

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

TATIANA BENINCÁ

**ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO
DE PARTURIÇÃO: PERCEPÇÃO DO MÉDICO OBSTETRA À
LUZ DE FOUCAULT**

**FLORIANÓPOLIS
2017**

TATIANA BENINCÁ

**ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO
DE PARTURIÇÃO: PERCEPÇÃO DO MÉDICO OBSTETRA À
LUZ DE FOUCAULT**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como requisito parcial para obtenção do título de mestre em enfermagem. Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

Orientadora: Prof^a. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**FLORIANÓPOLIS
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Benincá, Tatiana

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE
PARTURIÇÃO : PERCEPÇÃO DO MÉDICO OBSTETRA À LUZ DE
FOUCAULT / Tatiana Benincá ; orientadora, Evangelia
Kotzias Atherino dos Santos - SC, 2017.
127 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, , Programa de Pós-Graduação em ,
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. . 2. Enfermagem obstétrica. 3. Equipe de
assistência ao paciente. 4. Relação
interprofissional. 5. Poder (psicologia).. I.
Kotzias Atherino dos Santos, Evangelia. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em . III. Título.

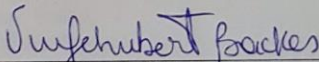
TATIANA BENINCÁ

**ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO
DE PARTURIÇÃO: PERCEPÇÃO DO MÉDICO OBSTETRA À
LUZ DE FOUCAULT**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

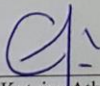
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 22 de fevereiro de 2017, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e
Cuidado em Saúde e Enfermagem.

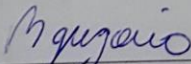


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

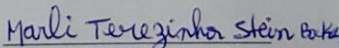
Banca Examinadora:



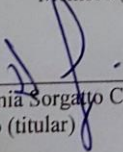
Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente



Dra. Vitoria Regina Peters Gregório
Membro (titular)



Dra. Marli Terezinha Stein Backes
Membro (titular)



Dra. Vânia Sorgatto Collaço
Membro (titular)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que em todos os momentos me dava forças para continuar.

Aos meus pais, Valci e Kassueta, bem como minhas irmãs Marjourier e Patrícia, que embora estando em outras cidades exprimiam palavras de incentivo e transmitiam energia positiva para dar continuidade ao projeto mesmo diante das dificuldades.

Ao meu esposo Diego que carinhosamente cuidou de mim para que eu pudesse viajar tranquila, suportou minhas ausências e que a cada momento meu de cansasso e desânimo me encoraja a continuar e orgulhosamente participou e aplaudiu cada conquista.

Meu imenso agradecimento, respeito e admiração à Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, que nunca desistiu de mim e carinhosamente me guiou nesta jornada para que juntas pudéssemos chegar ao nosso objetivo.

Aos membros da banca examinadora Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof^ª. Dr^ª. Vitória Regina Petters Gregório, Prof^ª. Dr^ª. Marly Terezinha Stein Backes, Dr^ª. Vania Sorgatto Colaço, Dr^ª. Joyce Green Koetker, Dda Alcira Escobar por contribuírem com seus conhecimentos e experiências valiosas para este estudo.

Aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC por todo conhecimento compartilhado, contribuindo para meu crescimento profissional.

Aos colegas de mestrado que juntos dividiram anseios e preocupações a cada passo dado durante esta jornada.

À todas as minhas colegas do GRUPESMUR por compartilhar suas experiências.

Aos médicos participantes deste estudo, sem cujos relatos esta pesquisa não teria sido realizada. Muito obrigada por partilhar suas experiências!

Às enfermeiras colegas de trabalho que sempre se disponibilizaram a realizar trocas de plantão para que eu pudesse viajar e participar das aulas.

À todas às mulheres que durante minha vida profissional tive a honra de participar dos nascimentos de seus filhos, as quais me inspiram diariamente a buscar uma assistência cada dia melhor.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação.

BENINCA, Tatiana. **Atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição**: percepção do médico obstetra à luz de Foucault. 2017. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Prof^a. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

RESUMO

Nos últimos anos o movimento pela humanização do parto e nascimento e consequentemente, a participação da enfermeira obstétrica no processo de parturição, vem ganhando destaque no cenário nacional. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde brasileiro recomendam maior participação da enfermeira obstétrica tendo em vista o resgate do nascimento como processo fisiológico. Todavia a inserção dessa profissional no processo de parturição não aconteceu de maneira repentina, sendo o resultado de grandes lutas e desafios que surgem a cada dia. Enfrentar a hegemonia médica e o poder por eles exercidos, dificulta e muitas vezes até obstaculiza a atuação da enfermeira na equipe de saúde do centro obstétrico. Este estudo teve como objetivo geral conhecer a percepção do médico obstetra sobre a atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório embasado no referencial teórico-filosófico de Michel Foucault no qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 14 médicos obstetras que atuam diretamente em centro obstétrico e após analisadas de acordo com Bardin. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, com a busca de artigos nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDENF, CINAHL, INDEXTA e SciELO Regional, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015, com seleção e inclusão de 13 estudos, para extração dos dados. A dissertação resultou em dois manuscritos. O manuscrito 1, a revisão integrativa, evidencia a produção de um conhecimento científico que em seus resultados apresentam duas categorias: Relação interprofissional entre médicos e enfermeiras: caminhos para a construção de uma nova história e Estratégias de poder do profissional enfermeiro e os desafios para sua atuação. Os resultados apontam a necessidade de buscar alternativas e melhorias que proporcionem um ambiente de trabalho saudável com abordagem segura e eficaz para as mulheres e suas famílias. No

manuscrito 2, a pesquisa de campo, os resultados permitiram a elaboração das seguintes categorias: A atuação da enfermeira obstétrica na percepção do médico obstetra; Conhecendo a percepção do médico obstetra acerca da relação interprofissional com enfermeiras obstétricas, práticas colaborativas e fatores geradores de conflitos dessa relação; A legislação acerca da atuação da Enfermeira Obstétrica: o que os médicos sabem; e Porque as práticas baseadas em evidências incomodam?. Os resultados apontam a enfermeira obstétrica como profissional capacitada, com conhecimento técnico científico e humanístico para atuar junto às mulheres no processo de parturição. Baseada na perspectiva foucaultiana, o estudo demonstrou que embora a relação interprofissional entre médicos e enfermeiras obstétricas seja descrita como tranquila e desprendida de conflitos, mesmo que imperceptível, há a existência de relações de poder e saber entre esses profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica, Enfermeiras obstétricas, Equipe de assistência ao paciente, Poder (psicologia).

BENINCÁ, Tatiana. Obstetric nurse performance in the process of parturition: perception of the obstetrician in the light of Foucault. 2017. 127 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Advisor: Prof^o. Dr. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Research Line: Nursing Care for the Health of Women and the Newborn.

ABSTRACT

In the last years the childbirth humanization movement and consequently the participation of an obstetrical nurse in this process is being highlighted in national scenery. The World Health Organization and the Brazilian Health Ministry advise a bigger participation of an obstetrical nurse as a recovery from a physiologic birth process. However the insertion of this professional into the childbirth process, didn't happen suddenly, it happened as a result of great struggles and constant challenges. Facing the doctors hegemony and their power make it difficult and some times stops the nurse participation on the health obstetrical team center. This research had as a main point to know the obstetrical doctor's perception about the nurse participation to know the obstetrical doctor's perception about the nurse participation based on Michel Foucault's theoretical-philosophical reference in which semi-structured interviews were carried out with 14 obstetrical doctors who work directly in an obstetrical center and then analyzed according to Bardin. There was an integrative literature review, with the search of articles in the MEDLINE database, LILACS, BDNF, CINAHL, INDEXPSI e SciELO Regional, in the period from January 2010 to December 2015, with selection and inclusion of 13 researches, for data extraction. The dissertation resulted in two manuscripts. The first one, the integrative review, evidences the production of a scientific knowledge that in this results presents review, evidences the production of a scientific knowledge that in this results presents paths for the construction of a new history and strategies of power of professional paths for the construction of a new history and strategies of power of professional to find alternatives and improvements that provide a healthy work environment with a safe and affective approach for women and their families. At the second manuscript field research, the results

allowed the elaboration of the following categories: the obstetrical nurse performance in the perception of the obstetrical doctor; Knowing the obstetrical doctor perception about the interprofessional relationship with obstetrical nurses collaborative practices and factors that generate conflicts of this relationship; the legislation about obstetrical nurse actuation: what the doctors know: and Why evidence-based practices bother? The results point to the obstetrical nurse as a capable professional, with scientific and humanistic Technical knowledge to act with women in the childbirth process. Based on the Foucaultian perspective, the research has shown that although the interprofessional relationship between obstetrical doctors and nurses be described as good and without conflict, although imperceptible, there are relations of power and knowledge between these professionals.

Key words: obstetric nursing, obstetric nurses, patient care team, power (psychology)

BENINCÀ, Tatiana. **El rendimiento de la enfermera obstétrica en el proceso del parto: la percepción del obstetra a la luz de Foucault.** 2017. 127 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Asesor: Prof. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Línea de investigación: La enfermería Cuidado de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido.

RESUMEN

En los últimos años el movimiento para la humanización del parto y, por tanto, la participación de la partera durante el proceso de entrega, está ganando importancia en el escenario mundial. La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Brasil recomiendan una mayor participación de la enfermera obstétrica con el fin de rescatar el nacimiento como un proceso fisiológico. Sin embargo, la inclusión de este profesional en el proceso del parto no sucedió de repente, se ha emprendido el resultado de grandes luchas y desafíos que surgen todos los días. Dirigiéndose a la hegemonía médica y poder ejercido por ellos, difícil y con frecuencia incluso impide la enfermera implicada en el personal de salud del centro obstétrico. Este estudio tuvo como objetivo identificar la contribución de la investigación llevada a cabo a nivel nacional e internacional, en la inter relación entre los médicos y las enfermeras en el proceso de entrega; y conocer la percepción de la obstetra sobre el papel de partera durante el proceso de entrega. Para el primer objetivo, se hizo un examen integrador, para buscar artículos en la base de datos MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL, INDEXPSI y SciELO Regional, entre enero de 2010 diciembre de 2015, con la selección e inclusión de 13 estudios, para la extracción de datos. Para el segundo objetivo, se realizó un estudio descriptivo, cualitativo, basado en Michel Foucault marco teórico filosófico de la que se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con 14 obstetras que trabajan directamente en el centro obstétrico. Los resultados se presentan en dos manuscritos. En el manuscrito 1, la revisión integradora, es evidente la producción de conocimiento científico que sus resultados tienen dos categorías: inter-relación entre los médicos y las enfermeras: caminos para la construcción de una nueva historia y potencia las estrategias de la enfermera y retos profesionales para sus atuação. Os resultados indican

la necesidad de buscar alternativas y mejoras que proporcionan un ambiente de trabajo saludable con enfoque seguro y eficaz para las mujeres y sus familias. En el manuscrito 2, los resultados permitieron el desarrollo de las siguientes categorías: El papel de la comadrona en la percepción del obstetra; Conocer la percepción del obstetra acerca de la relación entre las parteras, con las prácticas de colaboración y los factores que generan conflictos de esta relación; Legislación sobre el rendimiento de la enfermera obstétrica: Lo que los médicos saben; y debido a las prácticas basadas en la evidencia molestan tanto para el médico?. Los resultados apuntan a la comadrona como profesional capacitado con los conocimientos científicos para trabajar con los médicos en el proceso del parto. Sobre la base de la perspectiva de Foucault, el estudio mostró que aunque la inter-relación entre los médicos y las parteras se describe como conflictos tranquilo y distante, incluso imperceptibles a los ojos de algunos por la existencia de relaciones de poder y conocimiento entre estos profesionales.

Palabras clave: Obstetricia, Relaciones interprofesionales, El poder.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com os autores e ano de publicação, descritores, objetivo, delineamento da pesquisa/referencial teórico, participantes, instrumento de coleta de dados	49
--	----

LISTA DE SIGLAS

AIH	– Autorização para Internação Hospitalar
BDENF	– Base de Dados de Enfermagem
CAAE	– Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	– Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CO	– Centro Obstétrico
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
EO	– Enfermeira Obstétrica
HTR	– Hospital Tereza Ramos
ICM	– Confederação Internacional das Parteiras
INDEXPSI	– Index Psi Periódicos Técnico-Científicos
LILACS	– Literatura da América Latina e Caribe
MEDLINE	– Medical Literature on Line
MO	– Médico Obstetra
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ODM	– Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	– Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	– Organização das Nações Unidas
PBE	– Práticas Baseadas em Evidência
SAME	– Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SIM	– Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	25
3.1 BREVE BIOGRAFIA DE MICHEL FOUCAULT	26
3.1.1 Concepção de poder à luz de Michel Foucault	27
3.1.2 As relações de poder segundo Michel Foucault	29
3.1.3 Relações de poder nas Instituições	31
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
4.1 ESTUDO DE REVISÃO	35
4.2 PESQUISA DE CAMPO	37
4.2.1 Local e Contexto da pesquisa	38
4.2.2 Participantes do estudo	40
4.2.3 Coleta de dados	41
4.2.4 Organização e análise dos dados.....	41
4.2.5 Aspectos éticos	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 MANUSCRITO 1 - RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	44
5.2 MANUSCRITO 2: RELAÇÕES DE PODER ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO À LUZ DE FOUCAULT	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	101

APÊNDICES	111
ANEXO	123

1 INTRODUÇÃO

Registros históricos mostram que antigamente os partos ocorriam em ambiente domiciliar, acompanhados por parteiras, comadres e até mesmo curandeiras, num ambiente só de mulheres. Aos poucos a figura masculina vai surgindo no cenário do parto, dando início à sua medicalização em meados do século XVI, caracterizando o declínio da profissão da parteira. O parto acabou sendo designado como evento médico, cujos significados científicos aparentemente viriam a ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública com a presença de outros atores sociais (GREGÓRIO, PADILHA, 2012; VELHO, 2011).

Tendo em vista o resgate do nascimento como processo fisiológico e seguindo a tendência mundial de humanização do parto a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1996) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro (BRASIL, 2014), recomendam maior participação da Enfermeira Obstétrica (EO) e da Obstetritz no processo de parturição¹, conforme regulamentado pela Resolução n.º 0516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), considerando a importância deste profissional acompanhar o trabalho de parto, aprimorar a assistência ao parto normal e contribuir com a diminuição as taxas de cesariana.

As políticas públicas de saúde no Brasil têm incentivado a atuação das EO, onde desde 1998, fica estabelecida na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria MS/GM n.º 2.815/98 (BRASIL, 1998) a remuneração do procedimento de assistência ao parto sem distócia assistido pela Enfermeira Obstétrica, bem como a Portaria n.º 163, de 22 de setembro de 1998 (BRASIL, 1998), que, entre outras atribuições, confere ao enfermeiro a possibilidade da emissão de laudo de internação hospitalar.

Nos últimos anos o movimento pela humanização do parto e nascimento e consequentemente, a participação da EO no processo de parturição, vem ganhando destaque no cenário nacional. Retomar um nascimento fisiológico e respeitoso se faz necessário e urgente com o intuito de melhorar as condições de parto, diminuir os altos índices de cesáreas, favorecer um nascimento livre de técnicas intervencionistas e principalmente diminuir os índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014).

¹ Neste estudo entende-se por processo de parturição os períodos que envolvem o pré-parto, parto e pós-parto imediato no centro obstétrico.

A incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstetras, obstetrizes, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial deve ser promovida, proporcionando uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família (BRASIL, 2014, p. 31).

Todavia a inserção da EO no processo de parturição não aconteceu de maneira repentina, sendo o resultado de grandes lutas e desafios que surgem a cada dia. Enfrentar a hegemonia médica e o poder por eles exercidos dificulta e muitas vezes até obstaculiza a atuação da enfermeira na equipe de saúde do centro obstétrico. Mesmo com formação técnica específica, a EO ainda é vista como submissa ao trabalho do médico, perpetuando a cultura arraigada da divisão de trabalho embutida na dimensão de gênero e poder (GREGÓRIO, 2011). Reforçando essas considerações, para Tornquist (2004, p. 288) “[...] cabe aos médicos, sempre, a competência técnica, às enfermeiras e auxiliares, o cuidado afetivo/emocional [...] operacionalizam as decisões.”

Para melhorar a saúde das gestantes e parturientes é necessário um conjunto de ações em diferentes níveis de atenção, tendo como objetivo promover o mínimo de intervenções, com segurança, para resultar em uma mãe e uma criança saudáveis, ou seja, deve haver uma razão válida e clinicamente aceitável para interferir sobre o processo fisiológico (OMS, 1996).

A Organização das Nações Unidas (ONU) juntamente com 191 países, incluindo o Brasil, estabeleceu no ano de 2000, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), onde o quinto deles foi melhorar a saúde das gestantes, reduzindo em três quartos a taxa de mortalidade materna (ONU, 2000). As ações para além de 2015 foram discutidas e implementadas na Conferência Rio +20 em 2013, ficando estabelecidos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (PNUD, 2013), onde o terceiro objetivo proposto consiste em reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2020 e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos até 2030.

Preocupando-se com o atendimento seguro e humanizado em todas as fases do processo de parturição, estendendo-se até os dois anos do bebê, o MS instituiu através da Portaria n.º 1.459 de 22 de junho de

2011 do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011), a Rede Cegonha, a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Uma de suas diretrizes é a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento. Objetiva promover e implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco no parto, no nascimento e no crescimento e desenvolvimento da criança, organizar a rede de atenção materno-infantil e reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Com o modelo de humanização faz-se necessário repensar as práticas assistenciais no sentido de quebrar com o modelo assistencial ainda vigente no Brasil, ou seja, o modelo tecnicista, cartesiano, intervencionista, fragmentado e medicalizado, dificultando a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Como estratégias para romper com as práticas arraigadas deste modelo, é importante ressaltar que as enfermeiras são fundamentais na superação destes paradigmas e favorecem o estímulo à autonomia de si e das usuárias assistidas por elas (GOMES; MOURA, 2012). A EO é a profissional estratégica para a mudança de modelo, já que ela é capaz de promover a articulação entre os gestores de saúde e profissionais médicos, no que diz respeito ao parto humanizado (PROGIANTE, MOUTA, 2009; COSTA, 2015).

Para assegurar o trabalho interdisciplinar no atendimento às gestantes e parturientes faz-se necessário que ocorra o respeito e a valorização do saber das diversas categorias profissionais, bem como criar espaços e redes em que se possibilite uma condição o exercício do diálogo aberto, porém a atuação da EO num cenário onde os partos são assistidos sobretudo por médicos obstetras, muitas vezes é vista como uma disputa de poder, gerando conflitos na atuação destas especialidades (ANGULO-TESTA, *et al.*, 2003; GOMES *et al.*, 2013).

[...] trabalho em equipe significa trabalhar com diferentes pessoas, com diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema em comum e, desta forma, para que as equipes trabalhem o seu melhor, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um dos seus colegas (NOGUEIRA, 2015, p. 638).

Na cidade de Lages, Santa Catarina, onde atuo como enfermeira obstétrica, as primeiras EO deram início à sua trajetória no âmbito hospitalar por volta de 2006, fazendo parte do quadro de pessoal do Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Tereza Ramos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). A Maternidade em questão foi fundada em dezembro de 1943 e segundo relatos obtidos em estudo anterior nesta época, os partos eram assistidos por parteiras treinadas e acompanhadas pelos médicos obstetras, eram somente três parteiras diplomadas e vindas de fora (LOPES, 2008). Com o ingresso das EO em sala de parto fica evidente a disputa por espaços e estratégias de poder, mobilizando a rede de relação poder-saber. Com o passar dos anos, cada vez mais as EO atuantes em Lages vêm adquirindo experiência e através da constante busca e atualização do conhecimento científico, conquista certa autonomia na assistência ao parto normal. Neste contexto, uma possui o título de mestre e outras duas, além de especialistas em pediatria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal também estão cursando mestrado em Enfermagem, sendo esta pesquisadora uma delas.

De acordo com o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME (2016) da instituição, 82% dos partos normais são assistidos exclusivamente por EO, sendo o médico solicitado quando identificado distócias ou complicações durante o trabalho de parto e parto, realidade esta, pouco vista em outros hospitais de SC, onde a assistência ao parto é realizada predominantemente pelo profissional médico, não dando abertura à assistência da EO (SAME – HTR, 2016).

Segundo Caus *et al.* (2012), para que a EO ganhe cada vez mais espaço na assistência às gestantes e parturientes faz-se necessário desenvolver habilidades e competências, adquirir segurança técnica e perceber múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parir.

É importante também que a EO tenha conhecimento de sua responsabilidade legal para exercer sua profissão, novas resoluções vêm surgindo no intuito de normatizar a assistência prestada às gestantes e parturientes, como a Resolução COFEN n.º 0516/2016 que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência e dá outras providências (COFEN, 2016).

Conflitos e disputas de poder interprofissionais são gerados pela falta de conhecimento sobre a real função da EO no atendimento às

gestantes e parturientes, tanto por parte das próprias enfermeiras quanto dos médicos obstetras, estes conflitos dificultam a inserção desta profissional bem como sua atuação em todo processo de parturição.

A EO, em seu processo de trabalho, é apta à prestar assistência desde o planejamento familiar até as fases subseqüentes ao parto, contudo, percebe-se que, apesar do direcionamento do MS, os entraves são presentes, principalmente na resistência de algumas categorias profissionais quanto à autonomia da enfermeira na assistência ao processo de parturição, (COSTA, 2015), dando espaço ao surgimento de conflitos interprofissionais e relações de poder.

As relações de poder são melhores elucidadas pelo filósofo francês Michel Foucault. Para Foucault o poder não existe, o que existe são as práticas ou relações de poder que se estabelecem na sociedade, o poder não é algo que se detém ou adquire com a posição social que a pessoa se encontra, mas sim as estratégias que a pessoa utiliza frente a determinadas situações (2005). Precisamos compreender que em diversas relações onde há mecanismos de poder, pode haver também mecanismos de resistência, gerando conflitos (FOUCAULT, 1979). “As diferentes profissões ou especializações da saúde produzem, por meio de seus saberes e práticas, territórios específicos onde circulam certos ordenamentos ligados a saberes mesclados por estratégias e jogos de poder” (GREGÓRIO; PADILHA, 2012, p.278).

Muitas são as inquietações que permeiam nossa realidade atualmente, embora tenhamos o incentivo do MS para recebimento pelos procedimentos realizados, como por exemplo, a assistência ao parto normal sem distócia, as EO atuantes na Maternidade Tereza Ramos não são remuneradas por tal procedimento, bem como não lhe é permitido preencher e assinar o laudo para a Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Ao médico obstetra, através do Programa de Estímulo à Produtividade Médica (PRÓ-ATIVIDADE) cujo objetivo é incentivar o aumento da produção e a melhoria da qualidade de atendimento médico nas instituições, lhe é conferido pagamento mensal conforme as metas atingidas (BRASIL, 2015).

A EO demonstra capacidade e conhecimento técnico-científico e humanístico, para atuar na assistência ao parto e em situações distócicas, ainda assim experimenta a situação do não reconhecimento como profissional capacitada por parte de alguns colegas de trabalho, onde muitas vezes exaltam a época em que as antigas parteiras trabalhavam na instituição, visto que as mesmas atuavam de acordo com os preceitos médicos, ou seja, eram “moldadas” por eles.

O movimento pela humanização do parto e nascimento foi um fator que gerou em certa medida, conflitos entre alguns profissionais atuantes no centro obstétrico, em razão de que as EO adequaram sua assistência às parturientes e recém-nascidos conforme normas estabelecidas pela OMS e demais órgãos responsáveis e práticas baseadas em evidência. O incentivo à troca da posição supina e à liberdade de escolha de posição para o parto normal oferecido pela EO, por vezes, resultavam em algum tipo de estresse entre os profissionais. Determinações médicas para que, durante seu plantão, o parto ocorra em posição litotômica e com episiotomia resultavam em situações de estresse, sabendo-se que estas condutas são consideradas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas segundo o Guia Prático sobre Assistência ao Parto Normal da OMS (1996).

Considerando que a qualificação e a humanização são características essenciais da atenção obstétrica e neonatal a ser prestada pelos serviços de saúde, o estudo a seguir justifica-se pelo fato de que, a atuação da EO na assistência à mulher no processo de parturição é considerada uma possibilidade para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, diminuindo ações intervencionistas como cesareanas desnecessárias e os riscos inerentes a elas bem como promove e facilita o empoderamento da mulher no processo de parturição.

Embora estudos mostrem resistência para a prática da EO em um ambiente de hegemonia médica (NARCHI *et al.*, 2013), estando as mesmas sujeitas ao consentimento médico para sua entrada em campo, a perspectiva para a mesma conquistar espaço profissional e estar cada vez mais atuante durante o nascimento aumentaram e caracteriza-se um fenômeno irreversível nos dias atuais.

A EO da instituição em questão tem certa autonomia e conhecimento baseado em evidências científicas para atuar de maneira qualificada e humanizada no atendimento às gestantes e parturientes, fazendo uso de boas práticas e contribuindo para a redução de procedimentos inoportunos bem como a redução de cesareanas sem necessidade.

Ainda que os números mostrem certa liberdade de atuação da EO na assistência à mulher no trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico, faz-se necessário fortalecer a atuação desta profissional para que a assistência interdisciplinar existente na instituição se intensifique positivamente e a igualdade e o respeito dos saberes sirvam de incentivo e referência para outras instituições.

Diante deste contexto, acreditando na importância do trabalho interdisciplinar e frente à complexidade da problemática de interesse, emergiu a seguinte questão norteadora:

Qual a percepção do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição de uma Maternidade Pública do Planalto Serrano Catarinense?

Para fundamentar esta proposta, adotei como referencial teórico-filosófico a genealogia de poder de Michel Foucault cuja abordagem focaliza os dispositivos nas relações de poder, explicitadas nas práticas cotidianas de profissionais da saúde (FOUCAULT, 2005).

Tal escolha se deu, por encontrar em seus elementos conceituais o poder como resultado de táticas, estratégias e artimanhas utilizadas nas diversas relações cotidianas da sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer a percepção do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as contribuições das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional sobre a compreensão do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.
- Conhecer como se estabelece as relações de poder no Centro Obstétrico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O referencial teórico de uma pesquisa consiste de uma abordagem que dê sustentação à formulação do problema de pesquisa e a interpretação, análise e discussão dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004). Permite ampliar o olhar para os questionamentos da pesquisa e para os dados que dela emergirem (GREGÓRIO, 2011). Para tanto é necessário que o mesmo esteja em harmonia com o tema de pesquisa.

O referencial de uma pesquisa está para o pesquisador como o mapa está para o viajante no lugar desconhecido. [...] Na descrição do referencial o pesquisador deverá estabelecer interligações entre as proposições do referencial e o problema de pesquisa em questão (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 50).

Para este estudo optou-se por trabalhar com o Referencial Teórico-Filosófico de Michel Foucault e as relações de poder, partindo da concepção de poder, definida como relações estratégicas que implicam necessariamente em resistência e liberdade.

Os pensamentos de Michel Foucault surgiram após delimitarmos o tema de pesquisa, onde o rumo tomado seria a disputa por espaços de trabalho entre EO e médicos obstetras atuantes no processo de parturição. A escolha por Michel Foucault se deu por apresentar em suas obras um olhar diferenciado sobre a concepção de poder, a forma como ele se estabelece na sociedade, permitindo um olhar mais abrangente nas relações de poder-saber existentes na obstetrícia.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento acerca da concepção de poder desenvolvida por Michel Foucault, buscou-se primeiramente discorrer sobre uma breve biografia do autor para melhor compreensão de seus pensamentos e suas influências, para posteriormente apresentar alguns temas desenvolvidos por Michel Foucault, de interesse para o presente estudo, subdividido em três subtemas: Concepção de poder à luz de Michel Foucault, Relações de poder segundo Michel Foucault e Relações de poder nas instituições.

Para o desenvolvimento deste capítulo focamos em duas de suas principais obras que abordam temas referentes às relações de poder, “Vigiar e Punir” originalmente publicada em 1975, obra que aborda a disciplina como forma de poder e “Microfísica do poder”, publicada em

1979 e que mostra-nos a relação de poder e saber nas sociedades modernas.

3.1 BREVE BIOGRAFIA DE MICHEL FOUCAULT

Foucault foi um filósofo, historiador das ideias, teórico social, filólogo e crítico literário, conhecido pelas suas críticas às instituições sociais, especialmente à psiquiatria, à medicina, às prisões, e por suas ideias sobre a evolução da história da sexualidade, suas teorias abordam as relações entre poder e conhecimento e como eles são usados como forma de controle social por meio das instituições sociais (ERIBON, 1990).

Paul-Michel Foucault, ou comumente conhecido como Foucault, nasceu na cidade de Poitiers na França no dia 15 de outubro de 1926 e pertencia a uma família tradicional de médicos. Desenvolveu seu interesse pela filosofia durante os estudos na Escola Normal Superior da França, influenciado pelos seus tutores Jean Hyppolite e Louis Althusser, rompendo com a tradição familiar de médicos, acabou se formando em filosofia, história e psicologia. Através de seu estudo científico e com apoio em documentos e textos, produziu uma vasta obra de grande relevância social, filosófica e jurídica. Sua primeira grande obra foi “A História da Loucura”, sendo escrita enquanto ele era diretor da Maison de France na Suécia. Após retornar para França produziu mais duas obras significativas: “O Nascimento da Clínica” e “As Palavras e as Coisas”, onde desenvolveu uma técnica historiográfica a qual passou chamar de arqueologia (ERIBON, 1990).

Foucault participou de grupos de esquerda envolvidos em campanhas contra o racismo, contra violações dos direitos humanos e pela luta da reforma penal. Durante sua atuação no Collège de France, a partir de 1970, publicou mais três obras, “A Arqueologia do Saber”, “Vigiar e Punir” e “História da Sexualidade”, onde passa a enfatizar o poder na evolução do discurso na sociedade.

Michel Foucault veio a falecer no dia 25 de junho de 1984, em Paris, por problemas neurológicos agravados pelo HIV/AIDS (ERIBON, 1990). Foucault preferia classificar suas ideias como história crítica da modernidade, rejeitando as etiquetas de pós-modernista e pós-estruturalista, sendo seu pensamento bastante influente em grupos acadêmicos e ativistas (ERIBON, 1990). Foucault procurava fugir do dogmatismo, era estimulado pela curiosidade, não via problema em revisar suas obras, bem como mudar de opinião sobre elas, através da

autocrítica e autorreflexão, razão pela qual é difícil localizá-lo numa forma particular pelo seu trabalho (GREGÓRIO, 2011).

Foucault não pretendia fazer uma teoria do poder. Sua proposta é analisá-lo, identificar o que nos leva a falar de uma analítica do poder. O autor recusou a ideia que lhe foi atribuída como sendo o teórico do poder, relatando que apenas fez uma análise diferencial dos diferentes níveis de poder dentro da sociedade (COSTA *et al.*, 2008).

Antes de embrenharmos nas relações de poder, faz-se necessário explanar a concepção de poder segundo o autor.

3.1.1 Concepção de poder à luz de Michel Foucault

Para Michel Foucault o poder não é algo que se detém, como algo por direito, para ele o poder não existe, é fruto de estratégias, técnicas e táticas utilizadas nas diversas relações, não se constitui em um privilégio da classe dominante, mas um conjunto de estratégias utilizadas por esta classe, são as ações sobre as ações.

Sendo assim, o poder é algo que funciona estabelecendo relações, é pela disciplina que as relações de poder se tornam mais facilmente observáveis, pois é por meio da disciplina que estabelecem as relações: opressor-oprimido, mandante-mandatário e quantas forem as relações que exprimam comando e comandados.

Foucault em suas palavras traz a ideia de uma falsa noção de poder que era apresentada tradicionalmente, onde o mesmo encontrava-se localizado, alojado em um ponto central de onde ele tudo controla.

O poder, isto não existe. Eu quero dizer isto: a ideia que há, um lugar qualquer, ou emanando de um ponto qualquer, algo que é um poder, (Tal ideia) parece-me descansar sobre uma análise falsificada, e que, em todo caso, não se dar conta de um número considerável de fenômenos (FOUCAULT, 2001, p.302).

Para Foucault a concepção de que o poder encontrava-se centralizado não levava em conta um número considerável de fenômenos, dando uma ideia errônea da origem do poder. A partir disso, ele não via como explicar o fato de um poder estático, para ele o poder era dinâmico mas que se apresenta como algo “enigmático, ao mesmo tempo visível e invisível, presente e escondido, investido por toda a parte” (FOUCAULT, 2001, p.1180).

Outra forma que Foucault rejeita é da dimensão potencial do poder, o mesmo diz que o poder não é onipotente, onisciente, pelo contrário. Se as relações de poder produziram formas de inquérito, análises dos modelos de saber, é precisamente porque o poder não era onisciente, mas que ele era cego, porque ele se encontrava dentro de um impasse. Se a gente assistiu ao desenvolvimento de tantas formas de vigilância, é precisamente porque o poder continuava impotente. (FOUCAULT, 2001).

O termo dispositivo surge em Foucault designando inicialmente os operadores materiais do poder, ou seja, as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizados pelo poder. Os principais dispositivos de poder em Foucault são o poder disciplinar, a vigilância, o exame e a normatização (REVEL, 2005).

A ação de vigiar para Foucault é um claro exemplo da impotência do poder, visto que, para o autor, se ele tivesse a onipotência que imagina ter, não seria necessário a vigilância constante para manter assegurada a hegemonia.

Michel Foucault em sua obra “Vigiar e Punir”, publicada originalmente em 1975, constitui-se num tratado histórico acerca da pena enquanto modalidade de coerção e suplício, meio de disciplina e aprisionamento do ser humano, evidenciando a face social e política desta forma de controle social aplicado ao direito e às sociedades, de modo especial naquelas em que perdurou por muito tempo o regime monárquico. Nesta obra, ao fazer uma análise da proveniência do poder punitivo, estabelece críticas ao sistema existente de controle social através de vários métodos punitivos como técnicas de poder. Aborda a temática das relações do poder disciplinar, que expressam a forma como o poder era exercido na sociedade Moderna (século XVI e XVII).

[...] O poder disciplinar é [...] um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar” ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. [...] “Adestra” as multidões confusas [...] (FOUCAULT, 2005 p.143).

Para o autor, a punição e a vigilância são mecanismos de poder utilizados para docilizar e adestrar as pessoas para que essas se adequem

às normas estabelecidas nas instituições, controlando seus gestos, suas atividades, sua aprendizagem, sua vida cotidiana (FOUCAULT, 2005).

Assim, a partir da segunda metade do século XVIII, surge o poder disciplinar, onde passou a controlar os indivíduos estabelecendo relações de poder reguladas pelas normas. A disciplina efetivou a distribuição dos indivíduos em diferentes espaços, separando os ditos vagabundos e miseráveis da sociedade utilizando-se de técnicas como o encarceramento dos mesmos. A punição terá agora a função de corrigir os indivíduos para estabelecer relações de poder, como forma de controle para atender aos interesses da burguesia que necessita de corpos úteis, produtivos, disciplinados (FOUCAULT, 2005).

3.1.2 As relações de poder segundo Michel Foucault

Foucault argumenta que o poder não é algo que se possui. Para o autor, ele só existe quando exercido e que ele seria algo como uma ação em uma relação.

[...] o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que têm poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe, existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona (FOUCAULT, 2006, p. XIV).

Foucault (2006) faz uma análise de que o poder não é um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre o outro, de um grupo sobre o outro, é algo que circula, como algo que só funciona em rede, em cadeia, não há uma localização exata do poder, não é apropriado por alguns como um bem ou uma riqueza.

Diante destas considerações, Foucault (2005) reitera que o poder não existe, o que existe são as práticas ou relações de poder que se estabelecem na sociedade.

Em “Vigiar e Punir”, Michel Foucault versa sobre as relações do poder disciplinar, que expressam a forma como o poder era exercido na sociedade Moderna, analisa em que medida o exercício do poder é visto como uma microfísica, cujas relações funcionam como exercício de poder e produção de saber. A punição e a vigilância são mecanismos de

poder utilizados para docilizar e adestrar as pessoas para que essas se adequem às normas estabelecidas nas instituições (FOUCAULT, 2005).

Para o autor (2006) a disciplina é uma técnica do exercício do poder, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento do poder, é a análise do espaço, implica vigilância constante dos indivíduos e envolve registro contínuo das atividades. Portanto, a disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder têm por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade.

Para Foucault, os dispositivos disciplinares de poder fabricam um corpo dócil para sujeitá-lo e transformá-lo numa aptidão (FOUCAULT, 1995). O sujeito é controlado como um objeto a ser manipulado.

A noção de normatização está ligada à de disciplina, corresponde à aparição de um bio-poder, isto é, de um poder sobre a vida e das formas de governamentalidade que a elas estão ligadas, permite aplicar à sociedade toda uma distinção entre o normal e o patológico, entre o normal e o anormal (REVEL, 2005). As sanções normalizadoras se referem à imposição de ordem, escala hierárquica, dispositivos de comando e à previsão de comportamentos aceitáveis e eficientes.

Quanto ao exame Foucault (2008, p. 154) insurge:

O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. (...) É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade.

Outra consideração importante exposta pelo autor é que o poder produz saber, se o poder apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do saber (FOUCAULT, 2008).

Na obra “A Verdade e as Formas Jurídicas”, Foucault centraliza a discussão que poder e saber estão diretamente envolvidos. Nessa obra constata-se que existe uma relação entre poder e saber. Não podia haver saber sem poder. Nesses termos, pode-se dizer que não há relação de poder que não esteja intrinsecamente vinculada a um campo de saber. Do mesmo modo, que não há saber que não corresponda a um determinado poder. O poder está em todos os lugares permeando as

relações que se estabelecem entre as práticas profissionais, nas quais o poder exerce-se a partir do conhecimento adquirido no campo dos saberes científicos, como, por exemplo, na Psiquiatria e Psicologia. “Temos antes que admitir que o poder produz saber [...]; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber [...]” (FOUCAULT, 2005, p. 27).

Na ótica foucaultiana o poder é relacional e está presente no corpo social, novos sujeitos surgem com novos poderes e saberes, mostrando que as relações de força estão em constante movimento. O poder é algo que se propaga, que só funciona em rede (FOUCAULT, 2006; FARHI NETO, 2007; GREGÓRIO, 2011).

O que caracteriza o poder na visão de Foucault é que ele se coloca entre indivíduos ou entre grupos, em que alguns exercem poder sobre outros. O poder não é renúncia da liberdade. O poder só se exerce sobre sujeitos livres, que tem a possibilidade da reação diante da ação de poder, que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer (FOUCAULT, 2006). Não há relação de poder sem resistência. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder.

Saber e poder se implicam mutuamente e não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e também todo saber constitui novas relações de poder (FOUCAULT, 2006).

3.1.3 Relações de poder nas Instituições

Ao versarmos sobre o tema relações de poder é importante primeiramente, conhecermos de onde surgiu o poder médico nas instituições hospitalares.

Foucault (2006) através de sua obra “Microfísica do poder”, expõe que antes do século XVIII o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão, e como portador de doença de possível contágio, é perigoso, sendo necessário recolhê-lo para proteger os outros ditos saudáveis. O hospital é tido não como ambiente de cura, mas como um lugar para morrer. As pessoas que ali trabalhavam - religiosos ou leigos – o faziam por caridade em busca de salvação da alma. A medicina nesta época não era uma prática hospitalar, a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico.

Até meados do século XVIII quem aí detinha o poder era o pessoal religioso, raramente leigo, destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital [...] O médico era chamado para os mais doentes entre os doentes, [...] A visita médica era feita de forma irregular, em princípio uma vez ao dia, para centenas de doentes. O médico estava, além disso, sob a dependência administrativa do pessoal religioso que podia inclusive despedi-lo (FOUCAULT, 2006, p. 109).

Somente após meados do século XVIII que a instituição hospitalar é definida então como um instrumento de cura e a figura médica passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, onde sua presença se firma e se multiplica aumentando o ritmo das visitas médicas. Há então uma inversão das relações hierárquicas no hospital, onde a tomada de poder pelo médico se manifesta através do ritual de visita médica.

[...] desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. [...] o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc (FOUCAULT, 2006, p. 110).

O hospital a partir disso ganha outra característica, além de ambiente de cura, passa a ser lugar de formação de médicos, permitindo registrar, formar e acumular saber. O indivíduo emerge então como objeto do saber e da prática de médicos.

Após conhecermos um pouco da história do poder médico na instituição hospitalar e tendo em vista o que Foucault já expôs anteriormente, que poder gera saber, e o saber gera poder, podemos então nos concentrar nas relações de poder na prática de enfermagem.

Ao versarmos sobre o tema relações de poder na prática de enfermagem devemos ser cautelosos e não limitarmos às práticas cotidianas de trabalho como as relações enfermeiro-paciente, enfermeiro-médico, enfermeiro-equipe, mas sim transcender as práticas profissionais e as subjetividades dos sujeitos envolvidos.

Compreender como se dá a organização das práticas de enfermagem bem como as relações de poder vivenciadas pela equipe em sua prática profissional exige que se considere a natureza do poder, do conhecimento e da subjetividade dos sujeitos envolvidos nos processos, é preciso considerar como o poder é exercido, como os limites profissionais são estabelecidos e mantidos e quais são os efeitos dessas relações para estes sujeitos (MAY, 2006).

Práticas envolvem poder/saber, através do saber que as práticas se constroem, interagindo-se, sendo moldadas e redesenhadas constantemente, o conhecimento sempre emerge nas práticas, sendo inseparável também dos elementos que as constituem: normas, fazeres e discursos. Tanto o conhecimento (saber) quanto o poder emerge das práticas estando diretamente ligados entre si (MAY, 2006).

Em diversas relações onde há mecanismos de poder, pode haver também mecanismos de resistência, sendo necessário compreender que poder e resistência sempre caminham juntos (FOUCAULT, 1979).

A resistência se dá onde há poder, são inseparáveis, podendo ser o resultado dessas relações, a medida que as relações de poder estão em todo lugar, a resistência é a possibilidade de criar novos espaços de lutas (FOUCAULT, 2006).

Eu penso que é impossível conceber qualquer relação de poder sem resistência. Se não houvesse resistência, não haveria poder. Eu acredito que as relações de poder aludem, de um lado, à vontade de impor algo e, de outro, ao desejo de resistir (FOUCAULT, 2015, p. 99).

O presente delineamento retratou um fragmento das obras de Michel Foucault evidenciando as relações de poder com as práticas de enfermagem, contribuindo assim positivamente para a construção do conhecimento.

Refletir sobre as relações de poder à luz de Michel Foucault se torna laborioso tendo em vista a complexidade das obras do autor. Seus pensamentos nos levam a um novo olhar para as práticas de enfermagem, nos fazendo questionar constantemente nossas ações, a construção da história, possibilita a problematização das questões do poder e da produção de saber ao propor uma apreciação crítica do mundo em que vivemos.

Compreender como se estabelecem as relações de poder nas práticas profissionais da enfermagem nos remete a uma reflexão das

consequências do nosso posicionamento e posturas durante exercício profissional. É imprescindível investir na construção do conhecimento para a qualificação profissional e valorização das práticas de enfermagem, através do estudo evidenciou-se que por meio da produção do saber se estabelece as relações de poder.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 ESTUDO DE REVISÃO

Para este estudo foi realizado uma revisão integrativa de literatura com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores, e deve seguir os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original (GANONG, 1987; ROMAN, FRIEDLANDER, 1998; BROOME, 2000).

Este tipo de revisão tem por objetivo traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema, possibilita a síntese de estudos já publicados gerando novos conhecimentos. A revisão integrativa permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (GANONG, 1987).

Para não haver erros na realização de uma revisão integrativa de literatura é necessário que o pesquisador percorra as 6 etapas descritas na literatura. Para se elaborar uma revisão integrativa relevante é necessário que as etapas a serem seguidas sejam claramente descritas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A seguir são apresentadas de maneira concisa as etapas percorridas para esta revisão integrativa, de acordo com Ganong (1987).

1ª Etapa: Selecionando hipóteses ou questões para o resumo

O tópico de uma revisão integrativa deveria ser afirmado tão claro e específico quanto uma questão de pesquisa ou hipótese utilizada nas pesquisas primárias (GANONG, 1987). A primeira etapa do processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa, devendo esta ser clara e específica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Conforme Ganong (1987), nesta etapa definimos os descritores ou palavras-chave para a estratégia de busca, além dos bancos de dados a serem utilizados.

2ª Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

Nesta etapa inicia-se a busca nas bases de dados já definidas, para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. Esta fase está intrinsecamente ligada à fase anterior, o sucesso de uma depende da correta elaboração da outra. Segundo Ganong (1987) a omissão de como esse processo foi conduzido deixa os leitores com grandes dúvidas.

Estando o problema de pesquisa amplamente descrito, o mesmo tende a conduzir a uma amostra diversificada, devendo então o pesquisador ter um maior critério de análise (GANONG, 1987).

3ª Etapa: Representando as características da pesquisa primária

Para esta etapa da revisão faz-se necessária a utilização de instrumento elaborado previamente (APÊNDICE A) com o objetivo de organizar e elencar quais dados serão extraídos dos estudos selecionados. Para a autora a maneira mais simples de apresentar as características da pesquisa é formulando tabelas. “O uso de tabelas permite ao revisor apresentar ao leitor uma grande quantidade de dados puros de modo que a narrativa possa proporcionar uma análise, sumarização, discussão sistemáticos resultados e conclusões mais importantes” (GANONG, 1987, p. 4).

Este instrumento objetiva assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro (GANONG, 1987).

4ª Etapa: Analisando os achados

A quarta etapa tem por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores. Essa documentação deve ser elaborada de forma concisa e fácil. Este passo no processo de revisão é comparável ao de examinação e análise de dados primários empregando análise estatística (GANONG, 1987).

5ª Etapa: Interpretando os resultados

A etapa de interpretação é comparável com discussão dos resultados e implicações retiradas em pesquisas primárias. O pesquisador, guiado pelos achados, interpreta os dados e com isso, é

capaz de levantar as lacunas de conhecimento existentes e sugerir pautas para futuras pesquisas (GANONG, 1987).

6ª Etapa: Reportando a revisão

Conforme Ganong (1987) para finalizar a revisão integrativa de literatura o pesquisador apresenta a síntese do conhecimento elaborado a partir das outras cinco etapas percorridas. Consiste na produção de um documento que deve englobar a descrição de todas as fases de forma criteriosa, apresentando ao final os principais resultados alcançados.

Relatórios das pesquisas primárias devem incluir informações suficientes de modo que o leitor possa analisar criticamente as evidências. Da mesma forma, revisões integrativas devem apresentar detalhes pertinentes que o leitor possa taxar a apropriação do procedimento da revisão, assim como as ameaças para a validade dos resultados da revisão (GANONG, 1987, p. 10).

4.2 PESQUISA DE CAMPO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). Já a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, estando as entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado incluso nesta categoria (GIL, 2007).

A pesquisa exploratório-descritiva pretende analisar uma realidade social com a intenção de explicitar os significados e as representações dos sujeitos, sobre o objeto de estudo (MINAYO, 2010). Tem a finalidade de elucidar os fenômenos relacionados à profissão, no qual o pesquisador conduz a pesquisa realizando a observação, descrição e classificação de sua investigação (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa enfoca-se em compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva dos participantes em um ambiente natural e em relação ao contexto (SAMPIERI, 2013). Esta pesquisa é orientada para a análise de casos concretos em sua

particularidade temporal e local, partindo de expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (CRESWELL, 2010).

O enfoque qualitativo é selecionado quando buscamos compreender a perspectiva dos participantes (indivíduos ou grupos pequenos de pessoas que serão) os fenômenos que os rodeiam, aprofundar em suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados, isto é, a forma como os participantes percebem subjetivamente sua realidade (SAMPIERI, 2013, p. 376).

Conforme as fontes de informação a pesquisa é classificada como pesquisa de campo. Para este tipo de pesquisa o investigador necessita realizar o estudo em locais de convívio social. Na pesquisa de campo os pesquisadores qualitativos tendem a coletar os dados no campo e no local em que os participantes vivenciam a questão ou o problema que está sendo estudado (CRESWELL, 2010).

Minayo (2010), entende por campo, o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação.

4.2.1 Local e Contexto da pesquisa

O local do estudo desta pesquisa compreende um hospital público do município de Lages, em Santa Catarina. O mesmo pertence à macrorregião de saúde do Planalto Catarinense, sendo um dos 18 municípios inseridos na região de saúde da Serra Catarinense (SC - SES, 2012). O município é o maior em extensão territorial do Estado de Santa Catarina, e possui aproximadamente 180 mil habitante. Lages é conhecida nacionalmente como a Capital do Turismo Rural e a Terra da Festa do Pinhão. É o berço do turismo rural no Brasil, devido a sua posição geográfica estratégica, recebendo turistas de todo o país e do Mercosul, durante o inverno, quando o frio é intenso, ocorrem seguidas geadas e até ocasionalmente neve, cobrindo os campos de branco. (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGES, 2017).

Na saúde, é um dos principais centros clínicos de Santa Catarina, sendo que sua estrutura atende pacientes do Oeste, Meio-Oeste e do Alto Vale do Itajaí, sendo centro de referência para o atendimento a estas populações.

Lages vem trabalhando no sentido de reduzir a morbimortalidade materna e infantil. De acordo com Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2015a), o último óbito materno registrado na cidade foi em 2013 por causas obstétricas indiretas. Há uma preocupação crescente com relação aos óbitos neonatais e infantis (menores de 1 ano) na cidade de Lages. Conforme última atualização do DATASUS (BRASIL, 2016) realizada na data de 23 de maio de 2015, obtivemos um quantitativo de 37 óbitos de crianças menores de 1 ano, 20 deles sendo no período neonatal precoce (0 a 7 dias) e 13 óbitos no período neonatal tardio (7 a 27 dias).

O Hospital e Maternidade Tereza Ramos foi inaugurado em 19 de dezembro de 1943, possui estrutura física total de 16.000m² (dezesseis mil) metros quadrados. Coloca à disposição da população da região do Planalto Catarinense 206 leitos distribuídos entre: Clínicas Médica, Cirúrgica, Ginecológica e Obstétrica, UTI Adulto, UTI Neonatal, Berçário, Unidade de Queimados e Unidade Oncológica, além de dois Alojamentos Conjunto, Banco de Leite Humano e Sala das mães (HOSPITAL TEREZA RAMOS, 2016).

Possui também estrutura completa, equipada e em pleno funcionamento de Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, Central de Esterilização, Serviço de Apoio e Diagnósticos como Ultrassonografia, Radiologia, Ressonância Magnética. Dispõe de todo serviço de hotelaria e também de alguns serviços terceirizados como lavanderia, zeladoria e vigilância, e presta serviços para a comunidade com atendimento ambulatorial principalmente com referência a gestante de alto risco e unidade de oncologia. Conta com uma equipe formada por 734 servidores efetivos e contratados, sendo destes 431 da enfermagem (HOSPITAL TEREZA RAMOS, 2016).

O Centro Obstétrico (CO) do Hospital e Maternidade Tereza Ramos possui em sua estrutura física duas salas de admissão onde as gestantes passam pela triagem e primeira avaliação, 06 leitos de pré-parto, duas salas de parto, duas salas cirúrgicas, 01 sala para procedimentos diversos, 01 sala de recuperação pós-anestésica, 01 sala para atendimento do recém-nascido, 01 expurgo, 01 sala de reuniões e dois vestiários.

O quadro de pessoal do CO conta atualmente com 11 Enfermeiras Obstétricas, 17 médicos obstetras, 10 anestesistas, 12 pediatras, este responsáveis pela UTI neonatal e Alojamento Conjunto simultaneamente, 33 técnicos e auxiliares de enfermagem, 01 escriturária e 01 estagiária de enfermagem. A estrutura hierárquica do CO conta com uma Enfermeira Obstétrica como chefe imediata da

equipe de enfermagem, estando subordinadas à ela as demais EO, técnicas e auxiliares de enfermagem, bem como a estagiária e a auxiliar administrativa do setor. Cada especialidade médica possui seu chefe imediato no referido setor.

Conforme última atualização do mapa de estatísticas do CO (dezembro de 2016) mensalmente é realizado cerca de 1240 atendimentos na admissão do referido setor, 258 nascimentos ao mês, sendo destes, 153 partos normais e 105 cesarianas. Do total de partos normais assistido na instituição mensalmente, 82% foram assistido exclusivamente pela EO, sendo este um dos principais motivos pelo qual escolhi a referida maternidade para realizar o estudo (SAME - HTR, 2016).

O Hospital é certificado como Hospital Amigo da Criança, OMS/UNICEF/MS, desde 1996, permitindo assim que as mães sejam orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando dessa forma os índices de aleitamento materno e reduzindo a morbimortalidade materna e infantil na região.

A instituição serve de campo de estágio/atividades teórico-práticas para profissionais de saúde em formação de diversas áreas. Especificamente no Centro Obstétrico alunos dos cursos de medicina e enfermagem se fazem mais presentes. O serviço tem contribuído com formação de EO servindo de cenário de prática para alunos de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica desenvolvidos no município e também no Estado de SC, por oferecer a possibilidade de atuação direta das enfermeiras no processo de parto e nascimento.

4.2.2 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram médicos e médicas obstetras que desempenham suas atividades no Hospital e Maternidade Tereza Ramos, incluindo os médicos afastados por motivo de férias ou licença prêmio durante o período de coleta de dados, constituindo-se estes, os critérios de inclusão. Atualmente a instituição conta com 17 médicos obstetras efetivos e contratados atuantes diretamente no Centro Obstétrico, ao final do estudo obtivemos um total de 14 participantes.

Como critério de exclusão ficou estabelecido os médicos que encontravam-se afastados por motivo de doença, um deles entrou em processo de aposentadoria e dois estavam em viagem ao exterior não sendo possível concluir as entrevistas.

4.2.3 Coleta de dados

Para a entrada em campo, foi estabelecido contato pessoal e telefônico prévio com os médicos obstetras, convidando-os à participação da pesquisa, elucidando o objetivo do estudo e posteriormente, foi definido o local de coleta de dados. A coleta ocorreu no Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Tereza Ramos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro guia (Apêndice C), as mesmas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, o que facilitou o processo de interpretação. As entrevistas basearam-se em um roteiro de assuntos e perguntas abertas e o entrevistador teve a liberdade de fazer outras perguntas para precisar conceitos ou obter mais informações sobre os temas desejados, ou seja, nem todas as perguntas foram predeterminadas (SAMPIERI, *et al.*, 2013). O informante foi incentivado a falar livremente sobre o tema e as demais perguntas, quando feitas, buscaram dar mais profundidade às reflexões. As perguntas adicionais foram baseadas no que a pessoa entrevistada disse e consistiram principalmente em esclarecimentos e busca de detalhes.

4.2.4 Organização e análise dos dados

Para esta etapa do estudo utilizamos a técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2010, p. 40) caracteriza-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 44).

As etapas da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), organizaram-se em torno de três eixos cronológicos que nortearam esta pesquisa: a pré-análise, que compreendeu a organização propriamente dita do material e teve por objetivo tornar operacionais e sistematizar as

ideias iniciais, a exploração do material, com administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior e que consistiu essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas, e como terceiro eixo cronológico o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação dos mesmos (BARDIN, 2010).

Na fase de pré-análise foi realizado o primeiro contato com os materiais encontrados, ou seja, a leitura flutuante das entrevistas, deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2010).

Concluída a fase de pré-análise das entrevistas foi realizado a análise propriamente dita e para finalizar a análise do conteúdo encontrado seguimos com o tratamento e interpretação dos resultados, o que nos possibilitou propor inferências ou adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos (BARDIN, 2010).

4.2.5 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadas pela Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012). O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o parecer n.º 1.860.425/2016 (Anexo A) e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 56742316.3.0000.0121.

Todos os participantes foram conscientizados com relação à pesquisa e os que concordaram em participar da mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Para garantir o anonimato dos participantes optamos por trabalhar com as letras “MO” (Médico Obstetra) seguido do número de participação na pesquisa, para desta forma, caracterizar cada profissional que participou do estudo. Os mesmos foram conscientizados quanto ao objetivo da pesquisa, a importância da sua participação e a garantia de anonimato, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados na forma de manuscritos, em conformidade com a Instrução Normativa 01/PEN/2016 de 17 de agosto de 2016. Essa normativa altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A dissertação resultou em dois manuscritos. O primeiro manuscrito, intitulado “Relação interprofissional entre médicos e enfermeiras: uma revisão integrativa da literatura” buscou identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, acerca da relação interprofissional entre médicos e enfermeiras no processo de parturição.

O segundo manuscrito, intitulado “Relações de poder entre médicos e enfermeiras obstétricas no processo de parturição à luz de Foucault”, teve como objetivo principal conhecer a percepção do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.

5.1 MANUSCRITO 1 - RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.

INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIANS AND NURSES: AN INTEGRAL REVIEW OF LITERATURE

INTERPROFESIONAL ENTRE LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS RELACIÓN: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LITERATURA

Tatiana Benincá¹

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos²

RESUMO: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, em âmbito nacional e internacional, com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas sobre a relação interprofissional entre médicos e enfermeiras no processo de parturição. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL, INDEXPSI e SciELO Regional, no período de 2010 a 2015, sendo selecionados e analisados 13 estudos. Os dados analisados evidenciam a produção de um conhecimento científico que em seus resultados apresentam duas categorias: Relação interprofissional entre médicos e enfermeiras: caminhos para a construção de uma nova história e Estratégias de poder da profissional enfermeira e os desafios para sua

¹ Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira Obstétrica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido, GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: tati_beninca@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com

atuação. Os resultados apontam a necessidade de buscar alternativas e melhorias que proporcionem um ambiente de trabalho saudável com abordagem segura e eficaz com foco nas mulheres e suas famílias.

DESCRITORES: Enfermagem Obstétrica, Relação Interprofissional, Relações de Poder.

ABSTRACT: An integrative literature review was carried out, both nationally and internationally, in order to identify the contribution of the research developed on the interprofessional relationship between physicians and nurses in the parturition process. The search of the articles occurred in the MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL, INDEXPSI and SciELO Regional, databases, from 2010 to 2015, and 13 studies were selected and analyzed. The studies present positive and negative points in the interprofessional relationship between doctors and nurses as well as the power strategies used by the nurses for their performance and professional autonomy. The results point to the need to seek alternative and improvements that provide a healthy working environment with a safe and effective approach for women and their families

DESCRIPTORS: obstetric nursing, interprofessional relationship, power relations

RESUMEN: una revisión integradora de la literatura se llevó a cabo a nivel nacional e internacional, con el fin de identificar la contribución de la investigación llevada a cabo en la inter-relación entre los médicos y enfermeras en el proceso del parto. La búsqueda de artículos se produjo en la bases de datos MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL, INDEXPSI y SciELO Regional, el período de 2010 a 2015, se seleccionaron y analizaron 13 estudios. Los estudios tienen puntos positivos y negativos en las relaciones interprofesionales entre los médicos y enfermeras, así como las estrategias de poder utilizados por las enfermeras por sus conocimientos y autonomía profesional. Los resultados indican la necesidad de buscar alternativas y mejoras que proporcionan un ambiente de trabajo saludable con enfoque seguro y eficaz para las mujeres y sus familias.

PALABRAS CLAVE: Obstetricia, Relaciones interprofesionales, Las relaciones de poder.

INTRODUÇÃO

Atualmente a atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) vem ganhando força, sua figura se faz cada vez mais presente no processo de parturição, e conseqüentemente, a disputa por espaços de trabalho gera conflitos entre profissionais médicos e enfermeiros atuantes em sala de parto.

Embora a EO possua capacidade técnica e conhecimento científico e humanístico para atuar no cuidado às gestantes, parturientes e puérperas, muitos são os desafios diários enfrentados para conquistar autonomia diante da hegemonia médica encontrada em ambientes de maternidade.

Seguindo a tendência mundial de humanização do parto a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) e o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2014), recomendam maior participação da Enfermeira Obstétrica (EO) e da Obstetrix no processo de parturição, conforme regulamentado pela Resolução n.º 0516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), considerando a importância de acompanhar o trabalho de parto, aprimorar a assistência ao parto normal e contribuir com a diminuição das taxas de cesariana.

Para assegurar o trabalho interdisciplinar no atendimento às gestantes e parturientes faz-se necessário que ocorra o respeito e a valorização do saber das diversas categorias profissionais, bem como criar espaços e redes em que se possibilite uma condição para o exercício do diálogo aberto, porém a atuação da EO num cenário onde os partos são assistidos sobretudo por médicos obstetras, muitas vezes é vista como uma disputa de poder, gerando conflitos na atuação destas especialidades (ANGULO-TESTA, *et al.*, 2003).

Embora estudos mostrem resistência para a prática da EO em um ambiente de hegemonia médica (ARAUJO; OLIVEIRA, 2006; NARCHI *et al.*, 2012), estando as mesmas sujeitas ao consentimento médico para sua entrada em campo, a perspectiva para a mesma conquistar seu espaço profissional e estar cada vez mais atuante durante o nascimento aumentaram e caracteriza-se um fenômeno irreversível nos dias atuais.

Com o intuito de subsidiar a reflexão sobre a relação interprofissional entre obstetras e enfermeiras obstétricas este estudo de

revisão integrativa da literatura teve como objetivo identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, sobre a relação entre médicos e enfermeiras no processo de parturição.

Segundo Ganong (1987) a revisão integrativa de literatura consiste numa parte importante do processo de criação e de organização de um corpo de literatura.

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa foram percorridas seis etapas de acordo com o proposto por Ganong (1987). A primeira etapa consistiu na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, que se desenvolveu a partir da temática de atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição. Assim, foi delimitada a seguinte questão de pesquisa: qual a relação interprofissional entre médico e enfermeiras no processo de parturição?

Na segunda etapa, foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas publicadas em forma de artigo, em periódicos nacionais e internacionais, em português, inglês e espanhol; que investigaram a percepção dos médicos obstetras acerca da atuação da EO no processo de parturição; publicadas no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015; independente do método de pesquisa; e que possuíam título e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados. Foram excluídos os estudos que abordavam somente temas específicos como: percepção de mulheres que pariram com enfermeiras obstétricas e/ou utilização das boas práticas no parto normal assistido por EO, artigos que não tratem propriamente das relações entre médicos e enfermeiras.

A busca dos artigos foi realizada pela internet, nas bases de dados: Medical Literature on Line (MEDLINE), Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Index Psi Periódicos Técnico-Científicos (INDEXPSI) e SciELO Regional.

Para o levantamento das pesquisas nas bases de dados LILACS, BDENF e INDEXPSI, foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual de Saúde: Relação Médico-Enfermeiro (*Physician-Nurse Relations, Relaciones Médico-Enfermero*), Enfermeiras Obstétricas (*Nurse Midwives, Enfermeras Obstetricas*), Percepção (*perception, percepción*), Compreensão (*Comprehension, Comprensión*), Autonomia profissional (*Professional Autonomy, Autonomía Profesional*), Equipe de Assistência ao Paciente (*Patient Care Team, Grupo de Atención al Paciente*), Poder (*power*,

poder). Para a base de dados CINAHL, foram selecionados os seguintes cinahl headings: *Physician-Nurse Relations, Professional Autonomy, Patient Care Team, Relationship professional, Obstetric Nursing, Midwife, Power (Psychology)*. Na base de dados MEDLINE, foram selecionados as seguintes palavras no MeSH Database: *Physician-Nurse Relations, Professional Autonomy, Patient Care Team, Nursing, Obstetric Nursing, Power (Psychology), Empowerment, Perception*. Na base de dados SciELO Regional foram utilizados as seguintes palavras-chave: Autonomia profissional. Equipe de assistência ao paciente. Relação profissional. Médico. Medicina. Enfermagem. Parto. Parturiente. Percepção. Compreensão. Visão. Poder. Empoderamento. Enfermeira obstétrica. Parteira. Sala de parto.

Foram localizados 1182 artigos, sendo que 13 atenderam aos critérios de inclusão.

Na terceira etapa desta revisão integrativa, procedeu-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Essas informações foram catalogadas em ficha bibliográfica, e contemplaram: a identificação do periódico de publicação, o país de origem, ano de publicação, os objetivos, o referencial teórico, delineamento, os sujeitos, o instrumento utilizado para coleta de dados, o método, a análise dos dados, além de identificar os principais resultados, as conclusões, as recomendações para a prática, as sugestões de novas pesquisas e as dificuldades apresentadas.

A quarta etapa, avaliação dos estudos, ocorreu juntamente com a elaboração e análise das fichas bibliográficas. Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, observados os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar as seguintes categorias: *Relação interprofissional entre médicos e enfermeiras: caminhos para a construção de um nova história e Estratégias de poder da profissional enfermeira e os desafios para sua atuação*.

Na quinta etapa dessa revisão, discussão e interpretação dos resultados, foram elaboradas as recomendações para a prática, a partir das conclusões advindas da revisão, bem como, as sugestões para novas pesquisas, com a identificação de lacunas nos estudos incluídos.

E para finalizar na sexta e última etapa foi elaborado a revisão/síntese do conhecimento através das evidências disponíveis, apresentados a seguir.

Conhecendo os estudos

A busca nas bases de dados permitiu encontrar 1182 artigos, dos quais 13 foram selecionados, pois atendiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Ao analisar o delineamento de pesquisa na amostra estudada, identificou-se que onze estudos foram desenvolvidos com abordagem qualitativa e dois com abordagem quantitativa, sendo a utilização do referencial teórico-filosófico de Michel Foucault em cinco dos estudos selecionados. Os demais não mencionaram o uso de referencial teórico. Os descritores mais utilizados foram: história da enfermagem, enfermagem obstétrica, relação multiprofissional, médico.

Na coleta de dados, para avaliar a interação profissional entre médicos e enfermeiras, foram identificados dois estudos com entrevista com o recurso bola de neve, quatro com entrevistas semiestruturadas, quatro com questionário auto aplicável, um com questionários com perguntas fechadas de opção múltipla, um com questionário com perguntas abertas e um com revisão de literatura. (Quadro 1). No que diz respeito aos objetivos dos estudos, embora utilizando diferentes referenciais teóricos e metodológicos, em linhas gerais, tiveram como foco identificar como se dá a relação interprofissional entre médicos e enfermeiras bem como as estratégias de poder utilizadas pelas EO para sua inserção e atuação no processo de parturição.

Com relação aos sujeitos de pesquisa, nos estudos quantitativos houve a participação de 880 enfermeiros, sendo 871 mulheres e 9 homens. Nos estudos qualitativos, participaram 268 enfermeiros, 127 médicos e 105 profissionais de outras áreas, conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com os autores e ano de publicação, descritores, objetivo, delineamento da pesquisa/referencial teórico, participantes, instrumento de coleta de dados

Referência Autores/ano de publicação	Descritores	Título	Objetivo	Delineamento da pesquisa/ referencial teórico	Participantes	Instrumento de coleta de dados
CARVALHO et al., 2015	História da enfermagem; Hospitais universitários; Serviço hospitalar de enfermagem.	Hospital universitário da Universidad e Federal de Santa Catarina: o saber-poder das enfermeiras docentes (1975- 1980).	Historicizar a criação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e o poder das enfermeiras docentes na organização da enfermagem deste hospital.	Qualitativa com abordagem sócio- histórica/ Michel Foucault	5 enfermeiras e 1 médico	Entrevista semiestruturada
PROGIANTI et al., 2015	História da Enfermagem; Parto humanizado. Saúde da mulher; Enfermagem obstétrica.	Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998- 2004).	Analisar o processo de inserção das enfermeiras na assistência ao parto e as lutas dessas profissionais para implantar as práticas obstétricas humanizadas na Maternidade de Alexander Fleming.	Qualitativa / Pierre Bourdieu em sua Teoria de Mundo Social.	9 enfermeiras	Entrevista semiestruturada
SMITH, 2014	Colaboração interdisciplinar ; Colaboração interprofissional; Obstetrícia.	Colaboração entre parteira e médico: uma estrutura conceitual para a	Construir um modelo conceitual de colaboração o interprofis	Qualitativa	12 artigos	Revisão de literatura

		prática colaborativa interprofissional.	sional entre parteiras e médicos.			
REYNOLDS <i>et al.</i> , 2014	Obstetrícia; Transição; Recém-Qualificado; Autonomia; Suporte	Conto de fadas na obstetrícia-fato ou ficção: As experiências vividas de parteiras recém-qualificadas.	Explorar as vivências de parteiras recém-qualificadas durante os primeiros 12 meses após o registro.	Qualitativa	12 parteiras	Entrevista semi-estruturada
SCHADEWALDT <i>et al.</i> , 2013	Colaboração, comportamento colaborativo; Prática colaborativa; Comportamento, cuidados interdisciplinares; Enfermeira; Cuidados de saúde primários.	Investigando características de colaboração entre enfermeiros e médicos em cuidados de saúde primários: um protocolo de estudo de caso múltiplo.	Investigar as características de colaboração entre profissionais de enfermagem e médicos na área de saúde primária na Austrália	Qualitativa	Médicos e enfermeiros	Observação, questionário e entrevista semi-estruturada
SAMANIEGO <i>et al.</i> , 2012	Enfermagem; Médicos; Prática profissional.	A imagem e identidade profissional de enfermagem . O dever de uma construção.	Descrever a imagem profissional do enfermeiro dentro de grupos distintos, profissionais de saúde e seus pares, que atuam em diferentes setores do sistema de serviço de saúde.	Qualitativo, descritivo	100 enfermeiros, 103 médicos e 105 outros profissionais	Questionários com perguntas fechadas de opção múltipla.
GREGÓRIO <i>et al.</i> , 2012 ¹	Enfermagem obstétrica; História da enfermagem; Cuidado.	As estratégias do poder no contexto da Maternidade	Analisar as estratégias do poder no contexto	Qualitativa com abordagem sócio-histórica/	8 enfermeiras	Entrevista com recurso da técnica bola de neve

		Carmela Dutra – Florianópolis-SC (1956-1986)	da Maternidade de Carmela Dutra, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de 1956 a 1986.	Michel Foucault		
GREGÓRIO <i>et al.</i> , 2012 ²	Enfermagem Obstétrica; História da Enfermagem; Saúde da Mulher.	História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil. (1956-2001)	Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras à mulher na MCD no período de 1956 a 2001.	Qualitativa / Michel Foucault	9 enfermeiras	Entrevista com recurso da técnica bola de neve
MAYLONE <i>et al.</i> , 2011	Colaboração; autonomia; Profissionais de enfermagem; Relações interprofissionais; Pesquisa Quantitativa; Escala do comportamento da prática de Dempster.	Colaboração e autonomia: percepções entre enfermeiras assistenciais	Investigar a relação entre a percepção das enfermeiras sobre a colaboração com os médicos e o nível de autonomia das mesmas	Qualitativa, descritiva transversal	99 enfermeiras	Questionário
HASTIE <i>et al.</i> , 2011	Interações Inter-profissional; Parteira; Médicos, Serviços de maternidade; Colaboração; Comunicação Interprofissional Melhoria da qualidade.	Colaboração interprofissional na sala de parto: um estudo qualitativo.	Identificar quais os fatores que afetam as relações inter-profissionais nas unidades de parto	Qualitativa	9 médicos e 10 parteiras	Entrevista semi-estruturada

<p>USHIRO <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>Burnout, Colaboração; Atitude de papel de gênero; Intenção de continuar trabalhando; Equação estrutural modelo</p>	<p>As atitudes do papel de gênero dos enfermeiros hospitalares no Japão: sua relação ao Burnout, às percepções da colaboração médico- enfermeira, avaliação do cuidado e intenção de continuar trabalhando.</p>	<p>Examinar a relação entre as atitudes dos papéis de gênero dos enfermeiro s, esgotamen to, percepções de colaboraã o médico- enfermeira , avaliação de cuidados e intenção de continuar trabalhand o.</p>	<p>Quantitativa</p>	<p>798 enfermeiras</p>	<p>Questionário</p>
<p>OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>Conflito; Enfermeiro Médico; Relação; multiprofissio nalidade.</p>	<p>Relação entre enfermeiros e médicos no Hospital das Clínicas da Universidade e Federal de Goiás: a perspectiva do profissional de enfemagem .</p>	<p>Identificar a existência de conflito entre profissiona is médicos e enfermeiro s e destacar os possíveis fatores determinan tes desse, comparand o as particulari dades encontrada s no Hospital das Clínicas/U FG com a literatura pertinente.</p>	<p>Quantitativa</p>	<p>82 enfermeiros</p>	<p>Questionário auto-aplicável</p>
<p>BAZZARELLI <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>Poder nas organizações; Gênero; Conflito no trabalho; Relações</p>	<p>Gênero, representaçã o simbólica e origem social nos conflitos</p>	<p>Avaliar as origens e formas assumidas pelo conflito,</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>16 enfermeiras 14 médicos</p>	<p>Questionário + Entrevista aberta</p>

	de trabalho; Gestão de pessoas.	entre médicos e enfermeiras.	em hospitais públicos e privados, na perspectiv a da teoria política.			
--	---------------------------------------	------------------------------------	--	--	--	--

Fonte: Elaboração da Autora (2016).

Síntese dos estudos

Os dados analisados evidenciam a produção de um conhecimento científico que em seus resultados apresentam duas categorias: relação interprofissional entre médicos e enfermeiras: caminhos para a construção de uma nova história e estratégias de poder da profissional enfermeira e os desafios para sua atuação.

Relação interprofissional entre médicos e enfermeiras: caminhos para a construção de uma nova história

Nos estudos analisados a relação interprofissional entre médicos e enfermeiras é vista como uma relação geralmente conflituosa (GREGÓRIO *et al.*, 2012¹; OLIVEIRA *et al.*, 2010; BAZZARELLI *et al.*, 2010), onde evidencia-se relações de poder, lutas e resistências cujo objetivo é garantir espaço profissional e hegemonia do poder (GREGÓRIO *et al.*, 2012¹).

Nestas relações constatou-se fatores geradores de conflitos e práticas não-colaborativas entre estes profissionais, resultando em ambientes de trabalho estressantes o que interfere diretamente na qualidade do trabalho prestado (OLIVEIRA *et al.*, 2010; BAZZARELLI *et al.*, 2010). Dentre os fatores geradores de conflitos podemos citar problemas de comunicação, falta de delimitação de papel profissional e inadequada divisão de tarefas com os médicos (OLIVEIRA *et al.*, 2010; HASTIE *et al.*, 2011).

Como resultado das relações conflitantes entre enfermeiras e médicos obtemos a deterioração do ambiente e redução da satisfação no trabalho para ambos profissionais, maior rotatividade de profissionais

enfermeiros bem como aumento nos índices de *Síndrome de Burnout*¹ (USHIRO, 2010). Os atritos, em quaisquer organizações, provocam perda da qualidade no atendimento e de eficácia na utilização dos recursos (BAZZARELLI *et al.*, 2010).

Nem todos os estudos resultaram em relações conflituosas entre profissionais médicos e enfermeiras, práticas colaborativas foram mencionadas como facilitadoras da relação inter-profissional (HASTIE *et al.*, 2011; SMITH, 2014; MAYLONE *et al.*, 2011; USHIRO, 2010).

As relações são mutuamente benéficas quando há facilidade de comunicação, respeito mútuo, confiança, e responsabilidade profissional. Na relação de trabalho não se coloca um subordinado ao outro (SMITH, 2014), não há uma hierarquia entre as profissões.

Estudo aponta como fator positivo nas relações inter-profissionais o poder integrativo (HASTIE *et al.*, 2011), onde todos os profissionais, em uma mesa redonda, se unem para discutir casos e tomar decisões em conjunto, há um respeito pelo saber do outro bem como co-responsabilidade perante as decisões tomadas.

Dois estudos mostraram que a colaboração entre os profissionais constitui-se uma ferramenta para fornecer cuidados de alta qualidade aos pacientes, para isso deve-se proporcionar um ambiente em que há oportunidades para enfermeiras e médicos conseguir uma maior integração profissional, respeitando o conhecimento do outro, gerando então confiança (SMITH, 2014; MAYLONE *et al.*, 2011). A colaboração entre enfermeiras e médico é um processo, ambos trabalham juntos em direção a um objetivo, proporcionar uma abordagem segura e eficaz, cuidados para as mulheres e suas famílias, guiados por evidências científicas e normas e rotina institucionais (SMITH, 2014).

Estratégias de poder da profissional enfermeira e os desafios para sua atuação

No que diz respeito às estratégias de poder e desafios enfrentados pelos enfermeiros para sua atuação, estudos expõem que estas profissionais vêm conquistando espaços de trabalho e autonomia profissional (PROGIANTI *et al.*, 2012; GREGÓRIO *et al.*, 2012).

Três dos estudos analisados revelam a capacitação profissional como um dos dispositivos de poder utilizados pelas enfermeiras com o

¹ A Síndrome de Burnout é um fenômeno psicossocial que surge como resposta aos estressores interpessoais crônicos presentes no trabalho.

intuito de conquistar espaço, autonomia e respeito dos demais colegas médicos e de enfermagem (GREGÓRIO *et al.*, 2012; MAYLONE *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2015).

Estudo nacional mostra um movimento de luta e resistência ao poder-saber médico institucionalizado, que não reconhecia o saber-poder da enfermeira, motivando a busca por conhecimento da enfermeira por meio de cursos de especialização como forma de ampliar seu saber na área obstétrica e ter respaldo legal para sua prática (GREGÓRIO *et al.*, 2012²), o que de certa forma gerou insatisfação por parte dos médicos que percebem a enfermagem como subordinada à medicina no processo de trabalho.

Em decorrência de seus saberes, da constante busca por conhecimento e aperfeiçoamento, a enfermagem ocupa espaço de poder nas instituições de ensino, participando ativamente no planejamento e organização da enfermagem, do espaço terapêutico e da sistematização da assistência (CARVALHO *et al.*, 2015).

Atitudes que contribuem para a conquista de espaço e autonomia profissional estão relacionadas ao posicionamento da enfermeira diante de outros profissionais, estudo realizado no Japão mostra que as atitudes perante os diferentes gêneros, influenciam diretamente na assistência ao paciente, ou seja, enfermeiras que se posicionam de forma mais igualitária entre os diferentes gêneros (sexo masculino) e perante os profissionais médicos desempenham suas atitudes com maior sucesso, permanecem mais tempo em seu local de trabalho e apresentam menor risco ao desenvolvimento da Síndrome de Bornout (USHIRO, 2010).

Através da demonstração do conhecimento adquirido e de seu posicionamento igualitário perante outros profissionais, como resultante as enfermeiras vêm apresentando alto nível de autonomia determinados através da atitude, capacidade e habilidade profissional (MAYLONE *et al.*, 2011; REYNOLDS, 2014).

Embora as enfermeiras demonstrem responsabilidade, capacidade e habilidade prática, estudo desvela que algumas recém-formadas encontram-se ainda em 'modo estudante' (REYNOLDS, 2014) e esperam tanto autonomia como apoio em vez de buscá-lo por si mesmos.

Sugestões para novas pesquisas

Alguns estudos analisados sugerem novas pesquisas que aprofundem as investigações acerca dos fatores de proteção e geradores de conflitos entre profissionais médicos e enfermeiros, bem como

aqueles que analisam a situação sob a óptica do profissional médico (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Pesquisas adicionais sobre as relações entre colaboração e autonomia profissional também foram indicadas para compreender estes complexos conceitos (MAYLONE *et al.*, 2011)

Outros fatores apontados nos estudos como sendo de interesse para a pesquisa são estudos que possibilitem conhecer melhor a história das estratégias de lutas das enfermeiras atuantes (CARVALHO *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

A síntese dos estudos analisados revela a produção de um conhecimento científico que evidencia a EO como profissional habilitada, com potencial em conquistar autonomia e através de estratégias de poder vem ganhando espaço de trabalho, adquirindo novos conhecimentos científicos e adequado posicionamento profissional.

A presente revisão integrativa reafirma a importância de investigar e aprofundar estudos acerca da relação interprofissional entre médicos e enfermeiras, bem como os fatores geradores de conflitos que resultam em disputas de poder no contexto hospitalar. O intuito é buscar alternativas e melhorias que proporcionem um ambiente de trabalho saudável com abordagem segura e eficaz para as mulheres e suas famílias.

Essa síntese do conhecimento produzido acerca da relação interprofissional entre médicos e enfermeiras ratifica a importância da utilização dos resultados das pesquisas para fundamentar a prática clínica. Assim como, aponta a necessidade de que sejam desenvolvidas outras investigações para compreender melhor os aspectos multidimensionais que envolvem as relações interprofissionais.

Através da revisão integrativa evidencia-se uma importante lacuna no conhecimento acerca de relações interprofissionais específicas entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas no atendimento às parturientes em sala de parto, justificando a necessidade de novas pesquisas que abordem temas específicos desta área.

REFERÊNCIAS

ANGULO-TUESTA, A.; *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, 2003.

ARAÚJO, N. R. A. S.; OLIVEIRA, S. C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. **Cogitare enferm**, v. 11, n. 1, p. 31-38, 2006.

BAZZARELLI, I. M.; AMORIM, M. C. S. Gênero, representação simbólica e origem social nos conflitos entre médicos e enfermeiras. **Psicologia Política**. Vol. 10. nº 19. pp. 75-89. Jan. - Jun. 2010.

BOTELHO, L. L. R.; *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Soc**, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. editors. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; p. 231-50, 2000.

CARVALHO, J. B.; *et al.* Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina: o saber-poder das enfermeiras docentes (1975-1980). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, Jul-Set; 24(3): 766-74, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

Resolução 0516/2016. 2016. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>.

Acesso em 29 de dezembro de 2016.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 10(1):1-11.1987.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. As estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis-SC (1956-1986) **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 21(2): 277-85, 2012.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 65(5): 767-74, 2012.

HASTIE, C.; FAHY, K. Inter-professional collaboration in delivery suite: a qualitative study. **Women and Birth**. 24, 72-79, 2011.

MAYLONE, M. M.; *et al.*; Collaboration and autonomy: perceptions among nurse practitioners. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners** v23, 51-57, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez, 2008.

NARCHI, N, Z.; *et al.* O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.:1059-1068, 2013.

OLIVEIRA, A. M.; *et al.* Relação entre enfermeiros e médicos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás: a perspectiva do profissional de enfermagem. **Rev.Latinoam.Bioet.** Vol 10, No 2, Ed19, p. 58-67, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde materna e neonatal. Unidade de Maternidade Segura.Saúde Reprodutiva e da Família. Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático. Genebra, 1996.

PROGIANTI, J. M.; PORFÍRIO, A. B. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming (1998-2004). **Esc Anna Nery** (impr.) jul -set; 16 (3):443- 450, 2012.

REYNOLDS, E. K.; *et al.* Fairy tale midwifery—fact or fiction: the lived experiences of newly qualified midwives. **British Journal of Midwifery**. Vol 22, No 9, September, 2014.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**. Jul-Dez; 3(2):109-12, 1998.

SAMANIEGO, V. C.; CARCAMO, S. The nursing image and professional identity. The future of a construction. **Invest Educ Enferm**. 31(1):54-62, 2013.

SCHADEWALDT, V.; *et al.* Investigating characteristics of collaboration between nurse practitioners and medical practitioners in primary healthcare: a mixed methods multiple case study protocol. **Journal of Advanced Nursing**. 70(5), 1184–1193, 2014.

SMITH, D. C. Midwife–physician collaboration: a conceptual framework for interprofessional collaborative practice. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. Vol60, No. 2, March/April, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar., 2010.

USHIRO, R.; NAKAYAMA, K. Gender role attitudes of hospital nurses in Japan: their relation to burnout, perceptions of physician–nurse collaboration, evaluation of care, and intent to continue working. **Japan Journal of Nursing Science**.v7, 55–64, 2010.

5.2 MANUSCRITO 2: RELAÇÕES DE PODER ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO À LUZ DE FOUCAULT

RELAÇÕES DE PODER ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRA OBSTÉTRICAS NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO À LUZ DE FOUCAULT

RELATIONSHIPS OF POWER BETWEEN PHYSICIANS AND OBSTETRIC NURSES IN THE PROCUREMENT OF FOUCAULT LIGHTURNING

DESCUBRIENDO LOS MÉDICOS ENTRE RELACIONES DE PODER Y ASISTENTE PARA EL PARTO EN PROCESO DE PARTO LUZ FOUCAULT

Tatiana Benincá¹

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos²

RESUMO: Pesquisa de abordagem qualitativa que objetivou conhecer a percepção do médico obstetra acerca da atuação da EO no processo de parturição à luz de Michel Foucault. A coleta de dados foi realizada no Hospital e Maternidade Tereza Ramos, na cidade de Lages/SC, através de entrevista semiestruturada no período de setembro a dezembro de 2016, totalizando 14 médicos obstetras que atuam diretamente no centro obstétrico da instituição. Os resultados permitiram a elaboração de quatro categorias: A atuação da enfermeira obstétrica na percepção do médico obstetra; Conhecendo a percepção do médico obstetra acerca da relação interprofissional com enfermeiras obstétricas, práticas colaborativas e fatores geradores de conflitos desta relação; A legislação

¹ Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira Obstétrica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido, GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: tati_beninca@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. Lider e pesquisadora do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com

que acerca a atuação da Enfermeira Obstétrica: o que os médicos sabem; e Porque as práticas baseadas em evidências incomodam? Os resultados apontam a enfermeira obstétrica como profissional capacitada, com conhecimento técnico científico e humanístico para atuar junto às mulheres e suas famílias no processo de parturição. Baseada na perspectiva foucaultiana, o estudo demonstra que embora a relação interprofissional entre médicos e enfermeiras obstétricas seja descrita como tranquila e desprendida de conflitos, mesmo que imperceptível aos olhos de alguns, há a existência de relações de poder e saber entre esses profissionais.

DESCRITORES: Enfermagem obstétrica, Enfermeiras obstétricas, Equipe de assistência ao paciente, Poder (psicologia).

ABSTRACT: A qualitative research that aimed to know the perception of the obstetrician doctor about the obstetric nurse 's performance in the process of parturition. Data collection was performed at the Hospital and Maternity Tereza Ramos, in the city of Lages / SC, through a semi structured interview from September to December 2016, totaling 14 obstetrician physicians who work directly in the obstetric center of the institution. The results allowed the elaboration of four categories: Obstetric nurse performance in the perception of the obstetrician; Knowing the perception of the obstetrician about the interprofessional relationship with obstetrical nurses, collaborative practices and factors that generate conflicts in this relation; The legislation that regulates the work of the Obstetric Nurse: what do the doctors know?; And Why do evidence-based practices both bother doctors? The results point to the obstetric nurse as a trained professional, with scientific technical knowledge to work with physicians in the process of parturition. Based on the Foucauldian perspective, the study shows that although the interprofessional relationship between doctors and obstetric nurses is described as calm and detached from conflicts, even if imperceptible in the eyes of some, there are relations of power and knowledge among these professionals.

KEYWORDS: Interprofessional relationship, Obstetric nurses, Physicians, Power relations.

RESUMEN: Esta investigación cualitativa tuvo como objetivo conocer la percepción de la obstetra acerca de la enfermera obstétrica actuando en el proceso del parto. La recolección de datos se realizó en el Hospital Teresa Ramos, en la ciudad de Lages / SC, a través de entrevistas semiestructuradas en el período de septiembre a diciembre de 2016, por un total de 14 obstetras que trabajan directamente en la sala de obstetricia de la institución. Los resultados permitieron el desarrollo de las cuatro categorías: El papel de la comadrona en la percepción del obstetra; Conocer la percepción del obstetra acerca de la relación entre las parteras, con las prácticas de colaboración y los factores que generan conflictos de esta relación; Legislación sobre el rendimiento de la enfermera obstétrica: ¿Lo que los médicos saben; y debido a las prácticas basadas en la evidencia molestan tanto para el médico?. Los resultados apuntan a la comadrona como profesional capacitado con los conocimientos científicos para trabajar con los médicos en el proceso del parto. Sobre la base de la perspectiva de Foucault, el estudio muestra que aunque la inter relación entre los médicos y las parteras se describe como conflictos tranquilo y distante, incluso imperceptible para los ojos de algunos, no es la existencia de relaciones de poder y conocimientos entre estos profesionales.

PALABRAS CLAVE: Relaciones interprofesionales, Parteras, Médicos, Las relaciones de poder.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde brasileiro há mais de duas décadas vem desenvolvendo ações e uma estrutura legal que promove a atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) no atendimento às mulheres no processo de parturição, ao mesmo tempo em que organiza redes de atenção norteadas pela humanização (WINCK, *et al.*, 2010).

Com o objetivo de qualificar a assistência ao parto e nascimento no Brasil, o governo federal lançou a Rede Cegonha, uma ação mais recente que enfatiza esse cuidado humanizado. A participação da EO nos centros de parto normal do país e sua atuação na assistência ao parto normal das gestantes de risco habitual são consideradas como prioridade nas práticas de humanização (BRASIL, 2011) e vem sendo incentivada através de resoluções que normatizam esta assistência (COFEN, 2016).

Pesquisas realizadas demonstram as dificuldades enfrentadas por profissionais enfermeiras para sua inserção e atuação na área obstétrica,

onde destacam as relações interprofissionais conflituosas e disputas de poder no que diz respeito ao atendimento da mesma clientela.

Conforme elucidado pelo filósofo francês Michel Foucault (2006) o poder não é algo que se detém, uma propriedade ou privilégio de alguém ou de um grupo social, ele se dá nas relações entre os indivíduos e funciona em rede, é resultado de ações, de uma luta contínua e difusa, onde um exerce ação sobre a ação do outro. O autor traz também que onde há relações de poder há também resistência, ou seja, a reação sobre a ação. A liberdade é condição essencial para a existência do poder. O poder só se exerce sobre sujeitos livres, que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer.

Uma alternativa para minimizar essa dificuldade seria priorizar o trabalho em equipe como modalidade coletiva de atuação, em contraposição ao modelo isolado e independente, no qual muitos profissionais ainda trabalham (MELO, 2011). O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos serviços (CARDOSO, 2011).

Junior *et al*

O trabalho em equipe, na área da saúde, envolve relações complexas de interação entre diversos profissionais e é o principal mecanismo para melhorar a assistência prestada, pois possibilita a associação de diferentes potenciais pessoais que se agregam em busca de objetivos comuns (JUNIOR *et al.*, 2015, p.31).

Pesquisa realizada ressalta que a assistência ideal na percepção dos trabalhadores de enfermagem depende de relações harmônicas e respeitadas entre a equipe de trabalho, contribuindo para a integração dos trabalhadores, gerando união nas ações, respeito e relações interpessoais saudáveis, elementos indispensáveis para a consolidação da política de humanização dos serviços de saúde (JORGE *et al.*, 2011).

Outro ponto importante a ser considerado é o reconhecimento da EO como profissional capacitada com autonomia para a prestação de serviços humanizados à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal.

Junior (2015) expõe que o reconhecimento da capacidade de o enfermeiro prestar uma assistência humanizada é importante, porém esse reconhecimento precisa partir tanto dos próprios profissionais da enfermagem como de outros envolvidos no mesmo contexto, o que

poderia minimizar as tensões interprofissionais vivenciadas, cotidianamente, e melhorar as práticas de humanização.

Na cidade de Lages, região serrana de Santa Catarina, a assistência à mulher no processo de parturição vem ganhando destaque pela ampla participação das EO no atendimento à mulher em sala de parto. No cenário da pesquisa, o Hospital e Maternidade Tereza Ramos, as EO tem certa liberdade de atuação, de acordo com o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME (2016) da instituição, 82% dos partos normais são assistidos exclusivamente pelas Enfermeiras Obstétricas (SAME - HTR, 2016).

Embora os números demonstrem liberdade de atuação da EO na assistência à mulher em trabalho de parto, é necessário fortalecer a atuação desta profissional como parte da equipe multidisciplinar atuante em centro obstétrico. Diante do exposto emergiu a seguinte questão norteadora do estudo: Qual a percepção do médico obstetra acerca da atuação da EO no processo de parturição de uma Maternidade Pública do Planalto Serrano Catarinense?

Considerando a relação interprofissional entre médicos obstetras e EO na assistência à mulher em sala de parto, o presente estudo foi realizado com o objetivo de conhecer qual a percepção do médico obstetra acerca da atuação da EO no processo de parturição de uma Maternidade Pública do Planalto Serrano Catarinense.

Para fundamentar esta proposta adotamos como referencial teórico-filosófico a genealogia de poder de Michel Foucault. A escolha por Michel Foucault se deu por apresentar em suas obras um olhar diferenciado sobre a concepção de poder, a forma como ele se estabelece na sociedade, permitindo um olhar mais abrangente nas relações de poder-saber existentes na obstetrícia.

MÉTODODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa enfoca-se em compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva dos participantes em um ambiente natural e em relação ao contexto (SAMPIERI, 2013). Esta pesquisa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo de expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (CRESWELL, 2010).

O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Tereza Ramos, na cidade de Lages, Santa Catarina, por encontrar alí uma realidade

pouco vista em outras instituições do Estado. O Hospital e Maternidade Tereza Ramos foi inaugurado em 19 de dezembro de 1943, é certificado como Hospital Amigo da Criança, OMS/UNICEF/MS, desde 1996, e serve de campo de estágio/atividades teórico-práticas para profissionais de saúde em formação de diversas áreas.

Os participantes da pesquisa foram 14 médicos obstetras com atuação direta no centro obstétrico da instituição, incluindo os médicos afastados por motivo de férias ou licença prêmio durante o período de coleta de dados, constituindo-se estes os critérios de inclusão. Excluiu-se do estudo os médicos que se encontravam afastados por motivo de doença. Para a coleta de dados utilizamos entrevistas semiestruturadas as quais foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, para análise de conteúdo e temática dos dados obtidos.

Todas as entrevistas foram realizadas dentro do centro obstétrico durante seus plantões, cujo tempo médio foi de 40 minutos.

Para a organização e análise dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), caracterizada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A análise dos dados foi realizada primeiramente através da leitura fluante e exaustiva das falas dos participantes, em que buscou-se uma estruturação específica, que se manifestou por repetições temáticas, com a identificação dos principais temas no texto, ou seja, uma análise sequencial e temática. Para dar início à análise dos dados foram agrupadas em uma tabela as respostas de todos os participantes de acordo com cada pergunta realizada na entrevista semiestruturada. Por meio da leitura das falas dos participantes selecionou-se as palavras que saltavam aos olhos realçando-as com diversas cores e remetendo-as a um tema em específico.

Após identificar os temas emergidos a partir das falas a etapa seguinte consistiu na interpretação e tratamento dos resultados, com posterior agrupamento dos temas emergidos, que permitiram o desvelar das categorias.

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamentadas pela Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012). O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o protocolo n.º 1.860.425/2016 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 56742316.3.0000.0121 (Anexo A). Para

garantir o anonimato dos participantes optamos por trabalhar com as letras “MO” (Médico Obstetra) seguido do número de participação na pesquisa, para desta forma, caracterizar cada profissional que participou do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os participantes do estudo

O estudo realizado contou com uma participação equilibrada de indivíduos em relação ao sexo, de um total de 14 participantes, 50% são homens e 50% são mulheres. As mulheres participantes tinham idade de 30 a 45 anos e os homens de 33 a 62 anos. Com relação ao estado civil 12 entrevistados são casados e apenas 2 estão em uma união estável. O participante com menor tempo de atuação em CO tem 2 anos e o de maior tempo atuando possui 36 anos de assistência. Com relação ao tempo em que atuam junto às EO no Hospital e Maternidade Tereza Ramos o mesmo variou entre 2 e 11 anos. Conforme o local de residência médica os resultados mostram que a maioria realizou sua especialização em obstetrícia no sul do país, sendo 6 no Rio Grande do Sul, 5 em Santa Catarina e 1 no Paraná, 2 dos entrevistados realizaram sua residência médica no Estado de São Paulo.

Esses dados, tornam-se importantes para traçarmos um perfil dos participantes do estudo, bem como fazer uma análise do tipo e tempo de formação profissional, o que tem certa interferência nas condutas tomadas pelo profissional médico bem como na receptividade às mudanças de paradigmas que estamos vivenciando na obstetrícia.

No decorrer do estudo utilizaremos o substantivo masculino para nos referir aos participantes do estudo como um todo, não os diferenciando entre médicos ou médicas, não há relação direta com o gênero do participante.

A análise dos dados revelou quatro categorias: *A atuação da enfermeira obstétrica na percepção do médico obstetra*, *Conhecendo a percepção do médico obstetra acerca da relação interprofissional com enfermeiras obstétricas, práticas colaborativas e fatores geradores de conflitos desta relação*. *A legislação que acerca a atuação da Enfermeira Obstétrica: o que os médicos sabem.* e *Porque as práticas baseadas em evidências incomodam?* Tais categorias serão apresentadas a seguir.

Categoria 1 - A atuação da enfermeira obstétrica na percepção do médico obstetra

Os dados destacam a EO como profissional capacitada, com conhecimento técnico científico para atuar junto às mulheres na assistência ao trabalho de parto. Sua atuação é vista como essencial e importante, com visão diferenciada à humanização do atendimento às mulheres, conforme demonstrado a seguir:

[...] eu acho que as enfermeiras aqui são todas capacitadas, são todas pós-graduadas, não tem nenhuma que terminou a faculdade e veio direto para cá, e todas são capacitadas para fazer parto de baixo risco(MO1).

É essencial, aqui no TR não tem como o médico trabalhar sem as EO, acho que é uma equipe (MO5).

Aqui em Lages eu acho a EO fundamental no CO, pelo volume que a gente tem, pelas pacientes que a gente tem que são gestantes de risco, então é impossível ficar sem EO (MO11).

A visão humanística na assistência às parturientes também é mencionada como diferencial na atuação da EO. O predomínio dessas profissionais na assistência obstétrica reforça a sua importante contribuição no que se refere à prática assistencial, em concordância com a OMS, o MS e os princípios da humanização (SOUZA *et al.*, 2016).

Eu acho fundamental, porque eu acho que a enfermeira tem outra visão. A gente pensa mais em intervenção, eu acho que a enfermeira não, como ela quer fazer o parto, ela vai pensar nessa parte de posições, enquanto não atrapalhar. Então até onde não atrapalha, por exemplo, ficar de lado como vocês deixam, acho maravilhoso, acho que a enfermeira tem essa visão um pouco mais humana com as pacientes (MO8).

Acho que a princípio o enfermeiro entrou para suprir uma lacuna de assistência e eu gostei muito

de aprender, de estar lendo e vendo o que vocês estão fazendo (MO7)

Eu enxergo como um colega de trabalho, que auxilia a gente no plantão. É colega em parto normal, é de igual para igual, que vai ajudar a fazer os partos normais. A gente veio de São Paulo aonde a Enfermeira Obstétrica sempre tocou os partos normais, então para mim isso já era bem normal. Quando eu cheguei aqui já era mais ou menos parecido com o que era do nosso hospital. Então para mim faz parte da equipe e até é a responsável pelo parto, eu estou ali se precisar, mas até essa responsabilidade de avaliação do parto a gente confia nela (MO14).

Embora haja o reconhecimento da EO como integrante da equipe do CO alguns participantes ainda as vêem como auxiliares dos serviços médicos. Evidencia-se através das falas uma subordinação da enfermeira ao médico, onde numa escala hierárquica a enfermeira está abaixo do profissional médico.

Ela ajuda nosso serviço. São profissionais capacitadas, vocês ajudam na assistência ao parto e ao pré-parto (MO2).

É variável, eu acho necessário [...]. Se tem residência, o residente acaba tomando conta de tudo isso então, talvez nesse lugar não haja necessidade do enfermeiro obstetra. Para nós é necessária a enfermeira obstétrica porque o médico não tem condições de cuidar de todo o pré-parto. Mas eu acho que são funções que se misturam um pouco, nessa parte de pré-parto, que é um trabalho que pode ser feito tanto pela enfermeira obstétrica quanto pelo obstetra e na verdade eles vêm para complementar um pouco um ao outro. É importante esse suporte da enfermeira para nós porque senão nós não teríamos condições de dar assistência a todo esse número de pacientes que temos aqui (MO12).

Como se fosse o primeiro atendimento (MO3).

Como mostra os dados do SAME - HTR (2016) 82% dos partos normais são assistidos exclusivamente pelas EO. Este percentual, segundo os entrevistados, é devido a falta de profissional médico para atuar na assistência e está diretamente relacionado ao fato da maternidade ser referência no atendimento à gestantes de alto risco, prestando atendimento à toda região da Amures, o que aumenta significativamente a demanda de atendimentos na instituição. A maternidade em questão também não possui residência médica por não haver o quantitativo necessário de cirurgias ginecológicas, requisito para obtenção da residência.

Eu acho que a princípio é a demanda, eu gostaria de fazer mais partos do que eu faço agora, eu gostaria de ter condição de fazer, é uma deturpação total do sistema de saúde brasileiro. Aqui o que acontece é que toda a região da Amures vem para cá, a gente não tem mais condição, então na verdade você não poder estar em mais de um lugar ao mesmo tempo por um lado é isso (MO7).

Eu acho que aqui em Lages existe essa liberdade principalmente pelo número de médicos ser escasso, nos outros serviços que eu trabalhei, o número de médicos, o número de acadêmicos aprendendo era muito grande então talvez seja por isso que não havia tanto espaço para atuação da EO. Eu trabalhei também em outro CO que era um médico só e também as enfermeiras atuavam muito mais, muito mais com a paciente e com o cuidado do que nos outros que tinha muito médico (MO13).

Se tivessem residentes talvez vocês ficassem mais para escanteio, apesar de que alguns são um pouco preguiçosos, em relação a assistir o parto e a assistência no pré-parto (MO11).

Acho que aqui o maior fator que faz com que tenha todo mundo junto é que não tem obstetra suficiente, faltam no mínimo 6 ou 7 obstetras, um hospital deste porte tem que ter no mínimo 2 obstetras por plantão (MO4).

Eu acho que depois da cultura inserida seria muito difícil de ela ser mudada, eu acho que mesmo aumentando o número de médicos, porque eu acho que aqui caberia de 2 a 3 médicos, então para a gente poder atuar, digamos assim, ter uma atuação em todos os partos seria isso. Como isso não vai acontecer, eu acho que não mudaria. Depois essa cultura da EO arraigada de certa forma se acostumou, acomoda (MO12).

Outro fator importante relacionado à liberdade de atuação da EO nesta instituição é que as primeiras EO foram contratadas por volta de 2006, em substituição às parteiras que aqui atuavam, o que segundo os entrevistados, facilitou a aceitação para que elas assumissem a assistência.

O que acontece aqui antes de vir a enfermagem obstétrica é que já tinham as parteiras e elas faziam parto, então facilitou um pouco, tinha um pessoal muito prático, mas não tinham conhecimento técnico-científico, tinha um pessoal prático que fazia o parto e a gente acompanhava e isso já facilitou muito (MO9).

Quando eu entrei, essa cultura (de ter a parteira tomando a frente do atendimento) já existia, então há uma tendência a você se adaptar ao ambiente que já existe porque de onde eu vim não era assim, na verdade não existia EO, existia, mas ela não tinha função nenhuma. Quando eu cheguei aqui já existia essa cultura da parteira e eu me adaptei ao meio, como as EO entraram substituindo as parteiras por isso que houve esse primeiro choque porque as parteiras tinham muita experiência e a EO tinha diplomação e conhecimento conceitual, mas muita pouca experiência. Ai começou a haver resistência a EO (por parte dos médicos), mas como havia essa cultura de o pessoal não querer botar a mão na massa ai eles foram entregando para as EO e elas assumiram (MO10).

Uma percepção importante frente à atuação da EO no processo de parturição é a falta de autonomia profissional de algumas profissionais enfermeiras e um desinteresse em capacitar-se ao trabalho. Segundo os dados algumas EO não buscam capacitação e atualização profissional e isso interfere diretamente na falta de autonomia profissional.

Embora as enfermeiras demonstrem responsabilidade, capacidade e habilidade prática, estudo desvela que algumas recém-formadas encontram-se ainda em 'modo estudante' (REYNOLDS, 2014) e esperam tanto autonomia como apoio em vez de buscá-lo por si mesmos.

Quando eu cheguei aqui já existia essa cultura da parteira e eu me adaptei ao meio, como as EO entraram substituindo as parteiras por isso que houve esse primeiro choque [...] começou a haver uma resistência a EO (por parte dos médicos), mas como havia essa cultura de o pessoal não querer botar a mão na massa aí eles foram entregando para as EO e elas assumiram. Esse foi o primeiro movimento, aí o segundo movimento foi a entrada de novas EO que houve novamente esse impacto da não experiência, e agora a gente está tendo uma terceira onda que é o que eu acho que vocês estão perdendo espaço, eu vejo claramente isso, vocês já foram mais livres do que são hoje, hoje a gente atua muito mais do que atuou no passado, é um somatório de coisas que eu acho, um porque são obstetras novos e que são mais inseguros que acompanham mais e que tem uma cultura de acompanhar mais e as EO novas elas não tem a mesma autonomia que vocês tinham, não sei se a formação dela não foi igual a de vocês. Vocês tiveram uma curva de aprendizado e foi mais rápida, a curva de aprendizado delas meio que estagnou, não vejo elas evoluindo e eu acho que há uma perda de espaço hoje, não consigo identificar o motivo, mas eu vejo claramente que a EO está perdendo espaço. A gente percebe que assim, que não é mais a mesma coisa, que há uma tendência a haver mais participação do médico e menos da EO (MO10).

Eu acho que essas enfermeiras que são inseguras às vezes elas gostam de pressionar que seja feito cesariana. A princípio a enfermeira ela dava o apoio ao paciente e hoje em dia eu vejo que elas ficam só fazendo papel e fazem a avaliação básica do paciente, mas não dão o apoio. Eu acho que isso se perdeu em parte pelo volume de pacientes e o próprio comportamento da enfermagem atual (MO12).

Há também uma preocupação com o ensino nos cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica, os mesmo baseiam-se em resoluções que normatizam a assistência da enfermeira obstétrica nos centros de parto normal as quais trazem que para a obtenção do título de especialista em obstetrícia a enfermeira deve concluir 15 consultas de pré-natal, 15 atendimentos imediatos ao recém-nascido em sala de parto, e 20 atendimentos ao processo de parturição (COFEN, 2016), número este insuficiente na percepção dos profissionais médicos para a enfermeira se tornar uma especialista em obstetrícia.

Só que vejo que tem muita EO que não tem preparo, que nem eu falo para as meninas que a pós-graduação fica dez dias aqui dentro, eu acho que dez dias não da condição de ninguém sair daqui sabendo manejar um trabalho de parto ou um parto (MO11).

Acho que o procedimento das EO é muito ousado em relação à formação, elas não têm essa formação para ter a autonomia que elas têm. Uma vez até sugeri porque eu achei que tinha que ter obstetra junto na formação, a formação é ruim, ano passado entraram aqui 3 obstetras, com quantos eu precisei entrar junto, nenhum. E a EO quando sai e vem especialista tem que ficar cuidando, de olho no que faz. Ela sai da formação sem noção do que está fazendo, não tem noção de uma episiotomia, da musculatura perineal, da variedade de posição do feto, tanto que tem que fiscalizar. Ela sai especialista em obstetrícia e quando ela vem, tem que ter duas fiscalizando porque a formação é precária. O pouco tempo de estágio, como é que você vai fazer 5 partos e dizer que é especialista. A formação é totalmente

insuficiente. O período é muito curto de formação (MO4).

Através dos dados obtidos percebe-se que a EO atuante na instituição é reconhecida como profissional capacitada para o atendimento às gestantes no processo de parturição, com visão humanística para a assistência, porém, algumas não demonstram interesse em aprofundar o conhecimento técnico-científico, estagnando-se no tempo, perdendo então autonomia profissional.

Segundo Maylone *et al.* (2011) e Reynolds (2014) é através da demonstração do conhecimento adquirido e de seu posicionamento igualitário perante outros profissionais que as enfermeiras apresentam alto nível de autonomia determinados através da atitude, capacidade e habilidade profissional.

Michel Foucault em sua obra “Vigir e punir” aborda as relações de poder-saber, onde através do conhecimento há a constituição correlata do poder e vice-versa. Todo saber constitui novas relações de poder. O exercício do poder é um lugar de formação do saber. Assim sendo, o hospital não é só espaço para cura, mas também espaço para produção e transmissão do saber (FOUCAULT, 2006).

Categoria 2 - Conhecendo a percepção do médico obstetra acerca da relação interprofissional com enfermeiras obstétricas, práticas colaborativas e fatores geradores de conflitos desta relação.

Ao serem abordados sobre como percebem sua relação profissional com as EO atuantes na instituição a maioria dos entrevistados descrevem uma relação não conflitante, de respeito ao espaço de atuação, de responsabilidade mútua, colaboração e confiança, ambos trabalham como uma equipe integrada no intuito de uma assistência qualificada ao binômio mãe-filho, como podemos comprovar pelas falas a seguir:

Boa, acho uma relação tranquila. A relação é mais respeito, cada um na sua área, e a gente está aqui para se ajudar, não é concorrência, não tem disputa, tanto que quando dá algum problema, dá problema para todo mundo, e quando não está evoluindo, vocês têm abertura pra vim dizer para gente(MO1).

Tenho um bom relacionamento com todo mundo que trabalha aqui, não tenho nenhuma restrição. Eu não fico metendo o nariz no serviço delas [...] cada um faz do seu jeito que aprendeu(MO4).

O que a enfermeira fala a gente escuta e normalmente o que eu falo vocês também escutam. Nunca tive problemas com isso, existe um respeito mútuo. Os dois profissionais são profissionais, cada um tem sua bagagem e acho que isso tem que levar em consideração também(MO8).

São funções que não se confrontam elas são paralelas, é uma equipe multidisciplinar, desde que cada um saiba sua função dentro do processo(MO10).

Eu acho um relacionamento super válido, eu acho que a qualidade disso só tem a crescer e quanto mais a gente tiver com as nossas engrenagens bem lubrificadas e que eu tenho certeza que a obstetrícia tem que mudar, ela tem que desfocar do médico, que enquanto a obstetrícia estiver focada no médico ela vai ser esse Deus nos acuda que ela é na maioria dos locais, que enquanto ela não estiver centrada na enfermagem, nas obstetrizes, que fazem um trabalho mais exclusivo com o trabalho de parto natural, com o trabalho de parto fisiológico e deixar realmente para a área médica só o patológico a gente não vai conseguir mudar os paradigmas da obstetrícia(MO13).

A colaboração entre EO e médico obstetra é um processo, ambos trabalham juntos em direção a uma objetivo, proporcionar uma abordagem segura e eficaz, cuidados para as mulheres e suas famílias, guiados por evidências científicas e normas e rotinas institucionais (SMITH, 2014).

Os dados chamam atenção para a necessidade de supervisionar o trabalho da EO no intuito de adquirir confiança em sua assistência. A ação de vigiar em Foucault (2006) é abordada como um dispositivo de poder utilizado para tornar o corpo dócil, a vigilância é o principal instrumento de controle.

Eu acho que elas são capacitadas para isso, mas eu estou sempre acompanhando. O pessoal mais novo, ninguém nasce sabendo, a experiência vai aumentando com o tempo (MO9).

Eu sempre estou dentro do CO, então eu meio que sei cada enfermeira se eu confio ou não para, por exemplo, ficar duas horas em cesárea(MO11).

[...] até porque assim, a parte cirúrgica, a enfermeira não pode fazer então o médico se ocupa muito com essa parte cirúrgica, então você vai lá ficando uma hora em uma cesariana, e alguém tem que dar conta do que está acontecendo aí fora, não pode ficar perdida(MO12).

Embora o médico obstetra demonstre confiança no trabalho da EO atuante na instituição, descreva a relação entre ambos como sendo de responsabilidade onde a EO tem autonomia para discutir e questionar sobre a assistência a ser prestada e mesmo tendo conhecimento de sua responsabilidade legal para o atendimento ao processo de parturição, numa demonstração clara de poder alguns participantes evidenciam sua responsabilidade pela decisão final ao caso de cada paciente, ou seja, eles detém o poder de decisão. Alguns profissionais médicos ainda conservam o pensamento que as enfermeiras, em uma escala hierárquica, estão subordinadas à eles e devem prestar assistência de acordo com o que foi decidido por eles. A hierarquia médica está pautado no corpo de conhecimento técnico-científico adquirido por eles ao longo dos tempos (CARDOSO, 2011), para eles quem possui o conhecimento detém o poder sobre os sujeitos vigiando suas ações, tornando-os assim os corpos dóceis. Um corpo dócil é aquele que pode ser submetido, que se pode modificar e aperfeiçoar, formando-se uma relação de que quanto mais obediente, mais útil (FOUCAULT, 2006).

Ela pode participar da elaboração da conduta, mas a conduta final é nossa porque é a gente que responde (MO2).

[...]o médico tem que tomar as condutas, de avaliar, eu acho que a enfermeira vai, avalia passa o caso para o médico daí eles tomam as

condutas até em conjunto, as enfermeiras que são experientes podem até propor (MO12).

Você tem hierarquia e você tem responsabilidade, a enfermeira na hierarquia está subordinada ao médico, ela tem que seguir a conduta médica (MO3).

Cardoso (2011) em seu estudo traz que, um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores.

Para que haja confiança no trabalho da enfermeira e as relações interprofissionais sejam proveitosas algumas práticas colaborativas foram mencionadas pelos participantes da pesquisa, bem como foram elencados os fatores geradores de conflitos entre estas duas classes predominantes no complexo hospitalar, conforme exposto a seguir:

Dentre as práticas colaborativas novamente percebemos a fala do “respeito às condutas médicas” como um dispositivo, uma estratégia de poder utilizada pelos médicos para que a relação entre ambos seja harmoniosa

Eu acho que, em primeiro lugar é a conduta, a gente estabelece as condutas e segue as condutas(MO1).

Eu vigio bastante até por essa parte que a conduta é médica, não por desconfiança se eu achasse que não tinha capacidade eu entrava para fazer o parto (MO9).

Por outro lado, através dos dados também destacam-se como prática colaborativa o respeito profissional que há entre as duas especialidades, respeito ao saber do outro, à sua área de atuação e ao trabalho em equipe.

[...] existe muito respeito, cada um na sua área, acho que é por isso que dá certo (MO1).

Respeito mútuo, tanto nosso com o profissional que está atuando quanto da enfermeira com a gente. Como existe esse respeito, dá certo. (MO2).

Eu acho que é discutir os casos juntos, ver as pacientes juntos (MO14).

Não vejo nada que possa interferir nisso, aqui cada um tem bem delimitada sua área de atuação(MO4).

Eu acho que tem que trabalhar em conjunto, tem que ter coleguismo. Então é um ajudar o outro. Da parte do médico, o médico conversar com a enfermeira, ouvir o que a enfermeira tem a dizer, sempre respeitar o que a enfermeira fala. E eu acho que da parte da enfermagem é realmente ela assistir, ela se preocupar com o paciente (MO12).

As relações são mutuamente benéficas quando há facilidade de comunicação, respeito mútuo, confiança, e responsabilidade profissional. Na relação de trabalho não se coloca um subordinado ao outro (SMITH, 2014), não há uma hierarquia entre as profissões.

Estudos revelam a capacitação profissional como um dos dispositivos de poder utilizados pelas EO com o intuito de conquistar espaço, autonomia e respeito dos demais colegas médicos e de enfermagem. (GREGÓRIO *et al.*, 2012; MAYLONE *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2015). Os dados revelam a demonstração de conhecimento, autoconfiança e capacidade profissional como prática colaborativa à uma relação harmoniosa, de confiança e respeito interprofissional, conforme disposto abaixo:

A principal parte da boa relação é a pessoa ser competente no que faz. Que não precisa chamar atenção, aí a gente confia mais. Quanto maior a competência da enfermeira em dar assistência ao parto, melhor a nossa relação (MO2).

Eu gosto de trabalhar com pessoas que confiam nelas mesmas. Eu acho isso importante porque se você tem alguém que não confia ou tem medo de fazer um parto, demonstra insegurança. Como você se conhece, você se confia. Essa falta de coragem tem muito a ver com a confiança, com o medo(MO7).

Eu acho que a confiança é uma coisa que vai com o tempo. Através da postura da enfermeira, o jeito com que ela passa o caso, você vê que ela não está tão segura do que ela tá falando e já fica meio assim [...]. Mas eu acho que a segurança também, o jeito que você passa o caso é muito importante, você vai confiar na pessoa a partir do momento que ela vai te mostrar o que sabe ou não(MO8).

É questionar, é perguntar, é mostrar que tem conhecimento teórico o que falta muito. Uma coisa é saber fazer o parto mas tem que saber a obstetrícia tem que saber patologia obstétrica para poder entender o porquê do parto, o porquê da indicação. É isso que facilita(MO14).

E eu acho que da parte da enfermagem é realmente ela assistir, ela se preocupar com o paciente, fazer o trabalho que ela tem que fazer corretamente que ela já mostra para o médico que ela é capacitada, que ela está interessada e que está fazendo as coisas corretamente(MO12).

Há anos vem se discutindo sobre as relações de poder existentes no contexto hospitalar, principalmente na área obstétrica, onde atualmente novos saberes e poderes vêm surgindo com a reconfiguração dos cenários de nascimento. Ao abordarmos as práticas que dificultam a relação interprofissional entre obstetras e EO atuantes em centro obstétrico nos deparamos com a preocupação por parte dos médicos na falta de conhecimento e competência técnica de algumas profissionais, bem como quando demonstram certo desinteresse na assistência, quando não estabelecem um padrão satisfatório de comunicação entre a equipe ou possuem comportamentos de desrespeito para com o outro profissional conforme exposto abaixo:

Uma má assistência ao parto. Se não tiver uma boa assistência ao parto a gente não vai confiar no serviço da enfermeira (MO2).

Mostrar-se muito arrogante, não aceitar críticas, demonstrar um conhecimento técnico falho (MO6).

Hoje o que eu vejo uma insegurança muito grande da equipe de assistência de enfermagem, elas são muito inseguras, então o que acontece não é que não é para chamar, mas como elas são inseguras elas pedem a minha avaliação o tempo todo, eu sou intervencionista, eu vou começar a intervir então quanto mais me chamam mais eu vou intervir só que quanto mais eu intervenho mais eu tenho impressão de que o “troço” não está funcionando, aí eu começo a ficar inseguro para a equipe porque você começa a ver coisas óbvias que não foram vistas e é isso que eu vejo, uma certa insegurança por parte da equipe atual, não sei se é por imaturidade ou por despreparo, eu não sei o que é (MO10).

A falta de conhecimento pode gerar um pouco de falta de confiança, o despreparo pode dificultar essa relação porque você se obriga a se fazer presente o tempo inteiro para ficar mais tranquila no seu plantão (MO11).

Novamente percebemos através dos dados a importância do conhecimento técnico-científico para a prestação de uma assistência de qualidade ao binômio mãe-filho. A EO que demonstra um conhecimento limitado gera uma relação de insegurança, perdendo autonomia no espaço de trabalho. A comunicação ineficiente sobre a evolução de cada parturiente e a falta de abertura para esta comunicação foi evidenciada como fator gerador de inseguranças. Estudo anterior enumera problemas de comunicação como possíveis causas de divergências no trabalho em equipe, sendo esta uma atitude geradora de dificuldades no ambiente de trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2010) conforme exposto pelas falas a seguir:

Para mim principalmente aquela pessoa que não me passa as informações, que avalia o paciente e não me fala, internou outro paciente lá ela viu, fez toda conduta e não me avisa. Eu acho que é falha de comunicação, isso te deixa muito insegura porque aí você pensa “a pessoa está lá fazendo o procedimento e você não sabe o que ela vai fazer se vai fazer direito ou não, se ela tiver alguma falha, será que ela vai me avisar? (MO12).

Para discutir o caso, tem que ter essa abertura que não tem tanto, não tem essa discussão, as vezes a questão não vem ao caso. Infelizmente a gente faz plantão sozinho, porque você tem cesárea, tem porta, então você acaba com o tempo deixando na mão da Enfermagem acreditando que a Enfermeira vai te trazer o caso complicado, caso de madrugada, você acredita que está tudo bem. Você fala: olha, me avisa ou me chama, e nem sempre chamam ou avisam, geralmente quando chamam já é que o negócio complicou. Mas é só diálogo, tem que se dar bem com a equipe, mas nem todo mundo tem essa atitude (MO14).

Tem médico que não dá muita abertura, que não dá para a Enfermagem, que não dá abertura para aluno, que não dá abertura para ninguém, um pouco mais fechado (MO14).

Estudo mostra certas dificuldades que os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe. Diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho no campo da saúde têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento ao trabalho em equipe (NOGUEIRA, 2015).

Os dados emergem um descontentamento quando há a falta de interesse na prestação de serviços de certas EO no dia-a-dia do centro obstétrico, quando não prestam uma assistência baseada em evidências ou quando há uma interferência na conduta médica, indicando procedimento sem antes terem assistido de maneira completa a parturiente.

Incomoda-me quando eu vejo que você quer se livrar da paciente indicando uma cesariana antes de mim. Isso é uma coisa básica, porque eu vejo que você não teve ação, você não fez as coisas que tinha ao seu alcance, porque você simplesmente julgou que aquele trabalho não vai dar certo (MO7).

Vejo que o grupo da assistência não está assistindo como deveria, mas como esse (grupo das EO) que é o preparado para assistir e dar apoio, não está funcionando adequadamente, esse aqui (grupo dos médicos) que não devia estar toda hora lá, está indo, e aí está interferindo em todo um processo (MO10).

Tem gente que apesar de fazer obstetrícia, não parece se importar muito. Parece que quer trabalhar por trabalhar, não tem muito apreço pela profissão, pelo que está exercendo mesmo (MO12).

[...] na residência eu provavelmente devo ter feito mais de mil partos durante os meus três anos e a gente tem meninas que chegam aqui que acompanharam oito ou dez. Aí você perde um pouco de confiança, mas eu até fico disponível para tentar ajudar mas não vejo muita vontade de querer aprender. Quando a gente é chamada normalmente a Enfermeira sai, ela não fica lá para aprender (MO14).

Cardoso (2011) em seu estudo diz que mediante aos aspectos já elencados, se adicionam outros fatores desencadeadores de conflitos, tais como: a falta de clareza na delimitação de papéis, as disputas de poder, a estrutura hospitalar verticalizada e burocratizada e a falta de comprometimento de muitos profissionais. Esta realidade é pouco vista no local do estudo em questão, porém está evidente a existência de fatores geradores de conflitos na instituição e os profissionais devem estar atentos para estes fatores no intuito de prevenir o desgaste do ambiente de trabalho evitando assim que o mesmo interfira diretamente na assistência prestada por esta equipe.

Categoria 3 - A legislação acerca da atuação da Enfermeira Obstétrica: o que os médicos sabem.

Através do estudo constatou-se um déficit de conhecimento quanto à responsabilidade legal de cada profissional dentro do centro obstétrico, ocasionando por vez uma invasão no espaço de trabalho do outro, fator este elencado como possível gerador de conflitos na relação

interprofissional entre médicos e enfermeiras e que será disposto a seguir.

O que está errado nessa relação é que as EO não são responsáveis pelo serviço que fazem, porque têm profissionais bons e ruins, como tem médico também, como tem em qualquer área, mas nós estamos submetidos ao trabalho da enfermeira, você fica pendurado, as vezes você não vê um parto, vai ver na hora de dar alta, pq não vem gente pra ver, ou pra ficar acompanhado, tem cesárea simultânea, você só prescreve, assina a responsabilidade pelo ato cirurgico, a AIH e pronto, acaba nem vendo o que acontece. Isso ainda me preocupa, muito grave a situação (MO4).

Qualquer coisa que aconteça o responsável vai ser o médico, ai você pensa “eu nem estou assistindo o parto e estou responsável. Isso é uma coisa complicada porque na verdade eu acho que os dois são corresponsáveis por aquela evolução (MO8).

O que eu vejo hoje é que não está claro o papel de cada um dentro da assistência, não é claro isso, não é claro para nenhum de nós, até onde você vai e até onde eu vou. Eu vejo assim, existe uma dificuldade de cada um entender qual é o seu papel dentro da assistência e que se houvesse esse entendimento, na verdade a gente não iria discutir, a gente ia se ajudar porque sinceramente eu acho que vocês assistem muito melhor o trabalho de parto, porque são espíritos diferentes, eu fui treinado para uma coisa e você foi treinada para outra (MO10).

Quanto mais tempo vai ficando mais você começa a perceber o que pode dar errado. Aí é aquela coisa de “ah se não der, vai pra cesárea ou me chama”, aí acabou a responsabilidade. É o desconhecimento das pessoas, “vai dar tudo certo” e nem sempre dá tudo certo. É essa falta do medo da responsabilidade que deixa a gente

um pouco preocupado de deixar na mão dessas Enfermeiras(MO14).

A relação de trabalho entre essas duas categorias que, dentre todas da área hospitalar possuem um vínculo profissional mais estreito, deve ser bem delimitada no sentido de cada um compreender qual o seu papel no cuidado com a paciente, até onde vai sua responsabilidade, qual o seu espaço de trabalho, e isso segundo os médicos entrevistados nem sempre está claro no seu dia-a-dia dentro do centro obstétrico, evidenciando-se então um fator que pode predispor conflitos interprofissionais.

A Enfermagem Obstétrica tem a garantia de uma lei para seu exercício profissional, bem como uma série de legislações que delimitam sua área de atuação. O COFEN no cumprimento de suas competências de disciplinar o exercício da profissão de Enfermagem e de baixar provimentos e expedir instruções para uniformidade de procedimento, baixou a Resolução n.º 516/2016 para garantir a autonomia dos profissionais de Enfermagem (SAMPAIO *et al.* 2014; COFEN, 2016).

Ao serem abordados sobre o seu conhecimento com relação a legislação que acerca a atuação da EO em centro obstétrico fica evidente a falta desta informação para a maioria dos obstetras desta pesquisa conforme exposto abaixo:

Eu sei que estão capacitadas para fazer partos de baixo risco, parto normal. Para a enfermeira assinar a AIH você é responsável ali no documento, e você tem que ser responsável por todas as fases, na obstetrícia é uma área que sempre dá processo, todos os médicos têm processo, então tem que se responsabilizar por tudo, inclusive se der algum problema, porque não é justo você se responsabilizar se não der problema nenhum, daí não vale, então se vai se responsabilizar tem que se responsabilizar por tudo (MO1).

Legalmente o enfermeiro pode assistir ao paciente, mas ele teria que assumir o paciente como tal, o que não acontece, porque a responsabilidade jurídica é do médico, não poderia acontecer de ter o atendimento sozinho, de maneira nenhuma, acontece porque não tem

obstetra suficiente no hospital. O que está errado é que quem faz o atendimento tem que ser responsável por ele todo, aqui a EO faz sozinha porque não tem gente pra acompanhar(MO4).

Nunca cheguei a ler, só o que vocês comentam, podem fazer parto, podem fazer consulta (MO5).

Menos do que eu gostaria de saber, acho que vocês podem fazer todos os partos, menos cesareana. Se as enfermeiras assumirem toda a responsabilidade não vejo problema algum em assinar o laudo de AIH, mas é melhor estarem preparadas(MO6).

Na realidade só pela vivência aqui, mas de legislação eu não sei nada. Na verdade acho que ninguém sabe (MO8).

Só sei que elas estão autorizadas e legalmente podem fazer a parte obstétrica de parto, mas a legislação eu não conheço (MO9).

Na verdade eu nunca li a legislação, quando eu entrei no serviço foi dito que o parto normal era da EO e aí é assim que funciona, e a gente fica é claro responsável pelo plantão a gente sabe que o que acontecer, é o nosso nome que está. Mas sobre a legislação, o que pode ou o que não pode, a gente não tem essa informação e eu teria que ir atrás para ler, mas eu não vou (MO14).

Em 1998 foi estabelecida a Portaria n.º163/98 (BRASIL, 1998), que, entre outras atribuições, concede ao enfermeiro a possibilidade da emissão de laudo de internação hospitalar e através da Portaria MS/GM n.º 2.815/98 (BRASIL, 1998) confere ao EO a remuneração do procedimento de assistência ao parto sem distócia, fato este desconsiderado pelos médicos obstetras atuantes na Maternidade Tereza Ramos.

Sobre o preenchimento do laudo de AIH, nunca o médico vai aceitar, o SUS não vai aceitar, tudo é dinheiro neste mundo, nada não envolve dinheiro,

se você tira de alguém, alguém vai reclamar (MO2).

É claro que existe uma resistência muito grande da classe médica, porque ela ainda não viu qual é a função da enfermeira obstétrica (MO10).

Alguns médicos obstetras, dentro dessa rede de relações de poder-saber, lançam questionamentos que podem surgir às EO ao serem responsabilizadas pelo atendimento ao parto, podemos interpretar esta atitude como uma tentativa de coagir estas profissionais na luta constante pelo reconhecimento financeiro de seu trabalho.

O enfermeiro tem que ter na cabeça dele que a ação de violência obstétrica que um obstetra recebe não está direcionado ao obstetra, mas sim a quem atende o parto, então vai sobrar para ele mais tarde. A pergunta é, se você tivesse tanto esclarecimento, você teria tanta vontade de assistir o parto? Se você soubesse exatamente o que você ia estar se responsabilizando, que no final você fôsse acusada de omissão (MO7).

Se as enfermeiras assumirem toda a responsabilidade não vejo problema algum em assinar o laudo de AIH, mas é melhor estarem preparadas (MO6).

A trama do poder pode ser imperceptível, ora com equilíbrio de forças, ora em desequilíbrio. O poder guarda uma eficácia de produtividade, de positividade, de subjetividade, de construção de corpos, não no sentido de apropriação, mas como uma rede de relações sempre tensa, em movimento (FOUCAULT, 2015).

Poucos participantes demonstraram possuir certo conhecimento referente a legislação de enfermagem como podemos observar através dos relatos.

A gente sabe que é uma profissional que pode acompanhar pré-natal de baixo risco, que pode acompanhar o trabalho de parto fisiológico e poderia fazer o cuidado da amamentação, que poderia fazer o cuidado do puerpério fisiológico também (MO13).

A princípio o que eu sei é que enfermeira obstétrica ela é considerada apta a fazer acompanhamento e o parto não distócico (MO12).

[...] acompanhar o pré-natal, o pré-parto e o pós-parto de gestantes eutócicas, vocês podem fazer isso, o que teoricamente é a maioria das gestantes. Que eu sei que a legislação cabe a vocês embora a sociedade não veja assim ainda, nem o poder judiciário, porque mesmo que haja uma complicação do teu parto quem vai responder é o médico (MO10).

Através da pesquisa realizada, evidencia-se a falta de capacitação e manifesta-se o desejo por uma educação permanente para com os profissionais do centro obstétrico, fator esse que influencia negativamente na assistência a ser prestada e para o respeito mútuo entre a equipe.

Ter capacitação, eu acho isso está muito falho, nós não somos recapitados a gente não recebe capacitação nenhuma, você tem a sua formação básica e acabou. Ninguém trás nada, ninguém trás um curso de capacitação, não existe uma dinâmica de integração do grupo então poderia haver, têm dinâmicas de grupo que você poderia fazer aqui dentro, de trazer o pessoal da terapia ocupacional e dizer olha gente vamos fazer um trabalho em grupo, justamente para integrar os grupos e deixar claro o que é o papel de cada um (MO10).

Categoria 4 - Porque as práticas baseadas em evidências incomodam?

Várias evidências científicas têm demonstrado que muitas práticas “corriqueiras” na assistência obstétrica e neonatal são aplicadas sem a devida validação por estudos científicos bem desenhados (BRASIL, 2014). O uso rotineiro de práticas já consideradas ultrapassadas pelas evidências atuais deve ser evitado como por exemplo o uso de ocitocina para todas as parturientes, enema e episiotomia de rotina.

Segundo as diretrizes da OMS o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, nesta perspectiva as práticas preconizadas visam à qualidade do atendimento, redução de intervenções desnecessárias e redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal do país. Destaca-se que essas recomendações, quando praticadas, viabilizam o resgate da autonomia da mulher (BRASIL, 2014).

Há uma resistência por parte de muitos profissionais, principalmente da classe médica, em aceitar as mudanças do modelo assistencial atual, o modelo biomédico e tecnocrático, para um modelo que a valorização no fortalecimento do papel da mulher no processo de parturição seja incentivado, e segundo eles, este fato está fortemente ligado ao processo de formação em medicina.

A gente acha que a medicina sempre foi pautada na ciência e não necessariamente, muita coisa foi pautada na tradição do “ah, eu faço assim, eu perpetuo isso há 50 anos” e quando você pergunta para a pessoa da onde saiu isso? Ela também não sabe te responder, ela vai te falar que há 50 anos faz assim. [...] na obstetrícia ocorreu tudo ao contrário, você não teve que provar que você tinha que fazer os procedimentos porque eles eram bons, você teve que provar que tinha que abandonar porque eles eram ruins. Então de certa forma você como médico admitir que o que você aprendeu é ruim, você está indo contra o princípio da beneficência da bioética e isso te deixa com medo, frustrado (MO13).

Isso é uma flechada no ego de quem está fazendo isso há 50 anos (MO13).

[...] é só ego de ambas as partes e como eu sou médico tenho que usar ocitocina, você diz que não e eu digo que sim. Ninguém está nem aí por essa medicina baseada em evidências, não existe isso, o que existe é briga de ego dentro de uma assistência (MO10).

A formação médica tecnocrática ainda se faz muito presente em nosso meio, apesar de tantas mudanças. Obviamente os estudantes continuam a receber estas influências (MESQUITA, 2015).

Diante deste cenário, se fez necessário questionar como os médicos obstetras percebem as Práticas Baseadas em Evidência (PBE) utilizadas pelas EO no centro obstétrico, como também se eles percebem essas práticas na sua atuação.

Muitos profissionais apresentam dificuldades em se desvencilhar das práticas obsoletas como o uso de ocitocina e episiotomia sem uma real indicação, conforme as falas a seguir:

Olha, eu gosto de episio, quando dá alguma coisa errada é a gente que resolve, quando dá aquelas lacerações grandes, as vezes a gente não consegue resolver, tem que chamar outro colega, ou chamar o proctologista, então eu acho que tem que ser muito bem avaliado. Eu não gosto de parto sem episio. Nem que seja uma episio pequena, porque as vezes lacera mas a episio direciona, vai lacerar ali, ou as vezes a paciente já teve uma episiotomia daí não vai lacerar naquele lugar, aí lacera medial ou lacera do outro lado e a paciente fica com mais cicatrizes, é pior pra ela depois. (MO1).

Eu não gosto de nada que seja ao extremo, então eu não gosto muito de “aí não vamos fazer episio”(MO11).

A Organização Mundial da Saúde determina que o percentual limite de episiotomias a ser realizado seja de até 10,0%, com justificativas e indicações necessárias, e não de forma rotineira (BRASIL, 2011). As evidências científicas apontaram os riscos da realização da episiotomia, como maior probabilidade de lesão perineal de grau 4 e incontinência fecal (CARVALHO *et al.*, 2010).

Estudo realizado anteriormente na Maternidade Tereza Ramos mostra uma redução drástica na realização de episiotomias de rotina em partos assistidos exclusivamente por EO, o estudo indicou que em 2010, 52% dos partos assistidos apresentaram episiotomia, já em 2014 este percentual caiu para 27% e nos 3 primeiros meses de 2015 já havíamos reduzido este número para 6,5%, número esse abaixo do percentual limite determinado pela OMS (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Segundo o relato de alguns profissionais, assistir o trabalho realizado pela EO serve de estímulo para a não realização de práticas já em desuso como a episiotomia sem necessidade.

Quando eu cheguei aqui, até não gostava muito, mas vendo que realmente podia não lacerar tanto, eu até estou pendendo mais para o lado de não intervenção nessa parte. Agora amniotomia e ocitocina, eu acho que tem indicação. Acho que não tem porque ficar, não digo tardando, mas evitando que evolua. Eu acho que tem indicações para tudo, a contração tá ruim então bota ocitocina (MO8).

A nossa obstetricia foi decorrente às enfermeiras obstétricas quanto à adoção de outras práticas que não é comum os médicos adotarem (MO3).

Alguns profissionais percebem positivamente as PBE na assistência prestada atualmente, bem como relatam sua adoção como parte da conduta médica durante seus plantões.

Sim, eu uso várias vezes. Algumas coisas que inclusive aprendi com as enfermeiras. O parto em posição de cócoras, já é mais antigo, mas voltou a ser valorizado, essas condutas eu acho interessante e adoto sim. Tudo que eu acho interessante eu adoto. Eu não gosto de extremismo, eu gosto daquilo que eu considere seguro, não gosto de coisas que eu acho que possa trazer risco para o bebê (MO12).

É um fato, é concreto (as PBE). Antes era parto tradicional, episiotomia em quase todo mundo, concordo que isso houve uma evolução. Essas práticas foram boas, como o decúbito lateral, mas têm aqueles casos baseados na experiência e na prática, o que eu observo às vezes com as colegas mais novas elas acham que é normal “que fique”, às vezes tem que botar na mesa e fazer nascer, ajudar. Não pode deixar espontâneo às vezes, de vez em quando tem que intervir. Agora eu concordo, antes era sempre parto na mesa, episio nessas primigestas, quase todas. Mas eu acho que foi bom. Mas essa evolução de menos episio, posição do parto mais natural no leito. Quando é

possível no meu ver sem problema. Elas vieram para melhor (MO9).

A minha formação é em parto humanizado, então eu já tenho uma conduta diferenciada em relação ao parto, eu mantenho minhas condutas de acordo com a minha formação. Desde que não esteja prejudicando o bem-estar da mãe e do bebê, para mim não tem problema. Mas se eu estiver considerando que aquilo possa fazer mal para alguma das partes aí eu vou interferir (MO2).

Acho que todo aprendizado é útil, acho que ninguém tem a certeza absoluta do que é certo, desde que seja para facilitar está bom, todos com o mesmo objetivo, que é o nascimento com boa vitalidade fetal e mãe sem complicações. Sou a favor da natureza (MO3).

Embora os médicos obstetras percebam as PBE como uma mudança positiva no modelo de assistência atual, existe um certo receio ou podemos até dizer medo por parte deles ao observarem as PBE realizadas pelas EO na instituição. Relatam que a formação da enfermagem obstétrica no país é frágil e limitada, não sentindo-se seguros com a atuação de algumas profissionais.

Acho que o procedimento das EO é muito ousado em relação à formação, elas não tem essa formação pra ter a autonomia que elas têm, uma vez até sugeri porque eu achei que tinha que ter obstetra junto na formação, a formação é ruim. Ela sai da formação sem noção do que está fazendo, não tem noção de uma episiotomia, da musculatura perineal, da variedade de posição do feto, tanto que tem que fiscalizar. O pouco tempo de estágio, como é que vc vai fazer 5 partos e dizer que é especialista. A formação é totalmente insuficiente. O período é muito curto de formação. (MO4).

É como eu digo, as tuas colegas, às vezes elas pensam que é normal ter sofrimento, mas não pode ficar tanto tempo assim. De vez em quando

ter que ser mais ativa não pode ficar expectante (MO9).

Às vezes eu sinto que nem todas percebem o quanto pode dar errado. É acreditar demais que o parto é muito normal, é muito tranquilo, que vai dar tudo certo e que nunca vai ter problema. [...] tem gente que chega muito crua e acha que tudo pode fazer, tudo é fácil e é isso que tira um pouco da confiança e é por isso que a gente tem ficado um pouco mais perto [...]. É essa falta do medo da responsabilidade que deixa a gente um pouco preocupado de deixar na mão dessas enfermeiras. (MO14)

Há uma insegurança por parte dos médicos obstetras ao perceberem a autonomia da EO diante de inúmeras situações. Segundo relatos as EO são corajosas e ousadas na assistência prestada devido ao fato de não responderem legalmente pelos processos judiciais na obstetrícia.

Conforme expõe Carvalho *et al.* (2015) a autonomia profissional pressupõe determinado grau de poder, conhecimento teórico e prático, reconhecimento do ambiente de atuação, competências para fazer escolhas, capacidade para agir e decidir e responsabilidade na tomada de decisões.

A definição de competências, conforme a Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2011) é um conjunto de conhecimentos ou habilidades clínicas que as EO devem possuir para que possam praticar a profissão de maneira efetiva e com segurança, o que resulta no empoderamento dessas profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a percepção do médico obstetra frente a atuação da EO durante o processo de parturição, bem como, desvelar a relação interprofissional entre esses profissionais de uma maternidade pública do Estado de Santa Catarina, por meio de análise das estratégias e jogos de poder construídos nas relações instituídas no contexto do CO.

A EO atuante na instituição é percebida como profissional capacitada, com conhecimento técnico-científico para atuar na

assistência ao parto, embora apresente certa autonomia sua valorização ainda trilha caminhos de lutas e resistências.

Baseada na perspectiva foucaultiana, o estudo demonstrou que embora a relação interprofissional entre médicos e EO seja descrita como tranquila e desprendida de conflitos, mesmo que imperceptível há a existência de relações de poder e saber entre esses profissionais.

Através da vigilância constante, os médicos obstétricas procuram garantir seu espaço profissional e a hegemonia do poder. Evidencia-se o CO como espaço de produção do saber e consequentemente espaço de relações de poder onde há resistência contra a hegemonia médica.

As instituições hospitalares, bem como as de ensino e pesquisa não podem deixar de enfrentar a dicotomia existente entre o modelo tecnocrata e o modelo humanístico, rediscutir o papel do profissional da saúde na assistência ao parto e nascimento e adequar seu processo de formação, no intuito de um melhor enfrentamento da mudança de paradigma ao qual estamos vivenciando.

Através do estudo evidencia-se uma lacuna de conhecimento existente com relação à disputa de poder no cenário de nascimento e observa-se a necessidade de novas pesquisas que clareie as relações de poder sob a ótica das EO que experimentam dia-a-dia as disputas por espaço de trabalho e conquista de autonomia na área obstétrica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.F. *et al.* A importância da enfermeira obstétrica na preservação perineal. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO, 2015, São Paulo, SP. **Anais do II Simpósio Internacional de Assistência ao Parto**.p.6. Disponível em: <<https://www.siaparto.com.br/siaparto2015trabalhos.pdf>>. Acesso em julho de 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**.São Paulo. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução 466/2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 02 de abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 2.815/98. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento abaixo relacionados, já incorporados aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%202.815.pdf>>. Acesso em junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 163/98. Regularizar a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%20163.pdf>>. Acesso em junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

CARVALHO, C. C. M.; *et al.* Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, v.38, n.5, p. 265-70, 2010.

CARVALHO, J. B.; *et al.* Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina: o saber-poder das enfermeiras docentes (1975-1980). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 766-74.

CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PARTEIRAS. **Parâmetros gerais para regulação da profissão de parteira**. 2011. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org>>. Acesso em janeiro de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. **Resolução 0516/2016**. 2016. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em 29 de dezembro de 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 3 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

_____. O poder e a política de Michel Foucault. Tradução de Andre Degenszajn. **Revista Ecpolítica**, São Paulo, n. 12, mai-ago, pp. 93-107. 2015.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. As estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra -Florianópolis-SC (1956-1986). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.2, p. 277 - 285. 2012.

JUNIOR, A. R. F.; *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia. **SANARE**, Sobral, V.14, n.02, p.27-35, 2015.

MAYLONE, M. M; *et al.* Collaboration and autonomy: perceptions among nurse practitioners. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners** 23 (2011) 51–57

MESQUITA, J. C. **Avaliação do ensino da obstetrícia e da assistência ao parto sob a percepção dos graduandos em medicina e enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. 2015. 60 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** 2015 Jul/set; 20(3): 636-640.

OLIVEIRA, A. M.; *et al.* Relação entre enfermeiros e médicos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás: a perspectiva do profissional de enfermagem. **Rev.Latinoam.Bioet.** 2010. Vol 10, No 2, Ed19, Páginas 58-67.

REYNOLDS, E. K.; *et al.* Fairy tale midwifery-fact or fiction: the lived experiences of newly qualified midwives. **British Journal of Midwifery**. September 2014. Vol 22, No 9.

SAMPIERI, R. H.; *et al.* **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME. Hospital e Maternidade Tereza Ramos, Lages. 2016. Acesso em: janeiro de 2017.

SMITH, D. C. Midwife–physician collaboration: a conceptual framework for interprofessional collaborative practice. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. 2015 Vol60, No. 2, March/April 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M.; MONTICELLI, M. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.363-370, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso dia 02 de abril de 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer as percepções dos médicos obstetras frente ao trabalho realizado pelas EO da instituição, desvela as relações de poder existentes no contexto do Centro Obstétrico, bem como, as estratégias de poder utilizadas pelos profissionais médicos para a garantia da hegemonia do poder.

Através do estudo concluímos que o médico obstetra percebe a enfermeira obstétrica atuante na instituição como profissional capacitada, com conhecimento técnico-científico para atuar junto aos médicos na assistência ao parto, embora alguns profissionais mantenham arraigada a noção de uma subordinação da enfermeira ao trabalho do médico. Sua atuação é vista como essencial e importante, com visão diferenciada à humanização do atendimento às mulheres.

Mesmo que os médicos obstetras percebam a enfermeira obstétrica como profissional habilitada, sua autonomia profissional no contexto do centro obstétrico está relacionada à falta de profissionais médicos para o atendimento às parturientes e não há uma mudança de paradigma na assistência obstétrica. Atribuem essa autonomia também ao fato das EO iniciarem sua atuação em substituição às antigas parteiras que ali trabalhavam, o que facilitou a aceitação para que elas assumissem a assistência.

A relação interprofissional entre médicos e enfermeiras no centro obstétrico é percebida na maioria das vezes como tranquila, não conflitante, de respeito ao espaço de atuação, de responsabilidade mútua, colaboração e confiança, ambos trabalham como uma equipe integrada no intuito de uma assistência qualificada ao binômio mãe-filho.

Alguns fatores geradores de conflitos foram mencionados pelos médicos obstetras, como por exemplo, a falta de conhecimento e competência técnica de algumas profissionais, demonstração de um certo desinteresse na assistência, padrão insatisfatório de comunicação entre a equipe e comportamentos de desrespeito para com o outro profissional. Evidenciam a necessidade de maior capacitação profissional e frequente atualização do conhecimento técnico-científico como fator facilitador da relação interprofissional entre ambos.

Através do estudo constatou-se um déficit de conhecimento quanto à responsabilidade legal de cada profissional dentro do centro obstétrico, constituindo-se um fator gerador de conflitos e pondo em jogo as relações de poder-saber. A relação de trabalho entre essas duas categorias deve ser bem delimitada no sentido de cada um compreender

qual o seu papel no cuidado à mulher, até onde vai sua responsabilidade e qual o seu espaço de trabalho, colaborando assim para uma relação harmoniosa no ambiente de trabalho.

Evidencia-se o CO como espaço de produção do saber e consequentemente espaço de relações de poder onde há resistência contra a hegemonia médica. Como uma estratégia de poder, através da vigilância constante, os médicos obstétricos procuram garantir seu espaço profissional e a hegemonia do poder.

Estamos vivenciando uma transformação no modelo de assistência atual, o estudo permitiu constatar a resistência por parte de muitos profissionais médicos em aceitar as mudanças do modelo biomédico e tecnocrático, para um modelo no qual a valorização e o fortalecimento do papel da mulher no processo de parturição seja incentivado, colocando em jogo o poder-saber médico. Segundo a percepção dos próprios médicos esse fato está fortemente ligado ao processo de formação em medicina. Salientamos a necessidade das instituições hospitalares, bem como as de ensino e pesquisa rediscutir o papel do profissional da saúde na assistência ao parto e nascimento e adequar seu processo de formação, no intuito de um melhor enfrentamento da mudança de paradigma ao qual estamos vivenciando.

Observa-se uma escassez de trabalhos científicos que abordem as questões ligadas ao trabalho interdisciplinar entre médicos obstetras e EO no processo de parturição durante o período estudado através da revisão integrativa de literatura. Sugere-se a realização de novas pesquisas que abordem as relações de poder na percepção das EO que atuam diretamente no atendimento ao parto. Ressaltamos que o estudo tem limitações por reanalisar informações significativas, porém aponta para a possibilidade de um novo olhar sobre temas que necessitam de maior discussão e aprofundamento, como as estratégias de poder pelas enfermeiras obstétricas para garantia de sua atuação.

O uso do referencial filosófico fundamentado nos pensamentos de Michel Foucault permitiu um olhar diferenciado para as relações de poder existentes na instituição, percebe-se o CO como campo de construção do saber, em que a rede de conhecimentos, as relações de poder-saber se constituem, se transformam e se deslocam diariamente.

As lutas e resistências continuam, ainda há um caminho longo a se percorrer tendo em vista a busca por respeito, autonomia profissional, reconhecimento financeiro e igualdade perante a autoridade médica imposta culturalmente até os dias de hoje.

Acreditamos que as mudanças podem ocorrer a partir dos próprios sujeitos-trabalhadores, de um reposicionamento da EO diante

dos profissionais médicos, através da busca constante do conhecimento científico e do aperfeiçoamento das habilidades técnicas, tais atitudes tendem a garantir respeito pelo saber adquirido e autonomia na assistência, deslocando e transformando constantemente as relações de poder.

O estudo contribui para uma reflexão da praxis do médico obstetra e principalmente da EO no sentido de qualificar sua assistência aos cuidados da mulher em trabalho de parto.

Este trabalho responde alguns questionamentos que nos inquietaram durante a atuação no CO da maternidade em questão, permitindo assim atingir os objetivos propostos no início do estudo.

Por fim, concluímos que é fundamental compreender as percepções que os profissionais envolvidos com a assistência em obstetrícia têm sobre as relações interprofissionais, com o objetivo de garantir relações de trabalho tranquilas e colaborativas, refletindo diretamente na qualidade do serviço prestado às mulheres no processo de parturição.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. F.; *et al.* A importância da enfermeira obstétrica na preservação perineal. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO, 2015, São Paulo, SP. **Anais do II Simpósio Internacional de Assistência ao Parto**. p.6. Disponível em: <<https://www.siaparto.com.br/siaparto2015trabalhos.pdf>>. Acesso em julho de 2015.

ANGULO-TUESTA, A.; *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, 2003.

ARAÚJO, N. R. A. S.; OLIVEIRA, S. C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. **Cogitare enferm.**, v. 11, n. 1, p. 31-38, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ATLAS TI. Disponível em: <www.atlasti.com>. Acesso em setembro de 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo. Lisboa: Edições 70, 2010.

BATEY, M. V. Conceptualization: knowledge and logic guiding empirical research. **Nursing research**, Nova York, v. 26, n. 5, p. 324-329, set./out., 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.2.815/98. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento abaixo relacionados, já incorporados aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%202.815.pdf>>. Acesso em junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.163/98. Regularizar a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998. Disponível em:

<<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%20163.pdf>>. Acesso em junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.1.459/11. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em junho de 2015.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução n.466/2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 02 de abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) - DATASUS, Florianópolis, 2015a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim_maternos.def>. Acesso em setembro de 2016.

_____. Decreto n. 4, de 15 janeiro de 2015. Dispõe sobre as normas de funcionamento do Plano de Gestão da Saúde (PGS) e estabelece outras providências. *Lex: Procuradoria Geral do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2015b. Legislação Estadual.*

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - DATASUS. 2016. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Sipac.asp?VCo_Unidade=4209302504332>. Acesso em março de 2016.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. editors. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p. 231-50.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; CASTRO, A. A. **Revisão sistemática e meta-análise.** 2006. Disponível em: <www.metodologia.org/meta1.PDF>. Acesso em setembro de 2015.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde** (Online) Rio de Janeiro, vol.9 supl.1. 2011.

CARVALHO, C. C. M.; *et al.* Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, v.38, n.5, p. 265-70, 2010.

CARVALHO, D. P.; *et al.* Características empreendedoras de Enfermeiras: um estudo no sul do Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-11, out./dez. 2016.

CARVALHO, J. B.; *et al.* Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina: o saber-poder das enfermeiras docentes (1975-1980). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 24(3): 766-74.2015.

CAUS, E. C. M.; *et al.* O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery (impr)**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 34-40, 2012.

CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PARTEIRAS.

Parâmetros gerais para regulação da profissão de parteira. 2011. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org>>. Acesso em janeiro de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

Resolução 0516/2016. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em 29 de dezembro de 2016.

COSTA, R.; *et al.* Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. **Texto & contexto enferm**, v. 17, n. 4, p. 629-637, 2008.

COSTA, M. C. M. D. R. **Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar:** revelando contradições e possibilidades. 2015. 354 f. Tase (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativos, quantitativos e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, ago, 2009.

ERIBON, D. **Michel Foucault - 1926-1984.** São Paulo, Companhia das Letras, 1990.

FARHI NETO, L. **Biopolítica em Foucault.** 2007. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves Lisboa. Vozes, 1972.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **L'herméneutique du sujet**. Cours au Collège de France, 1981-1982. Paris: Seuil/Gallimard, 2001.

_____. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 35.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. O poder e a política de Michel Foucault. Tradução de Andre Degenszajn. **Revista Eopolítica**, São Paulo, n. 12, mai-ago, pp. 93-107, 2015.

GANONG, L. H. Integrative review of nursing research. **Res Nurs Health**. Febr; 10(1):1-11, 1987

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. **Rev. Enferm., UERJ**, Rio de Janeiro, 20(2):248-53, 2012.

GONÇALVES, D. L. C. **Foucault: da resistência ao poder à prática refletida da liberdade**. 2012. 216p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

GREGÓRIO, V. R. P. **A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001)**. 2011. 151 f. Tese.

(Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. As estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis-SC (1956-1986). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.2, p. 277 – 285, 2012.

GOMES, M. L.; *et al.* A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 22(3): 763-7, 2013.

HOSPITAL TEREZA RAMOS. **Blog do Hospital Tereza Ramos.** 2016. Disponível em: <<http://htrlages.blogspot.com.br/>>. Acesso em dezembro de 2016.

ISKANDAR, J. I. **Normas da ABNT:** comentadas para trabalhos científicos. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2008.

JORGE, M. S. B.; *et al.* Promoção da saúde mental – Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Cien Saúde Colet.**, jul; 16(7):3051-60, 2011.

JUNIOR, A. R. F.; *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia. **SANARE**, Sobral, V.14, n.02, p.27-35, 2015.

LOPES, R. S. **Educação & memória:** saberes e fazeres de mulheres parteiras na região serrana de SC. 2008. 89 f. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade do Planalto Catarinense, Lages, 2008.

MAY, T. **The philosophy of Foucault.** Acumen, 2006, 170p.

MELO, M. B.; *et al.* Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Latinoam Enferm.**, 19 (4). 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez., 2008.

MESQUITA, J. C. **Avaliação do ensino da obstetícia e da assistência ao parto sob a percepção dos graduandos em medicina e enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.**

2015. 60 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTICELLI, M.; *et al.* Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 482-91, 2008.

NARCHI, N, Z.; *et al.* O papel das obstetizas e enfermeiras obstetizas na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.18,n.4p.:1059-1068, 2013.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, Jul/set; 20(3): 636-640, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** 2000. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>. Acesso em: julho de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde materna e neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura:** atenção ao nascimento normal: um guia prático. Genebra, 1996.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia:** Rio de Janeiro, v. 105, n. 1/2, p. 3-9, jan./fev., 1995.

PÁDUA, K.S.; *et al.* Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, 44(1):70-9, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para prática em enfermagem. 7 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGES. **Conheça Lages**. Apresenta a cidade de Lages/SC. Disponível em: <<http://visitlages.tur.br/conheca-lages>>. Acesso em: janeiro de 2017.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. enferm.**, UERJ, Rio de Janeiro, 17(2):165-9, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODS.aspx>>. Acesso em: agosto de 2015.

QUITETE, J. B.; VARGENS, O. M. C. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 315-20, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a03.pdf>>. Acesso em: agosto de 2015.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. **Formação profissional de obstetrites e enfermeiras obstétricas**: velhos problemas ou novas possibilidades? Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

RODRIGUES, O. C. C. **Fatores associados a cesárea eletiva na região sul do Brasil**: estudo seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. 2012. 110p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Jul-Dez; 3(2):109-12, 1998.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano diretor de regionalização**: PDR 2012 [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde. – Florianópolis: IOESC, 2012. 128 p. ; il.

SAMPAIO, M.R.F.B.; *et al.* Reflexões éticas e legais sobre a atuação da enfermeira obstétrica no parto e nascimento. **Enfermagem obstétrica**, Rio de Janeiro, mai/ago; 1(2):72-6, 2014.

SAMPIERI, R. H.; *et al.* **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME. Hospital e Maternidade Tereza Ramos, Lages. 2016. Acesso em: janeiro de 2017.

SEIBERT, S. L.; *et al.* Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. Enferm.**, UERJ, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.4, 221-242, 1999.

SOUZA, A. M. M.; *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, 20(2):324-331, 2016.

TORNQUIST, C. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Biblioteca Universitária. Trabalho acadêmico: guia fácil para diagramação: formato A5**. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/design/GuiaRapido2012.pdf>>. Acesso em Maio de 2017.

VEER, A. J. E.; MEIJER, W. J. Obstetric care: competition or co-operation. **Midwifery**, 12:4-10, 1996.


VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.67, n.2, p. 282-289, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

VELHO, M. B. **Representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram**. 2011. 136 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M.; MONTICELLI, M. A. responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.363-370, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso dia 02 de abril de 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Protocolo para Elaboração da Revisão Integrativa


<p style="text-align: center;">PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: PERCEPÇÃO DO MÉDICO OBSTETRA ACERCA DA ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO</p>
<p>I. RECURSOS HUMANOS</p> <p>Pesquisadora responsável: Mda. Tatiana Benincá (1) Pesquisadora orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos(2)</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none">- Elaboração protocolo: 1, 2- Avaliação do protocolo: 2- Coleta de dados: 1- Seleção dos estudos: 1- Checagem dos dados coletados: 1, 2- Avaliação crítica dos estudos: 1- Síntese dos dados: 1- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2- Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2- Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>

III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: Maria Gorete Monteguti Savi, bibliotecária e coordenadora da BSCCS/UFSC.

IV. PERGUNTA

Qual a percepção do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição de uma Maternidade Pública do Planalto Serrano Catarinense?

V. OBJETIVO

Geral: Identificar as contribuições das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional sobre a compreensão do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.

VI. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Na operacionalização dessa revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):

- 1) Seleção da pergunta de pesquisa;
- 2) Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;
- 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum;
- 4) Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos;
- 5) Discussão e interpretação dos resultados;
- 6) Apresentação de forma clara a evidência encontrada

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pesquisas publicadas entre 2010 a 2015, em forma de artigos, com textos completos, indexados nas bases de dados selecionadas (PubMed/Medline, CINAHL, LILACS, BDENF, INDEXPSI e SciELO Regional) em inglês, espanhol e português, que contenham os descritores listados neste protocolo no resumo, no título ou assunto/descriptor e que investigaram a percepção do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês, TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência, Estudos de reflexão, Estudos teóricos, Teses, Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos Oficiais de Programas Nacionais e

Internacionais; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e palavras-chave listados abaixo:

- "Relação Médico-Enfermeiro" OR "Relação Enfermeiro-Médico" OR "Relações Enfermeira-Médico" OR "Relações Enfermeiro-Médico" OR "Relações Médico-Enfermeira" OR "Autonomia Profissional" OR "Equipe de Assistência ao Paciente" OR medico* OR medicina

- "Enfermeiras Obstétricas" OR enfermagem OR enfermeir* OR parto* OR obstetr* OR parturiente*

- percepção OR percepções OR compreensão OR visão OR "poder(psicologia)" OR poder OR empoderamento

BASES ELETRÔNICAS DE DADOS:

PubMed/Medline: base de dados

PubMed compreende mais de 25 milhões de citações de literatura biomédica de MEDLINE, periódicos de ciências da vida, e os livros on-line. citações PubMed e resumos incluem os campos da biomedicina e da saúde, abrangendo porções das ciências da vida, ciências comportamentais, ciências químicas e bioengenharia. PubMed também fornece acesso a web sites adicionais relevantes e links para outros recursos de biologia molecular NCBI.

SCOPUS

Scopus é uma banco de dados de resumos e citações de artigos para jornais/revistas acadêmicos. Abrange cerca de 19,5 mil títulos de mais de 5.000 editoras internacionais, incluindo a cobertura de 16.500 revistas peer-reviewed nos campos científico, técnico, e de ciências médicas e sociais (incluindo as artes e humanidades).^[1] É propriedade da Elsevier e é disponibilizado na Web para assinantes. Buscas na SciVerse Scopus incorporam pesquisas científicas de páginas da web através de Scirus, outro produto Elsevier, bem como bancos de dados de patentes.

CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

Indexa periódicos científicos sobre a enfermagem e áreas correlatas de saúde-a partir de 1981. É o recurso mais abrangente para a enfermagem e aliados

literatura saúde, sendo uma das plataformas de pesquisa mais usados disponíveis. Pertence e é operado pela EBSCO Publishing.

BDEF: Base de Dados de Enfermagem.

Fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem.

LILACS

LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 30 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na Região.

INDEXPSI

Criado em 1998, o Index Psi Periódicos é um produto resultante da parceria entre o Conselho Federal de Psicologia - CFP, e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMPINAS), com a missão de ser a base indexadora da literatura publicada em Periódicos Científicos brasileiros em Psicologia.

SciELO REGIONAL

SCIELO é uma base de dados bibliográfica , biblioteca digital , e modelo de publicação eletrônica cooperativa de periódicos de acesso aberto . SciELO foi criado para atender às necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento e fornece uma maneira eficiente de aumentar a visibilidade e acesso à literatura científica.

- **Listar as referências dos materiais encontrados:** para buscar referências que possam ser de interesse para a Revisão Integrativa de Literatura.
- **Período de busca:** janeiro de 2010 a dezembro de 2015.

X. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: No início será realizada uma leitura geral de todos os dados coletados e conferência dos artigos considerando os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, denominada de primeira seleção. Em seguida, de acordo com a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa. Os trabalhos que atenderem os objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada a releitura dos trabalhos pré-selecionados com avaliação crítica sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação está baseada no modelo analítico Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. A avaliação e discussão dos artigos

selecionados serão feita de acordo com a literatura.

XII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Ano de produção
- Título
- Autor (es)
- Profissão e titulação dos autores
- Periódico
- Estado/País
- Descritores e Palavras-chave
- Base de dados de localização dos autores
- Categoria da pesquisa
- Natureza da pesquisa
- Referencial teórico
- Método de análise dos dados
- População
- Cenário do estudo
- Temática dos artigos
- Percepção dos médicos obstetras acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.

XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO: Tendo em vista esta tratar-se de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativa com base na análise e checagem dos dados coletados.

XIV DIVULGAÇÃO: Publicação dos achados deste estudo em periódicos após apreciação banca de sustentação.

XV. CRONOGRAMA

Atividades	Meses
Elaboração Protocolo	Agosto/2015
Validação	Março/2016
Busca dos estudos	Abril/2016 a Setembro/2016
Seleção dos estudos	Abril/2016 a Setembro/2016

Organização dos estudos e categorização	Setembro/2016
Análise	Setembro/2016
Discussão e resultados	Setembro a Outubro/2016
Elaboração do manuscrito de revisão de literatura	Outubro/2016
Finalização do manuscrito.	Novembro/2016
Enc. do manuscrito para publicação em periódico	Dezembro/2016

XV. REFERÊNCIAS:

BIREME. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. [base de dados na Internet] São Paulo: BIREME; [acesso em agosto de 2015]. Disponível em <http://decs.bvs.br/>

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Res Nursing Health**, 1987.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



1ª via Participante
2ª via Pesquisador

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que possui como título “Atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição: percepção do médico obstetra à luz de Foucault” que tem como objetivo conhecer a visão do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica em todo processo de parturição – pré-parto, parto e pós-parto imediato. Esta pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Tatiana Benincá, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela Profª. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

O estudo justifica-se por acreditarmos na importância do trabalho interdisciplinar existente na maternidade e para que a igualdade e o respeito dos saberes sirvam de incentivo e referência para outras instituições.

A coleta de dados será por meio de uma entrevista, onde será questionado sobre sua atuação junto à enfermeiras obstétricas e como se dá essa relação profissional, para a entrevista será necessário sua prévia autorização, o uso de um gravador, a qual será transcrita e mostrada ao(a) senhor (a), e após sua concordância acerca do conteúdo é que a utilizaremos no estudo, sendo as gravações excluídas após a validação das transcrições.

Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos, tais como desconfortos relacionados à abordagem do tema e por despertar lembranças acerca do que você viveu ou está vivendo agora, ou mesmo o constrangimento em responder alguma

pergunta. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sendo acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso caso seja necessário.

No entanto, sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões caso não se sinta a vontade ou a considere muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto.

Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, você estará contribuindo para a melhora da relação interprofissional entre médicos e enfermeiras no atendimento às gestantes e parturientes. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

Não será viabilizado remuneração ou gratificação pela participação na pesquisa, você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização judicialmente, a qual será paga através de recursos próprios, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma e após decisão judicial final.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os aspectos éticos e a confiabilidade das informações fornecidas, relativos à pesquisa com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios da pesquisa, inclusive para esclarecer dúvidas antes, durante e após a sua realização, por um período de até cinco anos, guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao final.

INFORMAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESSA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:

Pesquisadora: Mestranda Tatiana Benincá - RG 4.325.126 SSP/SC
Endereço: Rua Prudente de Moraes, n.208, apto 103, Coral, Lages, SC,
CEP: 88.526-301, TEL (48) 99954-8888 (celular)
E-mail: tati_beninca@hotmail.com

Orientadora: Prof^a. Dr^a.Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Endereço: Rua Presidente Coutinho 264, Centro, Florianópolis, SC,
CEP:
88.015-230. TEL: (48) 999690135 (celular) Tel/FAX: (48) 37219480
E-mail: gregos@matrix.com

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade - Florianópolis/SC CEP: 88.040-400

Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Consentimento após informações

Eu, _____, RG
(_____), li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.
Florianópolis/SC, _____ de _____ de 20_____.

Ass. do Participante ou
impressão digital

Ass. da Pesquisadora

APÊNDICE C - Roteiro Entrevista Semi Estruturada

Data da entrevista: ____/____/____.

Conhecendo os participantes da pesquisa

<p>Nome: _____</p> <p>Sexo: F () M () Idade: _____ Estado Civil: _____</p> <p>Naturalidade: _____</p> <p>Nacionalidade: _____</p> <p>Local de residência: _____</p> <p>Local _____ de _____ realização _____ da _____</p> <p>Graduação: _____ Ano: _____</p> <p>Local de realização de Especialização/Residência em Obstetria: _____ Ano: _____</p> <p>Outro curso de pós-graduação? Sim () Não () Qual? _____</p> <p>Tempo de formação como médico obstetra? _____ anos</p> <p>Outro local de atuação? Especifique: _____</p> <p>Há quantos anos atua em Centro Obstétrico? _____ anos</p> <p>Há quantos anos atua/atuou junto com EO no CO da maternidade em questão? _____ anos</p>
--

Questão 1: Como você percebe a atuação da enfermeira obstétrica dentro do centro obstétrico?

Questão 2: Como você percebe sua relação profissional com as EO?

Questão 3: Na sua percepção quais atitudes facilitam a relação profissional entre médicos obstetras e enfermeiras obstétrico CO?

Questão 4: E quais dificultam? Exemplifique:

Questão 5: O que você sabe sobre a legislação acerca da atuação da EO no CO?

Questão 6: Como você percebe a utilização das práticas baseadas em evidências aplicadas pelas EO? E por você?

Questão 7: Existe algo que eu não perguntei mas que você julga importante falar?

ANEXO

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA
OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO:
PERCEPÇÃO DO MÉDICO OBSTETRA À LUZ DE
FOUCAULT

Pesquisador: Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 56742316.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.860.425

Apresentação do Projeto:

A pesquisa consiste em um projeto de dissertação de Mestrado da aluna Tatiana Benincá do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e será coordenado pela Profa. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos do Departamento de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa e se propõe a conhecer qual a percepção do médico obstetra acerca da atuação da

enfermeira obstétrica no processo de parturição de uma Maternidade Pública do Planalto Serrano Catarinense. A pesquisa será realizada em um hospital público do município de Lages - SC (Hospital e Maternidade Tereza Ramos). Serão convidados a participar do estudo 100% dos médicos obstetras atuantes diretamente no Centro Obstétrico (n=17), incluindo os médicos afastados por motivo de férias ou licença prêmio durante o período de coleta de dados. Após a apresentação do projeto e esclarecimentos, bem como assinatura do TCLE será realizada uma entrevista semi estruturada gravada em áudio, transcrita na íntegra e posteriormente analisada de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Serão excluídos da pesquisa os médicos que encontram-se afastados por motivo de doença. Os pesquisadores esperam com este estudo, contribuir com a qualificação da assistência prestada pela equipe interdisciplinar do Centro Obstétrico da maternidade em questão, bem como servir de coadjuvante na produção nacional de conhecimento para implementação de boas práticas na assistência à parturiente, incluindo assim a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao processo de parturição.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

Conhecer a percepção do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Realizar uma revisão integrativa de literatura frente o tema compreensão do médico obstetra acerca da atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição.
- Conhecer como se estabelece as relações de poder no Centro Obstétrico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem Parecer Consubstanciado anterior (no. 1809147).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem Parecer Consubstanciado anterior (no. 1809147).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A garantia ao ressarcimento de despesas foi acrescentada no TCLE, conforme solicitado em parecer anterior.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, portanto está aprovado por este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699568.pdf	08/11/2016 15:14:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOFINALMESTRADOTATIANA08112016.doc	08/11/2016 15:14:14	Evangelia Kotzias Atherino dos Santos	Aceito
Investigador	PROJETOFINALMESTRADOTATIANA08112016.doc	08/11/2016 15:14:14	Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO MESTRADO.docx	08/11/2016 15:11:44	Evangelia Kotzias Atherino dos Santos	Aceito
Outros	RESPOSTAPENDECENCIAS.docx	08/11/2016 13:35:28	Evangelia Kotzias Atherino dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeciencia.pdf	27/06/2016 11:43:36	Evangelia Kotzias Atherino dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	25/04/2016 14:25:44	Evangelia Kotzias Atherino dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 08 de Dezembro de 2016

Assinado por: Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)