



Identidade profissional e limitação da autonomia da Enfermeira Obstetra em hospital de ensino: estudo qualitativo

Professional identity and limitation of autonomy of the Obstetric Nurse in a teaching hospital: a qualitative study

Identidad profesional y limitación de la autonomía de la Enfermera Obstétrica en un hospital de enseñanza: un estudio cualitativo

Rosinei Nascimento Ferreira¹

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹

Manuela Beatriz Velho¹

Denise Antunes de Azambuja Zocche²

Marcelexandra Rabelo¹

Albino Sawimbo Setumba Nhime³

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

2. Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

3. Instituto Politécnico da Universidade José Eduardo dos Santos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Huambo, Angola.

Autor correspondente:

Rosinei Nascimento Ferreira.
E-mail: rosineiff2@gmail.com

Recebido em 24/07/2024.
Aprovado em 15/12/2024.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0064pt>

RESUMO

Objetivo: analisar a organização do trabalho da enfermeira obstetra em hospitais de ensino, com foco na relação entre identidade profissional e as limitações que afetam a autonomia dessa profissão. **Método:** pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas realizadas entre junho e julho de 2023, com 15 enfermeiras obstetras de dois hospitais federais administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A análise seguiu o método de Bardin, dividindo-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. **Resultados:** a autopercepção das enfermeiras obstetras, associada à falta de reconhecimento e à ausência de um sentimento de pertencimento, resulta em uma identidade social frágil, impactando diretamente na autonomia, na realização profissional e no reconhecimento da Enfermagem como profissão. **Considerações finais e implicações para a prática:** a atuação das enfermeiras obstetras é frequentemente limitada, com seu poder decisório relegado a segundo plano. É fundamental refletir sobre o papel dessas profissionais, destacando a necessidade de valorização e reconhecimento como membros essenciais de uma equipe multiprofissional. A manutenção da identidade profissional e a expressão da autonomia das enfermeiras no contexto obstétrico enfrentam desafios devido a diversos fatores presentes no cotidiano da prática.

Palavras-chave: Autonomia Profissional; Enfermagem Obstétrica; Hospitais de Ensino; Identificação Social; Parto Humanizado.

ABSTRACT

Objective: to analyze the work organization of obstetric nurses and their relationship with autonomy and professional identity. **Method:** descriptive research with a qualitative approach, using semi-structured interviews conducted between June and July 2023, with a total of 15 obstetric nurses from two federal hospitals managed by the Brazilian Hospital Services Company. Content analysis was performed according to Bardin's method, divided into three stages: pre-analysis, material exploration and results treatment. **Results:** self-perception, associated with a lack of recognition and a sense of belonging, contributes to a fragile social identity, which directly impacts autonomy, personal fulfillment, and the recognition of Nursing as a profession. **Final considerations and implications for practice:** obstetric nurses face limitations in their role, with their decision-making power often being sidelined. Reflecting on the importance of these professionals in obstetric workspaces is crucial, emphasizing the need for greater appreciation and recognition as members of a multidisciplinary team. The maintenance of professional identity and the expression of autonomy in obstetric nursing face challenges due to various factors in the daily practice environment.

Keywords: Professional Autonomy; Obstetric Nursing; Hospital Teaching; Social Identification; Humanized Childbirth.

RESUMEN

Objetivo: analizar la organización del trabajo de enfermeras obstétricas y su relación con la autonomía y la identidad profesional. **Método:** investigación descriptiva con enfoque cualitativo, mediante entrevistas semiestruturadas realizadas entre junio y julio de 2023, a 15 enfermeras obstétricas, de dos hospitales federales administrados por la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios. El análisis de contenido se realizó según el método propuesto por Bardin, dividido en tres etapas: preanálisis, exploración del material y tratamiento de resultados. **Resultados:** la autopercepción de las enfermeras obstétricas, asociada a la falta de reconocimiento y al ausente sentido de pertenencia, contribuye a una identidad social frágil, lo que impacta directamente en la autonomía, la realización personal y el reconocimiento de la Enfermería como profesión. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** el papel de la enfermería obstétrica está limitado, y su poder de decisión queda relegado a segundo plano. Es necesario reflexionar sobre la importancia de estos profesionales en los espacios de trabajo de obstetricia, destacando la necesidad de mayor valorización y reconocimiento como miembros esenciales del equipo multidisciplinario. El mantenimiento de la identidad profesional y la expresión de autonomía de las enfermeras en la práctica obstétrica se ve afectado por varios factores presentes en el cotidiano de la práctica profesional.

Palabras clave: Autonomía Profesional; Enfermería Obstétrica; Hospitales de Enseñanza; Identificación Social; Nacimiento humanizado.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1920, a enfermagem brasileira tem buscado consolidar-se como ciência, adotando o modelo anglo-americano na formação de enfermeiras e promovendo a realização de pós-graduações nos Estados Unidos. Nos anos 40, surgiram os primeiros cursos de especialização no Brasil, como os de Enfermagem e Obstetrícia, seguidos por programas *Lato Sensu* na Escola de Enfermagem Anna Nery. A primeira regulamentação da profissão veio com a Lei nº 2.604/1955, que definiu em seis categorias e competências, incluindo Enfermeiro, Obstetrix e Parteira. Nas décadas seguintes, houve avanços com a criação de cursos especializados em instituições como Universidade de São Paulo (USP) e com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que estruturou a formação e a pós-graduação na área, atendendo às demandas do setor de saúde.^{1,2}

A formação de obstetrixes e enfermeiras obstétricas no Brasil reflete trajetórias distintas. As obstetrixes evoluíram das práticas tradicionais de parteiras para cursos técnicos no início do século XX e, posteriormente, graduações específicas, como a da USP. Sua atuação é regulamentada pelo Ministério da Educação (MEC), com foco exclusivo na saúde reprodutiva e materno-infantil. Já as enfermeiras obstétricas são regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com maior reconhecimento após ampla discussão para os avanços da profissão diante da Lei nº 7.498/86, sendo que realizam uma graduação generalista em enfermagem seguida de especialização *lato sensu* em obstetrícia, capacitando-se para conduzir partos normais em diversos contextos.^{1,2}

Ao longo das décadas seguintes, diversos movimentos buscaram promover e consolidar a atuação da enfermagem obstétrica (EO). Entre eles, destacam-se: o Movimento de Humanização da Assistência ao Parto (MHAP), em 1984, que impulsionou a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); a fundação da Associação Brasileira de Obstetrixes e Enfermeiros Obstetrixes (ABENFO), em 1992; a criação do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1993, por meio da Portaria nº 985; a implementação, em 2000, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN); e a criação, em 2011, da Rede Cegonha,^{1,3,4} uma política nacional desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS).

A Rede Cegonha tem como objetivo fortalecer a atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto, garantindo os direitos reprodutivos das mulheres, promovendo o parto humanizado e introduzindo mudanças no modelo assistencial, com menos intervenções e mais respeito ao processo fisiológico da parturição. Essa estratégia contribuiu para a valorização e visibilidade da categoria, destacando o enfermeiro como um agente especializado na atenção materno-infantil.^{5,6} Em muitas instituições, no entanto, a assistência ainda é ancorada em um modelo tecnocrático que deslegitima a autonomia das enfermeiras obstetrixes, além de submeter as mulheres a um aumento da medicalização, intervenções desnecessárias e taxas elevadas de cesarianas.⁷

Embora existam teorias que discutem a tomada de decisão na obstetrícia, muitas delas não consideram o contexto e a filosofia nos quais a obstetrícia é praticada, nem a autonomia de decisão que deve ser concedida às mulheres.^{8,9} Além disso, a atuação das enfermeiras obstetrixes é frequentemente marcada por dilemas relacionados à construção e manutenção de sua identidade profissional. Ao assumirem funções de liderança, gerência ou

administração, muitas se afastam do cuidado direto com as parturientes e puérperas, o que as leva a refletir sobre a segurança e qualidade da assistência. Esse afastamento pode diminuir sua autonomia, fazendo com que repensem suas crenças e valores. A não utilização dos conhecimentos e habilidades adquiridos durante a formação gera questionamentos sobre sua identificação com a profissão, comprometendo o sentimento de pertencimento e a construção da identidade profissional.¹⁰ O desenvolvimento dessa identidade é um processo contínuo ao longo da carreira.¹¹⁻¹³

Uma revisão de escopo realizada em países de alta renda, com o objetivo de explorar a orientação das enfermeiras obstetrixes na prestação de cuidados durante partos hospitalares, evidenciou que a continuidade dos cuidados aumentou a autonomia profissional, além de melhorar a posição das enfermeiras para apoiar o bem-estar das mulheres e facilitar a tomada de decisões, respeitando suas preferências.¹⁴ Isso demonstra a importância da expressão da autonomia e identidade profissional no ambiente de trabalho, elementos essenciais para que as enfermeiras obstetrixes possam atuar efetivamente na assistência às mulheres, promovendo qualidade no cuidado.¹⁵

Considerando os apontamentos da Organização Mundial de Saúde¹⁶ e do Ministério da Saúde sobre as políticas nacionais de proteção à maternidade segura e boas práticas na atenção ao parto de baixo risco, este estudo busca compreender as experiências e percepções das enfermeiras obstetrixes sobre a autonomia e o reconhecimento de sua identidade profissional em hospitais de ensino. O objetivo foi analisar a organização do trabalho da enfermeira obstetra em hospitais de ensino, com foco na relação entre identidade profissional e as limitações que afetam a autonomia dessa profissão.

MÉTODO

Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com o objetivo de compreender as relações e subjetividades associadas a um fenômeno específico, baseado nos relatos de experiências e percepções dos envolvidos.¹⁷ O relatório foi elaborado conforme as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), garantindo rigor metodológico.

A pesquisa foi realizada em duas instituições públicas federais administradas pela Rede Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): A) Hospital de Clínicas, localizado na região Sudeste do Brasil; e B) Hospital Universitário, na região Sul do Brasil. Inicialmente foram recrutados a participar do estudo 20 enfermeiras obstetrixes que atuavam nos centros obstétricos dessas instituições. No segundo momento foram aplicados os critérios de inclusão no estudo, a saber: ser enfermeira obstetra com pelo menos seis meses de experiência no centro obstétrico e possuir vivência no acompanhamento das puérperas durante todas as fases do parto com exclusão daqueles enfermeiros obstetrixes afastados por atestado médico, licenciamento ou férias programadas, ou ainda dos que não eram efetivos na escala do setor. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final compreendeu 15 participantes (região Sudeste – 5 participantes); (região Sul – 10 participantes).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas entre junho e julho de 2023, em ambiente reservado e previamente agendado. O roteiro das entrevistas foi desenvolvido pelo

autor e validado por meio de um teste-piloto para avaliar sua adequação. O questionário abordou temas relacionados à autonomia e identidade profissional, barreiras e limitações, cultura institucional, programas de residência e ambiente de trabalho. As entrevistas duraram cerca de 45 minutos, foram gravadas, transcritas integralmente e armazenadas no Microsoft Word® via Google Drive® para organização e posterior análise

A análise dos dados foi realizada com base na técnica de Análise de Conteúdo de Bardin,¹⁸ que incluiu as seguintes etapas: 1) Pré-análise: organização e leitura flutuante do material; 2) Exploração do material: codificação e categorização das falas; 3) Tratamento dos resultados: interpretação dos dados e apresentação dos achados.¹⁸

Os resultados foram discutidos à luz da Sociologia das Profissões, referencial teórico adequado para analisar os processos de profissionalização e a construção de saberes especializados.¹⁹ O estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a proteção dos direitos das participantes, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, sob o parecer nº 5.954.607. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram garantido o sigilo de suas informações. As falas foram identificadas de forma codificada, utilizando o padrão: ENF (enfermeira), seguido pelo número da participante e pela letra correspondente à instituição (A ou B).

RESULTADOS

Participaram do estudo 15 enfermeiras obstetras com título de especialista. A faixa etária foi dividida entre seis participantes

com idades entre 20 e 39 anos, e nove com idades entre 40 e 52 anos. Em relação ao tempo de atuação na instituição, três participantes tinham de seis meses a dois anos de experiência; 11, entre seis e cinco anos; e uma com mais de seis anos. Do total, 14 trabalhavam sob regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e uma sob Regime Jurídico Único (RJU). Quanto ao turno de trabalho, oito trabalhavam no período diurno e sete no noturno. As jornadas semanais variam entre 30 e 36 horas, dependendo do regime de trabalho e das escalas adotadas (6x24, 12x36, 12x60).

A partir da análise das redes temáticas, emergiram as seguintes categorias: 1) “Barreiras e Limitações: Subordinação e Restrição da Autonomia”; 2) “Residência em Enfermagem Obstétrica: Necessidade e Impacto”; 3) “Cultura Institucional Biomédica: Um Modelo Limitante”; 4) “A Importância da Identidade Profissional e da Valorização”; e 5) “Ambiente Hospitalar e Gestão Limitadora”. A Figura 1 representa as categorias conforme sua proximidade com as redes temáticas autonomia e identidade profissional.

Barreiras e limitações: subordinação e restrição da autonomia

A subordinação da enfermeira obstetra a outras categorias profissionais, especialmente à classe médica, emerge como uma das principais barreiras à autonomia profissional. Este fenômeno está frequentemente relacionado a questões de gênero, que resultam em desrespeito e discriminação tanto no ambiente de trabalho quanto na comunidade. A subordinação da enfermeira obstetra reflete uma hierarquia historicamente consolidada dentro do modelo biomédico, que privilegia a supremacia médica em detrimento de práticas colaborativas.

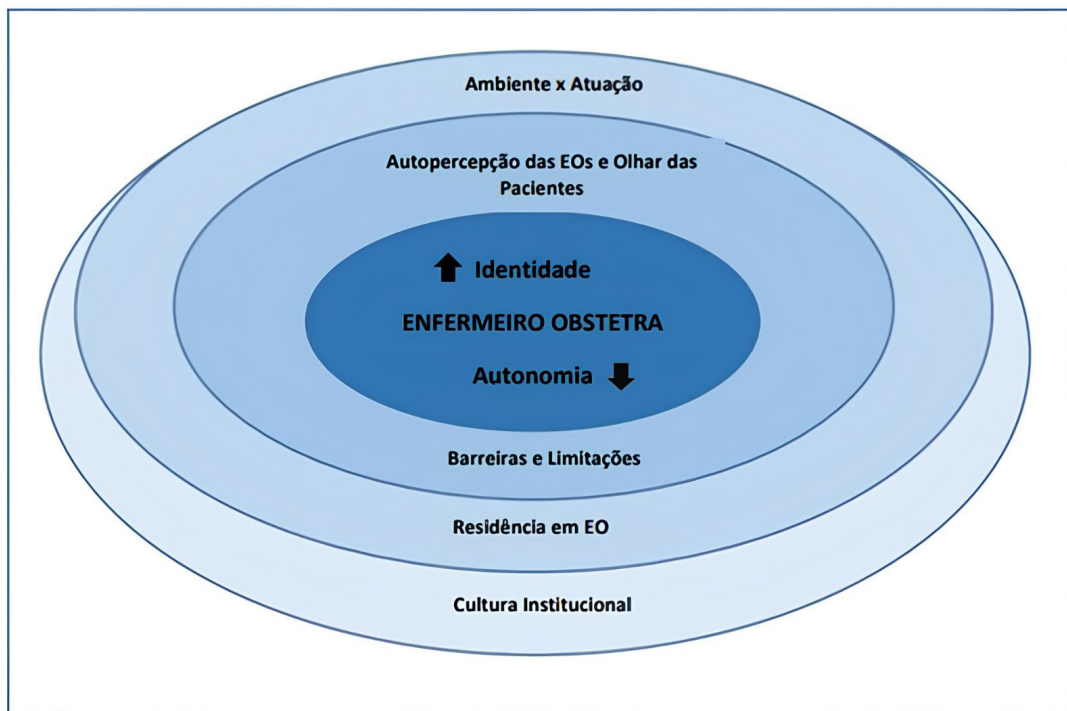


Figura 1. Rede Temática sobre Autonomia e Identidade Profissional.

Essa estrutura gera desigualdade entre os papéis profissionais, além de provocar impactos psicológicos negativos e sentimentos de desvalorização.

Diante disso, surge a pergunta: como as barreiras à autonomia afetam a qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras obstetras nas instituições hospitalares?

[...] A autonomia do enfermeiro considerando seu desenvolvimento e a capacidade de implementar boas práticas no atendimento ao parto de risco habitual, aqui acredito que nossa atuação seja bastante limitada. Atuamos apenas como coadjuvantes no cenário do parto (ENF5A).

Esse cerceamento da autonomia é exacerbado pela exclusividade das práticas associadas à residência médica nas instituições estudadas. A falta de oportunidades para uma atuação mais ampla tem repercussões negativas, especialmente no que tange à qualidade da assistência, resultando na perda das habilidades práticas adquiridas durante a formação.

Nos esforçamos para prestar a melhor assistência possível, sempre pensando nas parturientes! No entanto, no que diz respeito ao uso da autonomia, nossa atuação é muito restrita, principalmente no que se refere à assistência ao trabalho de parto, já que os espaços são geralmente, exclusivos da residência médica. Isso se torna um desafio diário, uma luta constante por reconhecimento. Quando conseguimos atuar, fazemos da melhor forma possível, mas, devido às oportunidades limitadas, algumas de nossas habilidades adquiridas durante a formação acabam sendo esquecidas, como a realização de suturas em casos de laceração (ENF7B).

Ao serem questionadas sobre os sentimentos em relação ao espaço restrito de atuação no atendimento a partos de risco habitual, as entrevistadas expressaram sentimento de impotência, frustração, desmotivação e desvalorização.

[...] Meu sentimento é de impotência! É frustrante saber que temos conhecimento e tempo para realizar uma assistência mais humanizada, mas os espaços não nos são oferecidos. Isso nos desmotiva e nos faz sentir desvalorizados. Não é uma questão de competição com os outros profissionais, mas de compartilhamento, de garantir o nosso espaço (ENF 6B).

É frustrante! Quando comecei a trabalhar na instituição, ainda não era enfermeira obstetra, mas me apaixonei pela obstetrícia, mesmo com minha própria história de saúde feminina, o que gerava conflitos pessoais. Me senti desafiada, então me especializei! Com o tempo, surgiu a frustração de não ver minha autonomia respeitada e de ver meu papel de enfermeira obstetra sendo diminuído (ENF8B).

A definição clara dos papéis de cada profissional no processo de parto e a distribuição equitativa de oportunidades assistenciais merecem destaque, pois representam estratégias fundamentais para melhorar os espaços de atuação e promover um ambiente mais colaborativo.

Residência em enfermagem obstétrica: necessidade e impacto

Durante as entrevistas, as participantes foram questionadas sobre como a implementação de uma residência em Enfermagem Obstétrica poderia modificar sua autonomia. As respostas destacaram implicações positivas para a atuação e o reconhecimento da categoria.

Sem dúvida, uma residência em Enfermagem Obstétrica capacitaria a equipe de enfermagem, traria mais conhecimento e ampliaria os espaços para nossa atuação. Em outras capitais, já é uma realidade a participação do enfermeiro no trabalho de parto de baixo risco. Como o nosso hospital é universitário, a implementação dessa residência seria fundamental para a formação de novos profissionais (ENF8B).

Apesar da existência de uma residência em Saúde da Mulher na instituição B, ela ainda é muito incipiente, com o foco principal nas áreas gerenciais e administrativas, limitando o aprendizado das residentes na prática assistencial.

A residência em Saúde da Mulher e da Criança na instituição não permite que as residentes enfermeiras atuem efetivamente no trabalho de parto. Elas têm um papel mais observacional e administrativo. Isso contrasta com a residência médica, onde os residentes médicos têm ampla autonomia para atuar diretamente na assistência (ENF6B).

Os relatos destacam a insatisfação com os espaços oferecidos aos residentes de enfermagem, que são frequentemente limitados em comparação com as oportunidades oferecidas aos residentes médicos. As enfermeiras residentes muitas vezes acabam assumindo papéis mais administrativos ou observacionais, enquanto seus colegas médicos desfrutavam de uma atuação mais autônoma e prática.

Já tivemos residentes enfermeiras em Saúde da Mulher que se destacaram muito, duas em especial. Elas foram excepcionais, apesar das normas da instituição serem contrárias, e assumiram a responsabilidade pelos partos. Pela primeira vez, observamos um compartilhamento real de aprendizado entre a medicina e a enfermagem. Elas buscaram ativamente aprender e, quando não tinham oportunidades de atuar, questionavam as limitações. Isso resultou em uma reflexão por parte da instituição sobre a necessidade de respeitar o papel das enfermeiras (ENF10B).

A implementação de uma residência em Enfermagem Obstétrica seria uma estratégia crucial para fortalecer a autonomia da profissão, promover o compartilhamento de conhecimentos e ampliar os espaços de atuação da enfermeira obstetra. A formação em residência serviria como um alicerce para contextualizar os diferentes macroespaços da profissão e melhorar a organização dos serviços de saúde.

Cultura institucional biomédica: um modelo limitante

O modelo biomédico predominante nas instituições analisadas molda a cultura organizacional e reforça as barreiras à autonomia

profissional. Esse modelo se caracteriza pela hegemonia médica, que prejudica não só as enfermeiras obstetras, mas também limita a qualidade da assistência centrada na mulher e no parto humanizado, além de promover uma cultura hierárquica que minimiza a identidade profissional das enfermeiras, colocando-as em uma posição de “subalterna”.

A instituições A, por exemplo, adota uma cultura ainda centrada na medicina, o que influencia negativamente a atuação das enfermeiras obstetras e prejudica a percepção de sua capacidade profissional.

Hoje, o hospital tem uma cultura institucional predominantemente médico-centrada. Isso afeta negativamente a força de trabalho das enfermeiras obstetras, fazendo com que muitas delas não se sintam confiantes em assumir as responsabilidades pelo parto de risco habitual (ENF1A).

A política institucional favorece um modelo de assistência que, embora aceito pela sociedade, deslegitima a autonomia das enfermeiras obstetras. A hierarquia médica e a visão de que os médicos são os “donos” do hospital perpetuam uma cultura de subordinação, dificultando o reconhecimento e a valorização da profissão.

[...] Existe uma cultura institucional muito enraizada, em que o hospital é visto pela sociedade como uma instituição exclusivamente voltada para as práticas médicas. Há uma forte predominância de uma cultura médica, onde muitos dos médicos que aqui trabalham também ocupam posições de liderança em instituições privadas e têm cargos em outros locais. Por isso, muitos se sentem como se fossem os donos do hospital, adotando uma postura de ‘manda quem pode, obedece quem tem juízo’, e acabam trazendo essa mentalidade para o ambiente, mesmo sendo um hospital público (ENF2A).

A importância da identidade profissional e da valorização

A construção da identidade profissional está diretamente associada ao grau de autonomia no ambiente de trabalho. A identidade da enfermeira obstetra vai além do domínio técnico, incorporando práticas humanizadas, acolhimento e comunicação eficaz com as parturientes. Mesmo diante das limitações de espaço de atuação, as pacientes reconhecem o valor da presença da enfermeira, especialmente no que diz respeito ao ambiente acolhedor e ao vínculo de confiança estabelecido.

Quando conseguimos atuar como enfermeiras obstetras, as pacientes sempre elogiam muito o nosso trabalho. A comunicação é eficaz, conseguimos desempenhar nossas funções com qualidade e perceber a satisfação delas. Porém, são poucas as que realmente se propõem a vivenciar o trabalho de parto, sendo a maioria das pacientes a optar pela cesárea (ENF1A).

Acredito que nossa presença é fundamental para elas, fazemos a diferença. Antes de entrarmos na unidade, nos apresentamos, conversamos, esclarecemos dúvidas,

apresentamos a rotina da maternidade. Assim, já criamos um vínculo com a paciente antes de sua entrada (ENF4A).

Contudo, a falta de clareza sobre as funções dos membros da equipe de enfermagem ainda é um desafio significativo. A identidade profissional está intimamente relacionada à autonomia no exercício da função. Atuar de forma acolhedora e tranquilizadora, escutando as necessidades das pacientes, defendendo a amamentação e promovendo o protagonismo feminino no parto são responsabilidades fundamentais da enfermeira obstetra.

É muito comum que as pacientes não consigam identificar claramente a figura do enfermeiro no cenário do parto, confundindo-o com outros membros da equipe, como o auxiliar ou técnico de enfermagem. Isso ocorre pela falta de clareza quanto às atribuições de cada um na equipe.

Frequentemente, as pacientes não conseguem identificar a figura do enfermeiro, confundindo-o com auxiliares ou técnicos. No entanto, acredito que, em momentos de necessidade, elas nos veem como os principais responsáveis, principalmente por nossa comunicação empática e acolhedora (ENF8B).

Mesmo em cenários com limitações, o protagonismo das enfermeiras obstetras devem ser reconhecido, principalmente na assistência ao parto de risco habitual. Esse protagonismo é fundamental para a implementação de práticas baseadas em evidências, bem como para a defesa do protagonismo feminino no parto.

Ambiente hospitalar e gestão limitadora

A cultura organizacional e a gestão hospitalar desempenham um papel crucial na criação de barreiras ou oportunidades para a autonomia profissional. A falta de liderança e apoio institucional prejudica a defesa das demandas da enfermagem obstétrica, perpetuando desigualdades entre as categorias. Além disso, a sobrecarga burocrática limita o escopo de atuação desses profissionais.

Gerir e organizar nossa equipe tem se tornado uma tarefa árdua. A maior parte do trabalho burocrático, como registros, foi transferida para a enfermeira, o que restringe nosso tempo de assistência. Se essas tarefas fossem compartilhadas, teríamos mais tempo para a equipe (ENF5A).

A falta de qualificação da gestão também foi um ponto levantado pelas entrevistadas. A liderança de enfermagem, com pouca experiência, exerce influência limitada, especialmente na defesa da enfermagem obstétrica dentro das instituições.

Há uma carência de qualificação da gestão. A liderança de enfermagem tem pouca experiência e pouca influência junto aos gestores, o que prejudica a defesa da enfermagem obstétrica na instituição (ENF10B).

DISCUSSÃO

O trabalho da enfermeira obstetra em hospitais de ensino envolve desafios significativos, decorrentes de barreiras estruturais e culturais que limitam sua autonomia e impactam sua atuação

no cuidado ao parto.^{20,21} A autonomia profissional, caracterizada pela liberdade de ação fundamentada no conhecimento, na competência técnica e na interação interdisciplinar, enfrenta restrições práticas, mesmo sendo garantida por legislações como a Lei nº 7.498/86 e outros documentos oficiais.²²

Este estudo revela que, apesar da capacitação técnica, do respaldo legal e da habilidade científica das enfermeiras obstetras para assistir partos de risco habitual, a autonomia no ambiente hospitalar é frequentemente cerceada. As limitações incluem ações fundamentais como a sutura de lacerações, a monitorização do batimento cardíaco fetal, a realização de toques vaginais e o preenchimento do partograma, essenciais para um atendimento integral e humanizado.²³

A discriminação de gênero e a perpetuação de modelos hierárquicos médico-centrados surgem como fatores que reforçam a subordinação das enfermeiras obstetras em relação a outras categorias profissionais, particularmente os médicos. Estudos internacionais,^{13,14} também identificam esse padrão, destacando que ele não apenas afeta a qualidade do cuidado, mas também compromete a identidade profissional das enfermeiras, gerando desmotivação e sensação de desvalorização.

No Brasil, o modelo tecnocrático de assistência obstétrica ainda prevalece na maioria das instituições, embora políticas públicas recentes tenham buscado fortalecer a autonomia das enfermeiras obstetras por meio de práticas humanizadas e tecnologias não invasivas.²¹⁻²⁴ A introdução de programas de Residência em Enfermagem Obstétrica tem sido apontada como uma estratégia transformadora para promover o reconhecimento e a valorização da profissão.^{25,26} Apesar das limitações estruturais, experiências positivas nos programas residenciais evidenciam seu potencial para integrar equipes multiprofissionais e compartilhar boas práticas.

Os Programas de Residência Multiprofissionais e as Residências em Área Profissional da Saúde foram estabelecidos pela Portaria Interministerial n.º 1.077, de 12 de novembro de 2009, como uma estratégia crucial para formar futuros profissionais e ampliar a força de trabalho especializada no país.²⁷

Todavia, uma desigualdade marcante persiste entre as residentes de enfermagem e as médicas. Enquanto estas têm ampla participação em atividades práticas, as enfermeiras muitas vezes são relegadas a funções administrativas ou apenas à observação. Essa disparidade reflete a hierarquização e os obstáculos estruturais no sistema de saúde, comprometendo o aprendizado e a prática colaborativa.

A ausência da enfermeira obstetra durante o trabalho de parto pode levar ao aumento de intervenções desnecessárias, além de dificultar a assistência humanizada. Em contrapartida, sua presença representa um fator de proteção para as parturientes ao serem vistas como uma figura de “defensoras do cuidado”, promovendo cuidados individualizados e desfechos mais favoráveis, ao reduzir desconfortos e prolongamentos do trabalho de parto.^{9,28}

A cultura institucional biomédica, frequentemente descrita como “médico-centrada”, é apontada pelas profissionais como um dos principais limitadores de sua autonomia. Este modelo tradicional dificulta a valorização de práticas colaborativas e deslegitima a atuação da enfermagem obstétrica, afetando não apenas a categoria, mas também as pacientes, que muitas vezes não reconhecem o papel específico dessa área de atuação.⁷

A cultura do ambiente de trabalho exerce grande influência na capacidade de atuação do profissional e na liberdade de utilizar sua iniciativa ou julgamento. Em ambientes com “cultura de suspeita e esgotamento” o exercício da autonomia pode ser seriamente restrito.¹³

A manutenção do modelo tecnocrático em hospitais públicos e universitários, que deveriam incentivar a inovação, reforça práticas excludentes e dificulta a assistência humanizada. O estudo identificou limitações à atuação das enfermeiras obstetras no parto de risco habitual, relacionadas à cultura institucional, à ausência de protocolos, ao apoio gerencial e à gestão compartilhada, além de barreiras interprofissionais, principalmente entre enfermeiras obstetras e médicos.

A identidade profissional da enfermeira obstetra está intrinsecamente ligada à sua autonomia e ao reconhecimento de seu papel na equipe. Apesar das limitações, as entrevistadas relataram um impacto positivo na experiência das pacientes. A construção de um ambiente acolhedor e a comunicação efetiva foram reconhecidas como fatores diferenciadores da assistência, mesmo em contextos de atuação restrita. A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como técnicas de relaxamento, banhos terapêuticos e massagens corporais, além de áudio-analgésia e aromaterapia, foram destacados como bem aplicados.^{28,29}

A identidade profissional organiza-se por meio dos papéis desempenhados.¹⁸ Na enfermagem, a identidade profissional é fundamental para o trabalho, pois o entendimento do “eu” profissional fundamenta a construção da profissão, garantindo qualidade, dedicação e organização no exercício das atribuições.^{29,30} A construção identitária envolve atenção ao papel, conexão com outros e cuidado de si.^{10,31,32}

Diversos fatores influenciam a identificação social do papel do profissional de enfermagem, como questões de gênero, fragmentação das categorias da ocupação (enfermeiro, auxiliar e técnico) e a centralização das decisões no médico.³³ A divisão social e técnica do trabalho na enfermagem dificultou a delimitação clara de suas atividades, gerando frequentes equívocos sobre sua atuação.³⁴

Outro desafio relevante está na sobrecarga burocrática e na falta de liderança efetiva. A centralização de responsabilidades administrativas reduz o tempo dedicado à assistência direta, enquanto a carência de líderes experientes enfraquece o fortalecimento da enfermagem obstétrica dentro das instituições.¹⁰

Considerando a Sociologia das Profissões como construto aos resultados dos achados deste estudo, podemos evidenciar que as dinâmicas de poder e as barreiras institucionais enfrentadas pelas enfermeiras obstetras, destacando a necessidade de romper com práticas excludentes em prol de um modelo de assistência mais igualitário e colaborativo. A identidade profissional dessas enfermeiras está profundamente ligada ao exercício pleno de sua autonomia e ao reconhecimento de sua contribuição na equipe de saúde.¹⁹

Por fim, a construção da identidade profissional e a expressão da autonomia estão associadas à autopercepção e ao reconhecimento externo. A desvalorização e a falta de pertencimento contribuem para uma identidade profissional fragilizada, que impacta negativamente tanto na realização pessoal quanto na consolidação da enfermagem obstétrica como uma profissão essencial para a assistência humanizada e de qualidade.³¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Diante do cenário desafiador enfrentado pelas enfermeiras obstetras em hospitais universitários, este estudo destaca a necessidade urgente de superar barreiras estruturais e culturais que limitam sua atuação. Essas barreiras incluem restrições impostas pela cultura institucional, dificuldades na gestão e a carência de oportunidades para desenvolvimento profissional. Superá-las requer um esforço coletivo para implementar políticas de valorização, criar e ampliar espaços de atuação e fortalecer programas de formação. Isso permitirá que as enfermeiras obstetras exerçam sua autonomia de forma plena, promovendo um cuidado de maior qualidade durante o processo de parto.

A expansão dos programas de Residência em Enfermagem Obstétrica é essencial, oferecendo oportunidades de aprendizado e prática em ambientes que promovam a colaboração entre equipes multiprofissionais e reduzam a hegemonia do modelo biomédico. Além disso, a implementação de ações educativas voltadas à sensibilização de profissionais de saúde e da sociedade sobre o papel essencial da enfermagem obstétrica é fundamental para seu reconhecimento e valorização.

Apesar das limitações do estudo — como a abrangência geográfica restrita e o número limitado de instituições analisadas, ainda que ambas instituições possuem perfil semelhante em relação à gestão, condições econômicas e sociais —, a ausência de múltiplas perspectivas de atores institucionais (gestores, médicos e pacientes) que poderia fornecer um panorama ampliado e ajudaria entender a dinâmica institucional —, tais conclusões oferecem insights relevantes para orientar futuras investigações. Estas devem considerar metodologias que combinem análises qualitativas e quantitativas, como o uso de questionários para medir a frequência de práticas obstétricas e indicadores para avaliar impactos das barreiras e possíveis melhorias, com foco em números de partos, nível de satisfação e decisões compartilhadas entre médicos e enfermeiras obstetras.

Espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento das práticas da enfermagem obstétrica nos hospitais universitários brasileiros, subsidiando políticas públicas voltadas para a formação de profissionais capazes de atuar de maneira interprofissional e colaborativa. Ao fomentar mudanças institucionais e culturais, será possível ampliar o impacto positivo da enfermagem obstétrica na qualidade do cuidado materno-infantil, promovendo um modelo de assistência mais humanizado e eficiente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Universidade Federal de Santa Catarina e aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela orientação e apoio ao longo desta jornada acadêmica. Nossa gratidão também à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento essencial para a realização deste estudo. Agradecemos, de forma especial, às instituições e aos participantes da pesquisa, cujo comprometimento e colaboração foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina-FAPESC/Nº 2023TR000939.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira TSD, Galvão MLS, Ramos TO. Enfermagem obstétrica: assistência ao parto no Brasil reflexos da colonialidade do poder e do saber. *Encantar*. 2021;3:e021010. <http://doi.org/10.46375/reecs.v3i.13124>.
2. Schreck RSC, Frugoli AG, Santos BM, Carregal FAS, Silva KL, Santos FBO. História da enfermagem obstétrica na Escola de Enfermagem Carlos Chagas: análise sob a perspectiva freudsoniana. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03762. <http://doi.org/10.1590/s1980-220x2020014703762>. PMID:34190896.
3. Carregal FAS, Schreck RSC, Santos FBO, Peres MAA. Resgate histórico dos avanços da Enfermagem Obstétrica brasileira. *Hist Enferm Rev Eletron [Internet]*. 2020 Oct 25; [citado 2023 nov 10];11(2):1-10. Disponível em: <https://periodicos.abennacional.org.br/here/article/view/86>
4. Souza RAG, Silva TSA, Brito TBA, Nascimento CS, Santos LMA, Nery MTR et al. O processo de construção da enfermagem obstétrica: uma revisão narrativa. *REAS*. 2022 Feb 16;15(2):e9743. <http://doi.org/10.25248/reas.e9743.2022>.
5. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011 (BR). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*, Brasília (DF), 2011 [citado 2023 nov 10]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
6. Arana LA, Lopes VC, Barbosa JSP. A Rede Cegonha e a atuação do enfermeiro obstetra: uma revisão da literatura. *Braz J Hea Rev*. 2023;6(4):14636-53. <http://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-054>.
7. Lopes GC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3139. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>. PMID:31038633.
8. Vedam S, Stoll K, MacDorman M, Declercq E, Cramer R, Cheyney M et al. Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192523. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0192523>. PMID:29466389.
9. Lima PC, Sabino KCV, Gouveia MT O. O processo de trabalho da enfermagem obstétrica: reflexão. *Enferm Obstétrica*. 2018 Dec 30;5:e30.
10. Melkamu E, Yetwale A. Attitude of nurses and midwives towards collaborative care with physicians in Jimma University medical center, Jimma, South West Ethiopia. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):94. <http://doi.org/10.1186/s12960-020-00531-6>. PMID:33267832.
11. Mbalinda SN, Najjuma JN, Mubuuke AG, Kamoga L, Musoke D. Understanding and barriers to formation professional Identity among current and recent graduates of nurses and midwifery in two universities in a low resource setting: a qualitative study. *Res Sq*. 2023. <http://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3423723/v1>. PMID:37886591.
12. 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. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2023-0024pt>.
13. Clemons JH, Gilkison A, Mharapara TL, Dixon L, McAra-Couper J. Midwifery job autonomy in New Zealand: I do it all the time. *Women*

- Birth. 2021;34(1):30-7. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.004>. PMID:32962945.
14. Luegmair K, Ayerle GM, Steckelberg A. Midwives' action-guiding orientation while attending hospital births: a scoping review. *Sex Reprod Healthc.* 2022;34:100778. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100778>. PMID:36152453.
15. Saad DEA, Riesco MLG. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. *Rev Paul Enferm [Internet]*. 2018; [citado 2023 nov 10];29(1-3):11-20. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970743/autonomia-profissional-da-enfermeira-obstetrica.pdf>
16. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2022 abr 21]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
17. Minayo MC S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
19. Freidson E. Renascimento do profissionalismo. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
20. Costa MCMDR, Farias PHS, Santos FAPS, Enders BC, Erdmann AL. Living disorders in the practice of obstetric nurse care: the complex look at the phenomenon. *Rev Pesqui.* 2021 Jun;13:490-6. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.rpco.v13.9245>.
21. Copelli FHS, Oliveira RJT, Santos JLGD, Magalhães ALP, Gregório VRP, Erdmann AL. Care management and nursing governance in a maternity ward: grounded theory. *Rev Bras Enferm.* 2017 Nov;70(6):1277-83. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0116>. PMID:29160490.
22. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*, Brasília (DF), 26 jun 1986 [citado 2023 nov 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=Art.,%C3%A1rea%20onde%20ocorre%20o%20exerc%C3%ADcio
23. Resolução COFEN n. 524/2016 (BR). Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*, Brasília (DF), 2018 [citado 2024 jul 21]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05242016/>
24. Progianti JM, Moreira NJMP, Prata JA, Vieira MLC, Almeida TA, Vargens OMC. Precarização do trabalho da enfermeira obstétrica. *Rev Enferm UERJ.* 2018 Oct 24;26:e33846. <http://doi.org/10.12957/ruerj.2018.33846>.
25. Maciel VDS, Dornfeld DA. A inserção da enfermeira obstétrica na assistência hospitalar ao parto. *Enferm Foco.* 2020 Feb 21;10(4). <http://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.979>.
26. Santana AT, Felzemburgh RDM, Couto TM, Pereira LP. Performance of resident nurses in obstetrics on childbirth care. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2019 Jan;19(1):135-44. <http://doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>.
27. Portaria interministerial MEC/MS n.º 1.077, de 12 de novembro de 2009 (BR). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*, Brasília (DF), 2009: Seção 1: 7.
28. Vieira BD, Backes MTS, Costa LD, Fernandes VMB, Dias HHZR, Backes DS. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. *Rev Bras Enferm.* 2019 Dec;72(suppl 3):191-6. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0422>. PMID:31851253.
29. Gama SGND, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRTD, Silva SDD et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil - 2017. *Cien Saude Colet.* 2021;26(3):919-29. <http://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>. PMID:33729347.
30. Bogren M, Erlandsson K, Byrskog U. What prevents midwifery quality care in Bangladesh? A focus group enquiry with midwifery students. *BMC Health Serv Res.* 2018 Aug 15;18(1):639. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3447-5>. PMID:30111324.
31. Pimenta AL, Souza ML. The professional identity of nursing in the papers published by REBEN. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e4370015. <http://doi.org/10.1590/0104-07072016004370015>.
32. Sun J, Wang A, Xu Q. Exploring midwifery students' experiences of professional identity development during clinical placement: A qualitative study. *Nurse Educ Pract.* 2022 Aug;63:103377. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103377>. PMID:35709550.
33. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD, Pontes JEM, Luz NF et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210141. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0141>.
34. Santos SC, Almeida DB, Silva GTR, Santana GC, Silva HS, Santana LS. Identidade profissional da enfermeira: uma revisão integrativa. *Rev Baiana Enferm.* 2019;33:e29003. <http://doi.org/10.18471/rbe.v33.29003>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Rosinei Nascimento Ferreira.

Aquisição de dados. Rosinei Nascimento Ferreira. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Rosinei Nascimento Ferreira. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas. Manuela Beatriz Velho. Denise Antunes de Azambuja Zocche. Marcelexandra Rabelo. Albino Sawimbo Setumba Nhime.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Rosinei Nascimento Ferreira. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas. Manuela Beatriz Velho. Denise Antunes de Azambuja Zocche. Marcelexandra Rabelo. Albino Sawimbo Setumba Nhime.

Aprovação da versão final do artigo. Rosinei Nascimento Ferreira. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas. Manuela Beatriz Velho. Denise Antunes de Azambuja Zocche. Marcelexandra Rabelo. Albino Sawimbo Setumba Nhime.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Rosinei Nascimento Ferreira. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas. Manuela Beatriz Velho. Denise Antunes de Azambuja Zocche. Marcelexandra Rabelo. Albino Sawimbo Setumba Nhime.

EDITOR ASSOCIADO

Marta Sauthier 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 