

Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil

Difficulties for the obstetric nurse autonomous performance in Brazil

Dificultades para el desempeño autónomo de la enfermera obstétrica en Brasil

Tayná Tomé de Souza Magalhães¹, Viviane Barrère Martin Taffner²

Como citar: Magalhães TTS, Taffner VBM. Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. REVISIA. 2020; 9(4): 685-97. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p685a697>

REVISA

1. Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8110-6429>

2 Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6999-6158>

Recebido: 22/07/2020
Aprovado: 19/09/2020

RESUMO

Objetivo: Compreender as limitações da atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a partir de publicações científicas de enfermagem, a partir da BVS, indexadas nas bases de dados BDENF e LILACS, publicadas em periódicos nacionais, sem recorte temporal. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, 10 estudos primários compuseram a amostra. **Resultados:** Foram encontrados como fatores que limitam a autonomia do enfermeiro obstetra: a dicotomia entre a prática profissional e a legislação, a resistência do profissional médico frente a atuação do enfermeiro obstetra e o déficit na formação e capacitação do enfermeiro obstetra. **Considerações Finais:** Constatase que, a compreensão dessas dificuldades pode subsidiar possível mudança na realidade atual, assim como a ampliação dos estudos referentes a este tema, uma vez que, a falta de autonomia do enfermeiro obstetra constitui um fenômeno que atinge profissionais e pacientes, debilitando o sistema de saúde do país.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Legislação de Enfermagem; Autonomia Profissional; Competência Profissional.

ABSTRACT

Objective: To understand the limitations of autonomous performance of obstetric nurses in Brazil. **Method:** This is an integrative literature review, based on scientific nursing publications, based on the VHL, indexed in the BDENF and LILACS databases, published in national journals, with no time frame. Following the inclusion and exclusion criteria, 10 primary studies comprised the sample. **Results:** The following factors were found to limit the autonomy of the obstetric nurse: the dichotomy between professional practice and legislation, the resistance of the medical professional to the performance of the obstetric nurse and the deficit in the training and qualification of the obstetric nurse. **Final Considerations:** It appears that the understanding of these difficulties can support a possible change in the current reality, as well as the expansion of studies related to this topic, since the lack of autonomy of obstetric nurses is a phenomenon that affects professionals and patients, weakening the country's health system.

Descriptors: Obstetric Nursing; Nursing Legislation; Professional Autonomy. Professional Competence.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las limitaciones del desempeño autónomo de las enfermeras obstétricas en Brasil. **Método:** Esta es una revisión bibliográfica integradora, basada en publicaciones científicas de enfermería, basada en la BVS, indexada en las bases de datos BDENF y LILACS, publicada en revistas nacionales, sin marco de tiempo. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, 10 estudios primarios comprendieron la muestra. **Resultados:** Se encontró que los siguientes factores limitan la autonomía de la enfermera obstétrica: la dicotomía entre la práctica profesional y la legislación, la resistencia del profesional médico al desempeño de la enfermera obstétrica y el déficit en la capacitación y calificación de la enfermera obstétrica. **Consideraciones finales:** Parece que la comprensión de estas dificultades puede apoyar un posible cambio en la realidad actual, así como la expansión de los estudios relacionados con este tema, ya que la falta de autonomía de la enfermera obstétrica es un fenómeno que afecta a profesionales y pacientes, debilitando el sistema de salud del país.

Descritores: Enfermería Obstétrica. Legislación de enfermería. Autonomía profesional. Competencia profesional.

Introdução

O parto, reconhecido como um evento fisiológico e natural, por longo período fora assistido em ambiente familiar de forma humanitária, por parteiras que obtinham seu conhecimento através da tradição, passado de geração em geração e embasado em experiência empírica.¹ Com a invenção do fórcepe obstétrico no fim do século XVI, a obstetrícia se torna uma disciplina técnico-científica de interesse e apropriação da hegemonia médica, ocorre então o declínio gradual da atuação das parteiras e consequente predomínio da intervenção e hospitalização do parto.²

No século XIX, quando regulamentado o ensino da Enfermagem no Brasil, a profissão ganhou espaço e respeito, principalmente na atenção à saúde da mulher, por sua qualificação e assistência humanitária, entretanto com o passar dos anos, assim como ocorreu com as parteiras, a enfermagem obstétrica declinou devido ao aumento dos procedimentos médicos invasivos, tornando-se secundária nessa assistência.²

A institucionalização do parto, inicialmente auxiliou na queda da mortalidade materna e neonatal, no entanto modificou bruscamente o cenário do nascimento, privando a mulher de sua individualidade e autonomia, submetendo-a a um ritual de internação, onde passa de sujeito a objeto institucional e a assistência obstétrica organiza-se como uma linha de produção.¹ Nesse contexto, a medicalização excessiva demonstra-se desnecessária e prejudicial, contribuindo para a elevação das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, que combinada com o número excessivo de cesarianas, sobrecarregou os sistemas social e financeiro do país.²⁻³

O Enfermeiro Obstetra (EO) tem papel de contraponto sobre esse modelo intervencionista e exclusivamente médico, pois sua formação e prática buscam redirecionar o parto como fisiológico, a fim de que as mulheres possam vivenciá-lo com segurança e dignidade.³⁻⁴ Diante do atual cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) que desenvolve pesquisas constantes sobre parto e nascimento, incentiva a harmonia entre os avanços tecnológicos e as relações humanas, exprime que o objetivo da assistência ao parto é promover o mínimo de interferência possível, e que qualquer intervenção deve ter razão válida para ser executada.⁴ Reconhece o EO como o profissional mais adequado, com melhor custo-efetividade para assistir à gestação e o parto normal de risco habitual, avaliando riscos e complicações.⁴

O Ministério da Saúde (MS) ratifica a recomendação da OMS, definindo que a assistência ao parto deve garantir os benefícios da ciência, mas fundamentalmente permitir o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto.⁴ E como estratégia de enfrentamento aos altos índices de morbimortalidade materna e infantil, desde 1999 vem incentivando e financiando cursos de especialização em enfermagem obstétrica nas secretarias de saúde em todo o país.²

O EO, é legalmente habilitado para assistir o parto normal de risco habitual, podendo realizar procedimentos como, “consulta, admissão, exame de toque, aplicação de anestésico local, sutura perineal e manobras de auxílio no desprendimento fetal”.³

Diante do exposto, ao analisar o exercício desse profissional ao longo dos anos, vemos que apesar de várias determinações ainda é raro encontrar serviço

de saúde no qual o parto normal de risco habitual seja efetivamente realizado por EO. Observamos constantes controvérsias sobre sua atuação, e a desvalorização do seu trabalho por parte dos colegas de classe, por outras classes e pela sociedade, o que gera dificuldade e tensão não só para quem exerce a profissão, como também para as mulheres assistidas por esses profissionais.⁵

Nesse contexto, compreendendo os obstáculos enfrentados pelo EO e a necessidade da inserção desse profissional na execução do parto normal como melhoria na assistência obstétrica brasileira, este estudo objetivou compreender as limitações da atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. Ao atingir esse objetivo será possível oferecer subsídios crítico-reflexivos aos profissionais para possível contribuição na alteração dessa realidade.

Método

Esse estudo trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo.⁶

Para o desenvolvimento, dessa presente RI, foram seguidos seis passos: estabelecimento do problema de pesquisa, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise e interpretação dos estudos e apresentação dos resultados.⁶

A primeira fase se deu através da elaboração da seguinte pergunta de pesquisa: “Quais são as limitações para a atuação autônoma do Enfermeiro Obstetra no Brasil?”

Na segunda fase foi realizada a seleção da amostra. Foram utilizadas duas bases de dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Bases de Dados Brasileira de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sem recorte temporal, a fim de ampliar a possibilidade de identificação de estudos referente à temática. Optou-se por essas bases por serem nacionais e dessa forma atenderem o objetivo do estudo.

Para a seleção dos estudos, primeiramente foram identificados os descritores em saúde através do Decs da BVS: “Enfermagem Obstétrica”, “Legislação de Enfermagem”, “Autonomia Profissional” e “Competência Profissional”, que foram agrupados da seguinte forma: “enfermagem obstétrica” and “legislação de enfermagem”, “enfermagem obstétrica” and “autonomia profissional” e “enfermagem obstétrica” and “competência profissional”.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos originais, brasileiros, independente da metodologia aplicada para a realização do estudo e como critérios de exclusão: artigos de revisão integrativa ou narrativa e artigos duplicados nas bases de dados citadas. A seleção do material ocorreu no período de outubro a novembro de 2019.

Inicialmente foram encontrados 109 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura dos títulos e dos resumos foram selecionados 6 artigos da base de dados BDENF e 4 artigos da base de dados LILACS. Os trabalhos selecionados foram publicados no período de 2002 a 2019 e foram codificados por uma sequência alfanumérica para facilitar a identificação dos mesmos (A1, A2, A3 e assim sucessivamente)

Em seguida, foi realizada a terceira fase da RI. Elaborou-se um instrumento particular, idealizado pelas autoras, para a extração dos dados dos

estudos, contendo a identificação do artigo, base de dados, objetivos e resultados, conforme apresentado no (Quadro 1). O nível de evidência foi atribuído com base na classificação recomendada⁷: nível I-evidência proveniente de metanálise de estudos clínicos controlados e com randomização; nível II-evidência obtida de estudo de desenho experimental; nível III-evidência obtida de pesquisas quase experimentais; nível IV-evidências provenientes de estudo descritivo ou com abordagem metodológica qualitativa; nível V-evidências obtidas de relatórios de casos ou relatos de experiência; nível VI - evidências baseadas em opiniões de especialistas ou com base em normas ou legislação.

Na fase quatro, foram analisados os dados, considerando seus conteúdos e trechos que configuram evidência científica, agrupando as semelhanças, convergências dos estudos e dividindo-os em 3 categorias temáticas, conforme descrito e apresentado no (Quadro 2).

Para realização da fase cinco, as revisoras através da interpretação dos resultados da análise trouxeram a discussão, assuntos que demonstraram maior relevância ao tema, realizando comparação com o conhecimento teórico, identificando conclusões e implicações.

Por fim, na sexta fase, com a delimitação das conclusões contraídas na revisão, apresenta-se a síntese do conhecimento através dos principais resultados obtidos.

Resultados

Foram selecionados 10 artigos, apresentados e organizados no Quadro 1. As fontes de publicação foram variadas totalizando 9 periódicos, sendo eles: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Revista Cogitare Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Enfermagem da UEPE, Revista da Escola Anna Nery, Journal Of Research: Fundamental Care Online, Revista de Enfermagem da UERJ e Revista de Enfermagem da UFSM. Tais produções foram publicadas em território nacional, sendo 60% na região Sudeste, 10% na região Nordeste, 20% na região Sul e 10% na região Centro Oeste. Quanto à formação acadêmica de seus autores, observa-se que 82,75% são da área da enfermagem, 3,44% são da área de Sociologia, 3,44% são da área de Serviço Social, 3,44% são da área de Psicologia, 3,44% são da área de Nutrição e 3,44% são da área de Bacharelado em Obstetrícia. Ademais, notou-se maior prevalência de abordagens metodológicas qualitativas, com percentual de 80%, ao passo que a abordagem quantitativa obteve um percentual de 20%. Todos os estudos demonstram nível de evidência IV.

Quadro 1 - Identificação da amostra dos estudos segundo código/ano, título e base de dados, objetivo (s) e resultados. São Paulo, 2020.

Código do artigo/Ano de publicação	Título e Base de dados	Objetivos (s)	Resultados
A1 ⁸ 2002	Trajectoria profissional das enfermeiras obstétricas	Compreender a experiência vivida pelas ex-alunas dos	O estudo contrapõe a autonomia profissional com o fato de as enfermeiras obstétricas

	egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque na fenomenologia social. BDENF	cursos de habilitação ou de especialização em Enfermagem obstétrica da EEUSP.	não poderem exercer as atividades que são de sua competência garantidas pela própria Lei do Exercício Profissional, o que gera conflitos, insatisfação e desmotivação.
A2 ⁹ 2003	Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras cooperação e conflito na assistência ao parto LILACS	Compreender as representações de obstetras e de enfermeiras sobre o trabalho em equipe.	As possibilidades de construção do trabalho em equipe na atenção obstétrica dependem do aprimoramento da capacitação técnica das enfermeiras para fortalecer a autonomia profissional.
A3 ¹⁰ 2006	A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE BDENF	analisar a visão dos profissionais médicos sobre a atuação das enfermeiras obstetras no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE.	A falta do conhecimento a respeito da legislação que normatiza a atuação da enfermeira obstetra, é sem dúvida um problema que vai além dos questionamentos médicos, sendo também um entrave em nível de chefia, levando a uma situação conflitante como trabalho em equipe.
A4 ¹¹ 2010	Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar BDENF	Conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal (PN) hospitalar.	A compreensão de como as Enfermeiras Obstétricas percebem a sua competência, seja em relação à atenção direta ao parto, ou a outros aspectos da sua experiência profissional no âmbito da obstetrícia hospitalar, pode contribuir na superação dos conflitos e contradições hoje presentes no cenário obstétrico.
A5 ¹² 2010	Atenção qualificada ao parto: perfil dos profissionais de	Identificar o perfil dos profissionais de enfermagem que	Os Enfermeiros correspondem a 41,7% dos profissionais da enfermagem responsáveis

	enfermagem das maternidades de Alfenas, Minas Gerais, Brasil BDENF	atendem as parturientes em maternidades de Alfenas-MG.	pelo atendimento as parturientes e a maioria 58,3% são profissionais de nível médio, não há enfermeiro obstetra atendendo parturiente nas maternidades de Alfenas-MG. O treinamento informal não habilita o profissional de nível médio a exercer legalmente esta atividade. A falta de capacitação desses profissionais compromete diretamente a atenção qualificada ao parto aumentando o risco de morbimortalidade materna e perinatal.
A6 ¹³ 2012	A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discurso de enfermeiras obstétricas LILACS	Identificar o conhecimento das enfermeiras obstétricas em relação à responsabilidade profissional na assistência ao parto.	As enfermeiras obstétricas participantes do estudo possuem insuficiente aporte de informações sobre a responsabilidade profissional, visto que desconhecem muito da aplicabilidade da legislação que regulamenta suas atividades e, ainda menos, sobre as repercussões legais de suas falhas no exercício.
A7 ¹⁴ 2013	As implicações da prática profissional de enfermeiros obstetras egressos da EEAN: a qualidade da assistência LILACS	Analisar as implicações da prática profissional desses enfermeiros egressos dos CEO da EEAN/UFRJ para a qualidade da assistência à saúde da mulher.	A autonomia da assistência ao parto está limitada por seu desconhecimento sobre o respaldo legal para atuar nesta área do cuidado, por conta do impedimento e preconceito o exercício profissional provenientes de instituições de saúde e da equipe médica por meio de violência verbal e de suas derivações, gerando implicações

			negativas para a qualidade da atenção e sua prática.
A8 ¹⁵ 2014	Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica BDEFN	Descrever a avaliação da formação e inserção profissional das egressas do Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	As expectativas prévias das enfermeiras foram totalmente atendidas pelo curso, mas a formação requer aprimoramentos nos conteúdos teóricos e na supervisão direta da preceptoria. Em relação à prática profissional, 42,2% consideraram exercer a profissão com autonomia. No entanto, ainda persistem barreiras profissionais no sistema de saúde, como o mercado de trabalho restrito, resistência dos médicos, pouco reconhecimento profissional e precárias condições de trabalho.
A9 ¹⁶ 2018	Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica BDEFN	Destacar a importância da Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento da Enfermagem Obstétrica.	Educação Permanente em Saúde mostrou-se como importante ferramenta na qualificação do enfermeiro obstetra, promove a autonomia para uma assistência diferenciada na atenção ao parto normal. Assim, pode contribuir como estratégia para sanar os desafios na implementação da Rede Cegonha.
A10 ¹⁷ 2019	Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica LILACS	Conhecer a percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica.	Com este estudo verificou-se que as enfermeiras atuam com autonomia em equipe, não nomeiam um modelo de assistência e apontam a demanda de serviço e o modelo tecnocrático como dificultadores.

Discussão

Após ter sido realizada a análise e interpretação dos dados, almejando responder à questão norteadora da pesquisa, emergiram 3 categorias temáticas: Dicotomia entre a prática profissional e a legislação, Resistência do profissional médico frente à atuação do Enfermeiro Obstetra e Déficit na formação e capacitação, conforme descrito no (Quadro 2).

Quadro 2- Distribuição das categorias temáticas segundo os códigos dos estudos e a porcentagem presente em cada categoria, São Paulo, 2020.

Categorias Temáticas	Código do Estudo	%
Dicotomia entre a prática profissional e a legislação	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10	100
Resistência do profissional médico frente à atuação do Enfermeiro Obstetra	A1, A2, A3, A4, A6, A7, A8, A9, A10	90
Déficit na formação e capacitação do enfermeiro obstetra	A1, A2, A3, A4, A6, A8, A9, A10	80

Dicotomia entre a prática profissional e a legislação

O assunto que definiu a primeira categoria nesta revisão integrativa foi abordado em todos os artigos (100%), evidenciando sua relevância.

Nota-se que a atuação do enfermeiro obstetra está amparada pela lei nº 7.498/86 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil ao tempo em que diferencia o EO das outras categorias, atribuindo-lhe atividades exclusivas. Além desta lei, há diversas legislações como Portarias do Ministério da Saúde e Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que corroboram a possibilidade de EOs atuarem autonomamente na assistência ao parto normal sem distócia.¹⁰

Um estudo definiu como autonomia o somatório de independência intelectual com o direito de reger-se por leis próprias. Acrescenta-se que é importante ter autonomia para que o enfermeiro possa se desenvolver pessoal e profissionalmente por meio do exercício sem entraves e do poder de decisão sobre as providências que devem ser adotadas na área obstétrica.¹⁴

Entretanto observa-se diferença entre o descrito na lei e a realidade vivida na prática profissional⁸, sendo apontados como os principais desafios: precárias condições de trabalho, necessidade de reconhecimento profissional, resistência médica, falta de qualificação e a ausência de concursos públicos específicos. Os lugares onde o EO mais atua na assistência ao parto são as maternidades de grande porte, nos outros locais essa atuação é incipiente ou inexistente.^{12, 15} Esse quantitativo reduzido de EO prestando assistência ao parto, dificulta a implementação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.¹⁶

Percebe-se ainda que os procedimentos valorizados na formação não são realizados no dia a dia.¹¹ Em estudo que trata da visão médica sobre a atuação

do EO, relatos sugerem que o mesmo deva ser supervisionado pelo médico, o que contraria o código de ética da Enfermagem e evidencia a prevalência de uma relação hierárquica imposta.¹⁰ A falta de reconhecimento do EO em ambiente hospitalar e a não aceitação do exercício das funções da especialidade apresenta-se como uma discriminação velada da equipe e instituição.¹³

Apesar de esta realidade ser prevalente, uma pesquisa demonstrou que os EOs, de uma instituição filantrópica, possuem autonomia para desempenhar suas funções¹⁵, outro estudo enfatiza que o EO detém a autonomia por meio do conhecimento e competência, e que o apoio institucional é um fator facilitador e provedor desta autonomia por meio de Procedimento Operacional Padrão (POP) e educação continuada.¹⁷ As avaliações positivas são um dado novo em relação a temática e pode ser considerado um prenúncio de avanços no exercício da especialidade.¹⁵

Por fim, esta categoria evidenciou também que o desconhecimento a respeito da legislação, é sem dúvida um problema que vai além dos questionamentos médicos. Sendo extremamente necessário a divulgação do papel do EO dentro da equipe para uma livre e melhor atuação no centro obstétrico.⁹

Resistência do profissional médico frente à atuação do enfermeiro obstetra

Esta categoria temática surgiu de 90% dos artigos (A1, A2, A3, A4, A6, A7, A8, A9 e A10) e trata das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro obstetra na atuação, frente a resistência médica¹⁵. Com a criação das escolas de medicina no Brasil em 1808 e o processo de medicalização do parto, houve a classificação deste como de alto, médio e baixo risco, oportunidade em que o médico se tornou protagonista na assistência obstétrica. No entanto, com a Lei 7.498/86 a responsabilidade pela execução do parto passa a ser atribuída também ao EO.¹⁰ Além disso, a OMS, baseada nas características menos intervencionistas do EO declara este como o profissional mais adequado para a assistência ao parto de evolução fisiológica (risco habitual).¹⁴ Cabendo ao médico a competência para os partos distócicos e casos graves que exijam intervenções mais complexas.¹⁶

Entretanto há uma clara resistência médica quanto a autonomia do EO na assistência ao parto de risco habitual⁸. Um estudo confirma que os conflitos são maiores onde os riscos são menores, o embate ocorre de fato quando o enfermeiro obstetra assume e executa o parto fisiológico.⁹ Alguns profissionais médicos consideram o EO um coadjuvante na assistência e mencionam seu trabalho como mera “ajuda”, não se reportando ao mesmo como profissional atuante no parto.¹⁰

Vale destacar que, a atuação médica é essencialmente baseada no modelo científico/masculino, em que para se realizar uma avaliação precisa e correta, é necessário afastar-se qualquer fator pessoal e emocional, tanto do profissional quanto do paciente. Sendo assim, a ansiedade, tensão e medo vivenciados pela parturiente serão pouco valorizados pelo médico. A definição de modelo masculino, não significa que todos ou somente os homens trabalhem desta forma, mas faz essa associação, por eles tradicionalmente, mais que as mulheres, valorizarem esse pensamento “impessoal acima do pessoal”, este modelo coloca ainda o/a profissional como: racional, dominante e autoconfiante, ao tempo em que caracteriza a parturiente como: emotiva, dependente e submissa.⁹

Já a formação e atuação do enfermeiro é orientada para o cuidado e não para a intervenção, estruturada na humanização, que valoriza além de cuidados físicos, individualidade e direito de escolha.¹¹

De modo geral médicos obstetras e EOs concordam que o trabalho em equipe seja fundamental à qualidade da assistência obstétrica, a valorização do modelo colaborativo se dá mediante a política da atenção integral às necessidades de saúde. Estes profissionais concordam também que a implementação desse modelo de ação conjunta interdisciplinar não tem ocorrido de forma exitosa, mas os motivos para o insucesso diferem em suas opiniões. Enquanto os médicos ressaltam aspectos técnicos como delegar funções e responsabilidades, os enfermeiros falam de maior valorização relacional, cooperação, respeito e confiança na capacidade técnica do colega, ressaltam o uso racional de recursos humanos e a subutilização de sua qualificação.⁹

Os médicos discordam das responsabilidades definidas pelos órgãos gestores e expressam que a competência técnica na condução do parto deve ser exclusivamente médica. Para os enfermeiros, o trabalho em equipe não acontece porque os médicos não compartilham responsabilidades, e têm dificuldade em incorporar a filosofia das boas práticas menos intervencionistas. Essas atitudes geram conflitos, dificultando a implantação do modelo colaborativo de trabalho em equipe.⁹

Outro fator determinante é o desconhecimento do médico a respeito da legalidade da atuação do EO. Mesmo quando o médico percebe os benefícios da assistência do EO, não tem claro qual é o campo de competência deste. O estudo também evidencia a crença dos médicos de que o EO não tem responsabilidades (civil, penal e administrativa), portanto, frente a desfechos negativos, não assumiriam as consequências.¹⁰

Importante lembrar que o EO, assim como o médico e demais profissionais da equipe, tem responsabilidades e está sujeito a responsabilização civil, penal e ético-administrativa. Em desfechos negativos do parto, causados por negligência, imprudência ou imperícia dos profissionais da equipe de saúde, estes poderão responder em qualquer uma das esferas, não sendo a assinatura a única forma de provar a ligação entre o autor e o dano.¹³

Outro estudo demonstrou claramente a dificuldade de incorporação das boas práticas e a imposição de uma hierarquia que não existe, do médico sobre o enfermeiro.⁹

O último fator determinante à resistência médica identificado nos artigos é a disputa por poder e posse da clientela, que pode ser percebida, dentre outros aspectos, pela violência verbal.¹⁴

Desta forma, salienta-se a importância de situar os médicos a respeito das competências do EO como também das novas diretrizes internacionais de assistência ao parto, para diminuição do atrito e efetiva implementação das estratégias de redução da morbimortalidade materna e perinatal.¹⁷

Déficits na formação e capacitação do enfermeiro obstetra

A última categoria desta RI se refere as “deficiências” na formação e capacitação continuada e esteve presente em 80% dos artigos (A1, A2, A3, A4, A6, A8, A9 e A10).

Até pouco tempo, muitos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica ofereciam parte prática inadequada e insuficiente para desenvolver competência técnica o que gerava insegurança¹¹. Essa realidade se altera com a Resolução do COFEN nº 516 do ano de 2016, em que fica obrigatória a realização mínima de: 15 (quinze) consultas de enfermagem pré-natais, 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto e 15 (quinze) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto; comprovados através de documento oficial da autoridade que expediu o diploma ou certificado.¹⁶

A Residência aparece em um estudo como uma nova modalidade de especialização em enfermagem obstétrica, uma Pós-Graduação *Latu Sensu*, que se baseia no ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de 2 anos, conforme Resolução nº 2/2012, da Secretaria de Educação Superior do MEC. Uma proposta de ensino com maior potencial de qualificar enfermeiros com habilidades técnicas baseados nos princípios da humanização e nas evidências científicas. No entanto, o estudo de campo sobre esse tipo de formação demonstra que apesar das profissionais egressas, de forma geral, considerarem que o curso atendeu suas expectativas, existe ainda a necessidade de aprimoramento da formação e das estratégias pedagógicas.¹⁵

A inserção do treinamento prático na formação do EO configura grande avanço no ensino, no entanto, os cursos de especialização carecem de desenvolver em seus alunos o caráter multidimensional da competência, que é composta por competência técnica, que consiste em “saber fazer” mais que “saber ser”, humanizadora como uma busca pessoal de sentido ético para o trabalho, competência por intuição, que relaciona-se ao olhar clínico, e competência relacional que refere a interação com a parturiente e com a equipe de saúde.^{11,13} A reorientação da prática de ensino, é condicionante à conquista da autonomia profissional do EO.¹⁰

Outro fator relevante a esta categoria é a escassez de educação permanente em saúde (EPS), que é definida pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS como: “aprendizagem no trabalho em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.” A EPS apesar de ter sido ampliada como política e estratégia do SUS, com foco na promoção de mudanças e melhorias, se mostra não institucionalizada, pois as maternidades raramente desenvolvem atividades educativas de forma efetiva.¹⁶

A atualização do profissional por meio da educação permanente propicia melhorias no processo de trabalho e na interação com a equipe, o conhecimento confere confiança na atitude assistencial. A educação permanente também auxilia na resolução ou minimização dos conflitos entre a equipe.¹⁷

Por fim, verificou-se que a inserção do EO como profissional autônomo na assistência ao parto de risco habitual é um processo lento, difícil e bastante heterogêneo, que sofre interferência, inclusive da própria equipe de enfermagem, auxiliares, técnicos e os outros enfermeiros, que por não entenderem o papel do EO e desconhecerem os preceitos legais da própria enfermagem, acabam dificultando mais esse processo.⁹ Esse desconhecimento, por parte da equipe de enfermagem, da legislação que respalda a atuação do EO, gera o sentimento de não pertencimento, tendo aparecido em um artigo a expressão “estranhas no ninho” para designar esse sentimento que resulta em insegurança e solidão.⁸

Essa categoria demonstrou que há um déficit na formação quando os enfermeiros participam da especialização, bem como após começarem na prática profissional, pois não há educação permanente em saúde instituída.

Considerações finais

A presente Revisão Integrativa possibilitou a construção de uma síntese do conhecimento científico acerca dos entraves que limitam a autonomia do enfermeiro obstetra no Brasil, demonstrando a necessidade da inserção do EO na execução do parto normal de risco habitual de forma livre e autônoma como fator determinante à melhoria da assistência obstétrica e redução das atuais taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Primeiramente podemos destacar uma dicotomia entre a prática profissional e o descrito na legislação que respalda a atuação do EO, resultado do baixo quantitativo de enfermeiros obstetras atuantes na assistência direta ao parto, aliado à falta de reconhecimento profissional, apresentando-se como uma discriminação velada da equipe e instituição.

Os EOs enfrentam uma grande resistência da classe médica que tem dificuldade em reconhecer a autonomia dada ao EO no cenário do parto normal de risco habitual, pois suas formações são muito diferentes, sendo uma voltada para o cuidado e outra para intervenção. Além disso, há uma suposta hierarquia do médico sobre o enfermeiro que é imposta muitas vezes em forma de violência verbal, revelando uma disputa por poder e desconhecimento da legislação que regulamenta a enfermagem.

A falta de autonomia profissional também se deve a deficiências na formação e capacitação dos EOs que necessitam de aprimoramento no desenvolvimento da competência multifatorial. Revelou-se ainda que a educação permanente não ocorre de maneira rotineira nas instituições, o que dificulta o desenvolvimento da atitude colaborativa e do trabalho em equipe. A intervenção ético-política em sala de aula e a conscientização dos profissionais para uma postura de enfrentamento afável, firmado em competência e respaldo legal, trarão novas estratégias para mudança no contexto atual.

A compreensão dessas dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro obstetra oferece subsídios para possibilitar uma mudança na realidade atual.

O presente estudo teve como limitação o tamanho da amostra, apenas 10 artigos, revelando escassez da literatura portanto, faz-se necessário ampliar os estudos referentes a este tema, uma vez que, as dificuldades que limitam a atuação autônoma do EO constituem um fenômeno que atinge tanto profissionais quanto pacientes o que impacta em todo sistema de saúde.

Referências

- 1- Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10 (3): 651-657.
- 2- Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF, Sá ACM, Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem Obstétrica no Brasil. *Rev. Enferm. UFSM* 2012;2 (3): 523-529.
- 3- Garcia SAL, Lippi UG, Garcia SAL. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. *Rev. Brasileira, em Promoção da Saúde*. 2010;23 (4): 380-388.

- 4- Velho MB, Oliveira ME, Santos EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63 (4): 652-659.
- 5- Sampaio MRFB, Alves VH, Bonazzi VCAM, Nery IS, Franco CS. Reflexões éticas e legais sobre a atuação da enfermeira obstétrica no parto e nascimento. *Revista da ABENFO*. 2014;1 (2): 72-6.
- 6- Mendes KDS, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método e pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto-enferm*. 2008;17 (4): 758-64.
- 7- Stetler CB, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing servisse. *ApplNurs Res*. 1998;11 (4): 196-206.
- 8- Merighi MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque na fenomenologia social. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10 (5):644-53.
- 9- Tuesta AA, Giffin K, Gama AS, d'Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(5): 1425-1436.
- 10- Araújo 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): 31-38.
- 11- Rabelo LR, Oliveira DL. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Ver Esc Enferm USP*. 2010;44(1): 213-20.
- 12- Leite EPRC, Clapis MJ, Calheiros CAP. Atenção qualificada ao parto: perfil dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. *Rev enferm UEPE on line*. 2010 [21/11/2019];4(spe): 1894-900. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6379/5625>
- 13- Winck DR, Brüggemann OM, Monticelli M. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discurso de enfermeiras obstétricas. *Rev. Esc Anna Nery (impr.)*. 2012;16(2): 363-370.
- 14- Vieira BDG, Moura MAV, Alves VH, Rodrigues DP. As implicações da prática profissional de enfermeiros obstetras egressos da EEAN: a qualidade da assistência. *Journal. res.: fundamental. Care. online*. 2013 [21/11/2019];5(4): 408-16. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2297/pdf_959
- 15- Pereira ALF, Nicácio MC. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. *Rev enferm UERJ*. 2014;22(1): 50-6.
- 16- Lima F, Martins CA, Mattos DV, Martins KA. Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica. *Rev enferm UFPE on line*. 2018 [21/11/2019];12(2): 391-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23550/27842>
- 17- Amorim T, Araújo ACM, Guimarães EMP, Diniz SCF, Gandra HM, Cândido MCRM. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM*. 2019;9(30): 1-19.

Autor de Correspondência

Viviane Barrére Martin Taffner
Rua Maranhão, 1279. CEP: 09541-001. Santa
Paula. São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil.
viviane.taffner@gmail.com