

Conhecendo a constituição da relação saber-poder das enfermeiras em um centro obstétrico

Knowing the constitution of the relation knowledge-power of nurses in a obstetric center
Conociendo la constitución de la relación saber-poder de las enfermeras en un centro obstétrico

Vitória Regina Petters Gregório^I, Lorena Candido Lopes^{II}, Mariane Coelho Pedra^{III}, Marina Kuchiniski Gorayeb^{IV}

^I Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: vitoria.gregorio@ufsc.br

^{II} Enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

^{III} Enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

^{IV} Enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira obstetra.

Como citar este artigo:

Gregório VRP, Lopes LC, Pedra MC, Gorayeb MK. [*Knowing the constitution of the relation knowledge-power of nurses in a obstetric center*] Hist enferm Rev eletronica [Internet]. 2015;6(2):173-88. Portuguese.

Recebido em 24-08-2015

Aceito em 21-10-2015

Resumo

O presente estudo tem, como objetivo, conhecer como se constituiu a relação saber-poder das enfermeiras no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis-SC, no período de 2001 a 2013. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica, para a qual foram entrevistadas cinco enfermeiras no período de setembro a outubro de 2014, por meio da técnica de História Oral Temática. Os dados foram categorizados utilizando-se análise de conteúdo temática, e analisados com base no marco conceitual foucaultiano. Deles emergiram três categorias: Contexto do Centro Obstétrico; Acompanhante: o olho que tudo vê; e Saber e Poder das Enfermeiras. Os resultados indicaram que, quando há estrutura física e quantitativo de funcionários adequados, a enfermeira que possui um saber exerce poder no cenário de prática, adequando rotinas de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde para uma assistência menos intervencionista. Uma das demonstrações de saber-poder foi a inserção do acompanhante no Centro Obstétrico, conquistada por meio de lutas, principalmente das enfermeiras. No início foi conflituoso devido ao poder disciplinar construído nos microespaços, mas, posteriormente, foram se desenhando novas relações, incluindo o acompanhante como parte da rede de saber-poder.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; História da Enfermagem; Obstetrícia; História.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo conocer cómo se constituyó la relación saber-poder de las enfermeras en el Centro Obstétrico de la Maternidad Carmela Dutra - Florianópolis-SC en el período del 2001 al 2013. Investigación cualitativa con enfoque socio-histórico donde fueron entrevistadas cinco enfermeras en el período de septiembre a octubre del 2014, por medio de la técnica de Historia Oral Temática. Los datos fueron clasificados utilizando el análisis de contenido

temático, y analizados con base en el marco conceptual foucaultiano. Emergieron tres categorías: contexto del centro obstétrico; acompañante: el ojo que todo lo ve; y el saber-poder de las enfermeras. Los resultados indican que cuando hay estructura física y cantidad adecuada de funcionarios, la enfermera que posee un saber ejerce poder en el escenario de la práctica, adecuando sus rutinas según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una asistencia menos intervencionista. Una de las demostraciones del saber-poder fue la inserción del acompañante en el Centro Obstétrico, obtenida por medio de luchas, principalmente de las enfermeras. Al comienzo fue conflictivo debido al poder disciplinar construido en los micro espacios, pero posteriormente se diseñaron nuevas relaciones incluyendo al acompañante como parte de la red de saber-poder.

Descriptor: Enfermería Obstétrica; Historia de la Enfermería; Obstetricia; Historia.

Abstract

The present study is aimed at determining how is constituted the knowledge-power relation of nurses in the Obstetric Centre at Carmela Dutra's Maternity - Florianopolis-SC on the period from 2001 to 2013. This is a qualitative research with a social-historic approach in which were interviewed five nurses from September to October 2014, through the Oral Thematic History technique. Data were categorized using thematic content analysis, and analyzed based on Foucault's conceptual framework. From them emerged three categories: context of obstetric center; companion: the all-seeing eye; and knowledge and power of nurses. Results indicate that when there is a physical structure and an appropriate quantity of employees, the nurse who has a knowledge has power in the practical scenario, adapting routines in accordance with the recommendations of the World Health Organization for a less interventionist assistance. One of the demonstrations of knowledge-power was the insertion of companion in the Obstetric Center, conquered through strives, mainly by nurses. At first it was controversial due to the disciplinary power built in the micro spaces, but later were designing new relations including companion as part of the knowledge-power network.

Descriptor: Obstetric Nursing; History of Nursing; Obstetrics; History.

Introdução

A assistência ao parto, de uma forma geral, teve início com mulheres leigas que exerciam esta atividade com o conhecimento adquirido na vivência do dia a dia e repassado de mãe para filha ou de mulher para mulher. Com o passar dos anos, houve avanços científicos, que se refletiram na redução do número de óbitos maternos e infantis. Infelizmente, como consequência dessa mudança, o processo de parir deixou de ser algo fisiológico e passou a ser medicalizado, com intervenções nem sempre necessárias⁽¹⁾.

Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) realizaram conferências internacionais a fim de aprimorar as tecnologias de assistência ao pré-natal, parto e nascimento. Em virtude disso, o Brasil deu um passo importante no processo de desmedicalização e humanização da assistência, em 1984, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), seguido de outras políticas que foram ao encontro do movimento de humanização do parto, como, por exemplo, a criação da Estratégia Hospital Amigo da Criança; criação dos Centros de Partos Normais (CPNs); Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN); criação do Alojamento Conjunto, a Lei do

Acompanhante e a Rede Cegonha. Todas essas políticas apoiam a atuação da enfermeira obstetra, indicada para prestar assistência ao parto de risco habitual⁽²⁻³⁾.

Diversas estratégias foram utilizadas nas maternidades e centros de partos normais para que a enfermeira obstetra conseguisse ser inserida na assistência ao parto. Como exemplo têm-se a mudança na estrutura física, a formação de grupos de gestantes, os cursos de capacitação e de aperfeiçoamento⁽²⁾.

A enfermeira obstetra é a profissional recomendada para assistir o parto de risco habitual devido à sua formação, visando a humanização e a não intervenção no processo fisiológico de parir⁽³⁾; entretanto, esta não é a realidade na maioria das maternidades brasileiras. O médico, muitas vezes, é o personagem principal neste cenário de prática e, geralmente, exerce o seu poder sobre os demais membros da equipe multiprofissional⁽⁴⁻⁵⁾.

Fazendo uma retrospectiva das pesquisas desenvolvidas na Maternidade Carmela Dutra com as parteiras e enfermeiras que ali atuaram, pode-se notar a dinamicidade no espaço de atuação. Os primeiros profissionais a atuarem na instituição foram as Irmãs da Divina Providência, médicos, parteiras e outros profissionais que foram treinados na própria maternidade. Alguns meses após a sua inauguração, em 1956, houve a contratação da primeira enfermeira, que também era freira. Em 1968, as religiosas saíram da instituição devido ao término do contrato com o Governo do Estado, sendo inseridas as enfermeiras leigas. Entretanto, no centro obstétrico, com a saída das religiosas, permaneceram apenas médicos e parteiras até o ano de 1973, quando da vinda da primeira enfermeira obstetra⁽⁵⁾.

Essa mudança no quadro de profissionais resultou em novas disputas de espaço e estratégias de poder, evidenciando a dinamicidade das relações saber-poder. Ao longo da década de 1970, outros profissionais foram inseridos, como residentes, acadêmicos de medicina e de enfermagem. Em 1974, ocorreu a saída da única enfermeira obstetra que atuava no Centro Obstétrico (CO), dando entrada a uma enfermeira generalista, que não conseguiu assumir o seu poder frente às parteiras, que estavam em maior número e exerciam as suas práticas com o aval dos médicos. Esse cenário mudou novamente em 1985, com a inserção de uma nova enfermeira obstetra e com a entrada em vigor da Lei do Exercício Profissional, trazendo restrição significativa para a atuação das parteiras⁽⁵⁻⁶⁾.

Os anos seguintes foram marcados por constantes mudanças, tanto nas rotinas quanto na rede de saber-poder. A mais notável dessas mudanças aconteceu em 2001, quando o Governo do Estado nomeou a enfermeira Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos como Diretora Geral, cargo até então assumido exclusivamente por médicos⁽⁵⁾.

Tal fato instigou o questionamento sobre o impacto gerado no cenário de prática após a nomeação de uma enfermeira como Diretora Geral de uma maternidade e sobre as possíveis alterações na rede de saber-poder, e as expectativas que isso gerou na construção de um Centro de Parto Normal na Maternidade Carmela Dutra.

Frente a isso, o objetivo desta pesquisa foi conhecer como se constituiu a relação saber-poder da enfermeira no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis/SC, no período de 2001 a 2013.

Para delimitar este estudo, definiu-se um recorte temporal que se inicia com a posse da primeira enfermeira como Diretora Geral da Maternidade Carmela Dutra, em 2001, e vai até a assinatura da ata que garantia a construção do novo Centro de Parto Normal para a Maternidade Carmela Dutra, em 2013.

Foi observado que há poucas publicações a respeito da história das enfermeiras obstetras no município de Florianópolis, assim como poucos relatos a respeito de suas lutas por espaços de atuação. As poucas produções científicas existentes a esse respeito são frutos de outras pesquisas, usando História Oral de alguns personagens daquele contexto histórico^(5,7-8).

Esta pesquisa visa aprofundar o conhecimento já produzido sobre a história da enfermagem ao longo dos anos, podendo assim contribuir para a construção do saber nesse campo, mostrando a constituição do saber-poder do enfermeiro no seu contexto de atuação.

O resultado desta pesquisa poderá ainda servir como base de informações para futuras intervenções, a fim de melhorar e ampliar a atuação da enfermeira no Centro Obstétrico, considerando-se que refletir sobre o saber-poder no microespaço onde acontecem as relações de trabalho do enfermeiro é importante para se pensar sobre a imagem, a história, a autonomia e a valorização da profissão de enfermeiro.

Método

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem sócio-histórica. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da História Oral Temática⁽⁹⁾, tendo-se entrevistado a todas as enfermeiras que atuaram no CO no período entre 2001 e 2013, totalizando cinco enfermeiras.

Para conhecer quem seriam as entrevistadas foi consultado o Serviço de Recursos Humanos da Maternidade Carmela Dutra, sendo o contato com as participantes do estudo feito pessoalmente e por telefone, a fim de agendar o melhor horário e local. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2014, com o recurso da

técnica Bola de Neve⁽¹⁰⁾ até a saturação dos dados, esclarecendo-se que a primeira entrevistada indicou as outras devido ao seu profundo conhecimento quanto ao período pesquisado. Gravadas com gravador digital e realizadas em local de escolha das participantes, as entrevistas duraram o tempo médio de uma hora. Posteriormente as gravações foram transcritas, sendo essas transcrições validadas pelas entrevistadas no mesmo período de setembro e outubro de 2014. Na entrevista foi abordado o perfil das participantes, o contexto da instituição e os cuidados de enfermagem realizados no período estudado. O anonimato foi garantido pela substituição do nome da entrevistada pela letra “E” de enfermeira, seguida de número cardinal, de acordo com a ordem cronológica de contratação da profissional pela instituição: E01, E02, E03, E04 e E05.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin⁽¹¹⁾. O marco conceitual adotado foram os conceitos de saber-poder e poder disciplinar de Michel Foucault⁽¹²⁾. As diferentes fases da análise de conteúdo - pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e a inferência e a interpretação⁽¹¹⁾ organizaram-se em torno dos polos cronológicos e desse procedimento resultou a construção de três categorias: Contexto do Centro Obstétrico, Acompanhante: o olho que tudo vê e Saber e Poder das Enfermeiras.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi produzido (parecer n. 767.575), tendo sido desenvolvido de forma a garantir todos os aspectos éticos que as Diretrizes e Normas da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde prescrevem⁽¹³⁾.

Resultados e Discussão

Durante a análise dos dados, foram identificadas três categorias que retrataram mudanças importantes que ocorreram no contexto do cuidado, envolvendo a presença do acompanhante e a dinamicidade do saber-poder das enfermeiras.

Contexto do Centro Obstétrico

A Maternidade Carmela Dutra foi fundada no ano de 1955, porém só foi inaugurada no ano de 1956, com o intuito de atender a grande demanda populacional do município. Na década de 1990, ocorreu uma grande reforma na infraestrutura da maternidade, juntamente com a mudança na forma da assistência prestada à gestante. Foi inaugurada a área do Alojamento Conjunto, onde a puérpera seguia sua recuperação pós-parto juntamente com seu filho recém-nascido. Antes da reforma, o Centro Obstétrico era constituído de sala de parto juntamente com a Triagem

Obstétrica; e, como era denominado na época, Berçário de Recém-Nascidos Normais. Após a reforma, com o intuito de implementar o Alojamento Conjunto, foi extinto o “Berçário de Recém-Nascidos Normais”, tendo sido criada uma Emergência Obstétrica e Ginecológica e ampliada a área física do Centro Obstétrico. Após tais mudanças, a maternidade conquistou o título de Hospital Amigo da Criança⁽¹⁾. As depoentes explicam como isso ocorreu:

A gente tinha um banheiro com chuveiro para receber as mulheres e outro banheiro no pré-parto, que era utilizado para o banho terapêutico. Então, muitas vezes, eu tinha duas ou três parturientes que gostariam de ir pro banho terapêutico e tinha que fazer fila e dar a prioridade para quem necessitasse mais. Depois, foi construída uma pequena área de um jardim externo, que ficou bem gostoso, que era mais utilizado pelas mulheres que estavam fazendo indução de parto[...] (E03).

De fato, o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infraestrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade⁽¹⁴⁾, como reza a norma corespondente

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, alguns itens de uma unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais) e internação obstétrica são: sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante; sala de exame e admissão de parturientes; quarto PPP; barra fixa e/ou escada de Ling; banheiro para parturiente (cada quarto deve ter acesso direto a um banheiro, podendo servir no máximo a dois quartos); área para deambulação (interna ou externa); posto de enfermagem; sala de serviço; área para antisepsia cirúrgica das mãos e antebraços; e sala de parto cirúrgico/curetagem⁽¹⁴⁾. Não era assim na maternidade estudada, até que ocorresse a reforma:

No outro lado da sala de parto, o pré-parto de quatro leitos, que são divididos por biombos de PVC, aberto no teto, então sem privacidade nenhuma, com uma cortina que muitas vezes os residentes não fechavam [...]. No CO tinha pouco espaço interno para a deambulação, com pouco espaço para a utilização da bola, do cavalinho; então, todas as técnicas não farmacológicas que a gente utilizava para a diminuição da dor era feita no ambiente que não era adequado. (E03)

Eu vejo que nosso espaço físico é pequeno; então, quando, às vezes, tem muito estudante, tem muita reclamação também, porque o nosso box, onde fica a gestante, já é pequeno [...] e eu acho que essa gestante fica muito exposta também. (E05)

Nota-se nessas falas que, para prestar assistência de enfermagem com qualidade, é imprescindível uma estrutura física que ofereça espaço, mobilidade e privacidade adequados para garantir conforto às parturientes. Existem muitas formas de garantir um trabalho de parto seguro

e humanizado para a gestante, mas, para isso, a enfermeira deve ter criatividade e capacidade para adaptar a estrutura física que a instituição oferece à RDC supracitada.

Para se prestar assistência de qualidade, além de ter estrutura física adequada é necessário também pessoal suficientemente dimensionado. Conforme levantamento realizado no serviço de recursos humanos da Maternidade Carmela Dutra, no período de 2001 a 2013, cinco enfermeiras atuaram no Centro Obstétrico.

Durante a maior parte do tempo estudado, havia, no Centro Obstétrico, apenas uma enfermeira generalista e, com o passar do tempo, houve a contratação de novos funcionários, entre eles enfermeiras com especialidade em obstetrícia. Com esse saber e utilizando seu poder, as enfermeiras obstetras foram se apropriando de fazer específico, mas também foram assumindo a responsabilidade por suprir a carência de profissionais. Elas narraram:

Tinha uma enfermeira em cada setor, mas na sala de parto e emergência era apenas uma enfermeira responsável, e final de semana era regime de supervisão [...]. Houve uma época que era muito triste, a gente trabalhava com pouquíssima gente, não tinha nem tempo de respirar. Coisas burocráticas, escala de serviço, essas coisas, eu só fazia em casa, à noite, porque aqui eu ficava só na assistência e não tinha como largar para ir em reuniões, era só assistência mesmo, foi um período bem longo. (E01)

Para Foucault, poder disciplinar é uma técnica/instrumento que possibilita moldar um corpo dócil, assegurando submissão e impondo uma relação de utilidade de forma que garanta o melhor rendimento e a máxima eficácia deste corpo. No contexto da maternidade, isso se refletiu no profissional que se submeteu a trabalhar em condições inadequadas devido à presença de poucos funcionários para atender a demanda muito grande no Centro Obstétrico⁽¹²⁾.

A década de 1990 foi marcada por mudanças significativas nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher e de incentivos oficiais para a regulação e implementação dessas novas políticas, tais como: Programa de Apoio à Implementação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco - 1998; projeto de Casas de Parto e Maternidade modelo - 1998; redução de cotas de parto cirúrgico pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - 1998; e criação do Centro de Parto Normal – 1999. Na década seguinte foi implementado o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento – 2000 e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – 2002. Visando a melhoria da assistência à mulher, foram criadas outras políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 e a Rede Cegonha – 2011, as quais, para serem implementadas, exigiram aumento do quadro de funcionários de enfermagem⁽³⁾. Essa mudança alcançou a maternidade estudada:

Durante muitos anos, a enfermeira tinha que dar conta de todos os cuidados à parturiente e recém-nascido;, agora não, nasce e vai alguém ajudar, mas teve muitos anos que eu ficava sozinha e tinha que dar conta [...] às vezes ficava só eu e mais duas técnicas [...]. À medida que a gente foi tendo mais funcionários, começou a poder dar uma assistência melhor à paciente, ajudar e colocar no banho terapêutico [...]. Anteriormente, a gente até queria colocar, mas não tinha tempo, como é que ia acompanhar a paciente se já tinha que estar colocando soro em uma, levando a outra para a mesa que já estava nascendo, cuidando do pós-parto? Então tu fazia milhões de coisas ao mesmo tempo, tinha que priorizar [...]. (E01)

Nesses depoimentos percebe-se que os funcionários tinham dificuldades para prestar assistência humanizada e segura à gestante. Com as alterações nas políticas públicas, voltadas para a atenção à saúde da mulher, houve investimento nos hospitais, acarretando mudança na estrutura física e no dimensionamento de pessoal. Com a vinda de mais profissionais, foi possível estabelecer rotinas de acordo com as recomendações da OMS para a assistência ao parto.

Segundo dados levantados pela pesquisa Nascer Brasil, a forma de conduzir o processo de parir é diferente entre enfermeiras obstetras e médicos. Na região norte e sudeste, a enfermeira obstetra tem maior atuação, principalmente no interior dos estados, e pela rede conveniada do SUS⁽¹⁵⁾.

De forma geral, as boas práticas são aplicadas na sua maioria por enfermeiras obstetras, demonstrando serem menos intervencionistas na assistência ao parto e ao recém-nascido. Apesar de tudo isso, apenas 16% dos partos vaginais hospitalares foram assistidos por enfermeiras obstetras⁽¹⁵⁾.

Conforme a RDC n. 36, o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde, além de ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo às normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda⁽¹⁴⁾.

Em 1996, foi publicado um relatório técnico pela OMS sobre as evidências pró ou contra algumas práticas mais utilizadas na assistência ao parto normal, sendo conhecido como Recomendações da OMS. Tais recomendações foram divulgadas pelo Ministério da Saúde (MS), sendo referência para a implementação dos partos humanizados⁽¹⁶⁾, mas antes não era assim:

Quando eu trabalhei no Centro Obstétrico [...] as parturientes não se alimentavam ainda. (E02)

Segundo as recomendações da OMS, a restrição líquida e alimentar durante o trabalho de parto foi classificada como prática frequentemente utilizada de modo inadequado⁽¹⁶⁾. A restrição à movimentação também ocorria:

A retirada da mulher do leito foi uma mudança, meu Deus, não dá nem pra explicar que alguém ficasse deitada em decúbito lateral esquerdo, sem ter liberdade de posição o tempo inteiro. (E02)

Em contrapartida, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto está classificada dentro das recomendações da OMS como prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada⁽¹⁶⁾. Outras práticas também foram modificadas:

Não se faz mais fleet enema de rotina. A episiotomia, olha só, quando eu imaginei que alguém ia parar de fazer episio, era episio em todo mundo, todas sem exceção. Então era tricotomia, enema, episio e ocitocina. Então, mudou muito. (E02)

Agora uma das coisas que não muda, pelo menos quando eu estava lá, era a utilização de ocitocina, que era muito frequente. (E03)

O uso rotineiro de enema e tricotomia está incluído nas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. Já o uso liberal e rotineiro da episiotomia é prática frequentemente utilizada de modo inadequado. O uso rotineiro de ocitocina é considerado uma prática ainda sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que, portanto, deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão⁽¹⁶⁾. Outras mudanças também ocorreram:

A questão do 'pele a pele', do contato entre a mãe e o bebê foi algo que mudou muito. (E03)

O contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e o apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto estão classificados, nas recomendações da OMS, como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas⁽¹⁶⁾. Isso foi um ganho de qualidade.

A assistência mudou muito, tá muito melhor. Embora a enfermeira ainda não consiga assistir a mulher em sua totalidade, mas ela consegue ter liberdade pra essas coisas, para tirar do leito, pra sugerir banho terapêutico, bola. Muito bom ver isso. (E02)

Nota-se, nas falas das entrevistadas, que, com o passar do tempo, houve intensas mudanças nas rotinas praticadas no Centro Obstétrico. Anteriormente, eram realizados procedimentos de forma rotineira, contraindicados pela OMS. Essas mudanças começaram a surgir com a inserção de enfermeiras capacitadas, que direcionaram seus conhecimentos para as ações exercidas, ou seja, o saber-poder, visando o bem estar da parturiente e do recém-nascido.

Acompanhante: o olho que tudo vê

Uma das principais conquistas dentro do Centro Obstétrico da MCD foi a inserção do acompanhante. Isso se deu devido a mudanças no cenário, por meio de políticas públicas de

atenção à saúde da mulher, do apoio da direção da maternidade e pelas motivação das enfermeiras para buscar melhorias na assistência obstétrica.

Foucault refere que, para haver mudança, é necessário modificar o regime político e institucional da produção do conhecimento⁽¹⁷⁾. Para que as mudanças fossem possíveis, os profissionais de enfermagem procuraram elementos que subsidiassem suas ações. Por outro lado, a resistência dos profissionais e as limitações da estrutura física podem ser consideradas dificuldades para realizar uma vigilância ao mesmo tempo individual e geral.

Nessa perspectiva, o acompanhante pode ser considerado um elemento de poder, exercendo vigilância permanente⁽¹⁴⁾, mas sua “presença, considerada pela maioria dos profissionais como um ‘problema’”, pode se transformar numa oportunidade para que o serviço também se beneficie⁽¹⁸⁾. Isso aconteceu na MCD:

A enfermeira obstetra Vitória, na década de 1990, começou uma pesquisa sobre a presença do acompanhante no Centro Obstétrico, mas, em seguida, ela foi trabalhar na Universidade Federal de Santa Catarina; então, a gente continuou a colocar o acompanhante para experiência, e a gente conseguiu colocar, mesmo porque a enfermeira Evangelina era a diretora na época. Foi assim que foi conseguido, porque diziam: “tira o acompanhante” [...]. Quando da Lei do Acompanhante, coloquei a ordem de serviço em todas as portas e aquilo causou uma revolta imensa. Agora nem se fala, porque já virou uma coisa automática e os médicos e residentes que foram chegando já se acostumaram com isso e faz parte da normalidade. (E01)

Percebe-se, desse modo, a preocupação das enfermeiras em utilizar a pesquisa como um suporte para qualificar a assistência, já que naquela época (década de 1990) não havia qualquer amparo legal em relação à presença do acompanhante. A referida pesquisa - uma dissertação de mestrado defendida em 2002 pela enfermeira Vitória Petters Gregório, observou que a maioria dos profissionais eram a favor da presença do acompanhante, pois esta trazia mais segurança e tranquilidade para a parturiente, favorecendo o trabalho de parto. Também foram citadas algumas dificuldades, como a falta de espaço físico, a decisão da presença do acompanhante centrada no médico, a invasão de privacidade, o despreparo da equipe em receber o acompanhante e do acompanhante para assistir o parto. Sobressai a alegação de que o acompanhante poderia tornar-se potencial testemunha em nível de justiça comum contra o médico, por não compreender o procedimento realizado⁽¹⁹⁾.

Dentre as políticas públicas no campo da saúde da mulher, a Lei do Acompanhante, de 2005, ganha destaque porque obriga os serviços de saúde a permitirem a presença de um acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Com o objetivo de assegurar a permanência do acompanhante junto à parturiente, no âmbito

público e privado, outros documentos foram publicados para garantir esse direito. A presença do acompanhante já estava inserida no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, criado em 2000, sendo que hoje em dia ela é reforçada nas diretrizes da Rede Cegonha. A OMS também recomenda que a parturiente tenha um acompanhante de sua escolha, contribuindo assim para a humanização do nascimento e diminuição de intervenções obstétricas⁽²⁰⁾. As entrevistadas aprovavam essa medida:

Depois eles começaram a ver[...] nossa como é bom! Porque o Centro Obstétrico era o lugar mais barulhento que podia existir na Carmela Dutra (risos). A cliente gritava em um box e aí gritavam todas. Elas batiam, davam chute, se desesperavam, mesmo porque elas queriam ter alguém que desse apoio naquele momento, elas se sentiam perdidas, sozinhas, desamparadas. Por mais que tu fosse conversar, não era a mesma coisa. E, com o tempo, eles começaram a ver que o Centro Obstétrico começou a ficar mais silencioso. (E01)

É muito clara a imagem do antes e do depois da presença do acompanhante. O antes era muito grito o dia inteirinho. E gente na porta perguntando como tá e você tinha muito mais trabalho. Hoje ela tem apoio, tem alguém. (E02)

O acompanhante não entrava no Centro Cirúrgico e isso foi uma briga. Fui parar na direção algumas vezes por causa disso, porque na lei diz trabalho de parto, parto e pós-parto independente de ser parto normal ou cesárea, e eles não entravam no Centro Cirúrgico; então, depois a gente conseguiu mudar isso também, com bastante dificuldade. (E03)

O motivo pelo qual os profissionais resistem à inserção do acompanhante está diretamente ligado ao fato de que este é considerado um olhar, um princípio de vigilância que poderá, de certo modo, se fazer agir sobre todos os indivíduos. Observando o conceito de poder disciplinar, a figura do acompanhante está relacionada ao olho que tudo vê, pois exerce o poder por meio da vigilância contínua da parturiente e de questionamentos à equipe de saúde, o que, na prática, pode implicar em mudanças na postura e rotina do profissional⁽¹²⁾.

Os profissionais mantinham uma rejeição inicial, que pode ser atribuída ao preconceito e ao medo por se sentirem ameaçados e questionados sobre sua conduta. Porém, logo depois de conviver com a presença do acompanhante, os profissionais passaram a considerá-los uma medida positiva. Dessa forma, considera-se que o acompanhante auxilia na promoção da segurança da parturiente, gestante ou puérpera⁽¹⁸⁾, o que também era percebido pelas entrevistadas:

Então ali realmente os médicos não queriam de jeito nenhum o acompanhante, e foi assim, suado, foi chorado, mas que também no fundo muita gente da enfermagem achava que aquele acompanhante iria atrapalhar, que iria bisbilhotar, que aquele acompanhante ia ficar perguntando o tempo todo, ficar incomodando. Só que, na prática, eles viram que era diferente; então, foi com suor, com dor, mas foi se vendo que a presença do acompanhante era muito boa. (E01)

Conforme as falas e a literatura científica antes citadas, a inserção do acompanhante originou-se de uma mudança no cenário nacional de atenção à saúde da mulher e foi favorecida pela direção da MCD, que subsidiou as mudanças associadas à humanização do parto. Como toda mudança, veio à tona a resistência dos profissionais para a inserção dos acompanhantes, que exercem o poder de vigiar, minimizando os possíveis danos. O acompanhante, como sujeito, lutou para não se tornar objeto, transformando nova rede de saber-poder, ampliando e assegurando micropoderes e novos espaços organizados historicamente. As enfermeiras foram as principais responsáveis pela luta em prol da entrada dos acompanhantes no Centro Obstétrico e no Centro Cirúrgico da instituição e, para tanto, elas exerceram o saber-poder.

Saber-poder das enfermeiras

A enfermeira, com o objetivo de conquistar espaço, vem buscando conhecimento na área obstétrica por meio da realização de cursos de especialização, que surgem como uma estratégia no seu processo de formação. Esses cursos têm apoio do MS e da OMS que, por meio de políticas voltadas à saúde da mulher, recomendam o enfermeiro obstetra como prestador de serviço durante o ciclo gravídico-puerperal, tendo em vista sua formação humanizada e menos intervencionista. Contudo, na prática, o enfermeiro obstetra tem dificuldade de atuar com autonomia devido à não aceitação de seu papel por outros profissionais e à falta de incentivo institucional, entre outros obstáculos⁽²¹⁾.

O aumento crescente de hospitalizações, a incorporação de novas tecnologias e as elevadas taxas de cesarianas têm dificultado a ação das enfermeiras obstetras, pois essas ações interferem na sua habilidade da assistência ao parto sem distócia, refletindo-se no saber-ser, saber-fazer⁽²¹⁾.As entrevistadas assim se manifestaram sobre isso:

É, com a saída das enfermeiras obstetras do Centro Obstétrico, criou um buraco [...].O domínio da assistência obstétrica à paciente ficou literalmente para a medicina. (E02)

A parte exclusiva mesmo do enfermeiro era a parte administrativa e a parte de supervisão [...] o parto sempre foi da medicina, sempre foi e é até hoje [...]. Mesmo tendo hoje várias enfermeiras obstetras, elas estão conquistando mais espaço [...]. Mas é uma coisa lenta, porque aqui a gente tem a residência médica; então, o parto é do médico, mas agora, com relação ao pré-parto, cuidados, banho e as técnicas e terapêutica de humanização e tudo mais, nós temos total autonomia. (E01)

Dentro de uma unidade hospitalar existe disputa de poder muito dinâmica. O saber e o poder estão intimamente ligados: um produz o outro. Não se pode exercer poder sem deter conhecimento, assim como o saber também é uma forma de reforçar o poder que se tem⁽¹⁷⁾.

Outros autores justificam a soberania médica sobre os demais membros da equipe multiprofissional baseados na diferença do tempo de formação. Outro fator que confirma essa constatação é o resultado de uma pesquisa que mostra enfermeiras com melhor qualificação (formação) assumindo cargos de chefia e participando da organização do serviço hospitalar⁽⁴⁾. Uma das entrevistadas falou sobre esse tema:

Existia hierarquia da equipe médica com a equipe de enfermagem, o médico acha que é o detentor de todo o saber, e ele tem a plena certeza que ele manda na enfermeira e não a gerente de enfermagem, que tem a autonomia para desenvolver essa atividade. [...] e acho que aos poucos, bem aos poucos eles foram diminuindo essa hierarquia porque eles foram conhecendo as atividades que a enfermeira desenvolvia; então, começou a existir um respeito, um outro olhar [...]. Eu fui mostrando quem era a enfermeira obstetra, e aí, então, aos poucos, foi amenizando, mas a hierarquia sempre existiu. (E04)

O espaço de saber e poder pode ser conquistado pelas enfermeiras por meio da assistência de enfermagem, mas também criando manuais com atribuições das funções de cada membro da equipe de enfermagem, normas e rotinas, métodos de assistência e registro das informações, entre outros. Isso pode se refletir na boa visibilidade profissional e na autonomia do Serviço de Enfermagem perante a equipe multiprofissional. Outro ponto que serviu de base para a instrumentalização e o empoderamento da equipe foi a constante busca pelo conhecimento científico, como desejado pelas enfermeiras e estimulado pela chefia⁽²²⁾.

O poder somente se exerce a partir de uma nítida relação com a produção do saber e da verdade. O saber pode surgir da busca pelo conhecimento por meio de cursos e capacitações, e o poder se expressa pelo exercício de cargos de chefia, gerências, direção e a própria liderança da profissão na instituição⁽¹⁷⁾, como se pode ver nesses depoimentos:

Eu entrei no CO com especialização em obstetrícia, e aí vieram os conflitos em função disso, porque existia uma enfermeira que não tinha especialização. E, às vezes, a que não tinha, queria fazer o que eu fazia e não dava bem certo, porque, pra ti bancar alguma coisa, tu tem que ter certeza do que tu está fazendo e ter certeza que vai dar certo [...]. E eu acredito que o enfermeiro que assume o Centro Obstétrico, ele tem que saber onde ele está pisando. (E02)

Porque existem muitos profissionais que respeitavam a minha atuação, e outros que batiam de frente. Então dependia do profissional que estava lá. (E03)

O trabalho de uma equipe interdisciplinar é essencial para que haja valorização e reconhecimento do saber oriundo da outra disciplina. Para tal, é imprescindível que a enfermeira obstetra se empenhe em aplicar o conhecimento técnico-científico-humanístico adquirido na sua formação e na experiência profissional^(21,23), como se pode ver nessa fala:

A gente discutia alguma coisa, mas não tinha autonomia não. Até dei aula pra graduação e a gente tentou fazer auscultas e marcar no partograma e foi um caos,

fui chamada na direção porque uma residente questionou que não podia ter marcado o BCF no partograma e jogou ele no lixo. Tive que entrar com processo. (E02).

Fui chamada uma vez na direção porque eu internei uma paciente que estava com dilatação tota;; eu só mandei pra sala de parto porque ia nascer na emergência. (E02)

Então, existiam dois momentos: um momento que a relação era muito boa com a medicina, que tinham poucos residentes, tinham as parteiras, que existia uma equipe multiprofissional trabalhando. Existiu um outro momento em que rachou; eram dois tipos de profissionais. E agora, a impressão que dá é que está retomando essa união, até pela qualificação dos enfermeiros obstetras. (E02)

Na instituição pesquisada observou-se alternância do saber-poder, ocorrendo mudança após a saída de enfermeiras obstetras, permanecendo as enfermeiras generalistas, que não mantiveram o poder devido à ausência de um saber específico e de respaldo legal para a assistência ao parto, abrindo, assim, o espaço para o profissional médico. Ao longo do período estudado, foi visto que, com a chegada de enfermeiras com especialidade em obstetriciaa, adquiriram-se forças para subsidiar mudanças na estrutura física, no número de funcionários e implementar rotinas adequadas para a assistência obstétrica.

Considerações finais

O presente estudo revelou que ter estrutura física adequada e funcionários qualitativa e quantitativamente suficientes são condições imprescindíveis para se prestar assistência de qualidade. Inserido nesse quadro funcional, encontram-se os enfermeiros generalistas e obstetras, que aqui foram estudados com maior especificidade.

Percebe-se que, quando este profissional é qualificado, detentor de conhecimento teórico e prático, com saber e vontade de prestar cuidado cada vez melhor, ele é capaz de influenciar e exercer poder sobre o quadro funcional em sua amplitude, confirmando, desse modo, o pensamento foucaultiano de que saber e poder estão interligados.

Uma das manifestações deste poder foi a inserção do acompanhante. Baseadas no conhecimento da legislação vigente e exercendo o poder adquirido deste saber, as enfermeiras conseguiram inserir o acompanhante junto à parturiente. Essa mudança aconteceu de forma conflituosa, já que o acompanhante passou a exercer poder disciplinar sobre a equipe, tendo em vista a sua vigilância constante, sendo este visto, inicialmente, como poder disciplinador, o poder que se observa nas relações sociais, nas relações recíprocas e nas inúmeras sujeições. Mas, ao

longo do tempo, foi possível compreender esta ação como algo construtivo, proporcionando, à parturiente, maior confiança em si e tornando o Centro Obstétrico mais acolhedor. Essas lutas respondem ao questionamento do porquê do surgimento e da importância dos saberes das enfermeiras e como estes se transformam em ações positivas para os sujeitos envolvidos.

A convivência entre o trabalho de enfermagem e o da medicina muitas vezes pode ser conflituosa, entre outros motivos porque ambos exercem funções semelhantes na assistência ao trabalho de parto de risco habitual, gerando conflito quanto às atribuições de cada um. Para que haja uma relação mais harmoniosa, é imprescindível que a Enfermagem se torne mais atuante e organizada como equipe, explicitando quais são os seus saberes e os seus poderes, definidos em suas atribuições, a fim de que juntos, explorando o melhor de cada profissional, formem uma equipe forte, que consiga trabalhar a interdisciplinaridade e, por consequência, qualificar ainda mais a assistência prestada.

Referências

1. Gregório VRP, Padilha MICS. História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001). *Rev Bras Enferm.* 2012 set.-out.;65(5):767-74.
2. Mouta RJO, Progiante JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implementação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm.* 2009 out.-dez.;18(4):731-40.
3. Narchi NZ, Cruz EF, Goncalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2013;18(4):1059-68.
4. Chaves RN, Alves ALS. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. *Diálogo Ciência.* 2012;(30):159-62.
5. Gregório VRP, Padilha MICS. As estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra – Florianópolis-SC (1956–1986). *Texto Contexto Enfem.* 2012; 21(2):277-85.
6. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
7. Canassa NSA. Memória de parteiras: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967-1994) [dissertação] Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
8. Gregorio VRP, Padilha MI, Borenstein MS. Maternidade Carmela Dutra: o poder saber das enfermeiras e as implicações no cuidado (1956-201). In: Borenstein MS, Padilha MI. *Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)*. Florianópolis: Secco; 2011.
9. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola; 2005.
10. Fink A. *How to sample in surveys: the survey kit*. Thousand Oaks: Sage; 1995.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *DOU.* 2012 dez. 12;12:13.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 36, 3 de junho de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

15. Gama SGN. Assistência ao parto por enfermeiras obstétricas: resultados de pesquisa “nascer no Brasil”. In: Anais da IX Conferência Ecos da Conferência Internacional; 2014 out. 14-16; Rio de Janeiro(RJ); 2014.
16. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasil: OMS; 1996.
17. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2006.
18. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad saúde pública. 2005 set.-dez.;21(5):1316-27.
19. Gregório VRP. Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger[dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.117f
20. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. Texto Contexto Enferm. 2014 abr.-jun.[citado em: 20 ago 2015];23(2):270-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00270.pdf
21. Monticelli M, Brüggemann OM, Santos EKA, Oliveira ME, Zampieri MFM, Gregório VRP. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 jul.-set.[citado em: 18 ago. 2015];17(3):482-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a09v17n3.pdf>
22. Carvalho JB. Hospital Universitário da UFSC: o poder das enfermeiras na organização e implantação do serviço de enfermagem (1975–1990)[dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
23. Carvalho JB, Maia AR, Santos EKA, Borenstein MS, Espíndola DS. Foucault como caminho de compreensão para a pesquisa histórica na enfermagem. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2012 ago.-set.[citado em: 20 ago. 2015];3(2):160-71. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num2artigo5.pdf>