



A INSERÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HOSPITALAR NO RIO DE JANEIRO (1988-1992)

Jane Márcia Progianti¹

Ricardo José Oliveira Mouta²

Simone Pereira dos Santos³

Resumo

Estudo qualitativo com abordagem histórico-social que visou analisar as relações de forças entre os médicos e as enfermeiras obstétricas durante o processo de inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e discutir as estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para a ocupação do espaço de assistência ao parto hospitalar no IMMFM. As fontes primárias foram documentos escritos e depoimentos orais obtidos através de entrevistas semi-estruturadas com as enfermeiras obstétricas pioneiras na assistência na sala de parto. As etapas da análise foram: ordenação, classificação e triangulação dos dados. Para sustentação da análise utilizamos conceitos de campo, *habitus*, poder simbólico e capital, de Pierre Bourdieu. Foram desenvolvidas duas estratégias para a atuação das enfermeiras obstétricas tanto administrativas, tanto de ocupação do campo. Concluímos que as enfermeiras obstétricas embora possuidoras de um capital cultural diferente do médico não deixaram de conquistar, ocupar e permanecer no seu espaço de atuação do campo obstétrico.

Descritores: Enfermagem obstétrica. História da enfermagem. Enfermagem.

THE INSERTION OF OBSTETRICS NURSES IN HOSPITAL CHILDBIRTH IN RIO DE JANEIRO (1988-1992)

Abstract

Qualitative study of social-historical approach that aims to analyze the power of relations between doctors and obstetrics nurses over to the insertion process of these obstetrics nurses in the assistance delivery and discuss the obstetrics nurses fight's strategies for the delivery space

¹ Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jmprogi@uol.com.br

² Mestre em Enfermagem. Enfermeiro Obstetra. Professor Substituto da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Doutorando do programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem UERJ Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ricardomouta@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira Obstetra da Casa de Parto David Capistrano Filho da SMS/RJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail:

occupation of care hospital called IMMFM. The primary sources were written documents and oral testimony gotten through semi-structured interviews with the pioneering nurses obstetrics assisting in the delivery room. The steps of the analysis were: assortment, classification, and the data triangulations. To support the analysis we were used field concepts of *habitus*, symbolic power and capital, from Pierre Bourdieu. Were developed two strategies for the performance of obstetrics nurses so much administrative, thus field occupying. We were conclude that although obstetrics nurses owner a different cultural capital from doctor have left to win, to take and remain in your obstetrics filed work space.

Descriptors: Obstetrical nursing. Nursing history. Nursing.

LA INTEGRACIÓN DE LAS ENFERMERAS OBSTÉTRICAS EN LA ASISTENCIA AL PARTO HOSPITALAR EM RIO DE JANEIRO (1988-1992)

Resumen

Estudio cualitativo de enfoque histórico-social que tiene como objetivo analizar el poder de las relaciones entre médicos y enfermeras de obstetricia en el proceso de inserción de estas enfermeras de obstetricia en la prestación de asistencia y discutir las estrategias de la lucha personal de enfermería de obstetricia para la ocupación del espacio de entrega de la atención hospitalaria llamado IMMFM. Las fuentes primarias fueron documentos escritos y testimonios orales conseguido a través de entrevistas semi-estructuradas con el pionero de la obstetricia enfermeras asistiendo en la sala de partos. Los pasos del análisis fueron: surtido, la clasificación y las triangulaciones datas. Para apoyar el análisis, se utilizaron los conceptos de campo de la energía *habitus*, simbólico y capital, de Pierre Bourdieu. Se han desarrollado dos estrategias para el desempeño de las enfermeras de obstetricia tanto administrativa, por lo tanto el terreno que ocupan. Estábamos concluir que a pesar de obstetricia enfermeras propietario de un capital cultural diferente del médico han dejado de ganar, de tomar y quedarse en su espacio de trabajo presentado obstetricia.

Descriptor: Enfermería obstétrica. Historia de la enfermería. Enfermería.

Introdução

Na década de 1960, no contexto mundial, questões relativas à sexualidade e reprodução passaram a ser discutidas. O movimento feminista proporcionou maior visibilidade a temas como políticas populacionais, planejamento familiar, assistência à saúde materna, direitos sexuais e reprodutivos, especificamente aborto e esterilização¹ o que contribuiu para que os problemas da reprodução fossem compreendidos também como resultantes das relações de gênero, o que possibilitou a análise dessas questões fora dos limites do saber dos médicos.

Tal visibilidade, deu início à reflexão crítica sobre as intervenções do modelo de assistência ao parto adotados por vários países e utilizadas na tentativa de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. Nesse sentido, apoiados pela Organização Mundial da Saúde, vários grupos de profissionais se organizaram para estruturar estudos que garantissem a eficácia e a segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto.

Como resultado desses estudos a Organização Mundial de Saúde, elaborou o documento *Appropriate Technology for Birth* (World Health Organization. 1985) *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*, que consiste em uma classificação dos procedimentos de rotina utilizados na assistência ao parto em quatro categorias: condutas úteis que deveriam ser encorajadas; condutas prejudiciais que deveriam ser eliminadas; condutas em estudo que deveriam ser usadas com precaução; condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada. Buscava-se, assim, orientar objetivamente a conduta dos profissionais a respeito de suas decisões na assistência ao parto².

Por fim, concluiu-se com os resultados desses estudos que a assistência ao parto deveria acontecer com o mínimo de intervenção possível compatível com a segurança e que a intervenção sobre o processo natural deveria ter uma razão válida².

Se as décadas anteriores trouxeram a reflexão e luta pela liberação feminina, a partir da década de 80, no Brasil, emergiu a precisa definição da saúde das mulheres que procurou contemplar os campos da contracepção, aborto, pré-natal, parto, câncer de mama e de colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência³.

A luta pela atenção integral à saúde da mulher surge num contexto brasileiro marcado pela democratização, participação social, e com uma concepção mais humanitária e inclusiva nas políticas de saúde, base da estruturação do projeto da Reforma Sanitária, que deu origem ao Sistema Único de Saúde. Assim, em meados da década de 80, seguindo o movimento mundial, as práticas obstétricas intervencionistas consolidadas e desenvolvidas em maternidades e instituições hospitalares brasileiras, começaram a ser vistas como autoritárias, sem evidências científicas que eram seguras e necessárias.

No Rio de Janeiro, entre 1979 e 1989, 75% dos óbitos fetais foram classificados segundo a SEADE (Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados), como redutíveis com uma adequada atenção ao parto e 14% redutíveis com diagnósticos e tratamentos precoces na gravidez, bem como com uma adequada atenção ao parto⁴.

Neste contexto, em 1986, a Maternidade Municipal Fernando Magalhães, que foi inaugurada em 6 de julho de 1955, após uma reforma de suas instalações, ganhou o *status* de Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM) e a missão de ser referência para o atendimento das gestantes de alto risco.

A partir de sua (re) inauguração em 1987, esta instituição iniciou o processo de implantação da assistência de alto risco. Para tal, recebeu aparelhos de cardiotocografia,

ultrassonografia, sonares, equipamentos para cirurgias, exames complementares e unidades de terapia intensiva para as mulheres e para os recém-nascidos.

No IMMFM, também foram lotados recursos humanos especializados dentre eles: médicos obstetras, clínicos gerais, pediatras, enfermeiras pediátricas e enfermeiras obstétricas, procedentes do concurso público realizado em 1985, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Logo após, o início do processo de implementação da assistência de alto risco, enfermeiras especializadas em enfermagem obstétrica desta instituição foram inseridas na assistência ao parto hospitalar.

Na época, a atuação da enfermeira tinha por finalidade primordial a vigilância intensiva e controle do trabalho de parto a fim de identificar problemas maternos e fetais. No entanto, as enfermeiras obstétricas também começaram a atuar na assistência direta ao parto, território exclusivo dos médicos nos hospitais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Tal fato, foi considerado um marco no campo obstétrico da cidade porque representou a quebra da hegemonia médica na assistência ao parto hospitalar. Para a história da enfermagem representou uma conquista na luta das enfermeiras obstétricas pela ocupação deste espaço e mais tarde, para as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, foi o início para conhecerem as práticas obstétricas menos intervencionistas⁵.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivos analisar os jogos de força e as estratégias de luta das enfermeiras no processo de inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães.

Metodologia e os Conceitos Teóricos

É um estudo qualitativo com abordagem histórico-social vinculado ao projeto de pesquisa intitulado: O processo de humanização da assistência ao parto: a participação da enfermeira na reconfiguração do campo obstétrico hospitalar, da faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O *corpus* de análise deste estudo foram as fontes primárias que se constituíram de documentos escritos. Selecionamos com documentos escritos a Proposta de Atuação da Enfermagem no IMMFM e o documento oficial da SMS/RJ, Resolução “P” SMS 1003, de 22 de setembro de 1992, a partir da 08/09/92, publicado em D.O em 23/09/92.

Os depoimentos orais foram produzidos através da realização de seis entrevistas semi-estruturadas com as enfermeiras obstétricas pioneiras na assistência em sala de parto que participaram do projeto de inserção da enfermeira na assistência ao parto do IMMMFM, que são: Fátima Inês Pinheiro Pergentino (entrevista 1), Edymara Tatagiba Medina (entrevista 2) , Cíntia Maria Melo de Souza (entrevista 3) , Luciane Marques de Araújo (entrevista 4), Maysa Luduvise Gomes (entrevista 5) e Carla Luzia França Araújo (entrevista 6), como fontes secundárias de pesquisa utilizamos os registros em livros, dissertações, teses, periódicos e artigos publicados.

O recorte de tempo que pode trazer fatos significativos para responder às questões formuladas inicia-se em 1988. Tal data é significativa porque teve início a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal numa Instituição Municipal de referência para o atendimento de alto risco. O marco final representa a ocupação da Enfermeira Obstétrica Maysa Luduvise Gomes no cargo de Chefe do Serviço de Enfermagem.

Vale a pena ressaltar que além de enfermeira obstétrica, a mesma também fazia parte do corpo docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Este fato constitui-se no marco final desta pesquisa por representar o reconhecimento da importância da atuação da enfermeira na assistência ao parto hospitalar desta instituição, além de que esta liderança poderia garantir a continuidade de sua participação.

Constituído o conjunto de dados utilizamos como método de análise as seguintes etapas propostas por Minayo: na ordenação dos dados transcrevemos as entrevistas na íntegra com o objetivo de tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações subsequentes; na classificação dos dados fizemos leituras das entrevistas transcritas e da análise documental⁶.

A seguir, identificamos as estruturas relevantes dos atores sociais, as idéias centrais transmitidas pelos sujeitos e, a partir daí, organizamos os dados em categorias e fizemos uma triangulação, isto é, confrontamos e articulamos os achados nas entrevistas e com os documentos, sempre apontando para o pressuposto e os objetivos do estudo. Essa etapa foi realizada num movimento incessante entre o concreto e o abstrato, e essas idas e vindas, propiciaram que revelassem nas informações coletadas as suas especificidades.

Para a sustentação da análise utilizamos os conceitos de campo, *habitus*, capital e poder simbólico do sociólogo francês Pierre Bourdieu. Para este teórico, campo é o local onde seus ocupantes (agentes) constroem e mantêm relações de força. Para tal, desenvolvem estratégias de luta simbólicas de acordo com suas posições sociais⁷.

O conceito de *habitus* indica um conhecimento adquirido ou mesmo a disposição incorporada, quase postural, resultante de um processo de aprendizado, produto do contato com diversas estruturas sociais⁷.

Já o conceito de capital é definido como bens, sejam eles de qualquer espécie (cultural, social, político, econômico, artístico, esportivo etc.). E, poder simbólico é definido como um poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem⁷.

O poder simbólico que um agente exerce e a posição que ele ocupa em um determinado campo estão relacionados ao volume de seu capital incorporado ao seu *habitus*. Ele só é válido quando outro agente social é dotado de percepções que o legitimam e o tornam conhecido como óbvio e eficientes⁷.

Atendendo à Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde⁸, que trata das normas sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foi solicitada à direção da instituição, permissão para a realização da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ emitiu parecer favorável à realização da pesquisa conforme o protocolo 62/06. Todas as depoentes autorizaram a divulgação de seus nomes, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, e a divulgação dos nomes das instituições citadas foram autorizadas pela SMS/RJ.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O IMMFM a partir de 1986, como já foi mencionado, ganhou a missão de atender mulheres com gravidez de alto risco. Foi designada como uma instituição de referência e equipada com aparelhos considerados de alta complexidade para a obstetrícia da época. Os jogos de força e as lutas simbólicas durante o processo de implantação da assistência de alto risco perpassaram pelas questões de gênero que por séculos existem na obstetrícia.

Assim, evidenciamos que pela primeira vez em sua história esta instituição teve uma diretora, a médica Lucinda Maria Lodi Ciuffo, o que representou simbolicamente, a tomada de posição das mulheres neste campo. Tal designação foi condizente com as críticas feministas ao poder/saber médico masculino que existia naquele contexto.

Devido à associação histórica da enfermagem como uma profissão de mulheres, também foi muito estratégico para o fortalecimento do feminino neste campo e contexto, o reconhecimento do saber da enfermeira:

A unidade inaugurou tendo a consulta de pré-natal de enfermagem como um diferencial para o atendimento ambulatorial. Nesse ponto já marcava

uma inserção diferente da enfermeira. Eu me lembro que causava muito espanto meu atendimento pré-natal. Tinha uma sala que era exclusiva da enfermagem, e na porta da sala tinha uma placa escrita “Consultório de Enfermagem” e isso causava um impacto e muito espanto (Entrevista 5).

Com isso, as próprias enfermeiras perceberam a sua distinção, posição e nomeação institucional. Cabe salientar que nesta época, a aprovação da Lei do Exercício Profissional número, contribuiu para aumentar a autonomia profissional da enfermeira⁹, o que favoreceu a criação dos consultórios para a realização da consulta de enfermagem pré-natal.

Nesta época, o grande desafio do movimento feminista era de conseguir acionar o Congresso Nacional, em suas diferentes áreas de competência, para a ampliação e efetivação da cidadania das mulheres mediante a garantia das escolhas e direitos individuais no campo da sexualidade e da reprodução¹. Dentre os vários fóruns criados para este debate, o X Congresso Mundial de Gineco-Obstetrícia, realizado na cidade do Rio de Janeiro, em 1988, foi reconhecido pelas enfermeiras pesquisadas como sendo de fundamental importância para sua inserção na assistência ao parto no IMMFM:

Em 1988 lembro-me de um marco importante que foi o Congresso Internacional de Obstetrícia, realizado aqui no Rio de Janeiro. Nesse Congresso houve uma reunião dos diretores de maternidade com Caldeyro-Barcia que trazia a experiência do Uruguai. (Entrevista 5)

Naquela ocasião se discutia muito a questão da atuação do enfermeiro por conta de um Congresso onde o Caldeyro-Barcia fez inúmeras colocações no sentido da redução dos índices de asfixia perinatal, quando da inserção de enfermeiros. (Entrevista 4)

Seguindo as recomendações deste Congresso, os gestores médicos do IMMFM idealizaram a atuação da enfermeira na assistência ao acompanhamento do trabalho de parto como sendo:

Eu observo que o foco maior não era no sentido de que nós fizéssemos o parto. Eu me lembro que o chefe da obstetrícia falava que ele estava com índice de asfixia neonatal alto, e eles queriam, através do nosso monitoramento [no Pré-Parto], diminuir o índice de asfixia perinatal da maternidade. (Entrevista 6)

Para a realização das intenções expostas acima, entraram em negociações com as chefias que ocupavam posições estratégicas para que o Projeto de Assistência de Enfermagem ao Parto fosse implementado nesta instituição com o objetivo de reduzir os índices de asfixia perinatal. Os chefes que estavam diretamente envolvidos foram o médico gineco-obstetra Hélio Ludwig, chefe

do Serviço da Obstetrícia Médica e a enfermeira obstétrica Jane Márcia Progianti, chefe de Serviço de Enfermagem.

Esses agentes, apesar de estarem no mesmo campo, não tinham interesses comuns. O interesse desses agentes foi manifestado por uma depoente quando nos pontuou o teor de uma negociação política entre as chefias:

Eu sei que o chefe da obstetrícia queria lotar as enfermeiras na gestação de alto risco, a gestação de alto risco era perdida no Rio de Janeiro não se tinha um trabalho específico, e ele queria montar essa referência. A chefe de Enfermagem negociou com ele para as enfermeiras estarem na assistência ao parto (Entrevista 2)

Se por um lado, à obstetrícia médica interessava implementar a assistência de alto risco que atendia as diretrizes governamentais, o princípio de hierarquização do SUS e a missão do re – inaugurado Instituto da Mulher, por outro, a demanda apresentada pelas clientes não se adaptava á esta lógica:

A Maternidade Fernando Magalhães recebia uma demanda muito grande não só de mulheres de alto risco. Na maternidade chegava mulher de todo grande Rio, sem pedir vaga, as ambulâncias deixavam as mulheres [em trabalho de parto] e iam embora e nós, ficávamos com as mulheres pra serem atendidas (Entrevista 3)

Esta demanda fortalecia os interesses do grupo das enfermeiras, que desejava ocupar os espaços de assistência direta ao parto hospitalar de baixo risco. Tal tendência foi apontada por uma depoente quando evidenciou a sala de parto como sendo o foco principal de quem ocupava melhores posições no serviço de enfermagem:

Na época desse projeto a chefia de serviço de enfermagem tinha esse ideal da gente está na frente e atuando mais em sala de parto (Entrevista 1).

O representante da chefia médica tinha o interesse em implementar a assistência de alto risco, condizente suas disposições incorporadas no modelo medicalizado, que constituiu o *habitus* do grupo médico, por sua vez, e de acordo com o *habitus* de enfermeira obstétrica que tem disposição em partear, a representante da enfermagem, seguindo suas disposições incorporadas de enfermeira queria ocupar o espaço de realização do parto e atender a demanda espontânea das parturientes de baixo risco. Com estas forças presentes no campo as enfermeiras especializadas em enfermagem obstétrica foram escolhidas para atender as propostas do Projeto, isto é, acompanhamento no pré-parto como desejavam os médicos e na assistência direta ao parto, como desejavam as enfermeiras.

Para que acontecesse a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto desta instituição municipal, foram desenvolvidas algumas estratégias administrativas, assim, a mesma ocorreu após a realização de um treinamento e elaboração de uma escala de serviço especial. Tais atitudes, do ponto de vista simbólico visavam produzir efeitos do campo¹⁰ sobre as enfermeiras.

Para facilitar o cumprimento dos objetivos do Projeto foi escolhido pela chefia de enfermagem um grupo de enfermeiras obstétricas que tinham incorporado em seu processo de formação a disposição em lutar pelos espaços de realização do parto:

Escolheram recém-formadas que acreditavam profundamente que iam transformar, acreditavam que podiam fazer acontecer com muita responsabilidade no sentido de prática profissional. Ainda estudantes a gente acreditava nos professores que vinham com uma proposta de brigar pelo crescimento da enfermagem obstétrica, de começar a marcar espaço, a mostrar que podia ser feito e de ganhar respeito (Entrevista 3)

Assim sendo, podemos dizer que a escolha dessas enfermeiras teve como determinante a habilidade de partear como capital agregado ao seu *habitus* profissional. No entanto, foi necessária a realização de um treinamento interno.

As condutas ditadas de maneira contínua nos treinamentos oferecidos aos agentes acabam por determinar a incorporação destas, levando-os a adotar o ponto de vista dos dominantes e a impô-los às usuárias do serviço^{11,12}. No entanto, o treinamento realizado como pré-requisito para as enfermeiras obstétricas escolhidas pudessem atuar junto à parturiente, teve o objetivo de aproximar os agentes médicos plantonistas das enfermeiras:

Estrategicamente as chefias montaram um curso de atualização e colocaram os chefes de plantão médico para dar algumas aulas, até pra aproximá-los de nós (Entrevista 4).

Esse treinamento foi um meio de aproximação e ao mesmo tempo uma demonstração simbólica do poder médico que deveria ser inculcado nas enfermeiras pioneiras do Projeto:

No treinamento ficou um pouco menos grosseiro o embate, e na verdade naquela época, a gente fazia “exatamente igual” a eles. (Entrevista 2)

As enfermeiras foram expostas às imposições e significações do conhecimento médico como se fossem legítimas dissimulando as relações de força e desta maneira, pela primeira vez,

conseguiram ser reconhecidas pelo grupo como se fossem iguais a eles. No entanto, agentes com *habitus* diferentes produzem práticas distintas quando atuam na dinâmica do campo¹³.

A escala das enfermeiras obstétricas foi elaborada acompanhando a equipe médica. Cada dupla de enfermeiras fazia plantão de 24 horas com as equipes médicas respectivas, a fim de garantir a redução de embates durante a inserção das enfermeiras na assistência ao parto:

As enfermeiras foram distribuídas nos seus plantões e cada uma na época acompanhava as equipes médicas. As equipes faziam plantões de 24 horas e nós fazíamos plantão de 24 horas junto a cada equipe, então nós éramos fixos da equipe médica (Entrevista 5).

Esta escala previa também um horário para estudos e algumas complementações na supervisão a fim de complementar a carga horária de 32 horas semanais, se por um lado, esta escala produziu uma certa confusão sobre a liderança destas enfermeiras, por outro, foi um meio possível de aproximar os agentes e facilitar a construção de uma relação de confiança e de parceria por parte da equipe médica em relação às enfermeiras pioneiras:

Eu lembro que, acompanhávamos uma equipe médica, a gente não acompanhava uma equipe de enfermagem. Nossa equipe era fixa e a equipe médica estava próxima e entendia que a gente era da equipe também, da equipe médica (Entrevista 1).

Era plantão fixo de 24 horas acompanhando a equipe médica. Isto teve o lado positivo porque aí a equipe médica começou a confiar em você e foi possível fazer uma parceria e criar estratégias para diminuir as questões dos embates que poderiam estar acontecendo (Entrevista 2).

Deste modo, foi evidenciado que esta distribuição dos agentes também facilitou a tentativa de uma certa dominação médica, muito previsível diante da dinâmica do campo hospitalar hierarquizado:

Como você já era da equipe médica de plantão eles achavam inclusive que mandava em você (Entrevista 2)

Salientamos que o poder simbólico só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem¹⁰. Neste sentido, as enfermeiras não reconheceram a liderança médica e a utilizou como estratégia de ocupação de espaço:

O chefe de equipe achava que tinha poder em cima de você e às vezes você tinha que estar mostrando que não, que você tinha uma

chefia. No entanto você tinha que administrar isso e garantir o nosso espaço conquistado até aquele momento (Entrevista 2).

E assim ficou claro para as enfermeiras que elas estavam numa luta, pois estrategicamente jogavam com a equipe de enfermagem e com a equipe médica:

Você tem que buscar aliados tanto na parte da equipe de enfermagem como na parte da equipe médica. Buscávamos aliados mesmo sendo do plantão médico, nós pegávamos às sete da noite e largávamos às 19 horas (Entrevista 6)

Ao que parece, o esquema de redistribuição destas agentes de maneira diferenciada ocasionou uma confusão proveniente da posição em que passaram a ocupar. No entanto, ao se sentirem especiais compreenderam a distinção de sua especialidade na profissão de enfermeira:

Eu senti que eu nem era mais só da enfermagem e eu também não era médica Eu comecei a sentir que eu era diferente e que na verdade eu deixei de ser a enfermeira comum e passei a fazer algo um pouquinho melhor, um pouquinho mais especial... e eu comecei a gostar muito daquilo e comecei a acreditar cada vez mais (Entrevista 3)

Durante a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência direta ao parto hospitalar no IMMFM, evidenciamos que a meta institucional era a redução dos índices de asfixia perinatal. Para atingir tal meta foi necessário atender aos diferentes interesses que existiam entre os médicos e enfermeiras. Ficou evidenciado que o treinamento proporcionou a dissimulação dos conflitos entre esses profissionais e a escala de serviço diferenciada gerou uma aproximação das agentes com os médicos, o que contribuiu para a inserção das enfermeiras obstétricas neste espaço.

Após a lotação das enfermeiras na sala de parto foi necessário que elas lutassem para ocupar espaços e para atuar na assistência ao parto, território exclusivo dos médicos desde a consolidação do modelo medicalizado de assistência obstétrica.

Neste sentido, as enfermeiras obstétricas pioneiras do projeto começaram a demonstrar em sua prática diária, portanto junto aos médicos, a aquisição de conhecimentos:

Nós éramos um grupo cheio de gás que estava sempre estudando. Eu me lembro que eu levava livros e livros [médicos] para o plantão e quando o plantão estava calmo, de madrugada eu ficava estudando (Entrevista 4)

No plantão que não tinha muita coisa, a gente levava livro e estudava. Nós estudamos várias vezes (Entrevista 6)

O estudo nos plantões as ajudavam aumentar o volume de seu capital através da aquisição de conhecimentos sobre a obstetrícia. Este esforço ao mesmo tempo, simbolicamente, mostrava aos médicos que eram possuidoras de um capital eficiente. O capital que um agente possui o legitima dando a ele prestígio, renome e reputação determinando seu lugar (posição) de poder ou grupo no campo⁷.

Na época, enfermeira obstétrica reproduzia o modelo medicalizado característico do campo obstétrico brasileiro:

Por exemplo, ao iniciar um trabalho de parto, já subia a “paciente” com a ocitocina, porque naquela época ninguém falava da questão da humanização e nem das práticas que deviam ser úteis ou não, mas eu já percebia.(Entrevista 5)

Ao admitirem que reproduziam o modelo biomédico redimensionaram sua prática quando apontaram a renovação de sua prática na atualidade. Neste sentido, a reprodução da prática obstétrica médica pode ser entendida como uma estratégia de luta. Deste modo, as depoentes reconheceram a importância do único caminho possível no contexto estudado :

Naquela época, nós éramos extremamente intervencionistas. Hoje a gente vê que reproduzíamos o modelo biomédico. Hoje a gente já rompeu isso, a gente já faz o avesso disso, mas aquele primeiro passo eu reconheço que foi importante (Entrevista 4)

O conhecimento obstétrico medicalizado e intervencionista que a enfermeira possuía foi para aquele campo determinante na sua luta para ocupar espaço na assistência ao parto hospitalar, pois este conhecimento, a colocou como uma excelente auxiliar dos médicos no pré-parto, e nesta posição, muitos passaram a respeitá-la :

No pré-parto, a gente identificava inúmeras situações de distócias, e sempre assim chamando a equipe pra avaliar e nessa de você chamar equipe para reavaliar, ou se posicionar em relação a uma avaliação sua, eles confirmavam a tua hipótese diagnóstica vamos dizer assim, e nisso agente foi adquirindo respeito também. (Entrevista 4)

No entanto, quando entrava na assistência direta ao parto, alguns médicos de determinadas equipes, sentiram-se ameaçados e perdendo território e reagiram violentamente. O depoimento abaixo demonstra que os embates não foram apenas simbólicos:

Fiz o bloqueio e já tinha feito a episiotomia. Uma das médicas do plantão quando me viu, foi chamar o chefe de plantão e aí ele aos berros me empurrou fisicamente. Eu falei pra ele eu vou sair, não em respeito a você porque você não merece respeito. Eu vou sair em respeito à parturiente, daqui a pouco nem eu nem você vai segurar o neném, ele vai cair no chão, e já estava coroando a criança. Você imagina que cena ! (Entrevista 6)

Contudo, a inserção das enfermeiras na assistência ao parto do IMMFM, produziu alguns efeitos que denotam a reconfiguração da assistência naquele campo. O acompanhamento intensivo das parturientes durante o trabalho de parto pode ser considerado um efeito produzido pelas enfermeiras sobre o campo:

A gente realmente se dedicava bastante no pré-parto, acompanhava todas as mulheres, auscultava BCF, fazia cardiotocografia, em todas elas, na época nós implantamos o partograma (Entrevista 4)

Este acompanhamento pode ser capitalizado pela instituição como lucro simbólico, pois foi reconhecido como um dos motivos da redução de asfixia perinatal:

E realmente a gente conseguiu um trabalho, ter um resultado da saúde dos bebês da recuperação das asfixias que eram cada vez mais leves, foi muito gratificante! (Entrevista 4)

Entre muitos embates diretos com a equipe médica, as enfermeiras obstétricas conseguiram entrar diretamente na assistência ao parto. Mesmo sendo na lógica medicalizada esta conquista serviu para outros movimentos do campo obstétrico em outros contextos:

Naquele momento a lógica ainda era medicalizada. Tínhamos episiotomia, amniotomia. Isso tudo era do modelo que nós tínhamos na época, e era isso que a gente fazia (Entrevista 6)

As enfermeiras obstétricas ao serem inseridas na assistência ao parto do IMMFM tinham que atender aos interesses dos médicos, que era o monitoramento durante o trabalho de parto e também da enfermagem que era a de realizar o parto normal. No atendimento dos interesses médicos elas ganharam respeito por darem visibilidade aos resultados positivos institucionais de redução da asfixia perinatal. Ao iniciarem a luta pela realização do parto normal, estavam atendendo os interesses da enfermagem e só foi possível visualizar os efeitos desta luta, muito mais tarde, com a criação da Maternidade Leila Diniz.

Conclusão

A realização deste estudo permitiu-nos compreender por que numa maternidade de risco houve a inserção e a ocupação dos espaços na assistência ao parto pela enfermeira obstétrica. Ao

discutir os jogos de força e as estratégias de luta presentes nas relações entre os médicos e as enfermeiras obstétricas durante o processo de implementação da assistência de alto risco concluiu-se que os jogos de força presentes no campo pesquisado defendiam os interesses dos médicos e do grupo de enfermeiras.

Com estas forças presentes no campo as enfermeiras obstétricas foram escolhidas para atender as propostas do projeto, isto é, acompanhamento no pré-parto como desejavam os médicos e na assistência direta ao parto, como desejava a enfermagem.

Para tornar as relações menos conflituosas foram aplicadas as seguintes estratégias administrativas: um treinamento ministrado pelos médicos gestores do projeto e uma escala de serviço com plantão de 24 horas como estratégia de integração acompanhando a equipe médica o que tornou possível a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto numa maternidade de atendimento à gestação de alto risco, mediante as circunstâncias políticas da época.

As estratégias de luta utilizadas pelas enfermeiras obstétricas para ocuparem este espaço foram: a demonstração da aquisição de capital cultural na prática diária, a reprodução do modelo biomédico, a manifestação do seu *habitus* e o acompanhamento intensivo do trabalho de parto. Estas estratégias fizeram com que conseguissem conquistar a ocupação do espaço de atuação à assistência direta ao parto com, quebrando a hegemonia médica na realização do parto hospitalar e minimizando os confrontos/conflitos neste campo.

A assistência prestada pela enfermagem obstétrica veio atender as necessidades da época, já que o modelo assistencial aplicado encontrava-se diversas vezes criticado por gestores, profissionais e população, mostrando-se defasado para as questões colocadas em discussão.

A enfermeira obstétrica passou a ocupar um espaço que já era lhe permitido por lei. O modelo biomédico passou a ser reproduzido como uma das estratégias de luta na ocupação do espaço no campo de atuação, porém com um fazer diferenciado, sendo este pertinente ao *habitus* da enfermeira.

Vale a pena ressaltar que, a diferença do *habitus* primário dos agentes envolvidos mostrou que possuem diferente capital cultural, porém não foi o primordial para definir a conquista e ocupação dos espaços. O capital das enfermeiras obstétricas favoreceu-lhes aproximação favorável tanto da equipe médica quanto da clientela atendida.

Os interesses da categoria médica e de enfermagem eram diferenciados, porém tinham um objetivo em comum: reduzir asfixia perinatal o que vinha a atender as propostas das políticas públicas de saúde, fazendo com que se mantivessem em suas posições.

Diante deste estudo foi possível detectar algumas estratégias administrativas para melhor ocupação da sala de parto ,tais como: o treinamento e a escala de serviço como estratégia de integração com a equipe médica .

Após a inserção das enfermeiras obstétricas na sala de parto foi necessário que utilizassem maneiras que lhes fizessem permanecer no campo atendendo as necessidades multiprofissionais: dos médicos , das enfermeiras e da enfermagem obstétrica em si, no entanto fez-se necessário demonstrar a aquisição de capital cultural na prática diária, a reprodução o modelo biomédico e a eficiência do capital das enfermeiras para o modelo do campo obstétrico hospitalar através da manifestação do *habitus* de enfermeira no campo e do acompanhamento intensivo do trabalho de parto.

A enfermeira obstétrica embora possuidora de um capital cultural diferente do médico, não deixou de conquistar, ocupar e permanecer no seu espaço de atuação do campo obstétrico .

A realização deste estudo nos fez refletir a grandeza do processo de inserção das enfermeiras obstétricas no campo de assistência direta ao parto hospitalar, pois hoje, visualizamos o quanto a enfermagem obstétrica cresceu enquanto categoria e a autonomia conquistada nos espaços de assistência obstétrica após este acontecimento.

Referências

1. Barsted, LL, Hermann, J. A Mulher e os Direitos Civis – Traduzindo a Legislação com a Perspectiva de Gênero. Rio de Janeiro: Cepia, 1999.
2. World Health Organization. Recommendations for Appropriate Technology Following Birth (1986). WHO Regional Office for Europe, 1986.
3. Scavone, L. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais, São Paulo: UNESP, 2004.
4. Lansky, S. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública, São Paulo ,v.36, n.6,2002.
5. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. Rev. Enferm. UERJ. 2009 Abr-Jun; 17(2):165-9.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): HUCITEC; 2006.
7. Bourdieu P. O poder simbólico. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2006.

8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
9. Vasconcelos, SDD. Dominação e autonomia: Os elementos Básicos da Enfermagem; [Tese de Mestrado] Apresentada a Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN/ UFRJ, 2001.
10. Bourdieu, P. Escritos de educação. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
11. Bourdieu, P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999a.
12. Bourdieu, P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 1999b.
13. Bourdieu, P.; Passeron, JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 2. ed. São Paulo: Livraria Francisco Alves Ed., 1982.