

O PARTO ASSISTIDO POR ENFERMEIRA OBSTETRA: PERSPECTIVAS E CONTROVÉRSIAS

Birth delivery assisted by nurse-midwife: perspectives and controversies

Perspectivas e controvérsias

RESUMO

Objetivo: Apresentar conflitos existentes na assistência ao parto por enfermeiro obstetra e propor formas de minimizá-los. **Métodos:** Pesquisou-se a evolução histórica da assistência ao parto e as ações que se fizeram necessárias para a capacitação dos profissionais da área. Os Códigos de Ética de Enfermagem e Médica, a legislação vigente, os livros básicos de ginecologia e obstetrícia, os artigos de revistas médicas e de enfermagem, tendo Lilacs e Medline como fontes de dados, além de textos leigos e de Organizações Não Governamentais foram pesquisados. Identificaram-se conflitos na assistência ao parto por enfermeiro obstetra, para os quais se propõe formas de atuação. **Resultados:** A análise do material pesquisado mostra que a assistência ao parto, inicialmente domiciliar e depois institucional, trouxe o intervencionismo nesta atividade; que o aspecto social e humano do nascimento foi minimizado e o parto transformado em ato médico. Encontrou-se forte ligação entre enfoque de humanização do parto e sua assistência por enfermeiro. **Conclusões:** Conclui-se que, mesmo com respaldo legal e ético, a assistência ao parto por enfermeira obstetra é motivo de conflitos entre a equipe de saúde, particularmente no referente aos limites de atuação do enfermeiro e do médico. Tais conflitos devem ser identificados e discutidos nas instituições e estas devem investir no trabalho em equipe e dispor de protocolos claros, definindo limites de responsabilidades.

Descritores: Humanização da Assistência; Parto Humanizado; Parto.

ABSTRACT

Objectives: To present the conflicts in birth deliveries assisted by nurse midwife and propose ways to minimize them. **Methods:** We researched the historical evolution of childbirth and the actions that were necessary for the training of professionals. Codes of Ethics of Nursing and Medicine, the current law, basic books of obstetrics and gynecology, articles from medical and nursing journals, with Lilacs and Medline as data sources; laic texts and others from non-governmental organizations (NGO) were surveyed. Conflicts were identified in birth deliveries by nurse midwife, for which we propose ways of acting. **Results:** The analysis of research material shows that the time of delivery, initially at home and afterwards in institutions, brought interventionism in this activity; that social and human aspects of birth and delivery were minimized and birth delivery changed into medical act. We found a strong link between the focus in humanization at child delivery and its assistance by nurses. **Conclusions:** We conclude that even with legal and ethical support the delivery care by nurse midwife is a source of conflict between the health team, particularly with regard to the limits of performance of the nurse and doctor. Such conflicts must be identified and discussed in the institutions and they should invest in teamwork and have clear protocols defining boundaries of responsibility.

Desriptors: Humanization of Assistance; Humanizing Delivery; Parturition.

Selma Aparecida Lagrosa
Garcia⁽¹⁾
Umberto Gazi Lippi^(1,2)
Sidney Antonio Lagrosa Garcia⁽³⁾

1) Instituto de Assistência Médica ao
Servidor Público Estadual de São Paulo -
IAMSPE - São Paulo (SP) - Brasil

2) Faculdade de Medicina da Universidade
Metropolitana da Santos - UNIMES -
Santos (SP) - Brasil

3) Hospital do Servidor Público Estadual
"Francisco Morato de Oliveira" - HSPE -
São Paulo (SP) - Brasil

Recebido em: 16/07/2010

Revisado em: 09/09/2010

Aceito em: 26/09/2010

INTRODUÇÃO

O nascimento era, em tempos remotos, vivenciado pela mulher de forma isolada, à semelhança dos animais. Com o passar do tempo ele passou a se desenvolver nas próprias casas com o acompanhamento de mulheres, consideradas então como parteiras, que auxiliavam a parturiente e adotavam procedimentos considerados adequados aos momentos e necessidades que se apresentavam. Tinham o tempo e a vivência como sua capacitação⁽¹⁾.

A atuação médica na assistência ao parto, ato que na Antiguidade era desvalorizado socialmente, começou a se fortalecer, a evoluir tecnicamente, como mostra a criação do fórceps obstétrico pelo médico inglês Peter Chamberlen, no século XVI⁽²⁾. Mas foi, a partir dos meados do século XVII, apesar das dificuldades e conflitos entre os médicos e as mulheres, que a Medicina Obstétrica começou especificamente a tratar o corpo feminino⁽³⁾.

No século XIX, foram desenvolvidas técnicas cirúrgicas, anestésicas e o uso da antissepsia⁽⁴⁾. A partir de então, o parto domiciliar deu espaço ao institucional sob o argumento de que a segurança era maior que na assistência realizada em casa⁽⁵⁾. A atenção ao parto passou ser responsabilidade dos médicos e não mais das parteiras ou pessoas leigas⁽⁶⁾.

Se, por um lado, a institucionalização do parto contribuiu de forma decisiva para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do ensino médico, por outro acabou por prejudicar o aspecto de humanização, devido não somente ao aumento de partos cesáreas, mas também pela profusão de procedimentos e da medicalização a que as mulheres passaram a ser submetidas⁽⁷⁾. Trocou-se o aspecto da relação médico-paciente consolidado pelo melhor saber fundamentado. Evidentemente, a visão do “mais seguro”, razão do parto institucionalizado, desviou a atenção das necessidades individuais de cada paciente. A imposição de normas e a generalização de procedimentos levaram à “desumanização” da assistência ao parto⁽⁸⁾.

Problemas de ordem técnica, ética e de responsabilidade surgiram com esses conflitos e criaram dificuldades de relacionamento entre os envolvidos na assistência ao parto⁽⁹⁾. O imbricamento de responsabilidades das atuações de médicos e enfermeiros na assistência ao parto e a necessária atuação em equipe implicam em conflitos e em limites que não são claramente estabelecidos, apresentam aspectos que não se resolvem com a simples normatização legal escrita, sendo necessária maturidade dos profissionais, conhecimento legal e ético, e discussões sobre o tema.

Assim, este trabalho possui como objetivos apresentar conflitos existentes na assistência ao parto por enfermeiro obstetra e propor formas de minimizar tais conflitos.

SÍNTESE DOS DADOS

Métodos

Utilizaram-se fontes bibliográficas de livros básicos de ginecologia e obstetrícia para a pesquisa da história da assistência ao parto, bem como a evolução desta assistência ao modelo atual de parto institucional.

Buscaram-se artigos de revistas médicas e de enfermagem, tendo Medline e Lilacs como base de dados, além de textos de revistas não indexadas, utilizando-se como descritores: assistência ao parto, parto por enfermeira, humanização do parto e casas de parto.

A legislação brasileira sobre o tema parto por enfermeira foi consultada, assim como estudados os artigos dos Códigos de Ética de Enfermagem e Médica sobre o tema, além de pareceres e resoluções dos Conselhos destas atividades profissionais.

Foram também pesquisados textos leigos e de Organizações Não Governamentais sobre o assunto, disponíveis na internet, uma vez que a assistência ao parto, com o atual enfoque em humanização, tornou-se assunto de interesse, discussão e participação da comunidade leiga.

Identificaram-se conflitos na assistência ao parto por enfermeiro obstetra, para os quais se propõe formas de atuação.

A história da assistência ao parto

A realidade ancestral do parto isolado, das mulheres dando à luz de forma solitária, foi modificada, pela necessidade de ajuda, para um acontecimento ocorrido de forma compartilhada e solidária entre elas.

Surgiram, em decorrência deste fato, as mulheres denominadas *cuidadoras* e parteiras, que ofereciam a sensação de segurança e conforto à parturiente, expressavam e reforçavam laços de solidariedade feminina frente à maternidade⁽¹⁰⁾. Estas se respaldavam, além da solidariedade humana, no misticismo, no senso comum e em credices. Representavam o modo mais humano de assistência e, ao longo dos séculos, acumularam o saber empírico sobre a continuidade da vida e transmitiram seus conhecimentos a médicos e novas parteiras emergentes⁽¹¹⁾.

O tempo e a vivência eram a sua capacitação. As distócias que observavam, as mortes de mulheres em consequência da gravidez, do parto e puerpério que testemunhavam e os resultados das ações que adotavam, capacitavam-nas a escolher o que era mais acertado para as circunstâncias do momento. Mortes ligadas ao parto eram encaradas como acidentes naturais e não existiam ações médicas para diagnósticos e tratamentos. A escola era a

própria vida e o seu trabalho⁽¹⁾.

Os médicos ainda eram raros e pouco familiarizados com o nascimento, pois a atuação profissional no parto era considerada como um “trabalho sujo” que não estava à altura do cirurgião, tido na época como sendo o “homem da arte”⁽³⁾.

A medicina obstétrica começa de maneira específica a tratar o corpo feminino a partir de meados dos séculos XVII. Seu desenvolvimento encontrou dificuldades e conflitos entre os médicos e as mulheres, seu ensino prático enfrentou, além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas, a competitividade da prática liberal e a resistência das mulheres em aderir à assistência hospitalar sob o olhar masculino⁽¹²⁾.

A história da assistência ao parto no Brasil

No Brasil, a incorporação do ensino de práticas obstétricas data de 1832, quando as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina oferecendo o Curso de Partos, formando, portanto, parteiras. Até então, as mulheres que se dedicavam a partejar deveriam possuir uma “carta de examinação”, concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império, e uma licença da Chancelaria⁽¹³⁾. Mesmo que essa lei não fosse obedecida, representou um princípio de controle sobre o exercício da atividade das parteiras pelos médicos. As mulheres foram deixando o cenário dos cuidados ao parto, e a presença masculina foi ganhando espaço e se fortalecendo, fazendo da obstetrícia uma prática ligada aos homens cirurgiões que, em princípio, tinham sua atuação restrita aos partos difíceis e perigosos⁽¹⁴⁾. De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina⁽¹⁵⁾.

Surgiram diversos decretos que determinaram a denominação dos cursos, as exigências para admissão de candidatas, o currículo a ser seguido e o título conferido – parteira, enfermeira parteira, enfermeira especializada, obstetrix e enfermeira obstétrica. O primeiro título foi o Diploma de Parteira (Decreto de 03-10-1832), seguido de carta de Parteira (Decreto nº 387, de 28-04-1854); Parteiro ou Mestre em Obstetrícia (Decreto nº 7.247, de 14-04-1870); parteira (Decreto nº 9.311, de 25-10-1884); e Certificado de Parteira (Decreto nº 1.270, de 10-01-1891)⁽¹⁶⁾.

Dentre as profissionais merece destaque Maria Josefina Matilde Durocher, que passou a história da Obstetrícia conhecida como Madame Durocher, a qual, em 1834, ingressou no curso da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro tornando-se a primeira especialista⁽¹⁷⁾. Atendeu partos considerados complicados, executou a maioria das operações obstétricas mais usadas no período,

e cuidou de parturiente com eclâmpsia e hemorragia, inclusive reanimando o feto. Antes de falecer (1894), presenciou a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ficando oficialmente instituído o Ensino de Enfermagem no Brasil, através do Decreto 791 de 1890⁽¹⁸⁾.

No entanto, foi somente em 1920 que a denominação de enfermeira especializada, para a parteira, começou a ser usada e a de obstetrix apareceu pela primeira vez como o título conferido às formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925⁽¹⁵⁾.

A partir de 1949, as escolas de enfermagem passaram a formar enfermeiras obstétricas. Mas foi em 1955 que surgiu a regulamentação distinguindo o exercício da enfermagem profissional e da obstetrix das demais categorias, ou seja, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático ou prático de enfermagem e parteira prática⁽¹⁵⁾.

As mudanças ocorridas com a evolução histórica no modelo de assistência ao parto demonstraram a constante preocupação com o parto e nascimento como acontecimento reconhecido como de mais alta importância na vida do ser humano. Tanto é que a assistência ao parto, que na antiguidade era realizada por parteiras, passou a ser um ato exclusivamente médico, técnico, racional e institucional⁽¹⁹⁾.

O parto institucional

A busca da prevenção e evitabilidade dos óbitos maternos e perinatais levou à transferência da assistência ao parto ao modelo atual, ou seja, o parto institucional. Esta evolução fez com que as instituições passassem a utilizar tecnologia de ponta, assistência médica especializada e pessoal altamente qualificado. As clientes passaram a exigir o que de melhor e mais atual pudesse ser oferecido, como direito seu. Surgiu a demanda por profissionais qualificados. Os custos tornaram-se altíssimos para o sistema de saúde público e suplementar.

Surgiu, por outro lado, a realidade de que as clientes, prevenindo-se e informando-se, buscassem a possibilidade de erros quando o resultado obtido não era satisfatório e procurassem o judiciário como forma de responsabilizar os profissionais e instituições.

A atividade do enfermeiro e do médico passou a ser encarada como contrato de resultado e não de meio, de empenho, característica desta atividade⁽²⁰⁾. O contrato entre enfermeiro e médico e o cliente é de que este utilize seu conhecimento e meios necessários e disponíveis para que o melhor resultado seja alcançado e não de que o resultado desejado será obrigatoriamente atingido. Fatores e variáveis de inúmeras ordens atuam nos processos de diagnóstico e tratamento, sejam reações ou respostas individuais de

pacientes, tempo para obtenção de resultados, situações de urgência e emergência, etc. Desta forma, não há garantia absoluta da obtenção do resultado desejado. O trabalho do enfermeiro obstetra e do médico na assistência ao parto vem sendo encarado pela clientela e pelos juízes dentro da ótica de obrigatoriedade do resultado esperado e desejado, o que gera uma gama enorme de processos legais, quando a morte ou sequelas resultam de ações para a assistência ao parto^(21,22).

Os aspectos legais da assistência ao parto

Embora as ações e procedimentos adotados possam ser perfeitamente corretos, dentro de protocolos assistenciais embasados em evidência dos melhores resultados, embora o empenho dos profissionais e os meios utilizados sejam apoiados em evidências científicas, o resultado não esperado é usado para as demandas por culpa (imperícia, negligência ou imprudência), tão comuns na atualidade, contra estes profissionais e contra as Instituições. Trata-se de julgar a atuação do enfermeiro e do médico sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, onde o resultado desejado é obrigatório⁽²³⁾. Porém, nesta seara, para ser apurada a responsabilidade civil do enfermeiro ou do médico, há de ser aplicada a teoria da responsabilidade subjetiva, por se tratar de uma obrigação contratual, de meio, com expressa previsão legal neste mesmo Código de Defesa do Consumidor.

Mister se faz saber, que o *dano*, o *nexo causal* e o *ato lesivo culposo* são pressupostos necessários para a caracterização da responsabilidade civil do enfermeiro. Desta forma deverá existir uma efetiva lesão moral, patrimonial ou estética do paciente e, desde que esse prejuízo seja antijurídico e, no que diz respeito ao nexo causal, que a lesão deva ter sido causada por ato exclusivo do enfermeiro, ou em outras palavras, deverá existir o nexo de causalidade entre o dano e o fato a ele imputado.

Da mesma forma, as instituições são acionadas com base no texto legal de que a responsabilidade pelo ato de outrem decorre da culpa *in vigilando* ou *in eligendo*; a primeira significando a falta de fiscalização e a segunda a má-escolha do preposto, empregado ou representante⁽²⁴⁾. Assistência ao parto se tornou atividade de risco, legal e ético, fazendo com que surgisse uma discordância entre os profissionais responsáveis legais pela assistência ao parto – enfermeiros e médicos – sobre quais as atribuições que lhes são específicas e quais aquelas em comum.

Atualmente, justificado pelo fato do parto, na maioria das vezes, constituir evento encarado como fisiológico, onde a necessidade do uso de tecnologias pode ser vista como exceção, aliado à preocupação crescente de humanização deste evento, incentiva-se o parto em ambiente acolhedor,

sem medicalização ou procedimentos rotineiros, com suporte individualizado a cada cliente e assistido por enfermeira obstetra e não por médico⁽²⁵⁾.

Vê-se, portanto, a perspectiva de voltar a valores passados, ou seja, o parto não constituir ato exclusivamente médico, incentivando-se a assistência realizada por enfermeira obstetra.

O sistema público de saúde admite a atuação do profissional de enfermagem no processo de parturição, com normatização legal feita pela Portaria nº 163, de 22/09/1998, da Secretária de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 223/1999. Isso demonstra que a assistência ao parto não constitui um ato exclusivamente médico.

Várias leis regulamentam e determinam as responsabilidades e limites, tanto jurídicos como éticos da enfermagem. São elas:

- a) Lei Federal nº 7.498/1986, Art.1º, atualiza a regulamentação da profissão de parteiras com diplomas concedidos por escolas estrangeiras, o que garante os direitos de todos que compõem a classe de enfermagem⁽²⁶⁾;
- b) Lei Federal nº 8.967/94, Dec. nº 94.406/87 (Regulamentação), em seu Art. 9º, define o que são parteiras⁽²⁷⁾;
- c) Portaria nº 2.815/1998 do Ministério da Saúde inclui, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, o parto normal sem distócia, realizado por enfermeiro obstetra⁽²⁸⁾;
- d) Resolução Normativa nº 167/2007, atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e, determina ainda que para fins de cobertura o parto normal poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei Federal nº 7.498/1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentado pelo Decreto nº 94.406/1987, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa⁽²⁹⁾.

Amplia-se a gama de procedimentos permitidos ao profissional de enfermagem, como a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN - nº 195/1997, que garante a legalidade da solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro (art.1º)⁽³⁰⁾.

O COFEN, através da Resolução nº 223/1999, dispõe, em seu artigo 3º, sobre responsabilidade do enfermeiro obstetra: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação

técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber; d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98; e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta⁽³¹⁾.

Em 30 de agosto de 2000, entrou em vigor a Resolução COFEN nº 240, estabelecendo que o enfermeiro tenha responsabilidade de assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade, garantindo a integridade física do paciente. Refere ainda que o mesmo só deva executar algum procedimento após criteriosa análise da sua competência técnica e legal, devendo o enfermeiro buscar constante atualização visando melhorar a qualidade da prestação dos seus serviços⁽³²⁾.

Conflitos de competência nas equipes de saúde na assistência obstétrica prestado por enfermeira obstetra

Apesar da existência de regulamentação desta atividade, existe resistência, tanto dos próprios profissionais de enfermagem, quanto do profissional médico, para sua efetiva concretização.

Um exemplo é o conflito entre as enfermeiras generalistas, as quais ocupam cargos de gerente de enfermagem nos hospitais, tendo domínio sobre a equipe de enfermagem, inclusive gerenciando as atividades das enfermeiras obstetras, sem possuírem o mesmo domínio técnico. Por executarem única e exclusivamente atividades administrativas dentro do serviço de enfermagem, agregam maior poder administrativo e, em geral, com salários maiores. Tais características acabam gerando conflitos de relacionamento, com consequências na atuação da enfermeira obstetra⁽³³⁾. Outro exemplo, mesmo para atividades consideradas mais simples, como consultas, é o fato de que a enfermeira obstetra, dentro do seu limite de atuação e normas que regulamentam a atividade, pode realizar consultas de pré-natal em pacientes de baixo risco e consultas ligadas ao puerpério nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em que são enfatizadas as vantagens desta ação na atividade de atenção em nível primário de atenção à saúde pública, típica do pré-natal⁽³⁴⁾.

Este tipo de atendimento visa proporcionar a essas mulheres, residentes na área de abrangência da UBS, um atendimento pré-natal com qualidade. Nesta hipótese, o Ministério da Saúde recomenda: consultas mensais até a 32ª semana de gestação, quinzenais entre a 32ª e a 36ª semanas e semanais após a 36ª semana de gravidez.

A gestante é encaminhada a duas consultas médicas, sendo uma no início da gravidez e outra próxima da 32ª semana de gestação. Se durante o pré-natal é identificado algum risco, a gestante é imediatamente encaminhada para consulta médica ou para um serviço de maior complexidade, dependendo da gravidade do caso⁽³⁵⁾. Mesmo regulamentada, esta ação encontra obstáculo na aceitação, não por parte das gestantes, mas sim por parte dos profissionais chefes de ambulatórios, dirigentes da área da saúde e outros, que não aceitam que este trabalho seja realizado por uma enfermeira obstetra⁽³⁶⁾.

A falta de preparo técnico dos profissionais de enfermagem para estas tarefas é um motivo encontrado pela equipe médica, que alega que as equipes dos programas de atenção à saúde da família, cuja composição possui enfermeiro. Não exigem que este profissional seja especializado, ou legalmente habilitado na área de obstetrícia, sendo esta tarefa realizada por enfermeiros generalistas, comumente com pouco tempo de experiência e sem a necessária capacitação nesta área específica. Mesmo os legalmente habilitados têm esta titulação fornecida através de cursos curriculares ou de pós-graduação *latu sensu*, com cargas horárias de aprendizado insuficientes para a adequada assistência aos períodos de pré-parto, parto e puerpério. A Revista do Conselho Regional de Enfermagem – COREN SP – nº 73 de 2008, descreve esta realidade, apontando as falhas na formação dos profissionais de enfermagem e os resultados insatisfatórios do trabalho destes profissionais⁽³⁷⁾. Outro fator é o desconhecimento, pela própria enfermeira obstetra, da legislação e das resoluções de seus órgãos de classe, tornando-se inseguras para explorar seu potencial e exercer suas funções de forma plena, dentro de seus limites legais.

Uma dificuldade de aceitação do papel da enfermeira obstetra pela equipe médica é uma realidade. A falta de conhecimento a respeito da legislação que normatiza a atuação da enfermeira obstetra é, sem dúvida, uma razão para o questionamento da atuação da enfermeira obstetra pelo médico⁽³⁸⁾.

Outro exemplo está relacionado ao desconhecimento dos administradores e responsáveis técnicos das UBS no que se refere aos limites das atribuições e responsabilidades da enfermeira obstetra no PSF. A Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, o qual regulamenta a Lei Federal nº 7.498, e da resolução COFEN nº 271/2002 que a reafirma, diz: “o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira”⁽³⁶⁾.

Existe ainda um conflito de interesse relacionado à atuação de enfermagem obstétrica, tanto no tocante à luta por mercado, quanto à formação do médico, que vê a atividade obstétrica com tecnicismo e, obrigatoriamente, como ato médico⁽³⁹⁾.

A Resolução normativa nº167, 2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁽²⁹⁾, regulamenta e confere direito à paciente de ter sua assistência ao parto realizada por enfermeiro obstetra, incluindo aí os planos de saúde suplementar, possibilitando que, tanto a assistência, quanto os honorários correspondentes, sejam do enfermeiro. Tal fato claramente cria uma competição por mercado, uma vez que a remuneração possa ser assim direcionada ao profissional não médico num enorme contingente de partos, que ocorrem permanentemente.

Por parte do profissional médico existe, no entanto, uma resistência em permanecer à parte do acompanhamento do processo de parturição, e ser acionado somente quando o enfermeiro detecta dificuldades ou distócias⁽³⁸⁾.

Evidentemente existem razões para este comportamento. A atitude de simplesmente o médico “estar disponível” para que seja acionado pela enfermagem, quando esta diagnostica distócia, é extremamente perigosa. O médico acionado tardiamente em caso de emergência é aquele que ultimar a assistência ao parto, o que, em suma, o fará o responsável legal pelo resultado, mesmo que esta participação tenha sido final.

Exemplo claro é a distócia de ombros. Todo o trabalho de parto, incluindo a expulsão do pólo cefálico, foi assistido pela enfermeira obstetra, mas a retenção do ombro, impactado no púbis, ocorrência gravíssima e que exige tratamento imediato e eficaz, deverá ser feito pelo médico acionado, que intervirá depois de decorrido tempo em que manobras já foram realizadas pela enfermeira para a confecção do diagnóstico, tempo para o acionamento de médico e para sua efetiva presença e atuação, após os procedimentos de confirmação diagnóstica, avaliação do caso e implementação das manobras necessárias.

Sendo desfavorável o resultado, morte ou sequelas, qual é o profissional a quem será imputada a culpa, se ambos, enfermeira e médico tiveram atuação correta, protocolos foram seguidos, mas o resultado foi ruim?

Apesar de todas as regulamentações, a questão competência e responsabilidade ainda vem sendo questionada. Se por um lado as normas de Medicina determinam a competência dos médicos, por outro, a enfermeira obstétrica também possui suas atribuições e competências para fazer o diagnóstico obstétrico, que é a constatação do trabalho de parto eutócico e o desvio para o parto distócico.

Compete a ela, na ausência do médico, momentânea ou permanente, executar algumas tarefas que, a rigor, são de alçada médica, como por exemplo, o parto pélvico e a extração placentária com hemorragia abundante. A tomada de medidas de ordem terapêutica, quando executadas pelo enfermeiro, deverá ser levada ao conhecimento do obstetra, logo que seja possível acioná-lo.

Atualmente, com o crescente número de cesáreas e partos operatórios, associados a um alto custo e com a demonstração de que a imposição de procedimentos e medicalização podem ser desnecessários ou mesmo prejudiciais na assistência ao parto⁽²⁹⁾ a enfermagem obstétrica passou a ter papel de contraponto sobre este modelo intervencionista, técnico e exclusivamente médico e institucional.

A enfermagem obstétrica tem apoiado com ênfase a implantação de formas de assistência menos intervencionistas na assistência ao parto, seja com a criação de casas de parto⁽⁴⁰⁾, seja com investimentos dentro de hospitais, seja para a criação de áreas físicas e para o treinamento da equipe de saúde com tal meta. O enfermeiro obstetra passou a ter importância relevante no empenho para a redução de intervenções na assistência ao parto⁽⁴¹⁾.

Discussão

A enfermagem obstétrica está legalmente habilitada para desempenhar as funções no processo de assistência ao parto, podendo, no parto normal, sem distócia, realizar procedimentos, como admissões, consultas, exames especializados, aplicação de anestésicos locais, suturas perineais e manobras de auxílio ao desprendimento fetal. Isto diferencia sua atuação das demais habilitações e especialidades de enfermagem. Seu treinamento e formação dão prioridade aos aspectos sociais, psicológicos e humanos da assistência ao parto, sem, evidentemente, retirar desta atividade a figura e participação do médico, informando-o da evolução e dos procedimentos que adotou.

Normas legais e dos Conselhos de Enfermagem e Medicina regulamentam tais atividades.

É cada vez mais frequente que as Instituições dirijam a assistência ao parto normal, sem distócia, ao profissional enfermeiro obstetra e, dado que os partos operatórios, assistidos a fórceps ou cesáreas, constituem exceção, a tendência é de que a maioria dos partos seja assistida por este profissional⁽⁴²⁾. Esta é uma realidade para a qual devemos estar preparados.

Encontraram-se motivos ou razões de geração de conflitos, que vão desde a relação entre gerentes de enfermagem generalistas, até a luta por mercado com

o médico, desde desconhecimento das legislações até a possível formação deficiente de enfermeiros obstetras, todos devendo receber a devida atenção.

A assistência ao parto normal, sem distócia, pode e deve ser realizada pelo profissional de enfermagem, cujo treinamento e formação priorizam os aspectos sociais, científicos, psicológicos e humanos da assistência ao parto, sem, evidentemente, retirar desta atividade a figura e participação do médico, informando-o da evolução e dos procedimentos que adotou⁽⁴³⁾. Para tanto, é necessário que exista verdadeiramente um trabalho de equipe, envolvendo a participação simultânea de médicos e enfermeiros obstetras no processo e que as Instituições onde se assistem a partos disponham de protocolos amplamente divulgados, realizem discussões periódicas sobre resultados maternos e perinatais, através de indicadores, e descrevam limites e responsabilidades da atuação dos profissionais⁽³⁸⁾. Neste sentido podemos propor, como formas de atingir tais objetivos:

- 1 - Apresentar a legislação que norteia tal atividade ao corpo clínico e de recursos humanos de todas as instituições onde se realizam assistência ao parto por enfermeiros obstetras.
- 2 - Enfatizar o momento do nascimento e de seus aspectos psicológicos, sociais e humanos, onde o papel do enfermeiro obstetra pode ser maximizado.
- 3 - Estabelecer protocolos que definam, com a maior clareza, limites e responsabilidades de enfermeiros na assistência ao parto e quando o médico deve ser acionado.
- 4 - Entender que, se a enorme maioria dos partos é de baixo risco e sem distócia, o profissional de enfermagem poderá assisti-lo; portanto, a maioria dos nascimentos será assistido por enfermeiros obstetras e não por médicos. Esta realidade deve ser conhecida e o profissional enfermeiro obstetra deve ter seu trabalho reconhecido.
- 5 - É imprescindível que, na assistência ao parto, o apoio técnico da enfermeira obstetra e do médico seja permanentemente em conjunto, com cumplicidade, troca de informações, avaliações mútuas e conjuntas, para que as situações emergentes, tão características da assistência ao parto, sejam imediatamente reconhecidas e tratadas sem demora, haja vista que a presença da enfermeira obstetra e do médico nas áreas de pré-parto e salas de parto é fundamental, tanto aos interesses da clientela, quanto da atividade destes profissionais.

- 6 - Se faz necessário, cada vez mais entender que a assistência à saúde deve ser multiprofissional e não exclusiva de qualquer categoria profissional. Com isto o compromisso profissional e pessoal com a clientela será sempre o sucesso num atendimento digno, humano e de qualidade.

CONCLUSÕES

Conclui-se que, mesmo com respaldo legal e ético, a assistência ao parto por enfermeira obstetra é motivo de conflitos entre a equipe de saúde, particularmente no referente aos limites de atuação e de responsabilidades do enfermeiro e do médico.

É necessário que exista realmente um trabalho de equipe, envolvendo a participação simultânea de médicos e enfermeiros obstetras no processo de assistência ao parto e que as Instituições onde ocorrem os partos identifiquem os conflitos, disponham de protocolos de assistência ao parto amplamente divulgados e realizem discussões periódicas, envolvendo a equipe de saúde, sobre resultados maternos e perinatais estudados através de indicadores e abordem os limites e responsabilidades dos profissionais envolvidos nesta tarefa.

REFERÊNCIAS

1. Santos ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico [dissertação]. Santa Catarina (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
2. Mossa A. Fôrcipe de Kielland. São Paulo: Editora Rocca; 1992
3. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.
4. Rezende J, Montenegro CAB. Toxemia gravídica. In: Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. cap. 18, p. 224.
5. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 67-78.
6. Machado EGC. Gestação, parto e maternidade: uma visão holística. Belo Horizonte: Editora Aurora; 1995.

7. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960) In: Projeto História Corpo & Cultura. Revista do Programa de Pós-Graduação em História e do Departamento de História/ PUC-SP, 2002;10:204.
8. Robertson A. The midwives companion: the art of support during birth. Austrália: ACE Graphics Comperdon; 2000.
9. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad Saúde Pública. 2006;22:2647-55.
10. Rohden F. Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
11. Pinto CMS. Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.
12. Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 16ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2002.
13. Pimenta TS. Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). Hist Ciênc Saúde Manguinhos. 1998;5(2);349-72.
14. Dahl C. Attaining legitimacy: Eighteenth-century man-midwives and the rhetoric of their texts [acesso em 2001 Set 14]. Disponível em: <http://grad.usask.ca/gateway/archive3.htm>.
15. Jorge DR. Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetrix (parteira) no Brasil. [tese de livre docência]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1975.
16. Oguisso T. Trajetória histórica e legal da enfermagem.. São Paulo: Manole; 2007.
17. Mott ML. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). Revista de Enfermagem da USP. 2001;13(1):43-6.
18. Decreto 791, de 27/09/1980. Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. In: Ministério da Saúde (BR), Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem, legislação e assuntos correlatos. 3ª ed. Rio de Janeiro; 1974. p. 26-7.
19. Zampieri MFM. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
20. Arcuri EA. Reflexões sobre a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos. Rev Esc Enferm USP. 1991;25(2):229-37.
21. Neme B. Obstetrícia: ontem, hoje e amanhã. Rev Fac Cienc Med Sorocaba. 2006;8(3):3.
22. Oguisso T, Schmidh MJ, Freitas GF. Fundamentos teóricos e jurídicos da profissão de enfermagem. Enfermagem em foco. 2010;1(1):9-13.
23. Proux OI. Responsabilidade civil do profissional liberal no Código de Defesa do Consumidor. Belo Horizonte: Del Rey; 1998.
24. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil Brasileiro. [citado em 2006 122006]. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm.
25. Progianti J M. Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ; 2001.
26. Brasil. Lei federal nº 7498, de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº 9273, 26 de junho de 1986. p. 1.
27. Brasil. Decreto 94406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei 7498/1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 09/06/1987. Seção 1,p:1, fls 8853-5.
28. Portaria GM/MS, nº 2815, de 29 de maio de 1998. Inclui, na tabela de informações hospitalares do SUS, procedimentos de atenção a parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Diário oficial da união. Brasília, DF, 02 de junho de 1998. Seção 1, pag 47.
29. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa nº 167/2007. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 01 de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outra providências. Seção IV – Do plano hospitalar em obstetrícia [acesso em 2011 Mar 9]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>.
30. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro [acesso em 2011 Mar 9]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4252>.

31. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 223/1999. Dispõe sobre a atuação de enfermeiras na assistência ao ciclo gravídico puerperal [acesso em 2011 Mar 9]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node4266>>.
32. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 240/2000. Aprova o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências [acesso em 2011 Mar 9]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node4280>>.
33. Riesco MLG. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. Rev Latinoam Enferm. 1998;6(2):13-15.
34. Garcia SAL, Garcia SAL, Lippi UG. A necessidade da inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. Einstein (São Paulo). 2010;8(2), 241-7.
35. Parada CMGL. Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento na DIR XI - Botucatu [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
36. Rangel SL, Souza SN, Moreira CM. A Enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo assistencial. Enfermeira Global. 9:8-10.
37. Miranda R. Editorial. Revista do COREN-SP. 2008;73.
38. Araujo NRAS, Oliveira SC. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife -PE. Cogitare Enferm. 2006;11(1):31-8.
39. D'orsi E. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 2005;39;(4):645-54.
40. Organização Mundial de Saúde – OMS. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra; 1996
41. Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Rev Latinoam de Enferm. 2002;10(4):485-92.
42. Dias MAB, Domingues. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):699-705.
43. Gualda DMR, Stefanelli MC. O processo do parto na perspectiva cultural: a experiência de mulheres numa comunidade de baixa renda. In: Merighi MAB, Praça NS, organizadores. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003. p. 93-105.

Endereço de correspondência:

Selma Aparecida Lagrosa Garcia
Estrada da Aldeia, 451/164
Bairro: Granja Vianna
Cep: 06709-300 - Cotia - SP - Brasil
E-mail: selmaobst@terra.com.br