

**Como citar este artigo**

Saad DEA, Riesco MLG.  
[Autonomia profissional da enfermeira obstétrica].  
Rev Paul Enferm [Internet].  
2018;29(1-2-3):11-20.

## Autonomia profissional da enfermeira obstétrica

Professional autonomy of the nurse-midwife

Autonomía profesional de la enfermera obstétrica

**Doris Elisabeth Ammann Saad<sup>I</sup>, Maria Luiza Gonzalez Riesco<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Grupo de Apoio à Maternidade e Paternidade. São Paulo-SP, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** A forma como a enfermeira obstétrica (EO) atua na assistência ao parto e como vivencia a autonomia profissional e o trabalho colaborativo dependem do local de atuação, das regras e normas da instituição, da divisão técnica do trabalho e da relação hierárquica estabelecida na equipe obstétrica.

**Objetivo:** Descrever como a EO percebe sua inserção na equipe obstétrica e sua autonomia profissional na assistência à mulher no parto. **Método:** Adotou-se a abordagem qualitativa, entrevistando 15 EO de instituições de saúde privadas, em São Paulo, SP. Na análise de conteúdo, utilizaram-se os conceitos de autonomia e de trabalho colaborativo. Resultados: As EO apontaram a falta de reconhecimento de suas atribuições pelos médicos como um dos fatores que mais limitam sua autonomia e o trabalho colaborativo. Elas destacam suas competências profissionais, mas mostram dificuldades para ocupar seu lugar na equipe obstétrica em instituições privadas. **Considerações Finais:** Apesar da política oficial e das evidências científicas favoráveis à participação da EO no parto, sua atuação é restrita e aquém das competências profissionais estabelecidas.

**Descritores:** Enfermeiras Obstétricas; Autonomia Profissional; Comportamento Cooperativo; Setor Privado.

### ABSTRACT

**Introduction:** The way how the nurse-midwife (NM) experiences the professional autonomy and the collaborative work in childbirth care depends on the type of hospital, its rules and norms, on the technical division of labor and on the hierarchical relationships. **Objective:** To describe how the NM perceives her insertion in the obstetric team and her professional autonomy in childbirth. Method: It was adopted a qualitative approach, interviewing 15 NM that work in private hospitals in São Paulo, SP. The content analysis was conducted using the concepts of autonomy and collaborative work. **Results:** The NM pointed out that the lack of recognition by the obstetricians about their duties as one of the factors that most limit their autonomy and the collaborative work. They recognize their skills, but have difficulties to take their place in the obstetric team in private hospitals. **Final Considerations:** Despite the official policy and

**Autora  
Correspondente**

**Maria Luiza  
Gonzalez Riesco**

E-mail:  
riesco@usp.br

Endereço:  
Av. Dr. Enéas de Carvalho  
Aguiar, 419, São Paulo/SP,  
Brasil. CEP: 05403-000

the scientific evidence in favor of the participation of the NM in childbirth, their performance is restrict and beneath the professional skills established.

**Descriptors:** Nurse Midwives; Professional Autonomy; Cooperative Behavior; Private Ssector.

## RESUMEN

**Introducción:** Como la enfermera obstétrica (EO) actúa en la atención al parto y como vive la autonomía profesional y el trabajo colaborativo dependen del local de actuación, las normas y reglamentos de la institución, la división técnica del trabajo y la relación jerárquica establecida entre los miembros del equipo obstétrico. **Objetivo:** Describir como la (EO) percibe su inserción en el equipo obstétrico y su autonomía profesional en la atención a la mujer durante el parto. **Método:** Se adoptó el abordaje cualitativo, entrevistando a 15 EO que actuaban en instituciones de salud privadas, en São Paulo. En el análisis de contenido, se utilizaron los conceptos de autonomía y de trabajo colaborador. Resultados: Las EO apuntaron la falta de reconocimiento por médicos obstetras en cuanto a sus atribuciones como uno de factores que más restringen su autonomía y el trabajo colaborador. **Consideraciones Finales:** A pesar de la política oficial y de evidencias científicas favorables a la participación de la EO en el parto, su actuación es restricta y por debajo de las competencias profesionales establecidas.

**Descriptoros:** Enfermeras Obstetricas; Autonomía Profesional; Comportamiento Cooperativo; Sector Privado.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a maioria dos partos acontece em ambiente hospitalar e, em 2009, 50,1% dos nascimentos ocorreram por cesariana<sup>(1)</sup>. Na rede de assistência à saúde suplementar, constituída por instituições de saúde privadas, a taxa de cesarianas foi de 83,7%, em 2007<sup>(2)</sup>. Esses dados refletem um modelo de assistência ao parto ancorado em intervenções médicas, mais valorizadas que as escolhas das mulheres e que as atividades realizadas pelas enfermeiras obstétricas (EO).

A política de saúde oficial e a organização da assistência praticada nas instituições definem a atuação das EO. Estas, em sua maioria, trabalham em maternidades, ligadas ou não a hospitais gerais, e são poucas aquelas que exercem sua profissão em casas de parto ou de maneira independente, em atendimento domiciliar<sup>(3)</sup>. É comum que os cuidados a todos os tipos de parto fiquem concentrados num mesmo serviço obstétrico, com pouca distinção entre gestações de baixo e alto risco, ficando todos os procedimentos e decisões a cargo dos médicos, enquanto que a ação da enfermeira limita-se ao cuidado qualitativo de conforto<sup>(4)</sup>. Desse modo, a maneira como a EO vivencia a autonomia profissional e o trabalho colaborativo depende do local de atuação, das regras e normas da instituição, da divisão técnica do trabalho e da relação hierárquica estabelecida na equipe obstétrica.

Os temas autonomia profissional e trabalho colaborativo da EO são abordados sob diferentes aspectos nas publicações internacionais. Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) sustente que as EO têm autonomia para trabalhar e que são as profissionais mais indicadas para atender as gestações e partos de baixo risco, acompanhar situações de risco e reconhecer complicações<sup>(5)</sup>, reconhece que, na maioria dos países industrializados, a função das EO nos hospitais está sob supervisão de médicos<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, Fleming<sup>(7)</sup> rejeita a ideia de que as EO tenham autonomia no exercício de sua profissão e reforça que faltam discussões mais aprofundadas sobre o assunto.

A autonomia profissional pressupõe determinado grau de exercício de poder, conhecimento teórico e prático, reconhecimento do ambiente de atuação, competências para fazer escolhas, capacidade para agir e decidir e responsabilidade na tomada de decisões. A competência e a responsabilidade para a tomada de decisões dependem de conhecimentos baseados em

evidências, de clareza na comunicação e de mobilização e coragem intelectual e moral para racionalizar uma situação<sup>(8-10)</sup>.

A definição de competências, conforme a Confederação Internacional das Parteiras (ICM), é um conjunto de conhecimentos ou habilidades clínicas que as EO devem possuir para que possam praticar a profissão, de maneira efetiva e com segurança<sup>(5)</sup>.

Considerando as competências da EO, sua autonomia profissional foi analisada por pesquisadores internacionais<sup>(5,8)</sup> que destacam, como resultante, o empoderamento das EO. Os autores concluem que as consequências positivas do exercício da profissão com autonomia são o aumento da autoestima e autoconfiança das profissionais e uma assistência com melhor qualidade, à medida que seus direitos e deveres perante as clientes e os outros profissionais envolvidos são reconhecidos.

Quando a EO tem a oportunidade de mostrar conhecimento técnico e as habilidades que possui, ela pode firmar o seu papel dentro da equipe obstétrica, conquistar e estabelecer uma relação saudável e igualitária<sup>(4,8,11-12)</sup>. No entanto, as EO ainda têm dificuldades para compreender e consolidar a sua profissão com autonomia e em colaboração com os outros profissionais envolvidos na assistência. Esta compreensão limitada pode acontecer, em parte, devido a pouca distinção entre as funções das EO e dos médicos, rendendo à EO uma posição de quase invisibilidade para o público<sup>(12-13)</sup>.

O trabalho colaborativo, por sua vez, ocorre quando todos os profissionais envolvidos na equipe reconhecem e respeitam o valor individual e profissional de cada parte, e pode ser caracterizado por vários aspectos, como comunicação efetiva e clara, diálogo verdadeiro, ouvir ativo e habilidade para negociar. A definição das atribuições profissionais de cada um e a confiança, associadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes são condições importantes para que o relacionamento colaborativo aconteça. Essas condições, quando juntas, permitem que se estabeleça uma base sólida para a ação profissional de alto nível, melhorando a qualidade da assistência e a satisfação das clientes, com menos tempo de internação, redução do número de intervenções desnecessárias e de procedimentos invasivos, com consequente redução de custos para a instituição ou sistema de saúde<sup>(11,13)</sup>.

As principais barreiras para que o trabalho colaborativo aconteça em uma equipe são: a falta de compreensão dos papéis profissionais, a comunicação ineficiente e as relações hierarquizadas. Essas barreiras criam uma atmosfera de competição, medo, falta de confiança, inseguranças e conflitos<sup>(13)</sup>. A comunicação clara entre os profissionais quanto aos cuidados prestados, procedimentos e informações sobre a paciente promove a interação, que se reflete no desempenho da equipe e favorece a qualidade da assistência prestada.

O objetivo do presente estudo foi descrever como a enfermeira obstétrica percebe sua inserção na equipe obstétrica e sua autonomia profissional na assistência à mulher durante o parto, em instituições de saúde privadas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, considerando que essa metodologia possibilita ao pesquisador apreender a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem perante as questões formuladas, permitindo o aprofundamento dos significados das ações e relações humanas<sup>(14)</sup>.

O universo do estudo foi constituído por EO de instituições de saúde privadas da cidade de São Paulo que atendem exclusivamente pacientes particulares ou usuários de seguros ou planos de saúde. Por meio do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, foram identificadas 23 instituições que prestavam atendimento obstétrico e tinham EO atuantes na assistência à mulher no pré-parto, parto e pós-parto. A cada uma dessas instituições foi enviado um e-mail, acompanhado da sinopse

da pesquisa e do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, solicitando autorização para realização da entrevista com a EO do serviço. Essa solicitação foi atendida por 12 estabelecimentos, dos quais, três foram excluídos do estudo (dois faziam parte da mesma rede hospitalar e, em outro, a entrevista foi cancelada). Assim, foram realizadas entrevistas com 15 EO de nove instituições, que constituem a população do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, entre fevereiro de 2007 e fevereiro de 2008. Para cada profissional, foi solicitado um relato verbal, descrevendo sua atividade cotidiana na assistência ao trabalho de parto e parto, considerando os aspectos que representam o trabalho colaborativo entre enfermeiras e médicos, a atuação autônoma da enfermeira obstétrica e a restrição desta autonomia. Depois de concluída a narrativa, foram feitas perguntas sobre a percepção de sua atuação profissional na equipe. As entrevistas foram gravadas e tiveram uma duração média de 30 minutos.

Procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas, de acordo com as seguintes etapas<sup>(14)</sup>: 1. pré-análise, que consistiu na transcrição e leitura inicial do material transcrito; 2. exploração do material, por meio de leitura exaustiva, com delimitação e codificação das falas e ordenamento dos dados; 3. interpretação dos dados, a partir das informações obtidas e de explicações em torno da dimensão teórica. Para tanto, os conceitos de autonomia profissional e de trabalho colaborativo, apresentados na Introdução, foram incorporados como categorias teóricas para orientar a análise.

Os trechos de cada fala transcrita foram identificados, utilizando-se as letras EO e os números de 1 a 15, segundo a ordem cronológica das entrevistas. As letras de A até I foram utilizadas para representar a instituição de saúde onde a EO atua. Assim, EO1-A indica que foi a primeira EO entrevistada e que essa EO atua na instituição A. Os trechos das entrevistas foram adotados para ilustrar o conteúdo analisado.

Este estudo integra projeto relativo à mesma temática, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Processo 56/2000). Todas as EO participaram voluntariamente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde<sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os atributos para definir a autonomia da EO incluem a competência para trabalhar com conhecimento, a responsabilidade na tomada de decisões, a legitimação de suas atribuições e a confiança, por parte dos médicos e de outros profissionais da saúde. Incluem, ainda, como essencial, o apoio da chefia de enfermagem e das outras EO<sup>(7,12)</sup>. Por sua vez, a autonomia exercida pelas EO deste estudo não condiz, na maioria das situações, com os significados atribuídos na literatura. Ao invés de ser reconhecida como a “faculdade de decidir-se por si mesmo”<sup>(16)</sup>, a autonomia é identificada pelas EO entrevistadas como “liberdade para atuar”, em momentos específicos da assistência à mulher.

Na narrativa das EO, o termo autonomia refere-se à sua atuação durante a triagem para internação da mulher na maternidade, considerada como a principal ocasião em que tomam decisões de âmbito clínico. Trata-se de uma oportunidade em que podem exercer e demonstrar os conhecimentos e o potencial que possuem para prestar assistência às parturientes, sem depender da autorização de outros profissionais para decidir e agir. Porém, após esse atendimento inicial, passam a realizar tarefas menores e pontuais, muito aquém das suas habilidades e competências técnicas e legais. Usualmente, após comunicarem ao médico suas ações e as condições da mulher recém-internada, dependem estritamente da anuência do médico para atuar junto à parturiente.

Em algumas situações, quando o médico e a EO se conhecem e já estabeleceram uma relação de confiança, ela sente que pode sugerir condutas, mas, na maioria dos casos, os

procedimentos no trabalho de parto são decididos unicamente pelos médicos. Segundo as EO, cada médico tem a sua maneira de trabalhar, que elas conhecem com o passar do tempo, e, por isso, atuam com a “permissão conhecida”. Embora afirmem possuir autonomia para atuar, essa é uma autonomia restrita, para fazer aquilo que os médicos querem que seja realizado enquanto eles não chegam ao hospital ou não querem realizar.

*A gente tem essa autonomia para ouvir a queixa e, a partir da queixa, tomar uma conduta. Não temos a autonomia para fazer nenhum tipo de medicação, só essa autonomia de examinar e tal, e aí ligamos para o médico e ele dá o parecer dele, a conduta dele. Na própria ficha de internação, já tem as condutas que a gente deve fazer: manter jejum, tricotomia, controle de foco, cardiotoco tal hora. [...] Autonomia, só no sentido de identificar, na triagem. Depende muito da equipe que você trabalha. Ela [a autonomia] não é imparcial, ela sempre depende de quem está junto com você. (EO7-D)*

*Com alguns médicos tenho autonomia. Tem algumas equipes que você não consegue fazer absolutamente nada, a paciente chega e você não tem autonomia nem para tocar a paciente. Com outras equipes que você conseguiu desenvolver alguma confiança maior, uma interação melhor, acaba tendo uma autonomia maior, porque o médico acaba confiando mais. Então, vai muito da sua interação com a equipe médica. Mas eu acho que autonomia a gente não tem praticamente nenhuma. E aí você até sugere, mas ele acha que não, então é não, e você não tem autonomia. (EO13-G)*

Segundo as entrevistadas, o vínculo de confiança com os médicos é estabelecido no trabalho do dia-a-dia. Quando a EO é “autorizada” pelos médicos para trabalhar em conjunto, cooperando com a assistência às parturientes, ela tem suas funções valorizadas e respeitadas, sente-se realizada profissionalmente, a assistência ganha qualidade e o médico passa a confiar nas suas competências. Quando o seu trabalho é pouco reconhecido, sente-se frustrada, executa condutas impostas e atividades burocráticas, tem pouco interesse. Essa confiança é a segurança necessária para a EO agir com maior autonomia.

*Sinto-me com autonomia, segura, podendo chamar a hora que eu quiser, podendo dividir e discutir o caso. Quando não tem essa liberdade, fica complicado, me sinto mal, impotente, não estou servindo para nada aqui. Tem os dois lados: tem profissionais e profissionais. Um dia me sinto ótima, porque veio uma equipe que eu consigo me inserir, outro plantão vem uma equipe que eu não consigo me inserir. Então, depende de quem está trabalhando comigo, especialmente a equipe médica. (EO15-I)*

A facilidade para desempenhar as suas tarefas com autonomia ocorre principalmente nas instituições onde os médicos são funcionários e trabalham em regime de plantões. Nesse caso, a autonomia é reforçada porque o relacionamento profissional acontece com médicos conhecidos, que trabalham na instituição e estão sempre presentes no momento em que elas precisam discutir algum caso.

*O que facilita é como cada médico traz [vê] o papel da enfermeira para ele. Como que ele vê a importância da enfermeira obstétrica. Aquele que respeita o trabalho, que confia, que valoriza o papel, que sabe o quanto que a gente é preparada para isso. Quando ele reconhece o papel da enfermeira, você tem autonomia. É claro, que se você faz as coisas dentro do que se espera, se você mostrar seriedade e responsabilidade naquilo que você faz, você até conquista a confiança daqueles que não confiavam muito. Mas, aquele que não tem isto dentro dele, não sei se a sua seriedade e o que você faz vai mudar o que ele pensa. (EO7-D)*

*O que facilita é o conhecimento, conhecimento da enfermeira obstetra. Isso é a base de tudo. Não é ser legal, gente boa, comunicativa, não! Tem que ver que dá para confiar. Ter um plantonista aqui no hospital, isso facilita muito o trabalho da gente. (EO15-I)*

Quando as parturientes chegam às instituições que têm “corpo clínico aberto”, os médicos frequentemente estão atendendo em seu consultório particular ou em outros locais e, por isso, deixam as condutas muito bem estabelecidas para as EO. Nessas situações, o parto deve acontecer em um horário que seja compatível com as outras atividades do médico. Atender a essas exigências restringe a autonomia da EO, na medida em que ela fica impossibilitada de conduzir os cuidados no trabalho de parto, acompanhar sua evolução fisiológica ou tomar alguma iniciativa pertinente.

Além disso, o elevado índice de cesáreas eletivas nas instituições privadas reduz a liberdade de atuação da EO na atenção ao trabalho de parto. Nesses casos, as suas atribuições são apenas de internar a gestante e prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido, juntamente com o médico neonatologista.

A autonomia de atuação da EO é menor, principalmente, nas maternidades que aceitam os médicos externos. As condutas e as orientações médicas para com as clientes particulares permitem pouca abertura para sugestões e discussões, o que resulta numa barreira para a autonomia da enfermeira.

*Ah, sim! É uma autonomia dentro de uma regra porque, às vezes, há restrições. Quando, por exemplo, o médico vai demorar em chegar ele mesmo avisa: ‘olha não posso ir agora, só vou ao final da tarde’. Então, você toma certo cuidado. Mas, nestas pacientes que internam o trabalho é bem mais ‘light’, não tem aquele controle, porque vai para a cesárea mesmo; então, não tem muito que fazer. Tem médico que você sente que tem mais abertura e aí vai numa boa, mas têm alguns extremamente fechados e, às vezes, eles vêm em dois médicos e aí fico mesmo assim, à disposição do bebê. A paciente é particular, ela é deles. (EO2-B)*

*A maioria já vem com uma conduta fechada, já vem com um jeito ‘X’ próprio de trabalhar, a sua rotina mesmo. (EO5-A)*

As EO não acreditam que possam ter mais espaço para desenvolver o trabalho com maior autonomia, porque o vínculo que existe entre o médico e a sua cliente particular justifica a atitude de “posse”, situação em que somente eles podem conduzir os cuidados. Assim, a EO fica à margem do cuidado e da assistência à mulher, desempenhando apenas uma função de dar suporte ao trabalho do médico, quando solicitada.

*Na instituição particular tem muito essa coisa do doutor. O doutor tem muita síndrome de Elis Regina, estrela! Eu sou muito importante, todos são importantes, a faxineira é muito importante, é fundamental. Então, na instituição particular isto é muito mais forte, ele tem o DR e por isto ele pode ou ela pode. Fica difícil de exercer a sua profissão com autonomia ou em colaboração, porque esse poder que ele tem acaba dificultando bastante. (EO1-A)*

O esquema desenvolvido por Pollard<sup>(16)</sup> para a compreensão da autonomia na prática das EO mostra-se útil para a análise das narrativas das EO do presente estudo. Conforme a autora, as condições para a autonomia são: ter uma compreensão madura sobre o conceito; conhecer bem o ambiente da sua prática; ter a autoridade para tomar decisões e para agir; ter o reconhecimento, pelas usuárias e outros profissionais, do direito e da competência da sua prática.

O mesmo esquema leva também em consideração as barreiras, as situações facilitadoras, as condições e os desfechos para a atuação com autonomia. Quando aplicado ao ambiente de trabalho, indica que as barreiras para uma atuação com autonomia são as políticas médicas e hospitalares, o pouco reconhecimento profissional e a hierarquia hospitalar, enquanto que a situação facilitadora é trabalhar por conta própria. Quanto aos desfechos, são mencionados: melhor qualidade de assistência para as mulheres, gestantes, parturientes ou puérperas; maior satisfação profissional; maior confiança no conhecimento, nas atividades e nas habilidades das enfermeiras obstétricas<sup>(16)</sup>.

Com relação ao trabalho colaborativo, este acontece quando há confiança entre os profissionais e interesse das EO em conhecer os procedimentos e ganhar experiência. É importante que a EO tenha habilidade para se comunicar de maneira clara, para expressar seus conhecimentos, discutir, dialogar, perguntar e sugerir condutas<sup>(11,17)</sup>. Fica evidente que a cooperação entre os profissionais é facilitada quando trabalham próximos e se conhecem há algum tempo. Assim que os profissionais se conhecem melhor, tanto na forma de conduzir o seu trabalho como, também, quanto às características pessoais, a cooperação é facilitada<sup>(18)</sup>.

*Quando a equipe de enfermagem trabalha mais próxima dos médicos, ocorre a colaboração e a enfermeira ganha autonomia para realizar as tarefas, porque tem a confiança dos médicos. Quando você tem uma equipe médica solidária e confiante, você tem muito mais segurança para agir independente. Lógico que eu já conheço qual é conduta daquele médico, então eu sei até onde eu posso ir. (EO14-H)*

A tônica do trabalho colaborativo com os obstetras é de que não há muita abertura para o diálogo e a colaboração. A dificuldade que as EO encontram para trabalhar em cooperação e colaboração com os médicos deve-se ao fato de as mulheres serem pacientes da clínica particular. As condutas são preestabelecidas, com um acordo prévio entre as clientes e o médico quanto à via de parto, que em geral é a via cirúrgica. Esse ambiente impede qualquer abertura para a sugestão ou discussão de procedimentos. A comunicação entre EO e médicos, em muitas ocasiões, tem uma única direção, que é do médico para com a EO.

*A gente acaba tendo muito medo de falar, eu não estou falando que só eles têm culpa, a gente acaba ficando com tanta restrição de falar alguma coisa. Dependendo da equipe do médico, você não pode oferecer tanta coisa, você tem que sentir a situação, para aí poder investir mais ou investir menos. [...] Tem sim. Depende da equipe, da equipe e do médico. Tem médico que a gente liga e passa a avaliação para ele e ele diz: "o que você me sugere?" (EO5-A)*

A relação hierárquica que existe entre médicos e EO e a medicalização da assistência contribuem para a restrição da autonomia da EO e dificultam a cooperação entre os profissionais; essa situação gera desânimo nas EO para discutir ou sugerir condutas e reforça vazios nos cuidados às parturientes e invisibilidade do trabalho prestado<sup>(19)</sup>. Assim, a assistência prestada às mulheres fica muito distante da ideologia humanizadora do parto<sup>(20)</sup>.

Além disso, o número reduzido de EO que trabalham na instituição é considerado uma barreira para o trabalho colaborativo e para um atendimento com qualidade; esse contexto induz a um trabalho mais burocrático e distante das suas atribuições e a impossibilita de manter o foco na assistência obstétrica às parturientes. Essa é uma da situação que, segundo as EO, causa irritação na equipe, reforça a hegemonia médica e também é responsável pela invisibilidade do seu trabalho.

*Eu gosto, o problema é o estresse e a correria. Aqui tem muito serviço e pouco profissional. Tinha que ter mais gente. (EO3-C)*

*São poucas enfermeiras. Você sabe que, quando está corrido aqui, está corrido pra tudo quanto é lado. Então, você termina, às vezes, falando: "tomara que o médico chegue logo para assumir". Porque tem um monte de coisa: avaliar as pacientes, escrever, e se tiver alguma intercorrência, é da sua responsabilidade. E tem enfermeira que não gosta mesmo desta parte do normal e prefere mais que alguém assuma. (EO2-B)*

As respostas ao questionamento sobre a percepção da EO quanto à sua inserção na equipe foram diversificadas. As EO têm consciência de que são profissionais importantes, às vezes recebem elogios dos médicos e têm o seu atendimento valorizado por meio de "feedbacks"

positivos das mulheres. Consideram que têm muito trabalho, mas fazem aquilo que gostam. Porém, a sua posição na equipe poderia ser mais valorizada, tanto pelos médicos como pelas colegas enfermeiras. Algumas EO consideram que o modelo assistencial que permeia a filosofia das instituições privadas dificulta a sua atuação, porque esse modelo prioriza as funções médicas.

*O próprio modelo assistencial é uma barreira... O próprio modelo de assistência, o papel dos convênios, o papel da instituição, o papel dos médicos. (EO2-B)*

As EO reconhecem que poderiam atuar muito mais, colocando em prática os conhecimentos e competências profissionais, mas, pela carência de funcionários, precisam executar tarefas burocráticas, permanecendo distantes da atenção obstétrica. Entendem que o pouco reconhecimento acontece principalmente por falta de oportunidades para mostrar o trabalho, sentindo-se, por vezes, "cumpridoras de tarefas", executoras das ordens médicas.

*Tem equipes que têm a sua conduta e que é aquilo, e a gente acaba trabalhando como um robô mesmo. [...] Tem momentos que é assim: a equipe chega aqui e você é só mais uma complementação e a equipe é estrela e ninguém toca. Aí, sim, eu posso te falar que eu estou fazendo apenas a função de um auxiliar, de uma técnica, não estou fazendo a minha função enquanto obstetriz. (EO6-A)*

As EO descrevem que existem médicos que conhecem e confiam no seu trabalho, que compreendem que a EO é uma profissional importante na equipe como uma colaboradora na assistência às mulheres. Porém, percebem que alguns médicos desconhecem as suas atribuições e não confiam suas clientes aos seus cuidados. Para esses médicos, a EO é apenas uma integrante da equipe que poderia muito bem ser outro profissional, com uma auxiliar de enfermagem, por exemplo.

As EO reconhecem as suas competências, mas têm dificuldades para ocupar o seu lugar na equipe obstétrica em instituições privadas. A limitação para desempenhar suas atividades acontece, não por falta de atendimento aos critérios de competências e conhecimentos da ICM, mas principalmente, por falta de entendimento dos médicos quanto às suas atribuições e pelo suporte restrito por parte das gerências de enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de recomendações e políticas empreendidas por órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar, e por entidades internacionais, como a OMS e a ICM, que reconhecem a EO como o profissional indicado para prestar assistência à mulher com ciclo grávido-puerperal de baixo risco, essas diretrizes não são seguidas pelas instituições de saúde privadas.

Por sua vez, os movimentos e as organizações da sociedade civil têm auxiliado a enfermagem obstétrica a dar passos importantes para o reconhecimento social e a valorização da sua contribuição no âmbito da saúde materna.

EO e médico obstetra, em geral, não compartilham o paradigma de atenção às mulheres nas instituições privadas. As atividades e intervenções médicas são consideradas mais valorizadas que os cuidados de enfermagem à mulher e existe um conflito permanente, que dificulta o trabalho colaborativo. A administração das instituições privadas preserva a hierarquia médica, dando respaldo aos médicos para trabalharem sem adesão a protocolos clínicos definidos no serviço, privilegiando condutas que nem sempre estão de acordo com a natureza do processo de parto.



As EO têm muito a contribuir, participando da transformação da assistência obstétrica, para torná-la menos intervencionista e mais humanizada. Elas possuem respaldo legal, competência técnica e sensibilidade para se relacionarem com as mulheres e seus familiares. Porém, precisam se fortalecer como grupo profissional perante a sociedade, as instituições e os médicos, para atenderem as parturientes com mais autonomia e em cooperação com os médicos.

Seria importante conhecer a opinião dos médicos obstetras e das chefias de enfermagem, quanto aos paradigmas e modelos de atenção ao parto e pós-parto nas instituições privadas. Acreditamos que, desse modo, algumas questões poderiam ser melhor debatidas, favorecendo o relacionamento entre médicos, enfermeiras obstétricas e gestantes.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. Proporção de partos hospitalares. [cited 2010 Mar 18]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/f07.def>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. 2ª ed. Rio de Janeiro: ANS, ano 3, n.1 (mar.); 2009. [cited 2010 Mar 18]. Available from: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/2009\\_mes03\\_caderno\\_informacao.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2009_mes03_caderno_informacao.pdf)
3. Carr M, Riesco ML. Rekindling of nurse-midwifery in Brazil: public policy and childbirth trends. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2007 [cited 2010 Mar 18];52(4):406-11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952307000591?via%3Dihub>
4. Matthews A, Anne Scott P, Gallagher P, Corbally MA. An exploratory study of the conditions important in the facilitating the empowerment of midwives. *Midwifery* [Internet]. 2006 [cited 2010 Mar 18];22(2):181-91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S026661380500080X>
5. Fullerton JT, Thompson JB. Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery* [Internet]. 2005 [cited 2010 Mar 18];21(1):2-13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613804000919>
6. Organização Mundial de Saúde-OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde: 1996.
7. Fleming VE. Autonomous or automatons? An exploration through history of the concept of autonomy in midwifery in Scotland and New Zealand. *Nurs Ethics* [Internet]. 1998 [cited 2010 Mar 18];5(1):43-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9505714>
8. Vann MK. Professional autonomy for midwives: an essential component of collaborative practice. *J Nurse-Midwifery* [Internet]. 1998 [cited 2010 Mar 18];43(1):41-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9489290>
9. McKay S. The route to true autonomous practice for midwives. *Nurs Times* [Internet]. 1997 [cited 2010 Mar 18]; 93(46):61-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9418491>
10. Gomes AMT, Oliveira DC. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2010 Mar 18];61(2):178-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200006>
11. Stapleton SR. Team building: making collaborative practice work. *J Nurse-Midwifery* [Internet]. 1998 [cited 2010 Mar 18];43(1):12-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091218297001195>

12. Kramer M, Schmalenberg CE. Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nurs Outlook* [Internet]. 2003 [cited 2010 Mar 18];51(1):13-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12595822>
13. Keleher KC. Collaborative practice. Characteristics, barriers, benefits, and implications for midwifery. *J Nurse-Midwifery*. 1998;43(1):8-11.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 408p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996. [cited 2009 Mar 25]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)
16. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
17. Pollard K. Searching for autonomy. *Midwifery* [Internet]. 2003 [cited 2009 Mar 25];19(2):113-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809631>
18. Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura?. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2003 [cited 2009 Mar 25];56(4):343-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000400004>
19. Payne PA, King VJ. A model of nurse-midwife and family physician collaborative care in a combined academic and community setting. *J Nurse-Midwifery*. 1998;43(1):19-26.
20. Angulo-Tuesta A, 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* [Internet]. 2003 [cited 2009 Mar 25];19(5):1425-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500021>
21. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery* [Internet]. 2004 [cited 2009 Mar 25];20(3):261-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15337282>