enfermeiro. Doutor em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: glauberto.quirino@urca.br

Endereço para correspondência: Universidade Regional do Cariri. Rua Cel. Antônio Luiz, n. 1161, Pimenta. Crato, Ceará, Brasil. CEP: 63105-000. E-mail: jam.ex@hotmail.com

culturais voltados para o trabalho na maternidade (“eu adoro trabalhar aqui, me sinto realizada”; “acho que tem um desgaste muito grande da equipe”; e “nem toda a equipe de enfermagem é engajada com a equipe médica”) e para as práticas de cuidado ofertadas (“a parte burocrática complica um pouco a parte da assistência”; “durante a assistência, os acadêmicos ajudam e os acompanhantes atrapalham”; e “a humanização deixa muito a desejar aqui na maternidade”). Concluiu-se que os sentidos atribuídos ao trabalho e às práticas de cuidado foram marcados pela (in)satisfação acerca de condições estruturais, relacionais, laborais, trabalhistas e ao modelo de gestão vinculado à entidade responsável por gerir a maternidade.

Palavras-chave: Antropologia cultural. Cuidados de enfermagem. Enfermagem obstétrica. Trabalho de parto.

WORK AND PRACTICES OF OBSTETRIC CARE OF NURSING IN PUBLIC MATERNITY

Abstract

The way in which work and care practices are organized in institutional dynamics are crucial for the qualification of obstetric care. This study aimed to describe the work and care practices offered by nursing professionals in a public maternity hospital. Qualitative research conducted by the methodological framework of ethnonursing was used, carried out with 12 key informants in a public maternity located in the region of Cariri (state of Ceará). The Observation-Participation-Reflection enabler was adopted for data collection, recording observations in a field diary and using individual interviews. As results, cultural themes emerged focused on work in the maternity hospital (“I love working here, I feel fulfilled;” “I think the team is very worn out;” and “not all the nursing team is engaged with the medical team”) and for the care practices offered (“the bureaucratic part complicates the care part a little;” “during the assistance, the students help and the companions get in the way;” and “the humanization leaves a lot to be desired here in the maternity ward”). In conclusion, the meanings attributed to work and care practices were marked by (dis)satisfaction with structural, relational, labor and work conditions and the management model linked to the entity responsible for managing maternity.

Keywords: Anthropology, cultural. Nursing care. Obstetric nursing. Labor, obstetric.

Resumen

El modo en que se organizan el trabajo y las prácticas de atención en la dinámica institucional es crucial para una buena asistencia obstétrica. El objetivo de este estudio fue describir las prácticas de trabajo y atención que ofrecen los profesionales de enfermería en una maternidad pública. Se realizó una investigación cualitativa, basada en la etnoenfermería, en la cual participaron 12 informantes en una maternidad pública ubicada en la región de Cariri, en Ceará (Brasil). Se adoptó el habilitador Observación-Participación-Reflexión para la recolección de datos, con registro de las observaciones en un diario de campo y la aplicación de entrevistas individuales. Surgieron temas culturales centrados en el trabajo en la maternidad (“Me encanta trabajar aquí, me siento bastante bien”; “Creo que el equipo está muy desgastado” y “no todo el equipo de enfermería está comprometido con el equipo médico”) y en las prácticas de asistencia ofrecida (“la parte burocrática complica un poco la parte asistencial”; “durante la asistencia los académicos ayudan y los acompañantes estorban” y “la humanización deja mucho que desear aquí en la maternidad”). Se concluye que los significados atribuidos a las prácticas de trabajo y atención estuvieron marcados por la (in)satisfacción con las condiciones estructurales, relacionales, mano de obra y laborales, y con el modelo de gestión vinculado a la entidad responsable de la gestión de la maternidad.

Palabras clave: Antropología cultural. Atención de enfermería. Enfermería obstétrica. Trabajo de parto.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os cuidados com a parturição se desenvolveram integrados ao espaço cotidiano e ao contexto sociocultural das mulheres e suas famílias nos ambientes domiciliares acompanhados por parteiras, sendo o parto considerado evento natural, próprio da fisiologia feminina e carregado de significados (re)construídos a partir da singularidade e cultura da parturiente^{1,2}.

Entretanto, no final do século XIX, houve um declínio da prática das parteiras, sobretudo com a mudança de paradigma assistencial, que culminou com a obstetrícia como disciplina técnico-científica, exercida exclusivamente pelo médico em ambiente hospitalar³.

A assistência ao parto tornou-se uma prática técnica, impessoal e intervencionista marcada por medicalização e rotinas cirúrgicas^{1,2}.

Esse modelo de assistência ao parto, amplamente praticado, tornou-se hegemônico, político, cultural e ideologicamente constituído enquanto paradigma de atenção obstétrica ancorado na tríade patologização, medicalização e hospitalização⁴.

No entanto, surgiu na década de 1980 um movimento social e ideológico contra-hegemônico que passou a questionar o uso excessivo de técnicas e intervenções no processo parturitivo⁴, com vistas a diminuir as altas taxas de cesarianas, valorizar o parto vaginal e resgatá-lo como evento fisiológico com intervenções mínimas. Esse movimento buscou também promover o alojamento conjunto e a desmedicalização do parto, além de proporcionar aos profissionais de saúde a compreensão e o fomento ao protagonismo e autonomia feminina durante a parturição^{2,4}.

As práticas e condutas defendidas pelo movimento representam os ideais de um paradigma emergente de assistência ao parto e nascimento assentado na perspectiva humanista⁵, constituindo um pressuposto norteador que passou a integrar de modo transversal às políticas e programas, essenciais à mudança do modelo de assistência obstétrica⁶.

As práticas de cuidado obstétrico implicadas nesse modelo devem ser norteadas pela humanização da assistência, tendo como princípios a integralidade e a utilização de tecnologias cuidativas direcionadas à promoção do parto como evento fisiológico e à valorização do contexto sociocultural da parturiente e de sua família, a fim de subsidiar ações individualizadas e culturalmente congruentes⁷.

Nesse contexto, a enfermagem, a partir do seu modo de produção e gestão do cuidado, tem contribuído para mudanças no cenário da atenção obstétrica no Brasil ao deslocar a lógica assistencial vigente e aprimorar seu processo de trabalho e sua prática com base no modelo humanizado de atenção à gestação, parto e nascimento proposto pelo Ministério da Saúde⁸.

Um estudo de revisão evidenciou que, no contexto de institucionalização da assistência ao parto, a forma como os discursos, recursos, estruturas, relações e tensões estavam organizados no processo de trabalho dos enfermeiros era determinante para o cuidado obstétrico ofertado⁹.

Assim, considerando a complexidade dos fenômenos envolvidos na assistência à parturição e a importância do papel da enfermagem na reorientação do modelo de atenção e da oferta de cuidados obstétricos, este estudo objetivou descrever o trabalho e as práticas de cuidado ofertadas por profissionais de enfermagem em maternidade pública.

Este trabalho justifica-se a partir da prerrogativa de que as práticas de cuidados obstétricos ofertadas às mulheres durante o parto e nascimento precisam ser descritas para

o reconhecimento dos avanços e desafios ainda vigentes na superação de um modelo de assistência obstétrica medicalizado, de forma que se conduza a um cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida utilizando-se a etnoenfermagem como o referencial metodológico. Esse norteia-se pela observação direta, descrição detalhada, documentação, apreensão e análise dos modos de vida ou padrões específicos de uma ou múltiplas culturas em seus ambientes naturalísticos para desvelar fenômenos acerca de determinado domínio de investigação (DOI), a partir das perspectivas *etic* e *emic* referentes ao cuidado cultural¹⁰.

CENÁRIO DA PESQUISA

A coleta de dados ocorreu na maternidade de uma instituição hospitalar que ofertava assistência na atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS) localizada no sul do estado do Ceará, na Região Metropolitana do Cariri, no ano de 2016.

INFORMANTES-CHAVE E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Neste estudo, abordou-se a perspectiva *etic* na medida em que o DOI se direcionou à compreensão dos conhecimentos e cuidados profissionais obstétricos da enfermagem. A equipe de enfermagem do setor investigado era composta por 19 profissionais de enfermagem, sendo 15 técnicas e quatro enfermeiras. Adotou-se como critério de seleção o tempo de atuação mínimo de seis meses (considerado pelos pesquisadores o período no qual as participantes estariam habituadas à rotina institucional e integradas ao contexto de cuidados na maternidade). Duas técnicas de enfermagem foram excluídas pelo critério de seleção, uma estava de férias e quatro recusaram participação no estudo. Assim, constituíram informantes-chave 12 profissionais da equipe de enfermagem (quatro enfermeiras e oito técnicas).

PROCEDIMENTOS

Para a coleta de dados utilizou-se o capacitor Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), composto por quatro fases sequenciais: (1) observação com escuta ativa; (2) observação com participação limitada; (3) participação com observação continuada e reflexão; e (4) confirmação dos achados. Esse método orienta o pesquisador no contato e permanência no campo durante

determinado período, de modo a obter informações precisas e descrever experiências dos informantes por meio de observações sistemáticas, detalhadas e reflexivas¹⁰.

Na primeira e segunda fases, o pesquisador adentrou no campo e iniciou o processo de reconhecimento do ambiente, observação do comportamento das pessoas no grupo, relacionamentos e interações pessoais dos membros da equipe e ações de cuidado realizadas. Essas descrições foram registradas em um diário de campo. Posteriormente, o observador iniciou participação gradativa por meio de conversas informais e buscou compreender como os profissionais exerciam suas ações e tomadas de decisões. Na terceira fase, a observação diminuiu e a participação tornou-se mais ativa por meio de ações e atividades junto aos informantes, o que possibilitou apreender visões de mundo, sentimentos, significados atribuídos e vivências. Nessa fase, realizaram-se entrevistas individuais do tipo “conte-me sobre” com foco no fenômeno de estudo em seu contexto cultural.

Na fase de confirmação dos achados, o pesquisador buscou resgatar e reavaliar os dados obtidos e a sua influência no processo de coleta de dados, de modo a elucidar pontos e confirmar os achados com os informantes.

As questões emergiram do processo de observação e foram utilizadas para aprofundar a compreensão de situações específicas registradas, quanto aos seus sentidos e significados, para investigar sentimentos, processo de trabalho e a assistência obstétrica ofertada. As entrevistas foram gravadas em áudio, em local reservado, mediante a autorização expressa dos informantes e, em seguida, transcritas na íntegra para análise posterior. Utilizou-se a saturação teórica como critério para encerramento da coleta de dados das entrevistas.

A coleta de dados durou cinco meses, e a dinâmica de observação ocorreu em todos os dias da semana durante os turnos matutino e vespertino de trabalho. As profissionais da equipe de enfermagem foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e suas formas de coleta de dados (observação e entrevistas), sendo a participação condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se o guia de análise de dados da etnoenfermagem, composto por quatro fases sequenciais: (1) coleta, descrição e documentação dos dados; (2) identificação e categorização dos componentes e descritores; (3) padrão e análise contextual; e (4) definição dos temas principais/culturais, resultados de pesquisas, formulações teóricas

e recomendações. As etapas foram úteis para analisar de forma sistemática, rigorosa e profunda as informações obtidas em campo e para facilitar o processo de codificação, processamento e análise dos dados da investigação¹⁰.

A partir dos dados emergiram dois temas principais e seis temas culturais que expressam a realidade empírica, uma vez que desvelam as relações implicadas e o modo como o cuidado de enfermagem era ofertado a partir do ponto de vista dos informantes. Os resultados foram apresentados em quadros contendo os componentes recorrentes e trechos das falas das informantes. Para a garantia do anonimato e confidencialidade das informações, as falas foram identificadas pela letra inicial da categoria profissional e o número representativo da ordem de condução das entrevistas.

RIGOR METODOLÓGICO E ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os critérios de rigor metodológico estabelecidos pelo método da etnoenfermagem, as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para guiar o estudo e as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 1.397.142 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 52703715.0.0000.5055.

RESULTADOS

Participaram do estudo 12 profissionais, sendo oito técnicas de enfermagem e quatro enfermeiras.

A técnicas (T1 a T8) tinham entre 26 e 67 anos; a maioria era solteira (n = 4), parda (n = 8) e católica (n = 5). A média de tempo no serviço foi de 17,7 anos e a de remuneração era um salário mínimo.

As enfermeiras (E1 a E4) estavam na faixa etária de 27 a 29 anos, eram em sua maioria católicas, solteiras/casadas (n = 2), com média de atuação de 2,3 anos no setor e renda mensal de três a cinco salários mínimos. Ressalta-se que elas tinham especialização em enfermagem obstétrica (n = 2) ou estavam em formação (n = 2) para obter o título.

TEMA PRINCIPAL 1: TRABALHO NA MATERNIDADE

Nessa categoria, emergiram aspectos organizacionais e relacionais da equipe com impacto na assistência e na forma de realização do trabalho.

Tema cultural: “Eu adoro trabalhar aqui, me sinto realizada”

Nesse tema evidenciou-se que, no cotidiano das relações de trabalho, a satisfação e a motivação dos profissionais são elementos decisivos para a assistência, conforme o **Quadro 1**.

Quadro 1 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “Eu adoro trabalhar aqui, me sinto realizada”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
(In)satisfação	<p><i>Eu adoro trabalhar aqui [na maternidade] [...], me sinto realizada [...]. Essencial por ser enfermeira obstetra, não apenas eu, mas [...] as técnicas e toda a equipe, somos essenciais. (E1)</i></p> <p><i>Apesar da estrutura, das deficiências, do salário ser ruim [...] não ser valorizado [...], você aprende muito, todo dia [...] porque aqui é o caos [...]. Eu me sinto realizada em trabalhar na maternidade [...] apesar dos pesares, a gente vai contornando as situações. (E3)</i></p> <p><i>[...] lidamos com vidas [...] da mãe e a do bebê[...] é uma responsabilidade muito grande [...] lida com pacientes em estado grave [...] se cansa fisicamente e mentalmente. Então acho que precisava de um incentivo, uma melhoria no salário, deveria ser mais valorizada a enfermagem em si, porque está às 24 horas direto em contato com a paciente [...] quando a gente avalia, quem cuida realmente é a gente da enfermagem. (T4)</i></p>
Sentidos atribuídos ao trabalho	<p><i>[...] amo a obstetrícia e faço de tudo para me dedicar e estar sempre me atualizando [...]. A gente se dedica a paciente, se doa, muitas vezes, se coloca no lugar [...]. Às vezes, elas precisam não só daquele cuidado físico, mas do cuidado mental, uma conversa, uma palavra [de apoio], principalmente quando elas estão em trabalho de parto, sentindo muita dor. (T2)</i></p> <p><i>Eu gosto de lidar com criança e a mãe [...] gosto de trabalhar quando a gente vê vidas. A enfermagem pra mim é um dom de Deus [...], a humanização que você tem com o outro. Não é só uma profissão, é um ato de amor que a gente tem com o próximo. (T4)</i></p>

Fonte: Elaboração própria.

Os relatos das informantes demonstraram que a satisfação, enquanto atributo essencial ao exercício profissional, relacionava-se à atuação na área de enfermagem obstétrica.

Os sentimentos de realização vislumbrados pelas enfermeiras eram determinados pela sensação de pertencimento e pelos papéis desenvolvidos durante a organização e oferta da assistência. Entretanto, diferentes fatores e condições influenciavam negativamente no desempenho das práticas laborais.

Ao longo do tempo, essa satisfação tendia a diminuir e as profissionais sentiam-se menos realizadas profissionalmente, principalmente devido às dificuldades. Destacou-se, entre as enfermeiras, um sentimento de impotência e desestímulo em relação ao trabalho enquanto elemento definidor de insatisfação.

Todavia, as técnicas de enfermagem manifestaram gratidão em trabalhar no cuidado obstétrico, atribuindo-lhe significações de dom divino, ato de amor e de lidar com a vida.

Tema cultural: “Acho que tem um desgaste muito grande da equipe”

Nesse tema foram apresentados aspectos organizacionais da oferta do cuidado obstétrico e as condições da assistência e da jornada de trabalho dos profissionais, vivenciadas em um contexto de terceirização do serviço, conforme o **Quadro 2**.

Quadro 2 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “Acho que tem um desgaste muito grande da equipe”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

(continua)

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
(Des)organização	<p><i>A enfermeira é essencial para organização do trabalho [...], as minhas técnicas são organizadas, mas [...] elas deixam muito a desejar. Eu tenho que estar pedindo ‘façam isso, façam aquilo’ [...]. Fiz até uma escala de serviço delegando funções para cada técnica justamente para tentar organizar melhor o meu serviço, mas tem dia que realmente é muito sobrecarregado e lotado na maternidade e essa organização fica para segundo plano, nós priorizamos a assistência [...]. (E1)</i></p> <p><i>[...] diminuiu o quadro de técnicas [...] então ficou um trabalho muito limitado e um pouco desorganizado. Às vezes passa alguma coisa despercebida [...] o ideal seria uma norma, uma rotina de trabalho, uma divisão de tarefas. (E3)</i></p>
Condições materiais	<p><i>[...] aqui deveria ter mais instrumentos para trabalharmos melhor, se tivesse mais profissionais e se melhorasse a estrutura ajudaria bastante e ficaria mais eficaz nosso trabalho, porque nós trabalhamos muito, a rotina é puxada, e sem as condições adequadas fica difícil. (T2)</i></p> <p><i>A estrutura é muito precária, três a cinco leitos na mesma enfermaria, sem nenhuma privacidade, [...] falta analgesia em trabalho de parto normal. Teoricamente é para ter, mas não tem [...] métodos não farmacológicos e fisioterapeuta [...] para o alívio da dor. A única coisa que temos é a bola suíça, mas nem sempre temos tempo de estar segurando aquela mulher, [...] às vezes, a gente deixa ela lá e pede para segurar nas grades da cama porque não tem quem fique com elas orientando [...]. Aqui [...] atende gestantes referenciadas, tem uma UTI neonatal, mas não tem um cardiocógrafa [...] e, muitas vezes, essas pacientes acabam sendo submetidas a cesarianas que são desnecessárias [...]. Tinha dias que a gente ficava louca sem um sonar funcionando para auscultar BCF, só tinha um Pinard e com ele quem não tem costume perde muito tempo. Na enfermaria temos dois leitos com monitores cardíacos, mas eu só confio na saturação [...]. (E3)</i></p>
Situações graves e inesperadas	<p><i>Quando uma paciente está muito grave, não temos nenhuma estrutura e ficamos desesperadas para transferir a paciente que é um processo difícil que ocorre via central de regulação, só que para os hospitais de referência quase nunca tem vaga, leitos de UTI [...] A única tecnologia que temos disponível é oxigênio, a monitorização cardíaca e o oxímetro de pulso. Se precisar entubar não vai adiantar porque não tem um respirador, não tem medicações para urgência e emergência. (E1)</i></p> <p><i>Quando há pacientes graves nós percebemos que não tem um interesse da rede de atenção em favorecer aquele caso. É como se fosse uma coisa acomodada, a gente cadastra a paciente na central (de regulação de leitos), ninguém olha. Aí realmente a gente toma a frente, liga e conversa diretamente com os profissionais dos hospitais para acelerar essa transferência e, mesmo assim, na maioria das vezes, ela não é tão eficaz como a gente gostaria que fosse porque tem a questão do transporte da paciente. A ambulância daqui não tem equipamentos, não tem balão de oxigênio, não tem nada, é só um carro. Às vezes, está quebrada, às vezes não tem gasolina. Então é difícil, o SAMU só vem quando tem uma regulação pela central, quando não há e a paciente está muito grave, a gente tem que mandar sem a central liberar, na ambulância daqui [...]. (E4)</i></p>

Quadro 2 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “Acho que tem um desgaste muito grande da equipe”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

(conclusão)

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
<p>Jornada e as condições de trabalho</p>	<p><i>Eu vejo um desgaste total da equipe de enfermagem em relação ao trabalho. Primeiro iniciou-se uma escala de 24 horas que não deu continuidade [...] era ruim, mas você tinha descanso [...] então eu acho que tem um desgaste muito grande da equipe [...]. A gente não sabe se vai continuar as 12 horas, se vai voltar as 6 horas, é um desgaste em virtude de nada ser certo, eu me sinto cansada [...] eu acho que deveria ter um respeito maior com a enfermagem [...], a escala, principalmente das enfermeiras, não tem obrigação de ser igual à das técnicas como eles [a direção] estão fazendo aqui. (E2)</i></p> <p><i>Na escala de 24 horas, a maioria achava ruim, porque era cansativa, exaustiva. Na de 12 horas todo mundo acabava trabalhando melhor, mas em compensação na de 6 horas, que era a escala antiga, a gente rendia mais, trabalhava melhor, a equipe tinha mais paciência, satisfação e agilidade [...]. (E1)</i></p> <p>[...] não tem condição um salário desses para a quantidade de dias e horas que a gente tem que trabalhar, tanto para enfermeiras quanto para as técnicas [...]. (E2)</p>
<p>Terceirização do serviço</p>	<p><i>Para a enfermagem foi péssimo, porque antes [do processo de terceirização] tínhamos uma carga horária mensal de 120 horas e plantões extras [...] houve um aumento de carga horária para 180 horas [...] e diminuiu o salário. A única vantagem [...] foi a questão da carteira de trabalho, que foi assassinada e tem direitos [...]. (E4)</i></p> <p><i>O que melhorou com a terceirização foi o salário das técnicas de enfermagem, mas um plantão de 24 horas é muito cansativo [...] aumenta as chances de cometer algum erro, de você ter algum lapso, o cansaço faz a gente ficar despercebido, não ter aquela atenção tão grande [...]. (T8)</i></p>

Fonte: Elaboração própria.

A alta demanda na rotina do serviço, a quantidade insuficiente de profissionais e ausência de condições adequadas implicavam a desorganização do trabalho da equipe de enfermagem e repercutiam na assistência. A falta de estrutura e material também era realidade presente no serviço.

As queixas frequentemente reportadas resultavam da falta e/ou distribuição insuficiente de materiais, condições estruturais inadequadas, escassez de recursos humanos para o trabalho e burocratização para transferência de parturientes em estado grave.

O processo de terceirização vivenciado na instituição por meio de uma Organização Social de Saúde (OSS) implementou alterações e adaptações na forma de gerenciar o serviço, que impactaram diretamente a rotina de trabalho dos profissionais.

Verificaram-se sentimentos, insatisfações e opiniões diversas em relação à questão salarial, carga e escala de trabalho e dimensionamento de pessoal. A maioria das profissionais

considerava a jornada de trabalho desgastante, em decorrência da alta demanda no serviço e da pouca quantidade de profissionais, o que aumentava a possibilidade de erros, riscos e negligência nas atividades.

Tema cultural: “Nem toda a equipe de enfermagem é engajada com a equipe médica”

Nesse tema discutiram-se os aspectos das relações interpessoais estabelecidas entre os membros da equipe de enfermagem e os(as) médicos(as) obstetras no cotidiano de trabalho na maternidade, conforme o **Quadro 3**.

Quadro 3 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “Acho que tem um desgaste muito grande da equipe”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

(continua)

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
Relações interpessoais da equipe de enfermagem	<p>[...] a gente sempre tem uma boa comunicação, um bom diálogo, sempre interage bem uma com a outra. A nossa equipe é dividida por tarefas, cada uma cumpre sua responsabilidade, mas [...] pode ajudar no momento que a outra está sobrecarregada. A nossa enfermeira-chefe [...] tem uma boa comunicação, interage bem [...]. (T2)</p> <p>Aqui todas as colegas fazem de tudo e quando uma termina uma ajuda a outra [...]. A enfermeira ajuda bastante, ela é muito prestativa, faz tudo que está ao alcance dela [...]. (T4)</p>
Lidando com as diferenças	<p>[...] dos médicos eu tenho queixa, alguns são ignorantes demais, eu não gosto, abusados, não sabem pedir nada direito a você, só pede gritando [...]. Se a gente disser uma coisa e eles tiverem errados, eles morrem, mas não assumem. Já deram cada grito em mim, só porque querem dar mesmo, sem motivo. (T3)</p> <p>[...] a equipe de enfermagem é unida, se ajuda, tem um bom entrosamento, mas nem toda a equipe de enfermagem é engajada com a equipe médica. Existem médicos muito bons que são engajados com a equipe, mas também existem outros que não é tanto, o que atrapalha um pouco o andamento da assistência. (E4)</p> <p>[...] tem na equipe algumas funcionárias bem antigas, com manias e rotinas ultrapassadas [...] que é difícil mudar [...]. (E3)</p>
Diferentes condutas médicas	<p>O colega médico tem mil condutas [...], eu não gosto porque é um entrave para a assistência [...]. Se tivéssemos um protocolo em que todas as intervenções fossem seguidas era bem melhor a assistência [...] é muito complicado. (E2)</p> <p>Quem sofre é a paciente porque além da troca de médicos e da equipe em si que dificulta o vínculo, a mudança de condutas faz com que seja bem difícil trabalhar porque às vezes ela e a acompanhante não entendem [...]. E por mais que o profissional tente conversar, explicar, realmente fica difícil, e esse papel [...] fica sempre com a enfermagem. (E4)</p>

Quadro 3 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “Acho que tem um desgaste muito grande da equipe”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

(conclusão)

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
Lidando com as intervenções médicas	<p>[...] a ocitocina para induzir o trabalho de parto [...] se eu não tiver segurança no médico, não tem quem faça eu colocar [...] a não ser que aquela mulher seja uma múltipara, que esteja com dilatação boa, que não tenha dinâmica. Claro, a ocitocina é para ajudar, mas a instalação precoce com pouca dilatação eu sou totalmente contra [...]. Os obstetras colocam com dois ou três centímetros porque no fundo querem que evolua para cesárea, porque ele já vai ter um motivo, um respaldo para realização do procedimento[...]. (E3).</p> <p>As cesarianas muitas vezes são necessárias e muitas vezes a gente fica em dúvida, mas infelizmente é uma situação que a gente não tem como debater, acaba que fica entre os médicos e eles decidem [...]. Eu acho que deve-se trabalhar a valorização do parto normal com os médicos. (E2).</p> <p>[...] às vezes se faz a cesárea desnecessariamente [...] uma indução do trabalho de parto [...] feita no momento errado [...] pode evoluir para alguma distocia, para uma cesárea. Então acredito que se incorporasse o partograma e se seguisse um protocolo com diretrizes baseado em evidências seria bem melhor, a gente veria bem menos a realização da cesárea. (E4).</p>
Influência político-institucional	<p>Aqui é um hospital que, muitas vezes, tem um pontinho de política que interfere um pouco no número de cesarianas [...]. (E1).</p> <p>Existem cesarianas eletivas, [...] que é entre a direção e os médicos [...]. Eu acho desnecessária a realização de cesarianas eletivas porque há todo um estímulo a um parto vaginal [...]. Apenas umas mulheres são favorecidas [...] que eu nem acho que seja um favorecimento quando se analisa os benefícios entre um parto normal e uma cesárea. (E4).</p>

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere às relações cotidianas de trabalho, as informantes relataram existir um ambiente em que prevaleciam interação/comunicação, atitudes e sentimentos de cooperação mútua entre os membros da equipe de enfermagem. Em relação aos médicos, em contrapartida, relataram que nesses profissionais há uma postura hierárquica marcada por relações de saber e poder.

Durante a rotina assistencial, as enfermeiras apontaram dificuldades em lidar com as técnicas de enfermagem mais antigas do serviço, em decorrência de hábitos considerados ultrapassados, e com os médicos, em relação às divergências entre as condutas que interferiam na assistência às parturientes, sobretudo como resultado da ausência de protocolos clínicos institucionais pautados em boas práticas.

Evidenciou-se um contexto assistencial interventivo, medicalizado e marcado por influência político-institucional para a indicação e realização de cesarianas eletivas. Nesse sentido, as informantes apontaram como possíveis soluções o incentivo à valorização do parto vaginal entre a categoria médica e a incorporação do partograma na rotina assistencial e de um protocolo com diretrizes baseadas em evidências científicas.

TEMA PRINCIPAL 2: PRÁTICAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM OFERTADAS

Nessa seção, descrevem-se as práticas assistenciais ofertadas às parturientes no contexto de atuação da equipe de enfermagem e os aspectos que influenciavam a rotina de trabalho.

Tema cultural: “A parte burocrática complica um pouco a parte da assistência”

Nesse tema, discute-se a rotina na maternidade com ênfase nas atribuições dos profissionais e nos aspectos que repercutiam na assistência ofertada às parturientes pela equipe de enfermagem, conforme o **Quadro 4**:

Quadro 4 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “A parte burocrática complica um pouco a parte da assistência”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
Atribuições burocráticas das enfermeiras	<p><i>Essa parte burocrática de internamento pelo sistema eu sou contra a enfermeira fazer porque toma muito tempo [...] Não tenho tempo de conferir os prontuários, as medicações, as evoluções [...] o tempo que eu tenho eu vou pro sistema [...] eu não vou partejar [...] vou ficar em frente a um computador [...]. A parte burocrática complica um pouco a parte da assistência da enfermagem [...] eu acho que é uma falha [...] a gente poderia estar indo no leito, vendo essa mulher de perto, e a gente tem que se prender a preencher papel e computador [...] eu tenho que resolver [...] exames que demoram, material que falta, acompanhante dando trabalho, minhas técnicas são muito poucas. (E2)</i></p> <p><i>[...] o ideal seria uma enfermeira para três leitos [...], de PPP e aqui eu tenho 13 leitos, às vezes, 14, 20, porque tem mulheres em todo canto, [...] e eu não tenho condições de dar assistência [...] às vezes eu dou uma assistência maior as mulheres que estão mais graves, que estão com BCF alterados [...] mas a minha maior dificuldade hoje e que eu sinto necessidade é ter tempo para partejar. (E4)</i></p>
Cuidados ofertados pelas técnicas	<p><i>A gente admite a mulher, coloca no quarto, olha os sinais vitais, se for normal fica esperando ganhar ou então se for o caso a gente prepara para cesárea. (T7)</i></p> <p><i>Elas chegam e a gente vai fazer tudo, admissão, medicação, evolução, teste de Aids e Sífilis e fica de olho até chegar a hora de ganhar. (T5)</i></p> <p><i>[...] olha pressão, faz teste de HIV e conversa com elas, vai explicar como é o parto [...] porque quando é de segundo ou terceiro (filho) já tem um pouco de experiência, mas quando é do primeiro, às vezes, a gente conversa com elas e explica alguma coisa [...] umas gritam muito, a gente vai lá e diz: ‘mulher tu não pode gritar!’ [...] Quando o bebezinho nasce a gente coloca em cima delas para ficar corpo a corpo. (T1)</i></p>

Fonte: Elaboração própria.

Durante a rotina assistencial, as enfermeiras eram responsáveis por gerenciar o cuidado na maternidade e relataram sobrecarga com as atribuições ‘burocráticas’. Além disso, referiram dificuldade de prestar assistência às mulheres em trabalho de parto por não disporem de tempo nem condições para partejar.

O trabalho das técnicas de enfermagem era centrado em procedimentos rotineiros e desenvolvia-se de forma padronizada. Apesar de relatarem permanecer partejando, durante o processo de observação o pesquisador identificou que eram poucos os momentos em que essa assistência direta acontecia, pois, após a realização dos procedimentos técnicos de sua incumbência, geralmente adotavam uma postura expectante em relação ao trabalho de parto, aguardando o momento de conduzir a parturiente à sala de parto.

Tema cultural: “Durante a assistência os acadêmicos ajudam e as acompanhantes atrapalham”

Nesse tema cultural descrevem-se a participação dos acadêmicos em meio ao processo de trabalho na maternidade, o papel do acompanhante no suporte à parturiente e as repercussões para a assistência, conforme o **Quadro 5**:

Quadro 5 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “Durante a assistência os acadêmicos ajudam e as acompanhantes atrapalham”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
Acadêmicos ajudam	<p><i>A gente trabalha muito [...]. Eu acho bom quando vem os alunos, eles têm uma participação bem prestativa, ajuda muito o serviço, porque de certa forma eles estão aprendendo e nos ajudando. Quando eles não estão aqui fica muito sobrecarregado [...]. (T2)</i></p> <p><i>Eu gosto quando tem estagiários aqui [...] ajudam bastante, resolvem muita coisa. Os internos de medicina, os meus alunos da enfermagem fazem tudo [...]. A gente precisa deles [...], porque eu tenho pouco funcionário [...]. (E1)</i></p>
Acompanhantes atrapalham	<p><i>Tem acompanhante que ajuda bastante, são bem compreensivos, aqueles que acompanham a gestante até no pré-natal, sabem como funciona o trabalho de parto, sabem distinguir a dor do trabalho de parto e tem acompanhantes que atrapalham o nosso serviço e colocam mais medo na gestante. (T2)</i></p> <p><i>As acompanhantes[...] são muito arrogantes [...] elas gritam, elas xingam a gente, é esse tipo de acompanhante que eu falo que atrapalha um pouco. Mas essa é uma minoria que se destaca e acaba atrapalhando o plantão [...]. Afetam o profissional psicologicamente [...]. (E4)</i></p>
(Des)orientação	<p><i>[...] assistente social deveria chamar cada acompanhante e dizer qual a função, o que ele tem que fazer, o que é normal, o que não é normal, e [...] acaba sobrecarregando mais a gente em relação a pouca orientação tanto do acompanhante, quanto da gestante que chega totalmente despreparada [...] dificulta muito o trabalho da gente [...]. Nós do hospital deveríamos dar esse suporte, reunir todas as acompanhantes e conversar com elas [...] tirar todas as dúvidas. É uma falha do pré-natal e daqui também. As gestantes chegam aqui do pré-natal totalmente despreparadas [...]. (E1)</i></p>
Não acompanhamento	<p><i>[...] muitas vezes o médico [...] não quer permitir (o acompanhante) [...]. Isso é um direito da paciente. Isso a gente contorna, mas a questão da presença no ambiente da cesárea é mais complicada, [...] a gente não se mete, porque não permitem[...]. Eu tenho pena porque algumas mulheres querem e gostariam [...] que queria que o companheiro estivesse acompanhando durante esse processo. E a estrutura conforma para isso, talvez se fosse os PPPs individuais talvez facilitasse mais. (E2)</i></p> <p><i>Eu acho extremamente errado a instituição não permitir a presença do homem [...]. Em relação a estrutura é muito relativo, porque tem hospitais que também não tem uma estrutura perfeita, eles têm enfermarias coletivas, mas usam de biombos para fazer essa separação e a presença dos homens é permitida. (E1)</i></p>

Fonte: Elaboração própria.

A presença dos acadêmicos foi percebida como um processo de dupla contribuição: tanto para implementar práticas de cuidado, atenção e apoio às parturientes quanto para reduzir a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem.

Segundo as informantes, a postura adotada pelas acompanhantes atrapalhava a assistência em decorrência da falta de orientações sobre o parto durante o cuidado pré-natal e o papel do acompanhante durante a parturição. A presença do pai/companheiro durante o acompanhamento às parturientes é limitada devido a regras institucionais e à ausência de estrutura física adequada para ofertar uma assistência individualizada.

Tema cultural: “A humanização deixa muito a desejar aqui na maternidade”

Nesse tema buscou-se compreender a humanização do parto e nascimento no contexto da maternidade, por meio da análise dos sentidos atribuídos à humanização que permeavam as práticas de cuidado, e o modo como as profissionais de enfermagem conceituavam e vivenciavam o cotidiano assistencial, conforme o **Quadro 6**:

Quadro 6 – Componentes recorrentes e trechos das falas do tema cultural “A humanização deixa muito a desejar aqui na maternidade”. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil – 2017

Componentes recorrentes	Trechos das falas das informantes-chave
Sentidos atribuídos à humanização	<p><i>O que eu posso dizer da humanização é que desde que começou a Rede Cegonha, muita coisa mudou como o retardamento do clampeamento do cordão, o contato pele-a-pele, o aleitamento (E1).</i></p> <p><i>A gente [...] pega na mão [...] vou botar esse soro para isso. Tento deixar a paciente calma, procuro banhar, fazer uma massagem, dizer a ela que está perto, que vai dar tudo certo, sempre dando segurança. (T4)</i></p>
Deixa a desejar	<p><i>A humanização deixa muito a desejar aqui na maternidade principalmente porque eu acho que essas pacientes por chegarem sem preparo [...]. Eu não tenho tempo, o que eu queria era na hora que chegasse uma gestante sentar com ela e com sua acompanhante para passar para elas as orientações de como é o trabalho de parto [...]. (E1)</i></p> <p><i>Mesmo sem estrutura, mesmo sem biombo, mesmo sem PPP [...] se todo mundo quisesse, seria totalmente diferente, [...] dava para ser humanizado [...]. (E3)</i></p>
Práticas médicas como empecilho	<p><i>[...] a humanização é um processo [...], existem profissionais que é difícil mudar suas práticas assistenciais. Eles são mais arraigados às práticas antigas, por exemplo, sempre a episiotomia, a manobra de Kristeller [...] acelerar o trabalho de parto [...] a gente vê mais as boas práticas, a humanização do parto, mais com os recém-formados. (E4)</i></p> <p><i>Eu peguei essas médicas mais novas, que fizeram residências em obstetrícia [...] que estão mais atualizadas, que as práticas delas são baseadas em evidências científicas, que estão ligadas com as publicações da área e com tudo que há de mais moderno e absorvo [...]. (E3)</i></p>

Fonte: Elaboração própria.

Os sentidos atribuídos à humanização pelas enfermeiras perpassaram a implementação de boas práticas de atenção na assistência ao parto e nascimento, enquanto para as técnicas de enfermagem associou-se ao modo de parir e aos aspectos relacionais inerentes ao cuidado.

Entretanto, para as informantes a humanização do parto e nascimento não constituía realidade no serviço, sendo apontadas barreiras para sua implantação, relacionadas à falta de interesse e de tempo, falta de preparo das parturientes para o parto, ausência de profissionais para atender às demandas do serviço e condições estruturais inadequadas para a assistência obstétrica.

Ademais, as resistências médicas para o cuidado humanizado relacionavam-se a concepções antigas sobre a assistência ao parto e nascimento e à manutenção de práticas proscritas ou sem indicação baseada em evidência científica.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a satisfação relacionada à atuação na obstetrícia é consenso na fala das participantes, contudo, relatos de cansaço, desestímulo e baixa remuneração resultam em insatisfação laboral. Entende-se por satisfação o atendimento das necessidades essenciais para o trabalho, ou seja, aspectos como salário, benefícios, reconhecimento, chefia e colegas¹¹. Embora a satisfação no trabalho represente uma avaliação subjetiva, trata-se de uma avaliação dinâmica que depende das condições laborais oferecidas. Quando não atendidas, as expectativas conduzem ao estado de insatisfação¹².

A fonte de satisfação apontada neste estudo refere-se ao sentimento de gratuidade, empatia, identificação e dom divino. Corroborando essa ideia, um estudo¹² evidencia que o reconhecimento pelo trabalho realizado, a qualidade dos serviços prestados, o apoio espiritual e o relacionamento no trabalho associam-se à satisfação dos trabalhadores.

Quanto à insatisfação, os relatos evidenciaram que parte da sua gênese estava associada ao desgaste físico e mental dos profissionais. Dois estudos^{11,12} apontaram que fatores definidores de insatisfação dos profissionais relacionam-se à falta de integração entre os membros da equipe, sobrecarga de trabalho, ausência de períodos de repouso, baixos salários, pouca valorização e reconhecimento social da profissão e, sobretudo, não participação em planejamentos e tomadas de decisões diretamente relacionadas ao exercício profissional.

A insatisfação laboral pode elevar o sentimento de desgaste emocional nos trabalhadores, que passam a perceber suas atividades como cansativas, desagradáveis, repetitivas, com sobrecarga e geradoras de frustrações e desânimo¹². Entre as participantes, a frustração se revelou na organização das relações pessoais do ambiente de trabalho e na falta de recursos humanos.

Ressalta-se que nos relatos a falta de padronização quanto a escalas, rotinas e atribuições entre os membros da equipe inviabilizava a prestação de serviços qualificados. Essas condições de trabalho desfavoráveis constituem uma realidade que atinge diferentes categorias profissionais, com repercussões na saúde física e psicológica, nas relações sociais e na assistência ofertada¹³.

As condições insatisfatórias de trabalho são associadas pelas informantes à insuficiência de recursos materiais. A assistência de enfermagem nas instituições públicas, em geral, tem sido penalizada com a deficiência dos recursos humanos e materiais, o que interfere diretamente na qualidade da assistência e resulta em insatisfação, impotência e frustração dos profissionais com a situação laboral¹⁴.

Esta pesquisa, ainda, aponta como fator responsável pelo desgaste a impossibilidade de assistência às mulheres em condições clínicas graves no serviço. A solicitação de um serviço de atendimento de urgência nas maternidades é uma realidade comum, contudo, a presença e disponibilidade para atender essa população específica ainda é uma lacuna na rede de atenção materno-infantil, especialmente na referência entre unidades que não dispõem de recursos para atender essas mulheres¹⁵.

Na atualidade, tem-se observado tendência de terceirização parcial ou total dos serviços hospitalares por meio do instrumento de transferência de gestão do ente público para as OSS de direito privado, o que produz reflexos no cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente nas categorias da Enfermagem¹⁶. Essa realidade é observada no cenário estudado, e os impactos apontados pelas informantes relacionavam-se à baixa remuneração, aumento das horas trabalhadas, desvalorização profissional e jornadas de trabalho inflexíveis.

Esses achados corroboram o estudo de Druck¹⁷, em que a experiência da terceirização no serviço público de saúde por intermédio das OSS, além de mostrar um crescimento ascendente nos últimos anos, revelou a degradação do trabalho em todas as suas dimensões, relacionando-se às duplas e/ou triplas jornadas de trabalho, baixa remuneração e desvalorização salarial, redução do efetivo de funcionários públicos, de direitos trabalhistas e previdenciários.

Apesar do contexto assistencial, as relações interpessoais da equipe de enfermagem são referidas como satisfatórias, visto que a relação da equipe de enfermagem pautava-se em diálogo aberto e resolutivo, responsável e de ajuda mútua. Um estudo verificou que quando o relacionamento da equipe de enfermagem é satisfatório e expresso por relações recíprocas otimiza-se o tempo de assistência da equipe¹⁸.

Por outro lado, esta pesquisa apontou que a integração entre a equipe de enfermagem e a médica tornava-se, por vezes, insatisfatória em decorrência das diferentes condutas assistenciais e da utilização, sobretudo entre médicos com formação mais antiga, de práticas proscritas na assistência. A ausência de comunicação no processo de trabalho contribui para a fragmentação da assistência e para o aumento das assimetrias na relação dialógica entre os profissionais de saúde¹⁹.

Um estudo²⁰ descreveu que as enfermeiras vivenciavam situações conflituosas com a equipe médica, relacionadas a questionamentos quanto à competência profissional na assistência em saúde. Neste estudo, esse aspecto esteve relacionado às posturas assumidas pelas enfermeiras diante da indução de rotina do trabalho de parto e da indicação de cesarianas como reflexo de sua concepção menos intervencionista sobre a assistência ao parto.

Esse achado corrobora a literatura²¹ que aponta que o parto realizado por enfermeiras obstetras reduz a ocorrência de posição litotômica, episiotomia e uso de ocitocina, além de estimular a utilização de partograma e métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Além das relações hierárquicas de saber e poder identificadas no cotidiano de trabalho dos(as) médicos(as) obstetras e das enfermeiras, que resultavam em ações assistenciais não integradas, a alta carga de trabalho burocrático que as enfermeiras desenvolviam também contribuía para a fragmentação do cuidado de enfermagem.

O processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões complementares e interdependentes: a *assistencial*, relacionada às necessidades de cuidado de enfermagem e ao cuidado integral; e a *gerencial*, na qual o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e dos recursos humanos²². No entanto, observa-se no processo de trabalho do enfermeiro que há predominância de atividades gerenciais, com ênfase na organização institucional dos serviços, da assistência de enfermagem e do gerenciamento do cuidado.

Na rotina assistencial o cuidado é executado, sobretudo, pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, e o gerenciamento do cuidado e da unidade constituem aspecto nuclear do trabalho do enfermeiro²². Esse contexto é observado no cuidado ofertado pelas técnicas de enfermagem que executam atividades de testagem, auxílio em métodos não farmacológicos e verificação de sinais vitais das parturientes. Por outro lado, as enfermeiras relataram dificuldade em prestar assistência pela alta demanda e estrutura da maternidade, fatores que conformam a sobrecarga de atribuições burocráticas para um quantitativo pequeno de profissionais no setor.

Em função desse contexto, as informantes relatam que a presença de acadêmicos no serviço beneficia a equipe de enfermagem, pois enquanto eles aprendem no serviço

a sobrecarga de trabalho é reduzida. A inserção de acadêmicos no cenário dos cuidados obstétricos permite uma aprendizagem voltada para a convivência humana e ajuda o aluno a buscar suas próprias formas de se relacionar e de compreender as situações específicas vivenciadas de forma única por cada mulher²³.

Outro aspecto apontado nas entrevistas como influenciador da assistência foi a presença e participação de acompanhante durante a parturição. Embora seja um direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005, ainda há desafios e dificuldades para sua legitimação nos serviços de saúde. Contudo, o(a) acompanhante foi considerado(a) um fator que influencia negativamente na assistência ofertada por alguns informantes, além dos estigmas quanto à presença de homens nesses ambientes.

Esse aspecto corrobora os estudos de Wielganczuk et al.²⁴ e Brüggemann et al.²⁵ sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca do acompanhante, que muitas vezes é considerado como alguém que atrapalha a rotina assistencial. Evidenciaram-se resistência e dificuldades dos profissionais em lidar com a presença do acompanhante nesse cenário de cuidado, além de despreparo para integrar um membro da rede de apoio da mulher à rotina assistencial.

As justificativas dos profissionais de saúde e dos gestores, pautadas em dificuldades de ordem organizacional e estrutural, podem estar associadas à influência que o modelo biomédico exerce sobre os profissionais de saúde e atenção ao parto e contribuem para a desvalorização do acompanhante, que passa a ser percebido como não prioritário ou desnecessário nesse cenário de assistência²⁵.

Observaram-se, ainda, o despreparo do acompanhante e a falta de orientações profissionais sobre o parto e o processo de acompanhamento no ambiente hospitalar. A presença de um acompanhante treinado e integrado à rotina de cuidados favorece as condutas profissionais, auxilia em métodos não farmacológicos, no esclarecimento de dúvidas, na oferta de segurança e no apoio à parturiente²⁶.

Neste estudo, a humanização foi um termo recorrente na fala das profissionais do serviço e se associa às boas práticas de atenção ao parto. Um estudo²⁷ aponta que a humanização constitui um conjunto de práticas de acolhimento, empatia e diálogo, com orientações, respeito às escolhas e preferências da gestante e uso de práticas baseadas em evidências.

Contudo, a humanização constitui, ainda, aspecto a ser trabalhado nas práticas assistenciais no cenário estudado, visto que os relatos apontaram para a incapacidade de preparar a mulher e seu acompanhante para vivenciar o período parturitivo, a falta de recursos materiais e a resistência de mudanças nas práticas médicas. A falta de recursos humanos, organizacionais, técnicos e educacionais é realidade que precisa de modificação. Além disso, o foco no modelo

biomédico e a centralidade na figura médica devem abrir espaço ao diálogo multiprofissional nos cenários de atenção ao parto²⁸.

Evidenciou-se um contexto intervencionista na assistência obstétrica ofertada no cenário em estudo, o que pode ser reflexo da formação desses profissionais. Um estudo aponta²⁹ que, enquanto a formação dos médicos obstetras tem cunho intervencionista, a atuação do enfermeiro obstetra pauta-se na humanização da assistência e no respeito à fisiologia do parto e às boas práticas.

Para que a reorientação paradigmática no modelo de atenção obstétrica se efetive, há necessidade de tornar a mulher protagonista da parturição, dando-lhe alternativas de escolha informada, autonomia e liberdade nos processos decisórios, o que implica mudanças nas atitudes, filosofia de vida e percepção de si e do outro como ser humano, tendo a sensibilidade, informação, comunicação, decisão e responsabilidade como elementos a serem compartilhadas entre mulher, família e profissionais de saúde³⁰.

Essa dimensão ainda é um desafio a ser superado, pois, em estudo realizado na mesma instituição hospitalar pesquisada, com base na perspectiva *emic* da etnoenfermagem, as experiências das mulheres na assistência obstétrica foram marcadas pelo contexto de fragilidade clínica, social, violação de direitos humanos e da dignidade³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário cultural analisado, as experiências das informantes eram significadas a partir dos sentidos atribuídos ao trabalho, cuja organização era marcada pela (in)satisfação acerca de condições estruturais, laborais, trabalhistas e pelo modelo de gestão vinculado à entidade responsável por gerir a maternidade.

As práticas de cuidado de enfermagem eram influenciadas pelas normas e rotina institucional, cuja centralidade nos aspectos gerenciais e/ou nos procedimentos técnicos limitava a oferta de cuidados obstétricos durante a parturição, seja pela sobrecarga de atribuições profissionais, seja pela padronização e generalização das ações assistenciais.

A influência do modelo de atenção obstétrica de caráter intervencionista-medicalizante, centrado nas ações e condutas médicas, e as relações hierárquicas de saber-poder presentes nos relacionamentos interpessoais constituíam elementos que dificultavam o trabalho em equipe e a implementação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Aponta-se como possível limitação do estudo a restrição das observações ao setor da maternidade no turno diurno. Apesar disso, centrar o foco de análise nas informantes, suas experiências e visões possibilitou compreender as relações implicadas no cotidiano

REFERÊNCIAS

1. Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. The cultural construction of the birth process. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J., Online)*. 2013;5(4):591-98.
2. Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Härter J, Gonzales RIC. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2013;7(3):870-8.
3. Carregal FAS, Schreck RSC, Santos FBO, Peres MAA. Resgate histórico dos avanços da Enfermagem Obstétrica brasileira. *Hist Enferm, Rev Eletrônica*. 2020;11(2):123-32.
4. Pereira ALF, Moura MAV. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(1):119-24.
5. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2020;27(2):485-502.
6. Leal MC, Dias MAB, Bonan C, Nakano AR, Teixeira LA. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2019;26(1):319-34.
7. Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;14(4):585-93.
8. rogianti JM, Moreira NJMP, Prata JA; Vieira MLC; Almeida TA, Vargens OMC. Precarização do trabalho da enfermeira obstétrica. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26(2018):e33846.
9. Belém JM, Pereira EV, Rebouças VCF, Borges JWP, Pinheiro AKB, Quirino GS Theoretical, methodological and analytical aspects of ethnographic research in obstetric nursing: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03547.
10. Leininger MM, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2a ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett; 2005.
11. Somense CB, Duran ECM. Hygiene and motivation factors of nursing work in a cardiology ward. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(3):82-9.
12. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(4):1047-55.

13. Oliveira JCAX, Corrêa ÁCP, Cezar-Vaz MR, Marcon SR, Rosa ITM, Dalprá LAS. Work conditions and their repercussions on the quality of life of rural workers. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200408.
14. Vieira MLC, Prata JA, Oliveira EB, Rodrigues FAB, Almeida BCDS, Progianti JM. Strategies of nurse-midwives in relation to working conditions in maternity hospitals. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1):e20200201.
15. Freitas VCA, Quirino GS, Giesta RP, Pinheiro AKB. Situação clínica e obstétrica de gestantes que solicitam o serviço médico de emergência pré-hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl4):e20190058.
16. Souza HS, Mendes AN. Outsourcing and “dismantling” of steady jobs at hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):284-91.
17. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(Suppl 1):15-43.
18. Valentim LV, Luz RA, Santos LSC, Silva Noca CR. Perception of nursing professionals regarding teamwork. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:1-8.
19. Noce LGA, Oliveira TS, Melo LC, Silva KFB, Parreira BDM, Goulart BF. Interprofessional relationships of a patient assistance team in critical care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20190420.
20. Silva MM, Teixeira NL, Draganov PB. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. *Rev Adm Saúde*. 2018;18(73):1-12.
21. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT, Silva SD, et al. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the rede cegonha, Brazil – 2017. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(3):919-29.
22. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(2):258-65.
23. Silva RM, Gurgel AH, Moura ERF. Ética no processo ensino-aprendizagem em enfermagem obstétrica. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):28-36.
24. Wielganczuk RP, Zani AV, Maziero CP, Bernardy CCF, Rodrigues MH, Pinto KRTE. Percepções dos profissionais da saúde sobre a presença do acompanhante no nascimento. *Rev Pesqui Cuidado Fundamental*. 2022;14:e10830.
25. 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*. 2014;23(2):270-7.

26. Gomes IEM, Padoin SMDM, Langendorf TF, Paula CC, Gomes CA, Ribeiro AC. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(2019):e61.
27. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(4):e20160366.
28. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. New childbirth practices and the challenges for the humanization of health care in southern and southeastern Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(11):3517-24.
29. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(2):329-37.
30. Moreira KAP, Araújo MÂM, Fernandes AFC, Braga VAB, Marques JF, Queiroz MVO. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogit Enferm (Online)*. 2009;14(4):720-8.
31. Belém JM, Pereira EV, Cruz, RSBLC, Quirino GS. Divinization, pilgrimage, and social inequality: experiences of women in the access to obstetric assistance. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2021;21(1):327-34.

Recebido: 5.4.2022. Aprovado: 8.9.2022. Publicado: 12.1.2023.