

Percepções de enfermeiras obstetras quanto a sua atuação no parto em hospitais de Porto Alegre

Perceptions of midwives regarding their role in childbirth at hospitals from Porto Alegre

Percepciones de enfermeros obstetras sobre su papel en el parto en hospitales de Porto Alegre



Jéssica Teles Schlemmer^a

Luane Moreira de Aguiar^b

Mirela de Sousa Nunes Duarte^b

Fernanda Peixoto Córdova^c

Aline Alves Veleda^d

Como citar este artigo:

Schlemmer JT, Aguiar LM, Duarte MSN, Córdova FP, Veleda AA. Percepções de enfermeiras obstetras quanto a sua atuação no parto em hospitais de Porto Alegre. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240096. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240096.pt>

RESUMO

Objetivo: Conhecer as percepções de enfermeiras obstetras sobre a sua dinâmica de trabalho no processo de parturição em hospitais de Porto Alegre/Rio Grande do Sul.

Método: Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. Foi realizado com 12 enfermeiras obstetras atuantes em oito hospitais do município, recrutadas pela técnica *snowball*. A coleta dos dados decorreu da aplicação de questionário semiestruturado por via eletrônica, no período de setembro a novembro de 2023. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática.

Resultados: As enfermeiras obstetras percebem que suas atuações corroboram para o resgate do parto fisiológico. A atuação das parteiras nos domicílios foi substituída pelo modelo não colaborativo e frequentemente intervencionista. As demandas administrativas, o quadro de dimensionamento de pessoal, assim como as relações entre os profissionais aparecem como fatores que dificultam a inserção da enfermeira na assistência ao parto.

Considerações finais: A legislação não garante a autonomia para execução da assistência ao parto. São implicações para prática, a necessidade de gestores comprometidos com a implementação do modelo colaborativo de assistência ao parto e a revisão do dimensionamento de pessoal para a plena autonomia das enfermeiras obstetras no cenário hospitalar.

Descritores: Autonomia Profissional. Enfermagem Obstétrica. História. Parto. Salas de Parto.

RESUMEN

Objetivos: Comprender las percepciones de las enfermeras obstetras sobre su dinámica de trabajo en el proceso del parto en hospitales de Porto Alegre/Rio Grande do Sul.

Método: Estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo con 12 enfermeras obstetras que laboraron en ocho centros obstétricos de la ciudad, reclutadas mediante la técnica de *snowball*. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento semiestructurado y de forma electrónica, de septiembre a noviembre de 2023. La técnica de análisis de datos fue temática.

Resultados: Las enfermeras obstétricas perciben que sus actuaciones contribuyen al rescate del parto fisiológico. El trabajo de las parteras en los hogares fue sustituido por un modelo no colaborativo y a menudo intervencionista. Las demandas administrativas, la estructura de personal, así como las relaciones entre profesionales aparecen como factores que dificultan la inserción del enfermero en la atención del parto.

Consideraciones finales: La legislación no garantiza la autonomía para brindar asistencia en el parto. Las implicaciones para la práctica son la necesidad de que los gerentes se comprometan a implementar el modelo colaborativo de atención del parto y revisar la dotación de personal para lograr la plena autonomía de las enfermeras obstétricas en este escenario.

Descriptores: Autonomía Profesional. Enfermería Obstétrica. Historia. Parto. Salas de Parto.

ABSTRACT

Objectives: To understand the perceptions of obstetric nurses (midwives) about the work dynamics in the parturition process at hospitals from Porto Alegre/Rio Grande do Sul.

Method: Exploratory-descriptive study with a qualitative approach with 12 midwives who worked at eight obstetric centers in the city, recruited using the snowball technique. Data collection was carried out by the application of a semi-structured instrument and electronically, from September to November of 2023. The data analysis technique was thematic.

Results: Midwives realize that their performance contributes to the rescue of physiological birth. The work of midwives in households was replaced by a non-collaborative and often interventionist model. Administrative demands, the staffing framework, and the relationships between professionals appear as factors that hinder the insertion of nurses in childbirth care.

Final considerations: The legislation does not guarantee autonomy to provide birth assistance. Implications for practice are the need for managers committed to implementing the collaborative birth care model and review in staffing for full autonomy of midwives in this scenario.

Descriptors: Delivery Rooms. History. Obstetric Nursing. Parturition. Professional Autonomy.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^c Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Departamento de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Enfermeiras obstetras ou parteiras profissionais, denominadas *midwives* na literatura internacional, são mundialmente reconhecidas como profissionais qualificadas, responsáveis e respeitadas que exercem uma relação de grande proximidade com mulheres, recém-nascidos e suas famílias. Trata-se de uma relação de apoio, cuidado, de assistência técnica e científica, pautada nos pressupostos da humanização que se inicia no planejamento reprodutivo até as primeiras semanas de vida do recém-nascido⁽¹⁾.

O relatório *The State of the World's Midwifery* (SoWMy) de 2021 revela que, no mundo, há escassez de cerca de 900.000 parteiras profissionais. Nas Américas, estima-se que haja 160 mil profissionais (1,9 por 10 mil habitantes) e que intervenções qualificadas com assistência da Enfermagem Obstétrica possam salvar anualmente 4,3 milhões de vidas no mundo⁽²⁾.

Intervenções obstétricas desnecessárias promovem o aumento da taxa de morbimortalidade materna e perinatal, com redução destas quando o parto é atendido por enfermeiras obstetras, ou parteiras profissionais. Estas profissionais são reconhecidas pelo respeito ao processo de parturição fisiológico, proporcionando autoconfiança e protagonismo às mulheres⁽³⁾.

O cenário de assistência por enfermeiras obstetras ao parto normal não é o que prevalece no Brasil. O país possui altas taxas de intervenções tais como o uso rotineiro de episiotomia, o uso de ocitocina padronizado, a cesariana eletiva e/ou sem indicação obstétrica, entre outras. Também apresenta a segunda maior taxa de cesariana do mundo, com projeção de 57,4% dos nascimentos até 2030, percentual que está acima da taxa de 15% preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁴⁾.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que gestores proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstetra (EO) na assistência ao parto de baixo risco, este denominado 'modelo colaborativo'. Este modelo de assistência hospitalar ao parto e nascimento integra profissionais médicos, enfermeiras obstetras na equipe, assim como também podem estar inseridas doulas e outros profissionais. A EO é responsável pelo atendimento de gestantes de risco habitual, enquanto contam com

equipes médicas em caso de complicações. Gestantes de alto risco obstétrico podem ser acompanhadas pelos dois profissionais, médicos e enfermeiras obstetras, dentro do modelo colaborativo^(3,5).

Registros dos Sistemas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem (COFEN/COREN) do ano de 2022 indicam que o Brasil conta com cerca de 13.722 enfermeiras(os) obstetras. Há um possível sub-registro desses especialistas no país, visto que apenas os profissionais com o título registrado junto ao Sistema COFEN/CORENs estão habilitados para exercer a especialidade. No Rio Grande do Sul, estes profissionais não chegam a 500⁽⁶⁾. O parto assistido por enfermeiros só foi regulamentado em 1986, através da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/86), a qual define que a assistência ao parto sem distocia é uma atribuição do enfermeiro generalista⁽⁷⁾.

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf/UFRGS), situada em Porto Alegre, é pioneira na formação de enfermeiras obstetras, as quais recebiam o título com a qualificação durante o curso de graduação. De 1966 a 2019, a EEnf/UFRGS formou 146 enfermeiras obstetras em 11 cursos de formação. Em 2005, as diretrizes nacionais modificaram esta especialidade para que fosse realizada após a graduação em cursos de especialização e de residência⁽⁸⁾.

A inserção de enfermeiras obstetras no cuidado à gestação, parto e puerpério é uma das recomendações da OMS para redução da mortalidade materna e neonatal no mundo. Além disso, estas profissionais são qualificadas para a transformação dos cenários de assistência, tornando o nascimento uma experiência positiva para as mulheres e suas famílias^(1,2). Devido às dificuldades de avanço no Brasil quando observadas as recomendações da OMS de incentivo ao parto normal e inserção da EO neste contexto, mostra-se necessário o aprofundamento sobre a atuação destas profissionais em centros obstétricos hospitalares. Assim, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: quais as percepções de enfermeiras obstetras sobre a dinâmica de trabalho no processo de parturição em hospitais de Porto Alegre/Rio Grande do Sul? Para respondê-la, o objetivo consistiu em conhecer as percepções de enfermeiras obstetras sobre a dinâmica de trabalho no processo de parturição em hospitais de Porto Alegre/Rio Grande do Sul.

■ MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa realizado com enfermeiras obstetras atuantes em centros obstétricos hospitalares da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

O recrutamento das participantes ocorreu por meio da técnica de amostragem não probabilística *snowball*⁽⁹⁾ (bola de neve), que consiste em cadeias de referência para a seleção dos participantes. A primeira participante foi selecionada intencionalmente pelas pesquisadoras a partir do conhecimento sobre o seu tempo de experiência na área, inserção em modelo obstétrico que promove a atuação de enfermeiras obstetras e pela possibilidade da mesma em convidar outra colega da área para participar do estudo, preconizando a implementação do *snowball*.

Após a realização da coleta dos dados com a participante “um”, a mesma indicou outra enfermeira obstetra às pesquisadoras, e, conforme uma participante ingressava na pesquisa, esta indicava outro nome às pesquisadoras, as quais faziam o convite e apresentação do estudo às indicadas, promovendo o prosseguimento da coleta. Este procedimento perseverou até que as pesquisadoras identificaram repetições de temas e de respostas entre as falas das participantes⁽¹⁰⁾.

A amostra foi composta por 12 EO. Quanto aos critérios de elegibilidade foram incluídas enfermeiras com o título de enfermeira obstetra; e que estivessem atuando nesta especialidade há mais de 6 meses. Definiu-se este tempo de atuação pela necessidade de apropriação da participante aos processos e rotinas assistenciais, além da inserção nas equipes. Foi critério de exclusão: enfermeiras obstetras que não atuavam em ambiente hospitalar.

Os contatos com as participantes foram realizados por formato eletrônico (via formulário *online*) e todas as enfermeiras indicadas a participar do estudo aceitaram fazer parte do mesmo.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário semiestruturado construído via *Google Forms* e aplicado de forma *online*. O questionário possibilitou que as participantes pudessem redigir livremente suas respostas, com quatro questões principais enumeradas de 1 a 5, expostas a seguir: 1. O que você sabe sobre a história do parto e a inserção da enfermagem obstétrica no cenário do parto e nascimento?; 2. Quais são as suas atribuições profissionais dentro do cenário de prática

que você atua?; 3. Quais são os principais desafios que você encontra como enfermeiro na assistência ao parto e nascimento no seu local de atuação profissional?; 4. Quais são as estratégias que você considera possíveis para aumentar a autonomia do enfermeiro na assistência ao parto no cenário hospitalar atual?; 5. Espaço optativo para elencar o que não foi abordado nas questões anteriores e considera relevante sobre a autonomia do enfermeiro obstetra em centro obstétrico hospitalar.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2023. Os dados foram organizados em *software* para desenvolvimento de planilhas, alimentado ao ser respondido o questionário *online* pelas participantes. Conforme as respostas eram disponibilizadas, as pesquisadoras faziam a leitura e análise para identificar similaridades e possíveis repetições entre as falas.

A técnica de análise dos dados foi a análise de conteúdo e ocorreu em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. A pré-análise refere-se à primeira leitura conforme as respostas alimentavam a planilha, após a etapa de saturação dos dados ocorreu a exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Após leitura aprofundada com classificação das falas, foram recortadas as unidades a serem referenciadas por temas, que, agrupados por convergência de ideias, deram origem às categorias⁽¹¹⁾.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP/UFRGS), com nº CAAE registrado 70135423.6.0000.5347. Foram respeitadas as resoluções nº 516 de 2016 e nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que se referem às normas éticas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil⁽¹²⁾. Também foram contemplados os itens da Resolução nº 510 de 2016, que dispõe sobre a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana⁽¹²⁾ e da Carta Circular nº 1/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) a fim de preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes da pesquisa realizada em ambiente virtual⁽¹³⁾. Os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por via eletrônica. Adotaram-se letras e números para designar as participantes, denominadas EO (enfermeiras obstetras) do 1 ao 12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A relação de participantes foi composta por 12 EO, com idades variando entre 28 a 59 anos, com média de 37 anos. Dentre as 12 participantes, 58,3% eram enfermeiras há mais de 10 anos. Do total, 83,3% realizaram como pós-graduação cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, enquanto as demais (16,7%) se especializaram por meio de programas de Residência em Enfermagem Obstétrica.

As EO estavam inseridas em oito hospitais, que correspondia ao total dos hospitais com centros-obstétricos em operação na cidade no momento da coleta. Quatro EO atuavam em hospitais 100% públicos, três em hospitais 100% privados e cinco em hospitais de administração mista. Dos hospitais mistos, um destes se caracteriza por ser um hospital público e universitário, porém contempla uma porcentagem de leitos privados e de convênios, e o centro obstétrico também possui

procedimentos agendados por meio destes; e o outro é um hospital filantrópico, com pacientes dos setores público, particular e de convênios. Dados detalhados quanto à formação e locais de atuação são apresentados no Quadro 1.

A análise e interpretação do conteúdo obtido a partir da percepção das EO sobre sua atuação profissional gerou duas categorias, assim intituladas: trajetória cultural e mudanças históricas no modelo de assistência ao parto e demandas administrativas e gerenciais da enfermeira obstetra: o afastamento da cena do parto.

Trajетória cultural e mudanças históricas no modelo de assistência ao parto

Relativo ao cenário do parto e mudanças histórico-culturais no modelo de assistência ao parto, as participantes referiram esta transição em seus depoimentos cujos trechos estão a seguir transpostos:

Quadro 1 – Dados das participantes. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024.

Enfermeira Obstetra	Tempo de graduação	Tipo de especialização	Local de atuação
EO1	> 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital misto
EO2	> 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital público
EO3	> 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital público
EO4	< 5 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital misto
EO5	> 5 anos < 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital público
EO6	> 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital misto
EO7	> 5 anos < 10 anos	Residência em Enfermagem Obstétrica	Hospital misto
EO8	> 5 anos < 10 anos	Residência em Enfermagem Obstétrica	Hospital público
EO9	< 5 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital misto
EO10	> 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital privado
EO11	> 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital privado
EO12	> 10 anos	Especialização em Enfermagem Obstétrica	Hospital privado

Fonte: autores, 2024.

O parto era considerado um assunto das mulheres da comunidade, desde criança elas eram envolvidas nos cuidados à mulher que estava parindo e ascendendo aos poucos aos cuidados mais específicos, à medida que cresciam também na sua posição social (antes da menarca, após a menarca, idade para casamento...). (EO2)

O parto tradicionalmente era um evento domiciliar e familiar. (EO3)

O parto era inicialmente assistido por parteiras de uma forma mais natural, no seu domicílio e rodeado somente por mulheres. (EO5)

Por muito tempo, historicamente falando, o processo de gestação e nascimento era uma experiência feminina - tanto quem gestava, quanto quem partejava. A assistência ao parto era realizada por parteiras, em domicílio. (EO8)

As mulheres nos partos eram assistidas por conhecidas e com experiências chamadas parteiras. (EO10)

Éramos conhecidas como parteiras e atuávamos em casa, passando nosso conhecimento de mãe para filha. (EO11)

O parto antigamente era encarado como uma questão fisiológica, nascer de parto vaginal era o normal, ser atendido por parteiras era comum. (EO12)

A partir das falas, as EO relataram que o parto passou por diversas mudanças ao longo da história da humanidade, e diferentes pessoas ocuparam as cenas do parto antes deste passar a ser realizado, em sua maioria, no ambiente hospitalar, em meados do século XX. Foi levantado por sete participantes que o parto, até sua institucionalização, era considerado um evento fisiológico, comunitário, familiar, domiciliar e, exclusivamente, feminino, assistido por parteiras.

As mulheres assistiam outras mulheres no momento do parto, baseadas nas suas próprias experiências empíricas⁽¹⁴⁾, ou seja, a partir das suas vivências prévias, auxiliavam outras mulheres no ato de parir. Neste contexto, o parto era de domínio exclusivo das mulheres por ser considerado um mistério feminino, do qual só as mulheres tinham conhecimento e compreensão especiais para conduzir este momento. Diante disso, afirma-se que a obstetrícia iniciou com as parteiras mulheres, denominadas *midwives*, internacionalmente, mas que no Brasil são chamadas de parteiras tradicionais⁽¹⁵⁾.

Quanto ao ensino do partejar, além do que traz EO2 sobre o conhecimento ser passado entre mulheres dentro da família e comunidade, EO8 complementa que as parteiras da época possuíam experiência, mas não tinham formação profissional específica para tal função.

Muitas dessas parteiras contavam com a experiência, porém sem diploma. Minha bisavó, inclusive, foi uma parteira famosa na região ribeirinha onde a minha família viveu, fato que descobri algum tempo depois que me formei EO (EO8).

Até meados do século XIX, o parto era um evento comunitário assistido por parteiras tradicionais, que hoje são reconhecidas pelo MS como aquelas que assistem a partos domiciliares baseando-se em práticas tradicionais, com reconhecimento pela comunidade em que habitam. As parteiras tradicionais não possuíam formação científica, seus saberes eram ensinados de mulheres para outras mulheres, com técnicas baseadas em mínima intervenção ao corpo gravídico e a um maior apoio emocional à parturiente⁽¹⁶⁾, formando uma rede de apoio, acolhimento e reciprocidade entre o grupo feminino, durante todo o processo gestacional, de nascimento e puerpério⁽¹⁷⁾.

Sobre a realidade do cenário do parto e nascimento, as participantes abordaram a mudança de cenário da seguinte forma:

Com a medicalização do parto, as parteiras aos poucos foram sendo afastadas do cuidado e as mulheres foram perdendo sua autonomia e direito de escolha. (EO2)

Ser atendido por parteiras era comum, porém com o tempo o parto foi se medicalizando, tornando-se cada vez mais médico. (EO12)

A realidade obstétrica reflete um cenário distante das práticas das parteiras tradicionais em que o modelo tem como centro o profissional da saúde. Observa-se um cenário com intervenções não respaldadas por evidências científicas e nascimentos conduzidos em sua maioria por médicos, dificultando a implementação de um modelo colaborativo. O advento da medicalização do parto, que teve sua força em meados de 1920, foi um dos grandes motivos para a atuação das parteiras entrar em declínio e haver uma mudança de cenário⁽¹⁸⁾.

A ação feminina e feminista da parteira tradicional transformou-se em uma atividade formal, profissionalizada e masculina que, de acordo com o discurso médico, se faz necessário estar cercado de qualificações e certificações para exercer o partejar⁽¹⁷⁾. O conceito de medicalização compreende um processo que torna situações e comportamentos não médicos - como a fisiologia do processo de gestar e parir - como patológicos, para que seu tratamento seja objeto do saber médico especializado⁽¹⁹⁾.

A cerca da assistência ao parto e modelo biomédico, as participantes referem este evento em explicações conforme a seguir:

Com o advento da medicalização e desenvolvimento de tecnologia ele migrou para a área hospitalar. (EO3)

O parto teve um movimento de medicalização com a mudança do ambiente domiciliar para o hospitalar. (EO4)

Com a apropriação médica deste evento, a mulher foi levada para dentro do hospital. (EO5)

Com a medicalização do processo de gestação e nascimento, houve uma mudança nesse cenário, os partos passaram a ser institucionalizados e assistidos por médicos. (EO8)

A apropriação médica e a consequente medicalização do parto e nascimento é mencionada por quatro (4) das EO entrevistadas (EO3, EO4, EO5, EO8) como o fator crucial da mudança cultural que propiciou a migração das mulheres para parir dentro de ambientes institucionalizados. A partir de 1940 a hospitalização dos partos virou tendência, e superou o número de nascimentos em domicílios de 1976 até os dias atuais⁽¹⁸⁾.

Dentre as falas de cinco participantes (EO5, EO3, EO1, EO8, EO12), há a percepção de que as modificações referentes à medicalização e à institucionalização podem não ser benéficas. São relatadas intervenções em processos fisiológicos para maior benefício do profissional assistente ao invés da parturiente, tais como: padronização de posição litotômica, episiotomia, manobra de Kristeller, uso indiscriminado de ocitocina, surgimento e alto índice de cirurgias cesarianas, além

da relação dessas e outras intervenções com índices altos de morbimortalidade materno-infantil.

A EO5 relata sua percepção da medicalização, principalmente, sobre o aspecto da perda do protagonismo das mulheres, da relação de poder e das intervenções que começaram a ser normalizadas em partos vaginais.

Com a apropriação médica deste evento, a mulher foi levada para dentro do hospital, onde houverem modificações no processo de parturição para a conveniência de quem a assistia, como a litotomia. [...] Mudando o foco da mulher para o profissional médico (EO5).

A medicalização do parto é exercida por meio de um poder camuflado que impõe a deslegitimação do protagonismo das mulheres e dá ao(a) médico(a) o protagonismo da assistência obstétrica, naturalizada pela autoridade médica em que são conhecidos como os melhores atores nas decisões de saúde da população⁽¹⁹⁾. Aliando-se a essa lógica, foi encontrado que quanto mais poder se tem sobre o corpo, mais "adestrado" ele fica e, consequentemente, é mais vulnerável às intervenções e "consertos"⁽¹⁸⁾, o que propicia que as intervenções sejam associadas entre si, desencadeando um efeito "cascata".

A litotomia começou a ser a posição mais "comum" de parir a partir da medicalização do parto, por promover um maior acesso do profissional ao períneo. Essa posição promove que o canal vaginal apresente uma curvatura para cima, dificultando a descida fetal, o que culmina em um trabalho de parto e período expulsivo prolongados, aumenta o risco de trauma perineal grave, sensação dolorosa e alterações na frequência cardíaca fetal por compressão de polo cefálico⁽²⁰⁾.

Mesmo com complicações relacionadas à posição litotômica, 91,7% das mulheres com gestações de risco habitual utilizam-se dela durante o período expulsivo⁽²¹⁾, o que além de promover tais riscos ainda pode associar-se ao desencadeamento de outras intervenções como episiotomia e manobra de Kristeller, como um efeito cascata.

O trabalho de parto foi medicalizado e, com isso, surgiram diversos procedimentos a fim de normalizá-lo, e acelerá-lo, como a episiotomia e a manobra de Kristeller. (EO5)

Tanto a episiotomia quanto a manobra de Kristeller são classificadas pela OMS como práticas não baseadas em evidências científicas e que devem ser extintas da rotina obstétrica, em decorrência de complicações expressivas sem quaisquer benefícios que justifiquem seu uso nos estudos fundamentados em evidências⁽⁵⁾. A EO1, por sua vez, relata sua percepção sobre a indução do trabalho de parto com o uso indiscriminado de ocitocina exógena, e sua relação direta com o risco de complicações, como a hemorragia pós-parto (HPP).

Os altos índices de hemorragia pós-parto também estão relacionados pelo uso indiscriminado de ocitocina para indução do trabalho de parto. (EO1)

A ocitocina exógena passou a ser utilizada no Brasil concomitantemente com o crescimento da hospitalização dos partos. A medicalização excessiva e seu uso indiscriminado no trabalho de parto podem produzir efeitos adversos nas mulheres, como a taquissístolia, hipertonia e hiperestimulação uterinas, intoxicação hídrica, hiponatremia, rotura uterina, trauma na região perineal e hemorragia materna⁽²²⁾, como refere EO1.

A partir de índices de complicações mais conhecidos, por consequência ou não das intervenções ao parto, originaram-se também os partos cirúrgicos, como a cirurgia cesariana, que teve seu início com o propósito de diminuir as taxas de mortalidade maternas e neonatais. A medicalização do parto e nascimento foi destacada nas falas das participantes.

Com a medicalização do processo [...], o Brasil constituiu-se como um dos países que mais realiza cirurgias cesarianas, o que consequentemente acarreta em risco aumentado e maior mortalidade materna. (EO8)

Com o tempo o parto foi se medicalizando, tornando-se cada vez mais médico e com isso se tornou mais cirúrgico. (EO12)

EO8 e EO12 citam a normalização da medicalização como a chave para o desencadeamento da cultura cesarista do Brasil, e EO8 percebe essa mudança como um maior risco ao binômio, assim como autor⁽⁴⁾ que estuda o fenômeno. A frequência de cirurgias cesarianas aumentou gradativamente e significativamente nos

últimos 30 anos, e, atualmente, o Brasil é o segundo país com a maior taxa cirúrgica: 15% em 1970, 30% no início dos anos 1980, 40% em 1990, ultrapassando 50% em 2009 e chegando a 55,7% em 2017, considerado uma epidemia no Brasil^(4, 23).

Em contrapartida ao conceito inicial de “salvar vidas”, a OMS define que existe associação entre o aumento da morbimortalidade materna e neonatal com a taxa elevada de cesarianas: o risco de morte em cirurgia cesariana é 3 vezes maior que no parto vaginal, e pode causar diversas complicações futuras ao binômio, principalmente ocorrendo de forma desnecessária⁽²⁴⁾.

O risco de infecção puerperal, se comparada a cirurgia cesariana com o parto normal, é cinco vezes maior e ainda encontram-se complicações tais como: sangramento uterino anormal, dor pélvica crônica, rotura uterina, acretismo placentário, quadros maternos hemorrágicos graves e potencialmente letais, danos nos órgãos localizados perto do útero (como bexiga), embolia pulmonar, entre outras⁽¹⁸⁾.

EO12 cita que a cirurgia cesariana acaba sendo uma vantagem para os profissionais pela rapidez em que é realizada caso a gestante não entre em trabalho de parto e reduzindo o tempo da assistência que deverá prestar individualmente a cada uma delas.

O cenário médico não incorporava acompanhar longas horas de assistência ao parto, realizar uma cesárea era muito mais rápido e eficaz. [...] Hoje, como atuo numa instituição privada, meu cenário é 80% cesarista. Temos uma agenda com um grande número de cesáreas eletivas. Médicos adoram o turno da noite para realizar seus procedimentos eletivos pois assim não precisam desmarcar suas consultas diurnas nos seus consultórios particulares (EO12).

As taxas de cesariana demonstram que o Brasil não realiza esta cirurgia apenas em casos com indicação obstétrica real, já que estima-se que a necessidade de extração fetal por via cirúrgica ocorra em apenas 10 a 15% das gestações. A cultura intervencionista que estigmatiza o parto normal em dor, sofrimento, dificuldade, demora, e a possibilidade de programação de data e hora para cesarianas são fatos que propiciam tais taxas elevadas, tornando uma cirurgia normalizada culturalmente pela população e equipes de saúde^(18, 25).

Em 1998, o MS forneceu um incentivo com a qualificação de EO para sua inserção na assistência ao parto normal visando à humanização dos serviços de saúde e diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, com sua atuação sendo necessária para a redução de taxas elevadas de cesarianas⁽²⁶⁾.

As falas das EO entrevistadas evidenciam a necessidade de formação das enfermeiras obstetras para mudança do cenário de assistência ao parto.

O surgimento da enfermagem obstétrica também é uma necessidade para a redução do número de cesarianas, procedimento com elevadas taxas no Brasil. (EO5)

O investimento do Governo Federal na formação de enfermeiras obstetras a partir do momento em que os índices cirúrgicos tornaram-se elevados e ocorreu uma maior tendência ao intervencionismo, foi com o objetivo de propiciar uma assistência integral mais respeitosa e fisiológica em geral. (EO8)

A busca pela prática baseada em evidência científica “mostrou” que o excesso de intervenções não foi benéfico para o binômio mãe-bebê. Dentro deste contexto, em prol de partos menos intervencionistas e mais fisiológicos há o resgate de práticas mais humanas e científicas junto das enfermeiras obstetras. (EO3)

A atenção ao parto realizada por equipes multidisciplinares contribui para redução de cesarianas sem indicação obstétrica⁽⁴⁾. A atuação da enfermeira obstetra se dá através de informação e orientação ainda no pré-natal, no acolhimento das gestantes, na sistematização da assistência, de uma maior aderência aos métodos não farmacológicos com atendimento qualificado, proporcionando autonomia e desmistificando o trabalho de parto⁽²⁵⁾.

Uma pesquisa brasileira, qualitativa, realizada com nove enfermeiras obstétricas de um Centro de Parto Normal (CPN) no estado do Pará, com o objetivo de compreender a identidade da enfermagem obstétrica no campo de atuação, revelou que estas enfermeiras identificam suas práticas científicas e com grande autonomia para o exercício profissional de modo compartilhado, o que garante um cuidado centrado nas mulheres e nos seus direitos⁽²⁷⁾.

Estudo de coorte realizado na Noruega com 7.277 mulheres, com o objetivo de investigar a associação entre cuidados realizados por *midwives* e resultados obstétricos, apontou que mulheres que receberam atendimento por *midwives* ($n=4.234$) utilizaram significativamente menos métodos farmacológicos de alívio da dor, tais como óxido nítrico e analgesia epidural ($p=0.000$), tiveram menor duração da fase ativa do trabalho de parto ($p=0.001$) e menor taxa de cesariana ($p=0.020$). Entre as mulheres que não receberam atendimento por *midwives* ($n=2.869$), foi observado maior utilização de ocitocina durante a fase ativa do trabalho de parto ($p=0.001$) e amniotomia ($p=0.001$)⁽²⁸⁾.

As participantes entendem que a inserção da enfermagem obstétrica é uma forma de resgate da fisiologia do parto e menos intervenções no processo.

A inserção da enfermagem obstétrica traz um resgate da fisiologia do parto e nascimento. Significa a não interferência no processo natural, respeitando as decisões da mulher e reduzindo eventos adversos. (EO1)

Com a atuação da enfermeira obstétrica tenta-se resgatar esse nascer fisiológico, mais natural, menos medicalizado. (EO12)

A enfermagem obstétrica tem papel importante para a retomada da autonomia da pessoa gestante. (EO4)

Um estudo de revisão destacou que as parteiras são reconhecidas como especialistas nos processos fisiológicos do trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto, dando ênfase no apoio à vivência da mulher e de sua família, tanto física quanto psicologicamente. Sua atuação difere dos profissionais médicos obstétricos, pois estes atuam no tratamento de complicações e cirurgia quando necessário. O modelo de atendimento obstétrico pela parteira é baseado na confiança, na comunicação eficaz e no atendimento individualizado para promover o empoderamento e a autonomia da mulher⁽²⁹⁾.

As participantes associam a prática de enfermagem com o conhecimento tradicional de assistência ao parto.

Sei que nossa profissão é uma das mais antigas do mundo, antes éramos conhecidas como parteiras e

atuávamos em casa, passando nosso conhecimento de mãe para filha. Hoje somos uma profissão reconhecida, que se baseia em evidência científica, estuda cada dia mais para que nosso cuidado seja reconhecido como ciência. (EO11)

A prática da enfermagem obstétrica associa o conhecimento antigo das parteiras à ciência e melhores práticas baseada em evidências. (EO5)

Referindo-se ao processo natural e ao protagonismo da mulher que está parindo, EO11 e EO5 reconhecem a prática da enfermagem obstétrica como sendo uma associação do conhecimento antigo das parteiras com o estudo da ciência e adesão de boas práticas baseadas em evidências. Ao encontro do que trazem as EO supramencionadas, autor⁽¹³⁾ cita que a parteira, ao longo do tempo histórico, foi tendo seu saber subordinado à medicina, com as mulheres conhecedoras do ofício sendo “capacitadas”, contribuindo para a formação de enfermeiras obstetras através da tecnificação das práticas do partear.

Estudo⁽²⁰⁾ que define boas práticas de atenção ao parto considera que enfermeiros obstetras têm construído um cuidado “desmedicalizado”, como uma tecnologia não invasiva centrada na autonomia, nos princípios da fisiologia e nos direitos das mulheres. Há evidências de que em locais com maior atuação da enfermagem obstétrica, há maior oferta de boas práticas e menor uso de intervenções no processo fisiológico do nascimento, seja em domicílios, casas de parto ou centros-obstétricos hospitalares.

As enfermeiras também expressam em suas falas a importância do reconhecimento e valorização do seu saber por parte da equipe como forma estratégica de inserção na assistência direta ao parto.

Reconhecimento e valorização do saber da enfermeira obstétrica por parte da equipe médica. Fazer parte da equipe assistencial, prestando uma assistência compartilhada. (EO1)

A autonomia vem com o conhecimento, quando nos apropriamos do cuidado começamos a ter o nosso espaço no atendimento ao parto e nos cuidados da mãe e bebê. (EO11)

A enfermeira com formação específica em obstetria, desempenha um papel essencial na assistência

e vem reconquistando espaços no cenário do parto, institucionalizado ou domiciliar, resgatando o direito de escolha da pessoa que está parindo (EO2).

Dentro do cenário obstétrico as EO estão sendo mais e mais reconhecidas como figuras principais no cuidado à mulher no momento do nascimento. Estamos ocupando um papel fundamental para que haja o cuidado individual, humanizado, respeitoso e acima de tudo seguro (EO11).

O reconhecimento e a valorização das EOs já é uma das pautas da OMS, uma vez que reconhece, a partir de análises, que a atuação da enfermagem obstétrica melhora práticas de cuidado e que podem reduzir até 83% dos óbitos maternos e fetais⁽²⁶⁾.

Considerando a atuação da enfermagem obstétrica a partir da percepção das participantes, a inserção nos cenários de parto brasileiro e rio-grandense divide opiniões sobre os desafios que a profissão enfrenta, o que pode sofrer influência da realidade dos seus campos de atuação.

Já EO7, EO9 e EO12 possuem um discurso menos favorável quanto à atuação das EO no cenário de Porto Alegre/RS.

De modo geral uma das profissões mais atuantes no cenário do nascimento, mas quando observamos a prática diária na região sul do Brasil, mais precisamente em Porto Alegre, a atuação da enfermeira obstétrica está cada vez mais dispensável. (EO7)

Infelizmente aqui no RS ainda estamos atrasados em comparação com os outros estados [...]. A enfermagem obstétrica vem ganhando espaço gradativamente. (EO9)

Quanto ao cenário, o RS é um estado completamente atrasado quanto a atuação da enfermagem obstétrica, um cenário visto por muitos como uma assistência desqualificada. (EO12)

A delimitação nítida do papel de cada profissional e as dificuldades na interação multiprofissional estão presentes nas percepções de EO2 e EO12.

O modelo de assistência, centrado no médico, a dificuldade do trabalho em equipe interdisciplinar, a ausência de doulas e fisioterapeutas pélvicas, o

déficit de enfermeiras obstetras e de técnicas de enfermagem, são os maiores dificultadores do nosso objetivo. (EO2)

Acredito que ainda precisamos de uma mudança cultural muito relevante para que possamos ter condições reais de uma assistência humanizada dentro de uma instituição privada, uma mudança de modelo assistencial onde tenha um espaço maior para atuação de equipes multidisciplinares (médico, enfermeira obstetra, doula). (EO12)

Um estudo identificou que a inserção da enfermagem obstétrica ainda é um desafio a ser superado nas instituições de cuidado em obstetrícia, com barreiras para esse processo sendo a compreensão de equipe multidisciplinar um dos desafios para a implementação da atuação da EO no parto⁽³⁰⁾. Além disso, a trajetória histórica do modelo de transição do parto, o não reconhecimento e a ausência de autonomia das EOs para atuação no cenário do parto são atravessadas e reforçadas por demandas administrativas e gerenciais.

Demanda administrativa e gerencial da enfermeira obstetra: o afastamento da cena do parto

Para além das dificuldades relacionadas ao déficit de valorização das equipes multidisciplinares dentro dos serviços, a assistência humanizada ao parto é prejudicada em função das diferentes demandas que tornam incompatível realizar um cuidado integral na assistência às parturientes, o que foi elucidado pela vivência das 12 participantes.

As falas das participantes revelam que a atuação das EO no cenário de parto é influenciada por questões relacionadas à baixa adesão de assistência por equipe multidisciplinar, mas seus desafios não são centrados unicamente nesse fator. A atuação da categoria é moldada de acordo com o modelo de cuidado instituído pelos diferentes setores em cada um dos hospitais, com a padronização das atividades da enfermeira - sejam elas assistenciais ou administrativas -, as diversas demandas atribuídas a elas em relação à própria equipe de enfermagem pelo seu papel de gerenciamento e o dimensionamento de pessoal.

As EO são responsáveis pela administração da unidade, controle de material e equipamentos, supervisão das equipes de técnicas e organização de suas escalas. (EO2)

Administrar a equipe de enfermagem, escalas e organização do setor como um todo. (EO3)

O principal desafio é conseguir realizar um cuidado individual ao trabalho de parto e parto quando se tem toda a demanda burocrática de um centro obstétrico. As cobranças com protocolos e papéis acabam te roubando um tempo muito grande, quando na verdade o maior tempo deveria ser prestando assistência à beira leito. (EO11)

Fora as atribuições assistenciais ainda sou responsável por 8 técnicas de enfermagem, organizo escalas de folgas, férias, direciono escalas de divisões de tarefas. [...] trabalho à noite, ou seja, sem suporte da maioria das outras áreas assistenciais, então sou um pouco nutricionista, psicóloga, resolvo problemas de informática, entre outros. (EO12)

A referência de atividades administrativas e de gerenciamento de equipe e setor foram frequentes em grande parte das falas; o quanto essas atividades afastam as EOs da assistência direta ao binômio, inclusive realizando atividades que perpassam as demandas do núcleo profissional.

Um estudo realizado no sul do Brasil destacou que a forma como tem sido organizado o trabalho do enfermeiro obstetra é frequentemente marcada pela cisão entre a dimensão assistencial e gerencial, gerando conflitos no trabalho do enfermeiro, seja com a sua própria prática ou na sua relação com a equipe de enfermagem e de saúde. Isso propicia um afastamento das usuárias, comprometendo a qualidade da assistência e potencializando o sofrimento moral desses profissionais⁽³¹⁾.

As atribuições de rotina das enfermeiras foram reveladas pelas participantes, conforme abaixo.

Pré parto: avaliação das parturientes (menos avaliação da dilatação). Parto: ausculta de batimentos cardíaco-fetais e atendimento ao recém-nascido, seja no pele-a-pele ou berço de reanimação, estímulo à amamentação na primeira hora de vida e pele-a-pele (EO1).

Avaliações da movimentação fetal, dinâmica uterina, batimentos cardíacos fetais, perdas vaginais, evoluções e anamnese, medicações de uso restrito da enfermeira, fechamento de balanço hídrico, controle de medicação de alta vigilância e psicotrópicos, passagem de plantão, prescrição de enfermagem, aplicação de métodos não farmacológicos, assistência a família como todo, passagem de plantão, atendimento à puérpera e RN, check-list cirurgia segura, avaliação de sepse neonatal, prescrição e diagnóstico de enfermagem, alta da paciente e RN da sala de recuperação (EO6).

Questionadas quanto às suas atribuições profissionais dentro do cenário que atuam, é possível perceber a supressão de atividades decorrentes à assistência direta no período expulsivo (2º período) do parto. Ainda que essas EOs tenham formação para realização, por exemplo, da avaliação de dilatação cervical no setor (avaliação do 1º período), não realizam. Ao encontro de um afastamento da assistência incumbida nas falas anteriores, as enfermeiras que atuam em, respectivamente, hospital público e hospital misto, revelam que não realizam assistência ao parto, e muitas vezes percebem que sua atuação fica restrita a “auxílio médico”.

Em sala de parto e cesárea atendemos todos os recém-nascidos junto com os neonatologistas, não fazemos assistência direta ao parto. (EO2)

Realização de anamnese e exame físico tanto da gestante quanto da puérpera, oferta de analgesia não farmacológica e farmacológica. Auxílio médico para atendimento do parto e do nascimento. (EO5)

Realizo atendimento durante o trabalho de parto prestando assistência com métodos não farmacológicos para alívio da dor, exercícios. Infelizmente não podemos assistir o parto mas esse manejo durante o trabalho de parto consigo fazer sempre que possível. (EO9)

É possível verificar que, dentro da priorização de atividades, destacam-se: os registros de enfermagem relacionados à internação da paciente (anamnese); a evolução da paciente em pré-parto, parto e puerpério; prescrição de diagnósticos de enfermagem; aplicação

de métodos não farmacológicos para alívio de dor e relaxamento em trabalho de parto; controle dos fluxos de atendimento nas salas de parto normal e cesárea; e o gerenciamento da equipe de enfermagem e das ações desenvolvidas por estes durante a assistência. As atividades descritas pelas enfermeiras obstetras deste estudo se assemelham com um padrão do modelo assistencial encontrado no contexto local, o qual promove o afastamento da enfermagem obstétrica da cena do parto⁽³¹⁾.

Exceções ao padrão encontrado e modelo de assistência colaborativo estão relacionados às boas práticas no parto, e são abordados por apenas duas das enfermeiras entrevistadas - em apenas dois hospitais dos oito pesquisados - as quais são:

Prestar assistência continuada à parturiente durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós parto; assim como assistir os partos de risco habitual; realizar o primeiro atendimento ao recém nascido em sala de parto junto do pediatra; realizar a inserção de DIU no pós parto nas pacientes que assim desejarem. (EO3)

No parto aparar a criança, dequitar a placenta, revisão de canal e sutura de laceração se houver. (EO11)

Apenas uma enfermeira das 12 entrevistadas menciona assistência integral ao parto normal e a inserção de DIU no 4º período do parto. Outra EO menciona suas atribuições no 4º período do parto, com atuação direta na dequitação placentária e sutura em caso de laceração. Este hospital em que atua é o único dos 8 hospitais que realizam assistência ao parto de Porto Alegre que possui um protocolo institucional em que a assistência ao parto normal é realizada em modelo colaborativo, ou seja, todas as parturientes com ausência de fatores de risco são distribuídas para assistência da equipe obstétrica de acordo com a proporção 1:1 (medicina:enfermagem obstétrica)⁽³⁾.

Já se relacionando à predominância da via cirúrgica de nascimento na realidade de Porto Alegre, com atuação de atividades privativas e essenciais do enfermeiro em salas operatórias e suas taxas serem elevadas, o modelo assistencial cesarista pode associar-se também a essa diminuição da assistência integral da enfermeira às mulheres em trabalho de parto.

Supervisão e organização do preparo das salas cirúrgicas (seja para cesárea, curetagem, AMIU), acompanhamento de pós-operatório em sala de recuperação, gestão da equipe de Enfermagem, aplicação da SAE. (EO8)

Trabalho a noite (19 às 07h) sou somente 1 enfermeira, realizo todas essas etapas, todas essas áreas são na mesma área física, no mesmo setor e andar. Pacientes que internam para tratamento clínico, que necessitam de algum cuidado intensivo ficam dentro do CO nos pré-partos, realizo também histórico e prescrição de enfermagem dessas pacientes. (EO12)
Por sermos muito cesaristas falta tempo hábil para acompanhar de perto o trabalho de parto. Alta demanda de cesáreas eletivas. (EO12)

As atribuições profissionais acima descritas pelas EO podem ser prejudicadas e contribuir para um maior afastamento da assistência quando há quantitativo inadequado de profissionais. Quando se tem apenas uma enfermeira atuando no CO é inviável que ela consiga realizar assistência direta à parturiente, devido às diversas responsabilidades e demandas. A seguir, estão elencados os discursos em que se destacaram a necessidade de revisão do quadro de dimensionamento de pessoal, por sua vez, impactante na possibilidade de se realizar uma assistência integral ao trabalho de parto e ao parto.

Já de muito tempo venho me especializando com técnicas como Spinning Babies, aromaterapia, cursos de atualizações em fisiologia do parto... a aplicabilidade dessas técnicas demanda exclusividade na assistência para uma parturiente e as inúmeras tarefas da enfermeira inviabilizam o processo. Se faz necessário o redimensionamento de enfermeira obstétrica. (EO1)

Primeiro é necessário aumentar o número de profissionais, para darmos conta de prestar assistência com qualidade em todos os setores. Hoje, enquanto uma enfermeira está prestando assistência nas salas de observação e a outra nas salas de parto ou cirúrgicas, estão se ausentando do pré-parto e da sala de recuperação, por exemplo. Muita coisa acontece na nossa ausência. É necessário termos

uma gestão que dê respaldo à nossa assistência e que entenda a importância de estarmos em todos os cenários do setor. (EO2)

Acredito que deveriam ter mais enfermeiras por turno, assim conseguiríamos realizar a parte burocrática e a assistência de uma melhor forma. (EO11)

O acompanhamento do trabalho de parto exige disponibilidade de tempo, atenção e dedicação, sendo impossível prestar uma assistência adequada com poucos profissionais. (EO12)

O dimensionamento de pessoal que não atende as necessidades do serviço, segundo as falas das enfermeiras, pode ser considerado um causador de sofrimento a curto e longo prazo, uma vez que, esse contexto colabora para que as enfermeiras se obriguem a priorizar algumas atividades e não executar outras, que são formados para fazer e gostariam de poder realizar. Além disso, o dimensionamento de pessoal é diretamente relacionado com o desenvolvimento das ações de humanização, uma vez que, encontrando-se inadequado, pode expor as mulheres à violência obstétrica procedente de ações de negligência e assistência inadequada, resultando no que pode configurar uma violência institucional que impossibilita a plenitude dos princípios da humanização do parto e do nascimento e a plena atuação da EO⁽³¹⁾.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação possibilitou conhecer as percepções de enfermeiras obstetras sobre a atuação destas profissionais em centros obstétricos hospitalares da cidade de Porto Alegre. Estas profissionais consideram que sua atuação corrobora para o resgate do parto fisiológico com o entendimento que o partear domiciliar e familiar transcorreu para uma especialidade médica, hospitalizada e intervencionista. A inserção da enfermeira aparece como uma possibilidade de garantia de boas práticas e de atuação baseada em evidências científicas, corroborando para um modelo que respeita a fisiologia do processo.

Pode-se inferir que a atuação da EO contribui para a qualificação da assistência obstétrica, diminuindo intervenções que repercutem na saúde materna e

neonatal. Neste contexto, a atuação destas profissionais parece enfrentar desafios para o desenvolvimento de suas plenas atribuições no cenário obstétrico hospitalar atual do contexto em estudo. A autonomia para assistência ao parto normal pautada na legislação, não garante a execução das atividades, pois enfrentam limitações por influências institucionais e dimensionamento de pessoal ineficiente. É demonstrado que as enfermeiras não assistem ao parto da forma como previsto na legislação vigente e reconhecido internacionalmente para a promoção de melhores desfechos materno-infantis, o que culmina em uma mudança pouco significativa no modelo assistencial predominantemente intervencionista.

Como implicações para a prática assistencial, esta pesquisa pode promover a abrangência de outras investigações para outros cenários de assistência ao parto, a fim de conhecer diferenças de atuação de enfermeiras obstetras entre os cenários obstétricos.

Destaca-se a urgência de formação de novas enfermeiras obstetras não só a nível local, mas também nacional e mundialmente, a fim de promover maior segurança no processo de parturição e nascimento. É necessário que haja o desenvolvimento de metodologias de dimensionamento de pessoal precisas para centros-obstétricos, considerando a assistência integral à parturiente pelos profissionais enfermeiros especialistas em obstetrícia.

A coleta de dados em ambiente eletrônico é uma limitação deste estudo. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas nesta temática em formato presencial, formato que pode possibilitar maior aprofundamento das questões.

■ REFERÊNCIAS

1. Nursing and Midwifery Council (NMC). Practicing as a Midwife in the UK: an overview of midwifery regulation [Internet]. NMC; 2021[cited 2024 Apr 10]. 27p. Available from: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/practising-as-a-midwife-in-the-uk.pdf>
2. United Nations Population Fund (UNFPA). The state of the world's midwifery 2021: building a health work force to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere [Internet]. 2021[cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://www.unfpa.org/sowmy>
3. Schuster RV, Neutzing AL, Dornfeld D, Luz CB, Canassa CD, Patuzzi GC, et al. Implantação de protocolo de assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras em modelo colaborativo: relato de experiência. *Cad Ensino Pesqui Saúde*. 2021;1(1):e27642550. <https://doi.org/10.29327/269776.1.1-10>
4. Pires RC, Silveira VN, Leal MD, Lamy ZC, Silva AA. Tendências temporais e projeções de cesariana no Brasil, macrorregiões administrativas e unidades federativas. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2023;28(7):2119-33. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14152022>
5. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida [Internet]. 2017[cited 2024 Apr 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
6. Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (Abenfo). Boletim Abenfo n. 1 [Internet]. 2023[cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://abenfo.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Boletim-Abenfo-n.-1-maio-2023.pdf>
7. Presidência da República (BR). Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986[cited 2024 Apr 10]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=Art,%C3%A1rea%20onde%20ocorre%20o%20exerc%C3%ADcio
8. Riffel MJ, Moretto VL, Silveira R. Enfermagem obstétrica: trajetória e constituição em sete décadas da Escola de Enfermagem da UFRGS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190142. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190142>
9. Polit DF, Beck CT. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2019.
10. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas (Campinas)*. 2014[cited 2024 Apr 10];22(44):203-20. Available from: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 516, de 3 de junho de 2016 [Internet]. 2016[cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
13. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS [Internet]. 2021[cited 2024 Apr 10]. Available from: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Conta_Circular_01.2021.pdf
14. Kappaun A, Costa MMM. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. *Rev Paradigma [Internet]*. 2020[cited 2024 Apr 10];29(1):71-86. Available from: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/download/1446/1544/7394>
15. Davison C. Feminism, midwifery and the medicalization of birth [Internet]. *Br J Midwifery [Internet]*. 2020[cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/birthwrite/feminism-midwifery-and-the-medicalisation-of-birth/>

16. Oliveira RD, Peralta N, Sousa MD. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. *Sex, Salud Soc.* 2019;(33):79-100. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.05.a>
17. Santos BD, Silva CC. O parto tradicional como contraponto ao controle social do corpo feminino: contribuições das geografias feministas. *RCGA.* 2022;(20):303. <https://doi.org/10.18542/rcga.v0i20.13350>
18. Brasileiro AC, Pereira FA. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes? *Rev Inst Ciên Pen.* 2021;6(1):185-221. <https://doi.org/10.46274/1909-192xricp2021v6n1p185-221>
19. Galvão KECP, Carvalho CMB, Cutrim ISGSG, Façanha LS, Freitas FLC. Medicalização do parto: reflexão acerca do (bio)poder sobre o corpo feminino. *Bol Conjuntura (BOCA)* [Internet]. 2023[cited 2024 Apr 10];14(41):339-53. Available from: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/1299>
20. Medina ET, Mouta RJ, Carmo CN, Theme-Filha MM, Leal MD, Gama SG. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2023;39(4):e00160822. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt160822>
21. Silva CR, Pereira LB, Vogt SE, Dias CLO. Parto em posição não supina: percepção de profissionais na assistência hospitalar. *Cienc Cuid Saude.* 2019;18(4):e45203. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45203>
22. Santos KLA, Farias CRBL, Cavalcante JS, Santos EA, Silva JM, Duarte APRS. Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. *Div J* [Internet]. 2020[cited 2024 Apr 10];5(3):1787-804. Available from: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/946
23. Oliveira CD, Bortoli MC, Setti C, Luquine Júnior CD, Toma TS. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Cienc Amp Saúde Coletiva.* 2022;27(2):427-39. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41572020>
24. Oliveira NM, França JV, Costa RS. Análise comparativa da ocorrência de partos normais e cesáreos no Brasil: revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2022;11(16):e595111638867. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38867>
25. Nascimento BT, Costa KL, Muniz KM, Schuler MF, Costa YF, Oliveira SD, et al. Fatores que influenciam na escolha da via de parto: uma revisão de literatura. In: *Saúde Pública: Epidemiologia, Clínica e Estratégias de Tratamento.* Teresina: SCISAUDE; 2023. p. 104-112. <https://doi.org/10.56161/sci.ed.20230128c10>
26. Barros SC, Santos RB, Trigueiro JV, Melo JK, Barros LS. Cuidado da enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev Recien.* 2022;12(37):176-85. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.176-185>
27. Almeida MS, Rodrigues DP, Alves VH, Reis LC, Silva CA, Parente AT, et al. A identidade da enfermagem obstétrica no centro de parto normal. *Esc Anna Nery* 2023;27:e20230024. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0024pt>
28. Buerengen T, Bernitz S, Øian P, Dalbye R. Association between one-to-one midwifery care in the active phase of labour and use of pain relief and birth outcomes: a cohort of nulliparous women. *Midwifery.* 2022;110:103341. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103341>
29. Combellick JL, Telfer ML, Ibrahim BB, Novick G, Morelli EM, James-Contrelli S, Kennedy HP. Midwifery care during labor and birth in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(5S):S983-S993. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.044>
30. Souza RA, Silva TD, Brito TB, Nascimento CD, Santos LM, Nery MT, et al. O processo de construção da enfermagem obstétrica: uma revisão narrativa. *Rev Eletron Acervo Saúde.* 2022;15(2):e9743. <https://doi.org/10.25248/rev.e9743.2022>
31. Biondi HS, Barlem ELD, Pinho EC, Tavares DH, Kerber NPC, Tomaschewski-Barlem JG. Moral suffering in assistance to childbirth: situations present in the work of nurses of obstetric centers and maternities. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0052>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar

Curadoria de dados: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar, Fernanda Peixoto Córdova

Análise formal: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar, Fernanda Peixoto Córdova

Pesquisa: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar, Fernanda Peixoto Córdova

Metodologia: Jéssica Teles Schlemmer

Administração de projeto: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar

Software: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar
Desenvolvimento, implementação e teste de software:

Jéssica Teles Schlemmer

Validação de dados e experimentos: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar

Design da apresentação de dados: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar, Mirela de Sousa Nunes Duarte, Fernanda Peixoto Córdova, Aline Alves Veleda

Redação do manuscrito original: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar, Mirela de Sousa Nunes Duarte, Fernanda Peixoto Córdova, Aline Alves Veleda

Redação - revisão e edição: Jéssica Teles Schlemmer, Luane Moreira de Aguiar, Mirela de Sousa Nunes Duarte, Fernanda Peixoto Córdova, Aline Alves Veleda

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente

Jéssica Teles Schlemmer

Email: jessica.teles@ufrgs.br

Editor associado:

Gisele Knop Aued

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

Recebido: 17.04.2024

Aprovado: 02.10.2024

