

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LEILA REGINA RABELO

**A competência das enfermeiras obstétricas
na atenção ao parto normal hospitalar**

Porto Alegre

2006

LEILA REGINA RABELO

**A competência das enfermeiras obstétricas
na atenção ao parto normal hospitalar**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Porto Alegre

2006

R114c Rabelo, Leila Regina

A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar / Leila Regina Rabelo ; orient. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira. – Porto Alegre, 2006.

125 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Competência profissional. 3. Educação baseada em competências. 4. Papel profissional. 5. Parto. 6. Humanização do parto. 7. Saúde da mulher : Brasil. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Correa de. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Feminino. LHSN – 449
NLM – WY 157

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

A Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final: _____

A

Nome e Assinatura da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

CPF 421.392.280-49

(Presidente)

Dora Lúcia de Oliveira

Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

CPF 427.288.270-87

(Membro – UFSM/RS)

Lúcia B. Ressel

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

CPF 256.428.550-34

(Membro – UFRGS)

Profa. Anna Maria Hecker Luz

CPF 278.516.990-53

(Membro –
UNISINOS/RS)

Anna M. Hecker Luz

Porto Alegre, 28 de novembro de 2005.

De acordo da Mestranda: _____

Liliana Regina Koludo

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dora Lúcia de Oliveira, minha orientadora nesta pesquisa, pela capacidade e comprometimento, mostrando-se sensível às minhas limitações e qualidades, alternando carinho e firmeza na medida certa.

À Profa. Anna Maria Hecker Luz, que me impulsionou com sua disponibilidade para dar orientações ainda na fase da construção do meu anteprojeto de pesquisa.

À Profa. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, que sempre valorizou minha experiência profissional como enfermeira obstétrica como um subsídio importante na minha trajetória acadêmica.

Às professoras do curso de Mestrado, pela concretização do desafio de realizar este curso.

Às colegas do curso de Mestrado, pelos momentos que compartilhamos de aprendizagem, somados a alegrias, ansiedade e expectativas.

Às professoras da Banca Examinadora, por suas contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

Às enfermeiras participantes deste estudo, que se mostraram disponíveis e receptivas à temática investigada.

A minha amiga /irmã, a enfermeira Maria Cristina Schilling, sempre presente, mesmo na ausência, que me amparou com sua amizade e companheirismo nos momentos de conquistas e desafios.

Às coordenadoras do curso de Enfermagem da Unisinos, Profa. Márcia Trevi Heurich e Profa. Petrolina Libana Cechim, pela concessão de um período de afastamento de minhas atividades.

Às colegas do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pelo apoio e incentivo, em especial à Ludovica Leipnitz, por seu desprendimento em ouvir meus desabafos, e a Vera, Marli e Claudiana, por trocarem plantões para que eu pudesse desenvolver minhas atividades de mestranda.

Ao meu terapeuta e amigo Ricardo Becker, que me mostrou a importância de olhar para o que era meu de fato, consolidando minhas conquistas na trajetória profissional, através do Mestrado.

Ao meu marido, Marco Antônio, que esteve sempre ao meu lado, compartilhando as dificuldades e ajudando a superá-las – quase sempre – com paciência, carinho e perseverança.

Aos meus enteados, que perderam temporariamente a madrasta companheira e que souberam dividir o uso dos computadores.

Aos meus queridos irmãos e sobrinhos – em especial, ao Marcelo –, pelo amor, carinho e compreensão nos momentos de afastamento.

Aos meus pais, Waldemar e Elzira, que, com seus 88 e 80 anos, respectivamente, deixaram de receber meus cuidados e atenção. Em especial, ao meu pai, que, mesmo senil, ainda é um exemplo de perseverança e de superação de obstáculos na luta pela vida.

RESUMO

Esta dissertação enfoca a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal institucionalizado. Na construção do referencial teórico sobre competência, contribuíram principalmente as abordagens de Phillippe Perrenoud e Terezinha Rios. A pesquisa foi de cunho qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, sendo a coleta de dados desenvolvida através de entrevistas individuais semi-estruturadas, realizadas com enfermeiras obstétricas atuantes em um hospital público de grande porte de Porto Alegre. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo, segundo Bardin. Os dados sugerem que, para as enfermeiras entrevistadas, a competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar se constrói nos cursos de formação de especialista e na prática profissional. No entanto, nem sempre há espaço para o desenvolvimento dessa competência, nem na etapa de formação, nem quando já estão empregadas como enfermeiras especialistas. Nas entrevistas, está implícita uma noção de competência para a atenção ao parto normal hospitalar como algo complexo, o que fica ilustrado nas diversas dimensões destacadas como suas constituintes: competência técnica; competência humanizadora, intuição e competência relacional. As enfermeiras entrevistadas reconhecem que, na prática, o âmbito da sua competência na atenção ao parto normal, principalmente no tocante ao ato de partejar, corresponde apenas parcialmente ao enfatizado na formação. Sobre essa questão, surgiram posicionamentos contraditórios: algumas sentem necessidade de desenvolver a competência para o partejar; outras entendem que o partejar não integra o âmbito de sua competência num contexto institucionalizado. A pesquisa

permite concluir que a ampliação do âmbito da competência das enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto normal institucionalizado, principalmente com relação ao partejar, depende do desenvolvimento de uma competência ético-política, num processo que deve iniciar nos cursos de especialização e ter continuidade no próprio contexto da prática profissional, constituindo-se e consolidando-se individual e coletivamente.

Descritores: Enfermagem obstétrica. Competência profissional. Educação baseada em competências. Papel profissional. Parto. Humanização do Parto. Saúde da mulher: Brasil.

Limites: Humano. Feminino.

RESUMEN*

Este trabajo enfoca la percepción de enfermeras obstétricas sobre su competencia en la atención al parto normal institucionalizado. En la construcción del referencial teórico sobre competencia, contribuyeron principalmente los abordajes de Phillippe Perrenoud y Terezinha Rios. La investigación fue de carácter cualitativo, de tipo descriptivo-exploratorio y la colecta de datos fue desarrollada a través de entrevistas individuales semi-estructuradas, realizadas con enfermeras obstétricas actuantes en un hospital público de grande porte de Porto Alegre. Los datos fueron analizados a través de análisis de contenido según Bardin. Los resultados sugieren que, para las enfermeras entrevistadas, la competencia de las enfermeras obstétricas en la atención al parto normal hospitalar se construye en los cursos de formación de especialista y en la práctica profesional. Sin embargo, no siempre hay espacio para el desarrollo de esta competencia, ni en la etapa de formación, ni cuando ya están empleadas como enfermeras especialistas. En las entrevistas está implícita una noción de competencia para la atención al parto normal hospitalar como algo complejo, lo que se demuestra en las diversas dimensiones destacadas como sus constituyentes: competencia técnica; competencia humanizadora, intuición y competencia relacional. Las enfermeras entrevistadas reconocen que, en la práctica, el ámbito de su competencia en la atención al parto normal, principalmente en lo que atañe al acto de partear, corresponde apenas parcialmente a lo enfatizado en la formación. Sobre esta cuestión surgieron posicionamientos contradictorios: algunas sienten la necesidad de desarrollar la competencia para partear; otras entienden que partear no integra el ámbito de su competencia en un contexto

institucionalizado. La investigación permite concluir que la ampliación del ámbito de la competencia de las enfermeras obstétricas en el atendimento al parto normal institucionalizado, principalmente en relación a partear, depende del desarrollo de una competencia ético-política, en un proceso que se debe iniciar en los cursos de especialización y tener continuidad en el propio contexto de la práctica profesional, constituyéndose y consolidándose individual y colectivamente.

Descriptor: *Enfermería obstétrica. Competencia profesional. Educación basada en competencias. Rol profesional. Parto. Humanización del parto. Salud de las mujeres: Brasil.*

Límites: *Humano. Femenino.*

Título: *Competencia de enfermeras obstétricas en la atención al parto normal hospitalar.*

ABSTRACT*

This dissertation focuses on the perception of nurse-midwives about their competence in the assistance of institutionalized normal childbirth. In the construction of the theoretical background about competence, the approaches by Phillippe Perrenoud and Terezinha Rios have had an important contribution. The research is qualitative, of the descriptive-exploratory type. Data was collected through semi-structured individual interviews with nurse-midwives working in a large public hospital in Porto Alegre. Data was analyzed through a content analysis, according to Bardin. Data has suggested that, to the nurses interviewed, the competence of nurse-midwives to assist hospital normal childbirths is constructed both in the specialization courses and in the professional practice. However, there have not always been opportunities for the development of this competence, either in the formation stage, or when they are already working as specialized nurses. In the interviews, a notion of competence to assist hospital normal childbirths was implicit as something complex, which was illustrated in the numerous dimensions highlighted as their constituents: technical competence, humanizing competence, feeling and relational competence. The nurses interviewed have acknowledged that, in practice, the scope of their competence in the assistance of normal childbirth, mainly in what concerns the delivery conduction, only partially corresponds to what was emphasized in their specialization courses. About this issue, contradictory positions have arisen: some nurses feel the need to develop their competence to conduct deliveries; others think that the delivery conduction does not integrate the scope of their competence in an institutionalized context. The research allows for the conclusion that broadening the

scope of competence of nurse-midwives in the assistance of institutionalized normal delivery, specially in relation to delivery conduction, depends on the development of an ethical-political competence in a process that should start in their specialization courses and continue in the very context of their professional practice, thus constituting and consolidating itself both individually and collectively.

Descriptors: *Obstetrical nursing. Professional competence. Competency-based education. Professional role. Parturition. Humanizing delivery. Women's health: Brazil.*

Limits: *Human. Female.*

Title: *Competence of obstetric nurses in the attention to hospital normal childbirth.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	A enfermagem Obstétrica no mundo e no Brasil	20
3.1.1	Modelos de atenção ao parto	24
3.1.2	O parto medicalizado e a prática intervencionista	26
3.1.3	O parto humanizado	29
3.2	A formação das enfermeiras obstétricas no Brasil	34
3.3	A atuação das enfermeiras obstétricas no Brasil	40
3.4	O paradigma das competências profissionais	46
3.4.1	Definindo competência	48
3.4.2	Competências profissionais em saúde	50
3.4.3	O paradigma das competências na Enfermagem Obstétrica	54
4	METODOLOGIA	59
4.1	Tipo de estudo	59
4.2	Considerações éticas	60
4.3	Sujeitos da pesquisa	61
4.4	Coleta de dados	63
4.5	Local do estudo	64
4.6	Análise dos dados	67
5	TEMAS GERADOS DO PROCESSO DE ANÁLISE	68
5.1	A competência da enfermeira obstétrica	68

5.1.1	Competência técnica: conhecimento científico e experiência	70
5.1.2	Competência humanizadora	73
5.1.3	Intuição	77
5.1.4	A competência da relação	79
5.2	A construção da competência	84
5.2.1	O Curso de Especialização e a competência para atender ao parto normal	84
5.2.2	O espaço para a construção da competência	89
5.3	Competência e âmbito	95
5.3.1	“Podemos fazer o parto tão bem quanto o médico!”	96
5.3.2	“O nosso papel é o cuidado!”	99
5.3.3	Utopia e competência	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	125
	ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética	126

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação analisa a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao trabalho de parto e parto normal em ambiente hospitalar.

A motivação para este estudo origina-se de minha experiência profissional enquanto enfermeira obstétrica assistencial e docente. Como enfermeira, venho atuando há dezenove anos em uma instituição hospitalar pública em Porto Alegre que, segundo a classificação do Ministério da Saúde (MS) de 2003, possui uma maternidade de porte quatro (6.000 partos/ano).

Como docente, atuo há onze anos no curso de graduação em Enfermagem e no curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica em uma instituição particular de ensino superior, desempenhando o papel de supervisora de estágios na disciplina de Prática em Enfermagem Obstétrica, tanto na graduação quanto na pós-graduação.

No decorrer dos últimos três anos, tenho também participado como membro efetivo da Diretoria da Associação das Enfermeiras Obstétricas do Rio Grande do Sul, ABENFO-RS. Como integrante ativa da comunidade obstétrica do Rio Grande do Sul, ao longo dos anos, tenho tido a oportunidade de vivenciar situações diversificadas associadas ao ensino e à prática da enfermagem obstétrica que me permitem refletir sobre as competências desenvolvidas por profissionais dessa área na atenção ao parto e ao nascimento.

A competência da enfermeira obstétrica não se revela somente nos procedimentos técnicos – sejam simples ou complexos, rotineiros ou especializados,

mas também na interação com a parturiente e sua família. O processo de nascimento de um filho é um momento único, imprevisível, por vezes percebido como ameaçador pela gestante e seus familiares. Ao ingressar no hospital, a parturiente busca uma assistência que lhe ofereça proteção e segurança. Nesse sentido, a participação da equipe de enfermagem no processo de nascimento requer competência do ponto de vista não somente técnico, como também humano.

A realidade atual da atenção ao parto é complexa, multifatorial e instigante. Face ao grande volume de atendimento e à demanda reprimida de profissionais, valoriza-se extremamente a tecnologia do parto dirigido, por permitir uma padronização rígida dos procedimentos e maior velocidade no atendimento. O que antes era natural e fisiológico, no hospital, é freqüentemente considerado como um processo patológico – afinal, o hospital é visto como um local de doença, não de saúde, tornando-se, por isso, motivo de preocupação. Conseqüentemente, o parto é visto como responsabilidade do profissional médico, formado para controlar os riscos inerentes ao parto através de intervenções preventivas por vezes desnecessárias.

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996, no entanto, apontam para um novo paradigma, em que o parto é visto como um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma maior participação da enfermeira obstétrica na atenção ao parto, tomando como referência a idéia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (1996). A OMS ressalta a importância do acompanhamento do trabalho de parto e do aprimoramento da atenção ao parto normal e, ainda, a necessidade de diminuição das taxas de cesariana.

No Brasil, a idéia de reduzir as intervenções médicas no cuidado ao parto normal também está presente na Portaria 2.815, de 29 de maio de 1998, do MS, que inclui no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) o procedimento “parto normal sem distócia”, realizado por enfermeiro obstetra (BRASIL, 2003). Além dessa medida, em 1999, o MS iniciou uma política de apoio financeiro às Universidades e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a realização de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica em todo o país. Esse incentivo visa a contribuir para a qualificação dos cursos existentes no país, pois é necessário um preparo especializado e qualificado para haver efetiva participação da enfermeira nesse processo.

Apesar das iniciativas desenvolvidas com o intuito de resgatar o papel das enfermeiras obstétricas e do reconhecimento oficial da sua importância e competência no atendimento ao parto, minha experiência profissional sugere que essas profissionais ainda são pouco atuantes. Corroborando o que tenho vivenciado, Schirmer (2001) argumenta que a enfermeira obstétrica, nos últimos anos, vem sendo afastada da atenção ao parto, assumindo um papel coadjuvante nesse contexto. Schirmer (2001) afirma que, mesmo quando realiza o parto, a enfermeira obstétrica permanece no anonimato. A autora diz ainda que a prática de atenção ao parto e nascimento constitui-se na maior disputa de espaço político entre a corporação médica e a enfermagem.

No Brasil, especialmente em nosso Estado, o Rio Grande do Sul, há anos convivemos com a atenção ao parto realizada principalmente por médicos, o que vem resultando no uso cotidiano de rotinas intervencionistas e no aumento nas taxas de cesárea. No mercado de trabalho, em geral, as enfermeiras obstétricas não ocupam o espaço de atuação direta no acompanhamento do trabalho de parto e na

realização do parto normal. Essas profissionais exercem, predominantemente, atividades de gerenciamento e supervisão ou prestam cuidados de menor complexidade. Apesar das dificuldades, alguns poucos grupos de enfermeiras obstétricas têm conseguido espaço para desenvolver seu trabalho na atenção direta ao parto normal em casas de parto e maternidades públicas de alguns estados do Brasil.

No campo da formação, o espaço destinado à educação de novas enfermeiras obstétricas também é reduzido. Os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica vêm enfrentando dificuldades para obter permissão das instituições de saúde para os estágios práticos de suas alunas. Existem poucos locais para o ensino da atenção ao parto, e estes são freqüentemente disputados com os residentes de Medicina – que, às vezes, têm sua formação priorizada. Além disso, esses cursos vêm sendo realizados de maneira descontínua, e sua estrutura – conteúdo programático, carga horária prática, número de parto realizados – vem sendo alvo de questionamentos.

Os problemas de falta de espaço para a formação das enfermeiras obstétricas para o atendimento direto ao parto não têm, contudo, impedido o desenvolvimento de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, embora recentemente tenham surgido conflitos entre a classe médica e a enfermagem, especificamente com relação a esse espaço. Nos meses de maio e junho de 2005, surgiram, nos principais jornais do Rio Grande do Sul, anúncios assinados pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul - SIMERS com os seguintes dizeres: “No Hospital Conceição, partos estão sendo feitos por enfermeiras”. O objetivo desses anúncios parecia ser alertar a população para o risco que as parturientes correm ao serem atendidas por enfermeiras, questionando, assim, a competência dessas profissionais.

A resposta divulgada pelo Grupo Hospitalar Conceição, também em um meio de grande circulação estadual, considerou que o objetivo da campanha do SIMERS era, na realidade, confundir a população, esclarecendo que a enfermeira obstétrica tem competência assegurada por lei para realizar o parto.

O episódio expôs não somente a disputa pelo espaço na atenção ao parto, como também revelou a possibilidade de soluções negociadas que permitam a inserção de enfermeiras obstétricas nesse espaço. Por exemplo, muitos dos integrantes do corpo médico do referido hospital colocaram-se a favor da realização de partos por enfermeiras especialistas. Isso sugere que, apesar da complexa realidade do parto institucionalizado, não é impossível que a enfermeira obstétrica conquiste e ocupe um espaço de prática onde sua competência possa ser demonstrada e reconhecida pelos outros membros da equipe de saúde que atendem ao parto.

Como enfermeira obstétrica, inquieta-me o fato de que muitas dessas profissionais não participem diretamente da atenção ao parto normal, deixando, assim, de contribuir para a mudança do paradigma intervencionista na atenção ao parto normal institucionalizado. Além disso, preocupa-me a tendência dos cursos de formação de especialista em enfermagem obstétrica de desenvolverem seus currículos dentro da perspectiva intervencionista.

Acredito que a atuação das enfermeiras obstétricas na transformação do modelo hegemônico de atenção ao parto normal hospitalar seja uma questão de competência e que, para que o seu envolvimento nessa transformação se efetive, é necessário, antes de tudo, analisar o fenômeno da *competência da enfermeira obstétrica para a atenção ao parto normal hospitalar* a partir dos pontos de vista das próprias enfermeiras obstétricas. Este estudo busca, então, conhecer a percepção

de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar, especialmente com relação à atenção direta ao nascimento.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar.

As seguintes questões nortearam a pesquisa:

- a) como se define essa competência;
- b) que recursos são mobilizados por essa competência;
- c) que aspectos estão implicados no processo de construção dessa competência;
- d) qual o âmbito dessa competência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo busca subsídios na literatura para responder ao objetivo e às questões norteadoras propostas por este estudo.

3.1 A enfermagem Obstétrica no mundo e no Brasil

A obstetrícia teve sua origem no conhecimento acumulado pelas parteiras, as mulheres que dominavam os cuidados ao parto. Na primeira fase do período antigo, denominada pré-hipocrática, que se estendeu até o século V a.C., predominou o chamado parto místico, em que deuses eram invocados para que o nascimento fosse bem-sucedido. As parturientes geralmente eram auxiliadas por amigas, vizinhas e mulheres mais velhas, mais experientes, que representavam o papel da parteira. Os conhecimentos eram empíricos, leigos, e as experiências eram repassadas oralmente entre as gerações. Os procedimentos adotados por essas mulheres para auxiliarem as parturientes variavam de acordo com a cultura. Compreendiam rituais que invocavam deuses através de orações, defumações, pulverizações de ervas sobre o ventre, chás e beberagens (GENARI; GENARI, 1999).

Na segunda fase do período antigo, denominada fase hipocrática (séc. V a.C. até o séc. III d.C.), destacou-se na Grécia a figura de Hipócrates (460-355 a.C.), responsável por evoluções importantes da obstetrícia, como as intervenções

cirúrgicas nos partos mais difíceis e nas embriotomias (retirada de fetos mortos). Hipócrates preferia investigar a origem dos fenômenos diretamente na natureza, questionando sua origem mágica (GENARI; GENARI, 1999; DELASCIO; GUARIENTO, 1994).

A terceira fase do período antigo, conhecida como pós-hipocrática, estendeu-se até o séc. VII, caracterizando-se pela pouca evolução nas teorias obstétricas (GENARI; GENARI, 1999).

O período médio, situado entre os séculos VII e XV, é marcado pelo desmembramento do Império Romano na Europa e pelo fortalecimento das práticas mágicas de assistência ao parto. O conhecimento obstétrico que havia sido desenvolvido até então estava concentrado nas mãos de sacerdotes, que, no entanto, se recusavam a realizar exames manuais nas gestantes (GENARI; GENARI, 1999; DELASCIO; GUARIENTO, 1994). Na prática, as parteiras continuavam realizando a maior parte dos cuidados com o parto. Entre os séculos XIV e XVII, essas mulheres foram consideradas curandeiras ou bruxas, acusadas de pouca fé, sofrendo perseguições da Inquisição (OSAVA, 1997).

O período moderno inicia-se no século XVI e marca o início da participação masculina no parto com o advento do fórceps, inventado no século XVI pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen e consagrado no século XVII. A proibição do uso desse instrumento por mulheres trouxe mudanças importantes à assistência obstétrica, estabelecendo a exclusão da profissão de parteira (MOSSA, 1992; OSAVA, 1997).

Sedimentando-se a partir do século XVIII como grupo social hegemônico na saúde, os médicos criaram regras para normatizar o exercício profissional e incentivar perseguições às parteiras. Osava (1997), em seu estudo sobre a

participação de não-médicos na atenção ao parto no Brasil, destaca que a partir do século XIX as parteiras se afastaram da nova obstetrícia técnica e científica devido a sua fidelidade aos paradigmas não-intervencionistas. Essa postura determinou sua exclusão da atenção ao parto. As parturientes chamavam os médicos por acreditarem que estes poderiam oferecer serviços diferenciados daqueles oferecidos pelas parteiras. De maneira geral, podemos dizer que o predomínio das parteiras na atenção ao parto se estendeu até o início do século XX.

A mesma autora relata dois eventos de repercussão nos modelos de atenção ao parto no início do século XX. O primeiro foi a aprovação da lei das parteiras (*Midwives Act*), de 1902, na Inglaterra, que reconheceu a profissão, incorporando-a ao sistema de saúde oficial e contribuindo para a “passagem crescente e definitiva da prática de atenção ao parto para o controle estatal, e aos domínios da medicina oficial” (OSAVA, 1997, p. 20). O segundo episódio, ocorrido nos Estados Unidos, ficou conhecido como *midwife problem*. As parteiras foram acusadas de serem as responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, dando margem à idéia de que o nascimento seguro era prerrogativa médica. Esses acontecimentos desprestigiaram o trabalho das parteiras, principalmente nos Estados Unidos, onde o campo da assistência materna foi gradativamente ocupado por médicos.

Ao contrário do que aconteceu nos Estados Unidos, na maioria dos países europeus, a parteira continuou a ser a responsável pelo parto. Inclusive, de acordo com Osava, ela foi “melhorada através de treinamento, tornando-se uma profissional estabelecida e independente” (1997, p. 22). Nos Estados Unidos, contudo, os médicos “não estavam interessados em melhorar a assistência prestada pelas

parteiras”, e gradativamente os redutos das parteiras tradicionais foram sendo ocupados por enfermeiras especializadas em obstetrícia (OSAVA, 1997, p. 22).

No Brasil do século XIV, habitado pelos índios, o pajé era a figura que curava por meio de encantamentos, rezas e ervas da natureza. A gravidez e o parto eram considerados absolutamente fisiológicos, sem cuidados especiais no atendimento à parturiente (FRAGA; MATOS, 2002). A partir do período colonial português, no séc. XVI, parteiras leigas – negras, portuguesas e caboclas – detiveram o domínio da arte de partejar no Brasil, sendo conhecidas como comadres ou curiosas. (OSAVA, 1997).

No séc. XIX, com a chegada do Corte Portuguesa no Brasil em 1808, foi estabelecido o ensino oficial de medicina no país, dando início à escalada da medicalização do parto. Entretanto, inicialmente era difícil convencer as mulheres a se apresentarem ao médico, fosse para o parto, fosse para tratar algum problema de saúde. O médico era visto como um último recurso, procurado somente em caso de grande preocupação, e no caso do parto, as parteiras eram as primeiras a serem procuradas (BRENES, 1991).

Esta situação representava um problema na formação obstétrica médica, pois o ensino prático da obstetrícia dependia da disponibilidade de mulheres grávidas. Assim, ao longo do séc. XIX houve um grande esforço da corporação médica no sentido de atrair as mulheres para as suas instituições. Como coloca Brenes,

inúmeras foram as técnicas empregadas para atrair o público feminino aos locais de internamento. É difícil precisar [...] o momento em que esta atração passou a se efetuar de maneira satisfatória. [...] Tendo em vista a necessidade de mulheres na [...] maternidade, pois para os médicos e estudantes esse seria o único meio de adquirir a prática na difícil arte dos partos, os médicos tentaram em decorrência da não correspondência das mulheres aos seus apelos, conseguir o apoio do governo [...]. (1991, p. 146).

A estratégia da corporação médica na conquista do parto, empregada ao longo do séc. XIX, era a de construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população, ao mesmo tempo em que a imagem das comadres ou curiosas era associada ao infanticídio e ao aborto (BRENES, 1991). Mesmo a iniciativa em 1832, de ensinar obstetrícia às mulheres nas escolas médicas, pode ser interpretada nesse sentido. Pires (1989) destaca que essa iniciativa das escolas médicas foi estrategicamente planejada para manter as parteiras diplomadas dentro dos limites impostos pela medicina, enfatizando a formação prática e garantindo a hegemonia médica sobre o raciocínio clínico e as decisões terapêuticas.

Até meados do séc. XX as parteiras tradicionais mantiveram ainda predomínio do partejar. Entretanto, logo após a Segunda Guerra Mundial, encontramos já o predomínio do parto hospitalar no Brasil, evidenciando a escalada do poder médico e “o fim da feminização do parto”, na expressão de Osava (1997, p. 29). A autora conclui: “o ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua família, transformou-se, no hospital, em momento privilegiado para o treinamento de médicos” (OSAVA, 1997, p. 29-30).

3.1.1 Modelos de atenção ao parto

Nos Estados Unidos e nos países sob sua esfera de influência – como Brasil, México e América Latina em geral – emergiu, no início do século XX, o que Caparroz (2003) chama de *Paradigma Americano* de atenção ao parto, tendo no médico sua figura central. Como destaca Osava (1997), nesse modelo de atenção ao parto, o

aparelho reprodutivo é visto como uma máquina, manejada por um técnico habilidoso, o médico – o atendimento à parturiente é organizado como uma linha de montagem e, se a dilatação não progride de acordo com o esperado, “um soro com ocitocina é instalado porque a máquina está defeituosa” (OSAVA, 1997, p. 64). Com a preponderância dos médicos na atenção ao nascimento em muitos países do mundo, o papel das enfermeiras obstétricas é freqüentemente relegado a um segundo plano (MOTT, 2002). Especialmente na América Latina, escolas de parteiras têm sido fechadas devido à suposição de que suas tarefas devam ser assumidas por médicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

De acordo com Merighi (2000), as enfermeiras obstétricas norte-americanas, em passado recente, quase foram excluídas totalmente da atenção ao parto. No entanto, elas vêm garantindo de maneira crescente o seu espaço e o de outras profissionais não-médicas através dos *centros de nascimento*, tema que será abordado mais adiante.

Diferentemente da América Latina, em muitos países europeus, predomina outro modelo assistencial. É o caso de Inglaterra, França, Dinamarca e Holanda, onde se entende o parto como um processo fisiológico, não-patológico, centrado na parturiente; busca-se usar as tecnologias de acordo com a necessidade, não de acordo com a rotina; o parto não acontece necessariamente no hospital, podendo ser domiciliar ou em uma casa de parto, e a profissional não-médica tem seu lugar na equipe, o que contribui para as baixas taxas de cesarianas e intervenções (CAPARROZ, 2003).

Na Holanda, as parteiras são formadas em cursos de graduação e capacitadas para acompanhar todo o pré-natal e o parto, sem assistência médica, salvo em gravidez de risco. Na maioria dos casos, o parto é conduzido pela parteira

e pela enfermeira, sem a presença do médico, nas casas de parto ou no domicílio. O parto hospitalar é reservado para gestações de risco e cesareanas. O índice de mortalidade neonatal/puerperal na Holanda é muito baixo quando comparado com o de países desenvolvidos, porém medicalizados, como os Estados Unidos, ou determinados países europeus, como Espanha e Portugal (MACHADO, 2004).

3.1.2 O parto medicalizado e a prática intervencionista

O processo de medicalização da sociedade corresponde à expansão da área de atuação da medicina em vários espaços da ação humana, abrangendo muitos aspectos que inicialmente não eram definidos como médicos. Entre esses aspectos, estão as etapas biológicas do ciclo vital feminino (menstruação, gravidez, parto e menopausa) (CAPARROZ, 2003). A medicina moderna atua, cada vez mais, como um agente de controle social, o que torna as pessoas dependentes da profissão médica (HELMAN, 1994). A medicalização da sociedade tem repercutido fortemente na maneira como se tem conduzido a atenção ao parto normal e à parturiente. Como destacam Vargens, Proganti e Medina,

durante a consolidação deste processo em nossa sociedade, a arte de partejar, que era um saber feminino, orientado pela intuição e pela experiência vivida no cotidiano, foi transformada em um saber masculino biotecnológico que segue os métodos da ciência racional com o objetivo de dominar e intervir na natureza (2003, p. 14).

O auge da medicalização do nascimento no Brasil deu-se nos anos 70, quando ocorreu uma entrada maciça de novos médicos nos hospitais brasileiros, ao mesmo tempo em que as escolas de enfermagem obtiveram exclusividade sobre a formação de enfermeiras obstétricas. Gradualmente, o campo obstétrico foi sendo

dominado por médicos, e tanto as parteiras curiosas quanto as diplomadas foram sendo excluídas dos centros urbanos (VARGENS; PROGIANTI; MEDINA, 2003).

Siqueira (2001) refere que a patologização de um processo natural pode alienar as mulheres da compreensão da natureza do seu próprio corpo. Surge um receio quanto à própria capacidade de dar à luz de maneira fisiológica. Nesse contexto, como argumenta Caparroz (2003), são utilizadas condutas técnicas padronizadas, como a imposição de rotinas, a posição do parto e as intervenções obstétricas desnecessárias. A medicalização do nascimento concretiza-se no que se tem chamado de *parto vaginal dirigido*, que, segundo a literatura revisada, apresenta as seguintes características: a mulher está geralmente semi-imobilizada, em posição litotômica, privada de alimentos e líquidos por via oral, sujeita à utilização de drogas para a indução do parto e ao uso da rotina de episiotomia e eventual do fórceps (DINIZ, 2001). Esse é o modelo de atenção ao parto 'normal' mais comum no Brasil, sendo realizado quase sempre por um médico em uma instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de *parto normal institucionalizado*. Evidentemente, esse tipo de parto é o considerado normal dentro de uma perspectiva intervencionista, que é a vigente hoje no Brasil.

A OMS tenta resgatar o parto como um fenômeno da natureza reprodutiva da mulher, pertencente ao âmbito da normalidade, e conceitua parto normal como:

[...] parto de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 4).

Para Siqueira (2001), o conceito de parto natural está incluído no conceito de parto normal da OMS. Considera-se parto natural aquele parto normal em que não se processou nenhum tipo de intervenção obstétrica invasiva. Nessa perspectiva,

Jakobi (2004), fundamentado nos princípios de que nascer é um ato natural e ecológico, conceitua parto como um processo natural, um caminho de transformação, de vencer medos e de dar à luz uma nova era.

Dentre as práticas intervencionistas e invasivas atualmente utilizadas na atenção ao parto normal, uma das mais discutidas é o uso rotineiro da episiotomia. De acordo com a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), trata-se de uma prática utilizada freqüentemente, porém inapropriada. Osava (1997) destaca que as taxas de episiotomia variam de acordo com o tipo de profissional presente no parto. Ainda segundo a autora, nos Estados Unidos, pesquisas evidenciam que as *nurse-midwives* e as parteiras são as profissionais menos favoráveis a esse procedimento, ao contrário dos médicos obstetras e clínicos. Para muitas delas, saber evitar as episiotomias é motivo de orgulho profissional. Já no Brasil, as enfermeiras obstétricas são treinadas dentro da política da episiotomia de rotina. Essa prática muitas vezes é colocada como o ponto culminante do treinamento das nossas profissionais, o que não propicia o aperfeiçoamento de tecnologias que mantenham o períneo íntegro (OSAVA, 1997).

Outra prática muito discutida em âmbito nacional e internacional é a cesariana. Os altos índices de cesáreas é um fenômeno comum nos países intensamente medicalizados (CAPARROZ, 2003). A OMS recomenda que as taxas de cesarianas não ultrapassem 15% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). No entanto, no Brasil, nas maternidades públicas que realizam partos pelo SUS, essa taxa foi de 27,53% e no setor privado foi de 79,70% no ano de 2004. (BRASIL, 2005). Esses índices refletem bem o contexto atual de medicalização da atenção ao parto no país.

Um dos atrativos da prática da cesariana parece ser a possibilidade de o parto acontecer com hora marcada, idéia apoiada na convicção da sua inocuidade. No entanto, a morbi-mortalidade associada a essa intervenção cirúrgica é maior do que a do parto normal. No contexto brasileiro, a cesariana é também atraente porque é mais rentável para os médicos, principalmente no setor privado, além de ser considerada 'preventiva' das supostas lesões genitais resultantes do parto (DINIZ, 2001).

3.1.3 O parto humanizado

O modelo do parto institucionalizado, de acordo com Diniz (2001), postula a necessidade de um papel passivo da mulher na cena, em que ela será processada tecnicamente pelo profissional e pela instituição. A autora acrescenta que o modelo tecnocrático, profundamente incorporado às práticas, é um dos mais importantes obstáculos à humanização da assistência. A consequência é a “desumanização”, a “alienação”, a “coisificação” da parturiente – usando as expressões propostas por Deslandes (2004).

Nas últimas décadas, a vigência desse modelo tem despertado um movimento de oposição que busca não somente humanizar o atendimento ao parto no contexto institucionalizado, mas, se possível, resgatar o parto normal em outro contexto. No Brasil, essa trajetória teve início na década de 70, através de iniciativas como as casas de parto. A pauta do movimento inclui também a desmedicalização

da atenção e a inserção da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto (BONILHA; ESPÍRITO SANTO, 2000).

Nesse sentido, a partir de 1996, o MS, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), lançou programas de incentivo à saúde da mulher, dentre os quais, o Projeto Maternidade Segura, com vistas ao preparo de profissionais para prestarem serviços humanizados à população brasileira na atenção ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2003).

Um marco importante no movimento de humanização é a criação, a partir da Carta de Campinas, de 1993, da REHUNA, a Rede de Humanização do Nascimento. A REHUNA é uma organização não-governamental que visa a evidenciar os riscos provocados pelas práticas intervencionistas e iatrogênicas à saúde de mães e bebês, resgatar e revalorizar o nascimento como evento existencial e sociocultural, humanizando as posturas e condutas face ao parto (BONILHA; ESPÍRITO SANTO, 2000).

O conceito de humanização – na área da saúde e fora dela – tem sido alvo de muitas disputas, mas o denominador comum entre as diferentes concepções parece ser o questionamento do modelo tecnocrático e da “coisificação” dele resultante (DINIZ, 2001; DESLANDES, 2004).

De acordo com Diniz (2001), existem inclusive objeções ao próprio uso do termo *humanização*, por ele ter adquirido um certo significado de *bom relacionamento*, não representando uma prática científica ou modificações reais nos procedimentos. De acordo com esse ponto de vista, o termo *parto tecnicamente bem*

conduzido corresponderia com mais exatidão às recomendações oficiais, como as da OMS:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2003, p. 9).

Apesar das disputas, já é possível distinguir, de acordo com Tornquist, o surgimento de um “ideário do parto humanizado: as noções de amamentação natural e vínculo mãe/bebê/pai” (2003, p. 425). Iniciativas humanizadoras pautadas por esse ideário vêm surgindo mesmo em algumas grandes maternidades: o estímulo ao aleitamento materno precoce e a presença do pai ou familiar durante o parto.

Entretanto, em pesquisa conduzida por Tornquist (2003), *Paradoxos da Humanização em uma Maternidade do Brasil*, revela que a normatização burocrática dessas práticas – mesmo que bem intencionada – pode resvalar também para o tecnicismo. A lógica do serviço nas grandes instituições de saúde, ao instituir iniciativas humanizadoras inflexíveis, pode produzir “efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater”. A autora conclui que “o ideário do parto humanizado [...] contém paradoxos: de um lado, advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro *parece estar desatento às diferenças socioculturais entre as mulheres*” (TORNQUIST, 2003, p. 426).

Certas iniciativas humanizadoras do parto, conseqüentemente, podem tornar-se elas mesmas fonte de “coisificação” da parturiente na medida em que se institucionalizam e se tornam rotineiras. De acordo com o Ministério da Saúde: “reconhecer a individualidade é humanizar o conhecimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e

capacidade de lidar com o processo do nascimento” (BRASIL, 2001, p. 10). Portanto, a humanização depende amplamente da competência do profissional de saúde em avaliar cada parturiente e agir de acordo, questionando necessariamente o modelo do parto institucionalizado.

O MS, sensível aos questionamentos em relação ao parto institucionalizado e ao elevado número de cesarianas, adotou a política de estimular o ingresso de enfermeiras obstétricas no mercado de trabalho. Em 1999, foi lançado um programa de apoio à capacitação de novas enfermeiras obstétricas para atuarem no pré-natal, parto e puerpério. Um currículo específico, voltado para as necessidades atuais de humanização do parto, foi criado para orientar as atividades dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, oferecidos como pós-graduação *latu sensu*.

Segundo Schirmer (2001), alguns dos resultados obtidos em curto prazo por essa política de subsídios do MS são: o aumento da necessidade de criação de casas de parto natural na rede pública; o aproveitamento dos especialistas nos Centros de Formação do Programa da Saúde da Família (PSF); e a publicação da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 223/99, reforçando a competência legal do enfermeiro obstetra para realizar o parto normal sem distócia.

Atualmente, existem vários movimentos da comunidade científica visando ao resgate do parto como um acontecimento fisiológico e humanizado, assim como a inserção da enfermeira obstétrica. A publicação da Portaria MS/GM 2.815, em 1998, e da Resolução COFEN, em 1999, ambas determinando que o enfermeiro receba o pagamento do SUS pelos partos realizados (BRASIL, 1998; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999), reacendeu os conflitos entre as categorias médicas e de enfermagem quanto à operacionalidade da prática de atenção ao parto e

nascimento. A discussão gerou protestos médicos de dimensões públicas e jurídicas, dando visibilidade à luta entre esses segmentos profissionais (MERIGHI; YOSHIZATO, 2002).

Ao lado das iniciativas humanizadoras mencionadas, existe a iniciativa de substituir o parto dirigido, praticado nos hospitais, pelo parto natural: são as casas de parto. Nelas, cabe à enfermeira obstétrica o papel de acompanhar o parto normal sem distócia, ao passo que, no parto institucionalizado, o médico é o principal prestador de serviços. Nesse sentido, o MS tem apoiado as iniciativas de criação de centros de nascimentos através da Portaria n. 985/99 (BRASIL, 1999). Tais centros são mundialmente considerados como uma alternativa segura, de relação custo-benefício positiva, tanto na assistência nas áreas rurais, quanto em grandes centros urbanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). São serviços não-hospitalares que prestam assistência a mulheres com baixo risco para complicações obstétricas, constituindo uma opção intermediária entre a casa e o hospital (OSAVA, 1997).

Compreendendo que o espaço físico hospitalar é dominado pelo modelo assistencial intervencionista e medicalizado, busca-se nos locais alternativos de nascimento uma oportunidade para as enfermeiras obstétricas exercerem, com mais autonomia, uma prática de atenção centrada na parturiente. Esse modelo de cuidado privilegia a participação ativa da mulher no processo, possibilitando uma alternativa segura para as mulheres que querem viver intensamente o parto (OSAVA, 1997; CAPARROZ, 2003).

3.2 A formação das enfermeiras obstétricas no Brasil

O artigo publicado por Riesco e Tsunehiro (2002), que trata da formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas, aponta que existem no mundo, atualmente, diferentes modelos de formação de profissionais obstétricas, que dão origem a diferentes tipos de profissionais. De acordo com as autoras, a Confederação Internacional de Obstetrizes e o Conselho Internacional de Enfermeiras delimitam os territórios profissionais de cada um deles (Quadro 1), em âmbito internacional, da seguinte maneira:

Profissionais	Definição segundo as entidades mencionadas
Obstetriz (<i>Midwife</i>)	pessoa que foi regularmente admitida e concluiu o programa educacional de obstetrícia, adquirindo a capacitação para ser legalmente licenciada para o exercício da obstetrícia.
Enfermeira Obstétrica (<i>Nurse Midwife</i>)	pessoa que é legalmente licenciada para exercer tanto as atribuições de enfermeira quanto as de obstetriz. A única categoria de profissional obstétrica formada hoje no Brasil.
Auxiliar de Obstetriz (<i>Auxiliary Midwife</i>)	pessoa que participou de algum treinamento formal em obstetrícia e atua sob supervisão da obstetriz. O tempo de formação pode variar de um a dois anos, podendo tal formação ser ou não certificada. A auxiliar de obstetriz pode receber o título de obstetriz rural, assistente de obstetriz, etc.
Parteira tradicional ou leiga (<i>Traditional Birth Attendant</i>)	pessoa que atende a mulher durante o parto e que desenvolveu habilidades atendendo sozinha a parturiente ou como aprendiz de outra parteira tradicional. Recebe um breve curso de aprimoramento de cerca de um mês.

Quadro 1 – Categorias profissionais e suas competências.
Fonte: Riesco e Tsunehiro (2002).

O Brasil vem investindo principalmente na formação de enfermeiras obstétricas (*nurse-midwives*), profissionais que após a graduação em enfermagem especializam-se em obstetrícia. Recentemente (desde 2005), vem ocorrendo também a formação de obstetrizes (*midwives*) pela Universidade de São Paulo – USP Leste, através de um curso de graduação, a exemplo do que já acontece em outros países da América Latina, como o Chile. Nesses países, estas profissionais

são conhecidas como *matronas* e seu papel no contexto da parturição já está bem estabelecido (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2005; OSAVA, 1997; SÁNCHEZ, 2002).

Atuam também no Brasil parteiras tradicionais ou leigas (*Traditional Birth Attendants*), principalmente nas regiões rurais do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Recentemente, através da formação de associações, elas vêm buscando maior reconhecimento e valorização da sua atividade, não somente pela sua relevância cultural intrínseca, mas também pela necessidade de uma regulamentação de sua profissão e de capacitação (VIEIRA, 2004; SILVEIRA, 2004; RIBEIRO, 2003).

O ensino formal de profissionais ligadas ao parto em território nacional iniciou-se em 1832, através da formação de parteiras em escolas ligadas às faculdades de medicina. Desse ano até 1949, a legislação do ensino das parteiras foi parte integrante da legislação do ensino de medicina. Durante esse período, as egressas desses cursos receberam diferentes títulos: parteira, enfermeira parteira, enfermeira especializada, obstetrix e finalmente enfermeira obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Entretanto, as escolas de enfermagem, a partir de 1949, passaram também a conceder o título de enfermeira obstétrica. Passaram a coexistir, então, dois modelos de formação das enfermeiras obstétricas: o chamado *modelo europeu*, em que estas eram formadas em cursos obstétricos de nível técnico, anexos às escolas médicas; e o *modelo americano*, em que enfermeiras poderiam optar por habilitar-se em obstetrícia durante sua graduação. Nesse caso, a obstetrícia era concebida como uma especialidade da enfermagem (OSAVA, 1997; JORGE, 1975).

O decreto 50387 de 1961, que regulamentava o *exercício da enfermagem e suas funções auxiliares*, em seu art. 4º, gerou uma polêmica entre essas

profissionais ao conferir o título “obstetiz” para ambas as categorias profissionais. O mesmo título – obstetiz – estava sendo conferido a profissionais de nível médio e a profissionais de nível superior, desagradando as enfermeiras obstétricas formadas pelas escolas de enfermagem. Por sua vez, as egressas do antigo curso para obstetrizes reivindicavam para si a exclusividade do título (JORGE, 1975).

Com a reforma universitária de 1968, que vetava a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes, iniciou-se a derrocada dos cursos de obstetrícia ligados às escolas médicas. Em 1972, com a fixação no novo Currículo Mínimo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia pelo Conselho Federal de Educação, a obstetrícia consolidou-se como especialidade da enfermagem. O enfermeiro, após concluir um tronco comum com duração de três a cinco anos (no mínimo 2.500 horas), poderia habilitar-se em um dos três ramos específicos da enfermagem (no mínimo 500 horas): enfermagem obstétrica, enfermagem médico-cirúrgica ou enfermagem em saúde pública, totalizando 3.000 horas (FRAGA; MATOS, 2002; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Em 1994, a habilitação em enfermagem obstétrica foi extinta, sendo criada a especialização em enfermagem obstétrica em nível de pós-graduação *latu sensu*, com base na Resolução CNE/CES nº1/2001 (BRASIL, 2001a). No ano de 2000 foi criado, no Ministério da Saúde, o Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica, representado por profissionais experientes na prática e na formação de recursos humanos, destinado a elaborar um modelo de projeto do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, distribuído entre as escolas de enfermagem, as secretarias estaduais de saúde e as entidades de classe de enfermagem.

De acordo com esse modelo, os cursos de pós-graduação financiados pelo MS deveriam durar de seis a doze meses, com carga horária de 460 a 600 horas. Destas, 1/3 deve ser dedicado aos conteúdos teóricos e 2/3 a atividades práticas. Sua estrutura curricular deve incluir as áreas temáticas de obstetrícia fundamental, enfermagem obstétrica e enfermagem perinatal (SCHIRMER, 2001).

O Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica sugere, ainda, a adoção de estratégias de ensino diversificadas, como seminários, estudos clínicos e análise de vídeos. Devem ser discutidas questões como a avaliação de qualidade, indicadores epidemiológicos de saúde, princípios bioéticos da assistência e aspectos éticos e legais do exercício profissional. O debate também deve incluir as políticas públicas, a gestão do SUS e os programas nacionais e internacionais de saúde da mulher. O modelo inclui, ainda, a proposta da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) para o desenvolvimento das enfermeiras obstétricas, introduzindo a perspectiva de gênero, saúde reprodutiva e sexualidade e enfatizando os aspectos relacionados com a cidadania, como os direitos políticos, jurídicos, trabalhistas e sociais (SCHIRMER, 2001).

Como destaca Schirmer (2001), os cursos de pós-graduação objetivam formar enfermeiras competentes para a realização do parto normal e para a identificação dos riscos obstétricos e perinatais, habilitando-as com bases epidemiológicas, clínicas e humanísticas para a atuação no SUS. A habilidade prática do aluno, requisito para a validação do certificado, deve ser avaliada através da realização de 20 partos, 15 atendimentos a recém-nascidos na sala de parto e 15 consultas pré-natal. Entre os critérios de avaliação discente, consta a apresentação de um trabalho de conclusão no final do curso.

O aumento da demanda por profissionais qualificados no campo da enfermagem obstétrica motivou o MS a desenvolver, sistematicamente, programas de capacitação de recursos humanos para o SUS. Esse processo proporcionou apoio financeiro e técnico a 54 cursos de especialização, com maior concentração na região sudeste e sul do país (*ibidem*).

Bonadio *et al.* (1999), em um estudo desenvolvido no ano de 1997, realizaram um levantamento do número de enfermeiras obstétricas formadas no Brasil pelas escolas de enfermagem nos 20 anos anteriores. O estudo indicou que apenas 1.756 profissionais haviam se formado nesse período. Destes, 1.058 realizaram o antigo curso de habilitação e 698 titularam-se na modalidade de especialização. Constatou-se uma insuficiência da oferta de especialistas no mercado durante o período estudado, bem como um reduzido interesse pelo curso de especialização em enfermagem obstétrica. Os cursos geralmente foram oferecidos de maneira descontínua, em consequência das mudanças na legislação de ensino, da ausência de campos de estágio para os alunos e de professores capacitados para o atendimento ao parto e nascimento.

A partir de 1999, com a política de apoio financeiro do MS, houve um incremento na formação de enfermeiras obstétricas no país. Segundo Riesco e Tsunechiro (2002), no período 1999-2001, cerca de 1.090 enfermeiras concluíram seus cursos de especialização. Isso pode ser considerado um marco nacional no projeto de capacitação desses profissionais. Como destaca Schirmer (2001), foram subsidiados 11 cursos em 1999 e 44 em 2000.

A mesma tendência foi observada no Rio Grande do Sul, estado onde acontece o presente estudo. Berni (2003), presidente da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras, seção Rio Grande do Sul (ABENFO-RS), no II

Simpósio sobre Parto Ativo e Humanizado, realizado em Curitiba, PR, no ano de 2003, em seu discurso de abertura apresentou uma estimativa do número de especialistas existentes no Rio Grande do Sul: cerca de 260 enfermeiras obstétricas (BERNI, 2003). Do final dos anos 70 até o final da década de 90, foram realizados apenas cinco cursos de especialização no Estado, dois deles em instituição pública e três em instituição privada. Com o oferecimento de subsídios por parte do MS, várias instituições, públicas e privadas, passaram a oferecer novos cursos. Uma única instituição pública formou o expressivo número de 103 especialistas em obstetrícia e neonatologia em apenas três anos (DUARTE; CECCIM, 2002).

Acredita-se que esse aumento numérico ainda seja insuficiente para contribuir de maneira efetiva na inserção desse profissional no mercado de trabalho e na transformação do modelo assistencial vigente, medicalizado e intervencionista, em um modelo humanizado de atenção ao parto. Além disso, há críticas à maneira como têm sido formadas as especialistas em enfermagem obstétrica no Brasil (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Aqueles cursos mais tradicionais, preocupados em abranger todos os aspectos da atenção à saúde da mulher e estimular a produção científica, além de despenderem muito tempo e recursos materiais e financeiros, não atendem à demanda quantitativa por profissionais aptos a atuarem no pré-natal, parto e puerpério. Por outro lado, os cursos de especialização de curta duração, que visam suprir essa demanda mais rapidamente, são mais dirigidos para a realização do parto do que para outros aspectos da atenção à mulher (*ibidem*).

As mesmas autoras, juntamente com Osava (1997), argumentam, ainda, que se leva muito tempo para formar uma enfermeira e depois uma especialista em obstetrícia. A iniciativa da USP, com o Curso de Graduação em Obstetrícia vai nesse

sentido: formar profissionais obstétricas já na graduação, em um curso de quatro anos oferecido nas próprias escolas de enfermagem (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2005).

A discussão em torno da formação de recursos humanos para a atenção ao parto e nascimento vem resultando em propostas alternativas de formação das competências do enfermeiro especialista (RIESCO; TEIXEIRA, 2002). Entre os novos projetos pedagógicos que podem causar impacto efetivo na atuação da enfermeira especialista, está o *ensino por competências*, uma proposta trazida para o campo da educação profissional por estudiosos da área da educação, como Phillipe Perrenoud (FAUSTINO; EGRY, 2002).

3.3 A atuação das enfermeiras obstétricas no Brasil

De acordo com a OMS, o objetivo da atenção ao parto normal é “ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível de intervenção compatível com a segurança” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 4). Ainda segundo a OMS, as tarefas do prestador dessa assistência são quatro:

1. Dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto.
2. Observar a parturiente; monitorar o estado fetal e posteriormente o do recém nascido; detectar os problemas precocemente.
3. Realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar os cuidados ao recém-nascido após o nascimento.
4. Encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais completo, caso surjam complicações ou fatores de risco que o justifiquem. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 4).

Dentre os profissionais elencados para prestar assistência à gestação e ao parto normal, a OMS considera que “a enfermeira-parteira parece ser o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade [...]” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 6). No contexto internacional, a enfermeira-parteira é qualquer profissional cujo treinamento para o parto seja reconhecido pelo governo que a credencia, sem necessidade de formação anterior em enfermagem. No entanto, existem muitas variações entre países no que diz respeito às tarefas realizadas pelas enfermeiras-parteias. Nos países mais industrializados, essas profissionais trabalham, em geral, em hospitais, sob supervisão de obstetras, estando, portanto, sujeitas às rotinas do departamento obstétrico, com pouca distinção entre gestações de alto ou baixo risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

No Brasil, a enfermeira obstétrica é a profissional que corresponde ao perfil da enfermeira-parteira. Parte significativa dessas profissionais atua em hospitais, nas condições descritas pela OMS como comuns em países industrializados. Estão, portanto, imersas no modelo assistencial do parto institucionalizado, em que o parto é dirigido pelo profissional que o assiste, através de numerosas intervenções, ao invés de ser encarado como evento natural (OSAVA, 1997).

No contexto hospitalar, é atribuição da enfermeira obstétrica a realização do histórico de enfermagem, que fornece subsídios para identificação dos possíveis problemas, permitindo o estabelecimento de um plano assistencial, como colocam Espírito Santo e Berni (2001). Nesse processo, inclui-se um exame obstétrico, que envolve a avaliação da dinâmica uterina, a ausculta fetal e o toque vaginal, imprescindível para diagnosticar precocemente riscos maternos e fetais nos períodos clínicos do parto (PIOTROWSKY, 2002).

Durante o período expulsivo, “a enfermeira pode atuar na sala de parto realizando o parto normal ou acompanhando a evolução do parto e atuando de acordo com as necessidades surgidas em cada momento” (ESPÍRITO SANTO; BERNI, 2001, p. 196). Também o acompanhamento do pós-parto imediato faz parte das atribuições da enfermeira, de acordo com as autoras. A literatura sobre enfermagem, portanto, enfatiza a presença e a atuação da enfermeira obstétrica em todos os períodos clínicos do parto realizado no hospital (ESPÍRITO SANTO; BERNI, 2001; PIOTROWSKY, 2002).

No RS, conforme aponta um estudo realizado por Duarte, Bonilha e Riffel, “a maioria dos enfermeiros atuam na assistência à mulher e ao neonato em nível hospitalar [...]” (1998, p. 13), ou seja, no contexto institucionalizado. As atividades realizadas são predominantemente “de menor complexidade, [...] como cuidados gerais à mulher em trabalho de parto e parto e ao recém-nascido normal” (1998, p. 10). Entre as ações realizadas pelos enfermeiros pesquisados por Duarte, Bonilha e Riffel (1998), receberam destaque as atividades administrativas – a maioria deles atuavam na chefia geral ou de unidade em instituições de saúde.

O estudo de Duarte, Bonilha e Riffel (1998) também revela que é no período expulsivo que se dá a menor participação específica do enfermeiro. Dentre os enfermeiros pesquisados por Duarte, Bonilha e Riffel (1998), somente 22,6% eram enfermeiros obstétricos, os demais eram enfermeiros graduados que atuam na área da saúde da mulher e do neonato. Na comparação dessas atividades com as tarefas que a OMS considera como próprias do prestador de assistência ao parto, evidencia-se que a enfermeira obstétrica não está inserida totalmente nessa assistência.

Schirmer (2001), referindo-se à região sudeste do país, menciona que praticamente não existem, no DATASUS, registros de partos realizados por enfermeiras obstétricas – que eventualmente realizariam o procedimento, registrando-o em nome do médico. Esse dado parece indicar que a enfermeira obstétrica tem dificuldade para firmar-se como a principal prestadora da atenção ao parto também em outras regiões do país.

No contexto do parto hospitalar, é o profissional médico obstetra que se destaca como o realizador do parto no Brasil. A OMS, entretanto, ao preferir a atuação da enfermeira-parteira, indica que os médicos,

devido a seu treinamento e atitude profissional, podem ser mais propensos – na verdade, freqüentemente são forçados a isso pelas circunstâncias – a intervir mais freqüentemente do que enfermeiras-parteias. [...] É pouco provável que suas responsabilidades pelo manejo de complicações importantes deixem-lhe tempo disponível para dar assistência e apoio à parturiente e à sua família durante todo o trabalho de parto normal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 5).

Assim, na atenção ao parto hospitalar, a enfermeira parece ser mais atuante no pré-parto e no pós-parto, sendo que, no parto em si – no período expulsivo – é o médico quem presta a assistência (MERIGHI; YOSHIZATO, 2002). Essa fragmentação da assistência, em parte decorrente da institucionalização do parto, contraria a recomendação da OMS para que o prestador da atenção ao parto se responsabilize por todas as tarefas do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O parto institucionalizado é organizado a partir do princípio da especialização e da repetição de tarefas. Cada profissional tem seu papel bem delimitado, atuando em um momento específico de forma rotineira, sem levar em consideração o aspecto individual de cada mulher. Nesse contexto, por exemplo, a presença de familiares da

parturiente é percebida como um elemento estranho ao bom andamento das engrenagens do sistema (DINIZ, 2001).

Já o perfil da enfermeira-parteira preconizado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) é o de uma profissional competente para acompanhar todas as etapas do trabalho de parto e parto, incluindo-se a interação com a grávida e sua família, o respeito às peculiaridades de cada mulher. Evidencia-se o contraste entre a visão da OMS, que considera o parto um evento natural e contínuo, e a ótica da institucionalização do parto, em que este é entendido como uma seqüência de etapas que exigem a intervenção de uma série de profissionais especializados.

O papel da enfermeira-parteira, de acordo com a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), é claramente o de atuar fora do contexto hospitalar, em situações de baixo risco. As listas de competências elaboradas por organizações como a Confederação Internacional das Parteiras (International Confederation of Midwives, ICM), que são referências no Brasil e no mundo, relacionam-se claramente com a formação de enfermeiras obstétricas capazes de conduzir o parto por si mesmas – por isso a ênfase em autonomia, por exemplo, presente nesses documentos (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Embora a enfermeira obstétrica brasileira corresponda aos critérios internacionais que definem a enfermeira parteira, sua atuação é fundamentalmente diversa da prescrita por esses mesmos critérios, pois se dá principalmente em hospitais. De acordo com a OMS, a enfermeira parteira é competente para acompanhar todo o processo do parto, intervindo somente se necessário, porém a enfermeira obstétrica brasileira, ao contrário, atua em pontos específicos do processo, reservados a ela pela lógica do serviço, e convive com a intervenção de

rotina desde sua formação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; OSAVA, 1997).

Mesmo que a enfermeira obstétrica brasileira não seja a profissional responsável pela realização do parto, devido à institucionalização e medicalização deste, vem conquistando para si outras atribuições, relacionadas não com o aspecto técnico da enfermagem, mas com as iniciativas humanizadoras do parto. Espírito Santo e Berni (2001), por exemplo, descrevem também esse aspecto da atuação da enfermeira obstétrica. As autoras apontam que faz parte da atenção de enfermagem acolher a grávida, seu companheiro e família, estabelecendo uma relação de confiança.

Espírito Santo e Berni (2001) enfatizam que a enfermeira obstétrica deve orientar e informar à parturiente sobre a evolução do parto e sobre as condutas que devem ser adotadas, tais como a posição, as técnicas de respiração e relaxamento associadas às contrações. As atitudes de apoio da profissional poderão contribuir para uma atitude materna positiva em relação ao trabalho de parto (ESPÍRITO SANTO; BERNI, 2001).

Através dessa atuação, a enfermeira obstétrica poderia contribuir para uma atenção ao parto mais humana. Silveira e Leitão consideram que “o trabalho solidário agregará valor ao processo de trabalho da enfermeira, fará a diferença e merecerá, conseqüentemente, o respeito da comunidade científica e da comunidade” (2003, p. 208).

Por fim, o quadro atual no Brasil e no mundo é de rápidas mudanças e reformulações no cenário social, político e econômico. É necessário investir na

[...] formação de profissionais com competência técnica e humanística para que possam propor alternativas de transformação da realidade e passem a ocupar definitivamente um espaço no mundo da assistência obstétrica (BRÜGGEMANN, 2003, p. 4).

A enfermagem, como profissão, deve ser competente para reorganizar-se e refletir sobre a sua inserção nesse novo contexto, acompanhando as transformações e conquistando visibilidade no cenário obstétrico (MERIGHI; YOSHIZATO, 2002).

3.4 O paradigma das competências profissionais

O modelo clássico de organização do trabalho é o chamado *modelo taylorista/fordista*, que predominou durante o século XX. Esse modelo origina-se dos paradigmas da administração científica, propostos por Taylor no início do século XX em suas obras sobre o aproveitamento eficaz do trabalho humano. Coube a Ford demonstrar sua aplicação prática na fabricação em série de automóveis (DE MASI, 2003).

Essa concepção, baseada na total fragmentação do trabalho e extrema divisão do saber, como coloca Deluiz (2001), tem predominado não somente no setor produtivo, mas influenciado a sociedade como um todo. Entretanto, nas últimas décadas, esse modelo vem se adaptando às rápidas mudanças tecnológicas e à globalização.

Cresce a demanda por qualidade nos serviços e produtos. O mercado torna-se imprevisível, e o trabalho não é mais visto como uma seqüência de fatos previsíveis, mas como uma seqüência de eventos em que influem o incerto e o aleatório (WITT; ALMEIDA, 2003).

No modelo proposto originalmente por Taylor, o trabalhador realiza somente uma tarefa bem específica. Basta ser *qualificado* para tanto, sem necessidade de

conhecer o processo produtivo como um todo. A escolaridade, a formação técnica e a experiência profissional do trabalhador determinam sua qualificação profissional, e desta depende o lugar que ocupará na teia de cargos, carreiras e salários (DELUIZ, 2001).

Com as transformações sofridas pelo modelo, no entanto, o trabalhador não pode mais se limitar a uma única etapa do processo, deve compreender o todo, ser polivalente e multifuncional. Seu trabalho é cada vez mais intelectualizado, tem de lidar com tecnologias em constante transformação (DELUIZ, 2001).

É nesse novo cenário que emerge o conceito de *competência profissional*, um novo modelo de formação e gestão da força de trabalho, atualizando o conceito de qualificação. O profissional precisa ir além da aquisição formal de conhecimentos academicamente adquiridos e construir saberes também a partir das mais diversificadas experiências. O saber em si não é suficiente, importa mobilizá-lo para resolver o imprevisto. Não basta mais para o profissional ter um diploma ou ter o conhecimento, ele deve ser competente (WITT; ALMEIDA, 2003).

Nas mais diversas áreas de atuação profissional, percebeu-se a necessidade de um modelo mais abrangente de qualificação dos trabalhadores, que ultrapassasse a dimensão puramente técnica (WITT; ALMEIDA, 2003). Um dos objetivos desse novo modelo é adequar a formação dos trabalhadores às exigências sempre variáveis do atual sistema produtivo, possibilitando uma maior empregabilidade. Através da constante atualização das suas competências, o trabalhador torna-se disponível e com mobilidade para circular em vários segmentos do mercado (DELUIZ, 2001; MARQUES, 2001).

Não somente o mundo do trabalho se apropriou da noção de competência. Perrenoud fala-nos da irresistível ascensão dessa noção também na educação. O

autor salienta, no entanto, que “essa moda simultânea da mesma palavra em campos variados esconde interesses parcialmente diferentes” (1999, p. 12). No mundo do trabalho, na opinião de Perrenoud, a adoção do termo competência reflete uma real modificação de perspectiva decorrente da maior necessidade de flexibilidade dos procedimentos, em que a história de vida das pessoas é valorizada. Já no campo da educação, a discussão sobre competências “reanima um debate tão antigo quanto a escola” (PERRENOUD, 1999, p. 13), ou seja, a oposição entre dois paradigmas: *ensinar conhecimentos* ou *desenvolver competências*.

A valorização atual do paradigma das competências em educação está ligada não somente às modificações do mundo do trabalho, mas também a um movimento que parte dos próprios educadores, preocupados em “tornar as novas gerações aptas a enfrentarem o mundo de hoje e o de amanhã”, nas palavras de Perrenoud (1999, p. 14). O autor acrescenta que “seria muito restritivo fazer do interesse do mundo escolar pelas competências o simples sinal de sua dependência em relação à política econômica” (1999, p. 14).

3.4.1 Definindo competência

Como destaca Perrenoud (1999), o termo competência é polissêmico, possui muito significados, e não existe consenso quanto a uma definição única. De acordo com Witt e Almeida (2003), a expressão, quando empregada no vocabulário das organizações produtivas, representa uma atualização do conceito de qualificação profissional. Já Manfredi (1998) coloca que as ciências humanas, como a psicologia,

a lingüística e, em especial, a educação, ao se apropriarem da expressão competência, propuseram ainda outros significados.

Manfredi (1998) acrescenta que o termo *competência* – assim como *qualificação* ou *formação profissional* – ocupa hoje um lugar de destaque nos discursos e documentos de diferentes agências e instituições sociais, ao mesmo tempo em que não existe um consenso em relação a sua definição. A autora considera que as diferentes significações de *competência* expressam a multiplicidade dos interesses e aspirações de diferentes segmentos da sociedade. Para Deluiz, a noção de competência não abrange somente o aspecto individual – relacionado com a aquisição de conhecimentos e confronto com as situações reais de trabalho – mas também é "uma construção balizada por parâmetros socioculturais e históricos" (2001, p. 22) e, por isso mesmo, vem sendo alvo de "disputas políticas em torno de seu significado social" (DELUIZ, 2001, p. 23).

Perrenoud define competência como "capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles" (1999, p. 7). Essa é a definição de competência que norteia esta pesquisa – é uma definição geral, não necessariamente restrita ao campo profissional ou da educação.

A noção de competência apresenta, de acordo com Machado (2002), certos elementos fundamentais. Ela é *pessoal*, cada indivíduo possui um conjunto de competências único. As competências residem na maneira de relacionar os diferentes conhecimentos pessoais, e cada indivíduo possui uma maneira diferente de relacionar seus recursos em um desempenho competente. Cada competência possui um *âmbito*, ou seja, um contexto onde ela se materializa. As competências são *padrões de articulação* do conhecimento, ou esquemas de ação, que mobilizam

certos conhecimentos. *Mobilizar* é a capacidade de se recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja. As formas de realização das competências nos seus contextos específicos são então chamadas de *habilidades*.

Os conhecimentos são representações da realidade, construídas e armazenadas de acordo com as experiências e a formação do indivíduo, e não se confundem com a competência, que é a capacidade para utilizá-los, integrar e mobilizar, visando à solução dos diversos problemas do cotidiano (FAUSTINO; EGRY, 2002; PERRENOUD, 2001).

Da mesma maneira, competência não deve ser comparada com eficácia. A competência é o *conjunto de operações mentais* que é condição da eficácia. Por outro lado, avaliar o desempenho é a única maneira, mesmo que limitada, de avaliar competências, pois estas não podem ser atingidas diretamente (PERRENOUD, 1999).

3.4.2 Competências profissionais em saúde

Os paradigmas propostos por Taylor e demonstrados por Ford foram adaptados às mais diferentes atividades produtivas, incluindo-se o setor de saúde. Deluiz (2001) aponta a fragmentação do trabalho nesse setor, em que os profissionais são extremamente especializados e estão inseridos num quadro de rígida hierarquia e divisão do trabalho. Trata-se de um nítido componente gerencial taylorista/fordista, em que um número elevado de profissionais realiza tarefas

simples e rotineiras, sem possibilidade de exercer intervenções autônomas no processo de trabalho.

O resultado é uma atenção mecanicista, organizada como uma linha de montagem, conseqüentemente, incapaz de reconhecer a individualidade do ser humano, como destacou Osava (1997) em relação ao atendimento do parto.

A noção de competência profissional em saúde vem emergindo na esteira dos movimentos de humanização da atenção, que reconhecem no taylorismo/fordismo um obstáculo. Deluiz enfatiza ainda que:

[...] a noção de competência humana é fundamental na área da saúde, na medida em que a nova visão de qualidade em saúde considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a humanização do cuidado na perspectiva do cliente (2001, p. 13).

Com relação à formação específica de profissionais de enfermagem aptos a intervir nesse cenário, Silva e Egrý (2003) destacam que é imperativo que o processo de formação das enfermeiras adote uma abordagem pedagógica transformadora, como o ensino baseado em competências, pois as enfermeiras constituem um dos maiores contingentes da força de trabalho em saúde. As autoras sustentam que o ensino por competências, se aplicado à formação das enfermeiras, poderia responder à demanda do SUS por profissionais questionadores e reflexivos, sensíveis aos problemas propostos pela realidade atual da saúde e capazes de uma prática social complexa e contextualizada. A idéia aponta para a necessidade de discussão sobre quais competências os profissionais de enfermagem devem desenvolver e sobre como os cursos formadores podem facilitar esse processo.

O ensino por competências busca não somente transmitir conhecimentos, mas incentivar a sua mobilização. A estratégia é a de propor aos alunos diversas situações desafiantes – *situações-problema* – nas quais o conhecimento abstrato, da

sala de aula, é mobilizado como recurso necessário ao sucesso da tarefa. Dessa forma, os alunos constroem seus esquemas da ação (MACHADO, 2002).

Um exemplo da formação por competências em saúde foi o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), criado em 1999. Teve duração de quatro anos, sendo voltado para os profissionais da saúde de nível médio. O objetivo do programa foi capacitar 225 mil atendentes de enfermagem e os 90 mil técnicos de enfermagem que exerciam naquela época suas atividades sem a qualificação necessária. Esses profissionais correspondiam a 57% do total de profissionais da área de enfermagem. Uma das inovações empregadas pelo PROFAE foi a utilização de um instrumento baseado em competências para verificar a qualidade do ensino, o Sistema de Certificação de Competências (SCC). Esse sistema buscou reconhecer e valorizar a competência do trabalhador da área da saúde, avaliando seu desempenho nas várias situações em que é desenvolvido o cuidado em enfermagem e certificando as competências adquiridas tanto no curso quanto na vida profissional (BRASIL, 2000).

O SCC/PROFAE não pretendeu somente qualificar as ações do auxiliar na assistência em enfermagem, como também introduzir no currículo de outras categorias do setor de saúde o referencial das competências profissionais. Foi um esforço para articular as competências dos diferentes atores da área da saúde para modificar a atual situação do SUS (MARQUES, 2001).

O paradigma das competências profissionais também influenciou claramente a elaboração das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, Resolução CNE/CES nº 3/2001 (BRASIL, 2001b). O documento estabelece competências gerais e específicas que devem ser desenvolvidas pelo profissional de enfermagem.

A adoção do paradigma das competências no ensino profissional no Brasil não tem se dado sem críticas. Alguns autores, como Torrez (2001), alertam para o risco de uma abordagem tecnicista da noção de competência. A autora menciona como exemplo a Resolução n. 4/99 do CEB/CNE, voltada para os técnicos de enfermagem, que apresenta a seguinte competência: “identificar os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença” (TORREZ, 2001, p. 47). A autora salienta que a redação desse enunciado não condiz com a definição de competência e nos induz a uma interpretação tecnicista. Apenas identificar os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença, sem explicitar como esse conhecimento pode ser articulado para uma ação assistencial concreta e situada, não ajuda a referenciar a desejada competência para o cuidar. Torrez acrescenta que as Diretrizes Curriculares (ou qualquer enumeração de competências)

não deverão ser aceitas ou reproduzidas como uma lista de tarefas, pois o conhecimento sobre os determinantes é necessariamente articulado de modo diferente na constituição das competências de cada profissional de saúde (2001, p. 47).

Como coloca Perrenoud (1999), embora o emprego da expressão competência seja novidade em educação, a idéia por ela representada – ligar o ensino a uma prática social – sempre esteve presente, principalmente em instituições ligadas ao ensino profissionalizante. Por exemplo, o Sistema Nightingale de formação de enfermeiras, embora comprometido com o ideário da submissão feminina, prescrevia uma grande carga horária prática em hospitais, garantido a contextualização imediata dos conhecimentos. Assim, o atual interesse em competências evidenciado nos currículos de formação em enfermagem não representa necessariamente uma novidade, mas talvez um resgate do aspecto prático, perdido com o crescimento da carga horária teórica nos cursos.

3.4.3 O paradigma das competências na Enfermagem Obstétrica

O documento *Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia*, da Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives, ICM), é referência mundial para as profissionais que atuam na atenção ao parto (2002). O modelo de cuidado contido no documento está centrado na mulher, baseando-se na premissa de que a gravidez e o nascimento são eventos de vida normais. O documento traz o *âmbito da prática da obstetrícia*:

a prática da obstetrícia inclui o cuidado autônomo da criança, do adolescente e da mulher adulta, antes, durante e depois da gravidez. Isto significa que a parteira dá a supervisão necessária, cuida e aconselha as mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto. A parteira realiza o parto sob sua própria responsabilidade e os cuidados com o recém-nascido (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002, p. 2).

De acordo com a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), em países onde o parto se encontra acentuadamente institucionalizado, a parteira – no caso do Brasil, a enfermeira obstétrica – atua junto ao profissional médico na atenção ao parto no contexto do hospital. Assim, no contexto brasileiro, o âmbito da competência dessa profissional difere do prescrito pelo documento, em que a parteira seria a responsável pelo parto.

O documento apresenta seis competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, cada uma delas acompanhada por uma enumeração detalhada de conhecimentos e habilidades. As competências mencionadas são:

- 1 As parteiras têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias no período reprodutivo. [...].
- 2 As parteiras proporcionam educação para a saúde de alta qualidade, culturalmente sensível e proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva. [...].

3 As parteiras proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, elas se preocupam em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, isso inclui a descoberta precoce, tratamento ou encaminhamento das complicações detectadas. [...].

4 As parteiras proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Administra um parto higiênico e seguro, e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos. [...].

5 As parteiras proporcionam à mulher cuidados integrais, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto. [...].

6 As parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade. (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002, p. 1-10).

As seis competências do documento estão ligadas ao que as parteiras fazem, nos seus diversos espaços de prática. Assim colocadas, as competências parecem não ser articuladas ou articuláveis entre si. Esse entendimento da noção de competência parece contrariar o conceito colocado por Perrenoud (1999), em que as competências são mobilizáveis em diferentes contextos. Assim, uma competência mobilizada no planejamento familiar, como a competência do relacionamento interpessoal, pode ser também mobilizada durante o parto. Nesse sentido, as competências mencionadas pelo documento assemelham-se a uma “lista de tarefas”, empregando a expressão proposta por Torrez (2001), e podem ensejar uma abordagem tecnicista.

Toda competência, como afirma Perrenoud, é transversal, ou seja, “permite enfrentar um conjunto de situações” (1999, p. 29). Além do mais, cada profissional mobiliza suas competências de uma forma *pessoal*, o que “dificulta particularmente a construção de listas fechadas [...] de competências” (1999, p. 28). O autor propõe voltar a atenção para “a maneira pela qual a mente mobiliza os recursos” (PERRENOUD, 1999, p. 31). Ou seja, para o autor, a competência está na maneira de mobilizar, mais do que nas competências mobilizadas.

Mais de acordo com o conceito de competência proposto por Perrenoud (1999) e com a realidade nacional, Riesco e Tsunehiro (2002) apresentam cinco competências que, segundo elas, devem fazer parte da formação da enfermeira obstétrica, enfatizando aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo da mulher:

- 1.compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio-histórico;
- 2.desenvolvimento do processo assistencial e educativo, com base na interação e parceria, possibilitando às pessoas envolvidas tomarem as suas decisões de saúde;
- 3.articulação entre observações clínicas, conhecimento científico, habilidade técnica e julgamento intuitivo na tomada de decisões.
- 4.valorização do saber e da atuação interdisciplinares;
- 5.desenvolvimento das atribuições com base na responsabilidade ético-política e autonomia profissional (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002, p. 457).

Ao contrário das competências propostas pelo ICM, as competências apresentadas pelas autoras são transversais. Por exemplo, compreender o fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável é uma competência que pode permear toda a atuação da enfermeira obstétrica, articulando-se livremente com outras competências mais específicas.

A primeira competência mencionada pelas autoras encontra respaldo em Brüggemann, que coloca que a atenção ao parto requer uma atitude compreensiva em relação à singularidade da vivência da mulher. Trata-se de uma via de mão dupla: “do profissional para a parturiente, como também da parturiente para com o profissional de saúde” (2003, p. 3). A mulher, como foco central do parto, deve ser levada a compreender que o processo de nascimento, “apesar de fisiológico, [...] possui várias situações limítrofes de saúde-doença” (BRÜGGEMANN, 2003, p. 3).

Outro exemplo é a segunda competência, relacionada com o desenvolvimento de um processo educativo, que também assume um aspecto transversal,

relacionado com a prática obstétrica como um todo. A esse respeito, Brüggemann (2003) coloca que as profissionais devem ser competentes para compartilhar o conhecimento, desencadeando um processo educativo em que “a parturiente e família transformam-se em atores principais e verdadeiros aliados dos profissionais, inclusive identificando sinais e sintomas importantes” (*ibidem*, p. 3).

Este estudo recorre à noção de competência pela sua transversalidade, ou seja, é um conceito capaz de abranger tanto os aspectos operacionais quanto humanos da enfermagem obstétrica. Entende-se aqui competência de forma ampla, sem a intenção de reduzir o conceito a uma enumeração de capacidades profissionais. Como colocam Witt e Almeida, “o saber que deve ser mobilizado nas situações de trabalho não é de ordem estritamente técnica nem unidimensional, mas transversal às especialidades técnicas. O profissional deve ter uma visão mais ampla que o especialista [...]” (2003, p. 436). A competência é entendida aqui como um processo, em que a profissional da saúde em geral e a enfermeira obstétrica, em particular, mobiliza os seus saberes para atuar nas infinitas situações proporcionadas por seu trabalho.

A revisão da literatura indica que há uma distância entre o que é preconizado com relação ao âmbito da competência da enfermeira obstétrica e a realidade sugerida por pesquisas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999; DUARTE; BONILHA; RIFFEL, 1998; SCHIRMER, 2001). Isso resulta em (e de) uma dificuldade de definição dos papéis que, na prática, devem ser assumidos pela enfermeira obstétrica. Conforme destaca Almeida, “só é possível dizer-se se um profissional é competente na medida em que se tem claro o seu papel profissional” (2002, p. 115). Assim, se o papel da enfermeira obstétrica não está claro, o desenvolvimento de pesquisas sobre sua competência, no caso específico da

presente investigação, no contexto do atendimento ao parto normal hospitalar, se torna relevante. Tais estudos podem resultar em subsídios para a análise da prática da enfermeira obstétrica e para uma reflexão sobre os cursos formadores, no sentido da sua proximidade e adequação à “vida real” da enfermeira obstétrica.

Considerando o que foi dito até aqui, objetiva-se nesta pesquisa ouvir enfermeiras *obstétricas*, que atuam em centro obstétrico, sobre sua competência no atendimento a mulheres em trabalho de parto e parto normal.

4 METODOLOGIA

Este capítulo delinea a trajetória metodológica escolhida quanto ao tipo de estudo, às considerações éticas, aos sujeitos da pesquisa, à coleta de dados, ao local do estudo e quanto ao método utilizado para analisar os dados coletados.

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, como definido por Nietzsche e Leopardi. Esse tipo de estudo focaliza a “compreensão de um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam [...] atentando-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre” (2001, p. 53). De acordo com essas autoras, a pesquisa exploratória é freqüentemente empregada na primeira aproximação em relação a um certo tema e visa a criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

Este estudo analisa a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência no atendimento prestado à mulher no parto normal em ambiente hospitalar, visando a produzir conhecimentos para o entendimento e a qualificação dessa atenção.

4.2 Considerações éticas

O projeto de pesquisa que deu origem a este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa do hospital onde o projeto foi desenvolvido (ANEXO).

Uma vez aprovado, passaram a ser realizados contatos pessoais com a enfermeira-chefe do Serviço de Enfermagem Materno-infantil e com a chefe de enfermagem da unidade do centro obstétrico para a definição das combinações necessárias para o início da pesquisa. Nessa oportunidade, as profissionais foram informadas sobre a temática, objetivos e procedimentos da pesquisa.

Após, a chefia de enfermagem da unidade do centro obstétrico divulgou informações sobre a pesquisa para as enfermeiras do setor, através de registro no relatório de enfermagem, convidando-as a participarem do estudo.

O contato preliminar individual foi realizado através do telefone. Após esse contato inicial, as entrevistas foram agendadas, procurando-se respeitar o horário de interesse e disponibilidade de cada participante.

No primeiro encontro individual, respeitando as diretrizes e normas que regulam a pesquisa com seres humanos (Resolução CNS 196/96), descritas por Goldim (2005), a pesquisadora informou aos sujeitos o propósito do estudo, o seu compromisso com a confidencialidade, a livre participação no estudo e sobre o direito de desistir da sua participação na pesquisa em qualquer momento, sem que esse fato trouxesse qualquer prejuízo ou penalização. Nesse momento também, as entrevistadas foram informadas que os dados da pesquisa possivelmente seriam divulgados em artigo publicado em revista científica.

Às participantes foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde constaram a sua assinatura e a da pesquisadora. Uma cópia assinada do termo foi fornecida a cada enfermeira que aceitou participar do estudo, e outra ficou com a pesquisadora.

As informações obtidas nas entrevistas, gravadas em fita cassete, foram posteriormente transcritas e guardadas sob os cuidados da pesquisadora; serão destruídas após o período de cinco anos, contados a partir de janeiro de 2004.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa 10 enfermeiras obstétricas que trabalham no centro obstétrico de um hospital público e de ensino da cidade de Porto Alegre. No hospital que serviu de contexto de investigação, atuam, no total, 11 enfermeiras obstétricas, distribuídas nos três turnos (manhã, tarde e noite). Essas profissionais se fazem presentes em todos os períodos clínicos do parto (dilatação, expulsão, dequitação e uma hora pós-parto).

Antes do início da coleta de dados, foram realizadas duas entrevistas-piloto, a fim de aprimorar o instrumento de pesquisa, com enfermeiras obstétricas que não pertenciam ao contexto de investigação. Essas entrevistas foram posteriormente descartadas.

Os critérios utilizados para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram a formação em enfermagem obstétrica, a atuação no centro obstétrico do hospital

escolhido e uma experiência mínima de dois anos na área (não necessariamente adquirida nesse hospital).

Foram entrevistadas as 11 enfermeiras obstétricas atuantes no centro obstétrico, pois todas atenderam aos critérios de inclusão e voluntariamente aceitaram participar do estudo. Uma falha técnica no gravador utilizado para o registro das entrevistas, entretanto, acabou por inviabilizar a transcrição de um dos depoimentos, reduzindo, assim, a amostragem para 10 entrevistas. Na identificação dos sujeitos, foram atribuídos nomes fictícios para preservar a identidade das entrevistadas. Além disso, com a mesma finalidade, os dados que caracterizam as entrevistadas são apresentados em termos grupais, e não individuais.

O grupo de entrevistadas foi composto, na sua maioria, de ex-alunas do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no decorrer da década de 80. Sete das entrevistadas realizaram o curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica na UFRGS, duas na Universidade Paulista de Medicina e uma na Escola de Saúde Pública de Porto Alegre. A grande maioria das entrevistadas concluiu seu Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica entre 1980 e 1990, sendo que apenas uma entrevistada o concluiu após o ano de 2000. O tempo médio de atuação na enfermagem obstétrica da maioria das entrevistadas é de 14 a 18 anos, sendo que o maior tempo de experiência é de 24 anos e o menor, de três. Grande parte das participantes do estudo teve experiências em outras áreas de atuação, tais como: UTI neonatal, alojamento conjunto, docência em enfermagem obstétrica, pediatria, clínica geral, UTI de adulto e outras.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, com a aplicação de um roteiro flexível de questões como instrumento de pesquisa (APÊNDICE B).

Como destaca Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada decorre de questionamentos básicos, fundamenta-se em teorias e hipóteses que interessem à pesquisa, das quais podem surgir novas hipóteses a partir das respostas do informante.

A utilização de entrevistas semi-estruturadas para a coleta de dados, segundo Minayo, “trata de aprender sistemas de valores, de normas, de representações de determinado grupo social” (2004, p. 121).

As entrevistas foram realizadas individualmente no ambiente de trabalho das enfermeiras, após estas terem sido esclarecidas sobre os objetivos do estudo e terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Os horários das entrevistas foram agendados previamente com as enfermeiras e aconteceram, principalmente, antes ou após o seu turno de trabalho.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete e, posteriormente, transcritas para fins de análise.

4.5 Local do estudo

O projeto de pesquisa foi encaminhado para duas instituições hospitalares, uma pública e outra privada. A intenção inicial era investigar a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência, através de uma abordagem abrangente, contemplando realidades hospitalares distintas. No entanto, o hospital privado procurado emitiu parecer desfavorável ao projeto, alegando inadequação de aspectos éticos e metodológicos. Esse parecer negativo talvez tenha sido decorrência da diversidade semântica da palavra “competência”, talvez interpretada em seu sentido jurídico, ou seja, como uma atribuição prevista por lei, o que se constituiria em uma temática de pesquisa, possivelmente, conflituosa.

Este estudo foi realizado em um hospital público e de ensino vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação e a uma universidade federal do estado do Rio Grande de Sul.

Essa instituição hospitalar possui 723 leitos de internação e presta atendimento a pacientes, na sua maioria, pelo Sistema Único de Saúde. Os responsáveis por esse atendimento são 3.852 funcionários; desse total, 370 são enfermeiros, 642 são técnicos de enfermagem e 642 são auxiliares de enfermagem, distribuídos em 60 especialidades.

A cada ano, esse hospital oferece à comunidade cerca de 550 mil consultas, 27 mil internações, 29 mil cirurgias (entre as quais, 230 transplantes) e 2 milhões de exames.

Na área de atenção ao parto, à mulher e à criança, realizou no ano de 2005 3971 partos, numa média de 331 nascimentos por mês, sendo que os partos

vaginais corresponderam a 65% do total de partos. Como estrutura disponível, conta com as áreas do centro obstétrico, berçário, alojamento conjunto, UTI neonatal e de adulto e alojamento conjunto. Presta ainda atendimento ambulatorial a gestantes, a puérperas e aos neonatos.

A unidade do centro obstétrico, que faz parte do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do hospital em questão, é uma área fechada, sem circulação livre de estranhos ao serviço, familiares e visitantes. Esse setor é dividido em uma área considerada semi-restrita, onde circulam apenas funcionários uniformizados e familiares com o uso de avental, e outra, considerada restrita, que permite a entrada de profissionais ou familiares usando vestimenta apropriada para o parto.

A área semi-restrita é composta de uma emergência para triagem das gestantes e possui uma sala de espera, secretaria, dois consultórios e uma sala de observação com três leitos. Nessa área, existe ainda uma sala com oito poltronas, onde são realizados exames que avaliam o bem-estar fetal: monitorização fetal (eletrônica), ecografia, perfil biofísico fetal, perfil glicêmico, exames de sangue, urina e outros. O posto de enfermagem e os sete leitos individuais de pré-parto pertencem também a essa área. A área restrita consta de duas salas de cesárea, três de partos normais, três salas para reanimar o recém-nascido e uma sala de recuperação, com quatro leitos, para atendimento pós-parto imediato de cesárea e parto normal.

O Serviço de Enfermagem Materno-Infantil é chefiado por uma enfermeira professora de um curso de graduação em enfermagem. A unidade de centro obstétrico possui uma chefia ocupada por uma enfermeira do hospital.

No centro-obstétrico, a equipe de enfermagem é composta por 11 enfermeiras e 38 técnicas de enfermagem, que atuam divididas nos turnos manhã, tarde e noite. Os turnos da noite são separados em três noites: noite um, noite dois e noite três.

Em cada turno atuam duas enfermeiras, sendo que entre os turnos da manhã e tarde trabalha mais uma, fazendo o horário intermediário. Nos finais de semana, no horário diurno, permanece de plantão uma enfermeira. No turno da manhã, trabalham nove técnicas de enfermagem; no turno da tarde, oito; e sete em cada turno das três noites.

A equipe médica é coordenada por dois ou três professores de um curso de graduação em medicina. Essa equipe é composta por dois médicos contratados, três médicos residentes (R1, R2, R3), um de cada ano de residência em ginecologia e obstetrícia, e dois acadêmicos de medicina. Atuam também um anestesista e um residente de anestesia. No atendimento do recém-nascido está presente na sala de parto um neonatologista e um residente do Serviço de Pediatria procedente da Unidade Neonatal. Os médicos atuam em plantões de 24 horas, divididos nos turnos manhã, tarde e noite.

Na secretaria do serviço, atuam duas auxiliares administrativas por turno; na higienização, duas funcionárias nos turnos do dia e uma no turno da noite.

Nessa instituição, através da mobilização de seus profissionais, são desenvolvidas ações voltadas para qualificar e humanizar o atendimento à mulher e a sua família na atenção ao parto. Com essa perspectiva, o hospital detém o título de Hospital Amigo da Criança, iniciativa do MS que visa a incentivar o aleitamento materno exclusivo. O hospital desenvolve, também, o estímulo à participação de um acompanhante à gestante no processo de parturição.

4.6 Análise dos dados

Os dados obtidos com as entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, desenvolvida segundo Bardin (1977). Trata-se de uma técnica de investigação que busca interpretar o conteúdo das comunicações com uma descrição objetiva e sistemática do seu conteúdo manifesto (*ibidem*).

A análise de conteúdo realizada foi do tipo temática, técnica em que o texto é desmembrado, através de critérios, em categorias temáticas. Foram seguidas as etapas propostas por Bardin (1977) e apresentadas no Quadro 2, a seguir:

Etapas	Descrição
Pré-análise	É a fase da organização do trabalho. O material é preparado, as entrevistas são transcritas e copiadas. Inicia-se a leitura flutuante dos dados, em que o pesquisador se deixa invadir por intuições iniciais. São decididos os próximos passos, como o recorte do texto em unidades comparáveis, a partir das hipóteses estabelecidas.
Exploração do material	É a fase em que são aplicadas as decisões tomadas na pré-análise. Ou seja, as entrevistas são divididas em unidades de significado menores e reagrupadas de acordo com a similaridade do seu conteúdo.
Interpretação	As unidades de significado, já agrupadas por categorias temáticas, são comparadas e analisadas dando origem a novas subcategorias. A partir daí, surgem os temas e sub-temas finais. Nessa última etapa, o pesquisador busca compreender não somente o que está explícito, mas também o oculto nas entrelinhas.

Quadro 2 – Etapas para a análise de dados.

Fonte: Bardin (1977).

A análise, seguindo os passos já apresentados, transcorreu da seguinte maneira: as fitas foram transcritas, seguidas de uma leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas; as entrevistas foram divididas em unidades de significado, sendo agrupadas em envelopes por similaridade dos conteúdos. O conteúdo desses envelopes, devidamente categorizados, deram origem aos temas e sub-temas analisados na pesquisa.

5 TEMAS GERADOS DO PROCESSO DE ANÁLISE

Este capítulo apresenta os três grandes temas que emergiram do processo de análise, e os subtemas que os constituem.

TEMAS	SUBTEMAS
A competência da enfermeira obstétrica	Competência técnica: conhecimento científico e experiência
	Competência humanizadora
	Intuição
	A competência da relação
A construção da competência	Curso de Especialização e competência para atender ao parto normal
	O espaço para a construção da competência
Competência e âmbito	“Podemos fazer o parto tão bem quanto o médico!”
	“O nosso papel é o cuidado!”
	Utopia e Competência

Quadro 3 – Temas e subtemas gerados no processo de análise.

A seguir, será apresentada a análise do conteúdo destes temas e subtemas.

5.1 A competência da enfermeira obstétrica

A noção de *competência na atenção ao parto normal* que emerge das falas das enfermeiras entrevistadas é construída através da associação de quatro competências de âmbito mais específico: a competência técnica, a competência humanizadora, a intuição e a competência de relação.

A primeira categoria – conhecimento e experiência – parece corresponder em grande medida ao senso comum do que vem a ser um profissional competente e

apareceu na maioria das entrevistas, revelando uma visão da competência em que se destaca o *saber-fazer* em relação aos procedimentos. As demais categorias podem ser entendidas a partir dos conceitos mais amplos de competência presentes na literatura – *saber-fazer bem* ou ainda *saber-ser*, expressão proposta por Rios (2003a).

Perrenoud (1999) destaca o que chama de *dupla face* da competência: as competências não funcionam isoladamente, mas se mobilizam entre si. De acordo com o autor, essa característica da noção de competência torna difícil a elaboração de listas fechadas de competências. Assim, as quatro competências mencionadas, ao mobilizarem-se mutuamente durante o desempenho profissional, devem ser entendidas como constituintes de uma totalidade.

Por isso mesmo, Rios (2003a) prefere abandonar o uso da expressão “competências” – no plural – adotando unicamente a expressão “competência” – no singular. Assim, *competência* designa somente a maneira de mobilizar os recursos e expressa “uma totalidade que abriga em seu interior uma pluralidade de propriedades” (2003a, p. 86) ou um “conjunto de saberes e fazeres de boa qualidade” (RIOS, 2003a, p. 88). Há uma ênfase na totalidade da competência, e as “competências” passam a ser entendidas como *dimensões* de uma só competência.

Embora nesta parte da análise se adote a terminologia *competências* – juntamente com suas implicações teóricas – compartilha-se do pensamento de Rios (2003a) quanto à totalidade da competência. Assim, considera-se que a competência profissional da enfermeira obstétrica – mesmo ao mobilizar, em seu funcionamento, uma grande gama de competências específicas – deve ser entendida como uma totalidade.

Assim, as categorias de competências apresentadas a seguir são apenas elementos da noção de competência das enfermeiras entrevistadas. A competência – a maneira de mobilizar esses elementos – é intangível. Como coloca Perrenoud (1999), esta só pode ser estudada através de seus componentes observáveis. A ordem de apresentação das competências da enfermeira obstétrica na atenção ao parto normal hospitalar corresponde à frequência com que apareceram nas entrevistas.

5.1.1 Competência técnica: conhecimento científico e experiência

A competência da enfermeira obstétrica mais enfatizada nas entrevistas foi a técnica, que relaciona a competência com o saber técnico da enfermagem.

Por exemplo, nas falas abaixo, as enfermeiras respondem à pergunta "Que competência a enfermeira obstétrica precisa ter para atender com eficácia a mulher na atenção ao parto normal no hospital?". Buscou-se, com essa pergunta, subsídios para explorar o entendimento dessas profissionais sobre o que é competência no âmbito da atenção de enfermagem ao parto normal.

Bom, tem que ter conhecimento de anatomia, da fisiologia, do que está acontecendo, ter experiência e habilidade técnica (Viviane).

[Tem que ter] conhecimento, anatomia, fisiologia e praticar, treinar para poder ter habilidade, ter experiência para realizar com segurança e passar isto para a paciente (Amanda).

De acordo com os depoimentos, a enfermeira competente é aquela que possui, além de um saber teórico e científico, um conhecimento prático que permite um bom desempenho em relação aos procedimentos do serviço. Competência,

nesse sentido, diz respeito exclusivamente à prática da enfermagem e aos conhecimentos tradicionalmente associados a essa prática. Pelos menos a princípio não se revela preocupação com outras competências, por exemplo, a competência em refletir criticamente sobre a própria prática.

Carla também enfatiza a importância dos saberes práticos em sua concepção de competência:

Além do conhecimento científico, tu tens que ter o básico, a experiência do dia-a-dia, tu vais aprendendo com o tempo. Eu acho que tem que ter conhecimento, tu tens que ter destreza, tu tens que ter agilidade, é muito importante, tem que ser muito ágil. Obstetrícia não pode demorar, eu não tenho tempo às vezes de sondar, eu não posso demorar a puncionar, eu não posso errar [...] (Carla).

A entrevistada coloca que a experiência profissional é o "básico", ou seja, requisito fundamental da competência técnica. Essa percepção está de acordo com as indicações de Perrenoud (1999) sobre a relação entre experiência profissional e a aquisição da competência. O autor argumenta que os conhecimentos, ao serem mobilizados repetidamente no confronto com situações profissionais, propiciam o desenvolvimento da competência, no caso, da competência técnica. Contudo, Perrenoud também esclarece que competência não é possuir conhecimentos, ou ainda, os saberes práticos ligados aos procedimentos da enfermagem, mas "julgar sua pertinência em relação à situação e mobilizá-los com discernimento" (1999, p. 10). Assim, por exemplo, "puncionar" de forma ágil é uma atuação competente somente se o procedimento for aplicado com discernimento.

A tendência de muitas entrevistadas foi a de valorizar quase unicamente a competência técnica, como se esta fosse a única dimensão da sua competência profissional. Como coloca Rios (2003a), a competência técnica é de fato o substrato onde se desenvolvem as demais competências, porém a competência profissional

consiste na mobilização simultânea de uma diversidade de saberes de qualidade e não pode ser unidimensional.

A idéia de que a competência profissional está restrita apenas ao saber técnico aproxima-se da noção de qualificação, tal como descrita por Plantamura (2003). Para o autor, a qualificação “limita-se a um ponto de vista mais técnico, valorizando a experiência profissional” (2003, p. 31), enquanto a competência é “multidimensional: incorpora dimensões de ordem subjetiva, psicossocial e cultural” (2003, p. 31). Ou seja, as entrevistadas aqui parecem estar se referindo ao desenvolvimento de uma dimensão específica da sua competência, relacionada com o saber-fazer.

A pesquisa conduzida por Almeida (2004) com discentes e docentes de um curso de graduação em enfermagem com o objetivo de identificar e contextualizar suas concepções sobre competências na enfermagem apresentou resultados semelhantes, em que a dimensão técnico-científica aparece supervalorizada. A autora acrescenta que essa tendência evidencia o quanto a formação do futuro enfermeiro valoriza o saber fazer e é ainda nele centrada.

Nesse sentido, Meyer coloca que:

o modelo tecnicista de ensino tem permeado a enfermagem desde sua estruturação enquanto profissão, se considerarmos a ênfase no fazer, na racionalidade, na eficiência e na produtividade [...] (1992, p. 177).

As enfermeiras obstétricas entrevistadas, ao enfatizarem o aspecto técnico-científico, refletem não somente as características da sua formação, mas também a própria estrutura de saúde vigente nos hospitais. A rotina do serviço nos hospitais exige da enfermeira obstétrica a realização de uma série de tarefas na realidade desvinculadas entre si, incluindo-se aí tarefas administrativas. Nesse contexto, ser

“competente”, ser qualificado, é estar apto a desempenhar eficazmente o seu papel nesse sistema, sem uma visão abrangente ou transversal.

Quando as enfermeiras mencionam “conhecimento e experiência”, referem-se à competência técnica requerida para exercer o seu papel no serviço, dentro da lógica específica do parto hospitalar. No entanto, questionar e transformar esse parto irá exigir necessariamente a construção de outras competências.

5.1.2 Competência humanizadora

Emerge das entrevistas uma concepção de competência em enfermagem obstétrica subsidiada pela noção de cuidado humanizado. Nesse sentido, para algumas entrevistadas, enfermeiras obstétricas competentes seriam aquelas que conseguissem aliar habilidades técnicas com habilidades humanizadas.

Em muitas entrevistas, a ênfase conferida ao saber-fazer é acompanhada de um igual destaque à competência para saber-fazer de maneira humanizada. Tal ênfase parece estar relacionada a uma busca de sentido para o trabalho da enfermeira obstétrica na atenção ao parto normal. Como argumenta Rios (2003a), a competência técnica – *saber-fazer* – carece de sentido se não for orientada por uma dimensão ética, ou seja, algo que responda à pergunta *para que fazer?*

Em sua fala, Anita indica a importância de a competência técnica ser acompanhada da humanização:

O parto é [...] um momento único, independente de ser a décima gesta [...]. Relacionar a técnica à teoria com uma prática humanizada, este é o grande desafio e uma competência que tem que ter (Anita).

A entrevistada, com essa afirmação, denota valorizar a importância da individualidade de cada mulher em cada trabalho de parto, além de destacar esse valor como um indicador de uma prática obstétrica humanizada e, por isso, competente.

Já não se trata simplesmente de superar a dicotomia entre técnica e teoria, mas de fazê-lo com um propósito: a prática humanizada. Na atenção de enfermagem ao parto normal, a competência técnica não se basta por si mesma, mas deve ser associada à competência humanizadora. De acordo com o MS:

reconhecer a individualidade é humanizar o conhecimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento (BRASIL, 2003, p. 10).

Os depoimentos a seguir descrevem o que as enfermeiras obstétricas, que valorizam a competência humanizadora como elemento de uma competente atenção de enfermagem ao parto normal, entendem por humanização.

Eu acho que a gente tem que juntar a bagagem toda teórica que a gente tem, aproximar da prática e juntar a tudo isto, também, a questão do respeito. O respeito [...] a essa mulher que está vivenciando um período único, só dela, que vai se deparar com um ambiente desconhecido. Acho que entra, assim, o respeito, a empatia e bom senso, a fuga das rotinas (Viviane).

Acho que o humanismo, tu teres paciência, ter calma e psicologia com aquela paciente. [...] Tu te colocares no lugar da paciente e ver que aquele momento que ela está passando é bem difícil e que tu tens que orientar, tens que estar ali e ajudar. Isto tudo é a competência da enfermeira obstétrica que está ali junto [...] (Amanda).

O argumento que parece perpassar esses depoimentos vai na direção de questionar o modelo hegemônico de atendimento ao parto, tecnocrático e impessoal, e de valorizar um cuidado mais dirigido às necessidades individuais. De acordo com Zoboli (2004), o cuidado apresenta-se como uma idéia que *desafia* os sistemas de pensamento racionalistas e impessoais, detentores de abrangente ascendência social, ética e política. O modelo tecnocrático da atenção ao parto corresponde à

descrição – racionalista, impessoal, amparado pelo processo histórico da medicalização. Zoboli conclui que o cuidado “apóia sua visão da condição humana na capacidade das pessoas importarem-se com os outros, com as coisas, com a comunidade, com uma trajetória de vida ou consigo próprias” (2004, p. 27). Assim, a noção de competência para cuidar a mulher em trabalho de parto que é destacada nas falas acima tem o potencial de contradizer – por sua abordagem pessoal – o modelo tecnocrático, humanizando-o.

As rotinas inflexíveis são reconhecidas na literatura como um fator de desumanização – de “coisificação” – da assistência, usando a expressão proposta por Deslandes (2004). O bom senso e a “fuga das rotinas”, que devem resultar no reconhecimento da individualidade e no respeito pela mulher em trabalho de parto, aparecem como atributos importantes para a definição de uma competência em enfermagem obstétrica caracterizada como humanizadora.

É importante destacar – mesmo não sendo o objetivo central desta exposição – que as entrevistadas, quando solicitadas a descrever suas práticas, enfatizaram aspectos como o aleitamento precoce e a participação de familiares durante o parto. Essas práticas – integrantes do ideário da humanização do cuidado – já fazem parte do dia-a-dia das entrevistadas, e muitas manifestam a percepção de que esse seria o aspecto mais relevante de suas atuações profissionais. Mesmo assim, foi possível identificar, nas entrevistas, uma certa consciência dos limites e contradições de uma prática de enfermagem obstétrica no contexto hospitalar que se propõe humanizadora. Um exemplo disso é a intenção, às vezes frustrada, de permitir à mulher em trabalho de parto uma certa autonomia.

A gente, às vezes, prega que a mãe tem autonomia, tem sua escolha, mas a restringe em cima de uma cama. Então, a gente tem que estar sempre reavaliando estas condutas, estas situações e atitudes (Viviane).

As tradicionais rotinas da obstetrícia, preestabelecidas independentemente da parturiente, e a própria estrutura tecnocrática, como já foi destacado, emergem como obstáculos às iniciativas humanizadoras. Como enfatiza Zampieri (2001), a premissa da humanização é a compreensão de que a parturiente deve ser o foco, e não o conjunto de rotinas do atendimento.

Na reflexão sobre os limites da competência humanizadora em enfermagem obstétrica, também é destacada a influência da definição de parto normal no contexto hospitalar na concepção de cuidado que nele tem vigorado. A idéia de que o parto não precisa ser necessariamente patológico e, portanto, passível de intervenção, leva Carla a posicionar-se contra a atenção ao parto que é desenvolvida na instituição onde trabalha.

Não sou a favor do nosso parto que a gente faz aqui; a gente o transformou numa patologia, é uma coisa atípica (Carla).

Como enfatizado na literatura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), a humanização do parto considera o pressuposto de que ele é, em princípio, um processo saudável e pessoal, que tem como figura central a mulher. A transformação do parto em um fenômeno que foge à normalidade e a sua conseqüente patologização e atendimento prioritariamente intervencionista (elementos que hoje caracterizam o parto normal institucionalizado) aparecem no depoimento de Carla como uma realidade vivenciada no cotidiano de trabalho. Apesar de incluir-se como co-responsável pela transformação do parto normal em patológico, a enfermeira posiciona-se contra esse tipo de modelo de atenção, embora sem apresentar alternativa para que tal modelo seja transformado.

5.1.3 Intuição

Outra forma de entender competência em enfermagem obstétrica, que emergiu das falas das entrevistadas, é a noção de competência como intuição, identificada através de expressões como “*feeling*”, “sexto sentido” e “olho clínico”. A palavra *feeling* é usada no vocabulário inglês em vários sentidos, entre esses, sensação, impressão, percepção ou intuição (FEELING, 2000). Os depoimentos a seguir demonstram o sentido com que as entrevistadas empregam alguns desses termos.

Acho que o conhecimento teórico nos respalda. Acho que, na prática, se desenvolve o feeling, que nos dá segurança, sustentação (Anita).

Eu sempre digo pras gurias que a gente tem um sexto sentido tão grande [...], que eu, olhando e avaliando todo o estado da paciente, eu sei se vai nascer ou não vai nascer, se está no período expulsivo, se não vai dar tempo pra eu levá-la daqui para a sala de parto (Carla).

A referência ao sexto sentido ou ao *feeling* como definidor de competência indica que, para algumas das entrevistadas, há uma relação entre “ser competente” e ser capaz de obter um conhecimento imediato rápido sobre determinada situação de trabalho, a partir de uma rápida observação. A ênfase no conhecimento intuitivo, apontado nas entrevistas através do destaque conferido à intuição, destoa do caráter racional do processo de análise das situações que envolvem o cuidado, o que tradicionalmente caracteriza a formação das enfermeiras (SILVA; BALDIN; NASCIMENTO, 2003). Para essas autoras, o conhecimento intuitivo é a “tomada de decisão sem o recurso do processo analítico consciente”, acrescentando que “o conhecimento atribuído à intuição é aquele baseado no reconhecimento de um padrão global, de totalidade, a partir de informações complexas” (*ibidem*, p. 7). O

estabelecimento e reconhecimento desse padrão, que se origina da prática ou da experiência rotineira, é enfatizado por Júlia.

O que acontece comigo é assim, eu tenho anos de prática, então, as coisas pra mim já são muito fáceis, porque eu tenho aquele olho clínico, eu vejo se já vai nascer, se vai demorar. Eu não preciso tocar para saber se está em OS [Occipito Sacro]. Só de estar ali do lado e pelo tempo que está demorando e pelo tipo de força, eu já sei (Júlia).

Júlia sugere, assim como Carla, que é possível, para uma profissional com prática, apreender vários aspectos da situação da parturiente sem que, para isso, seja necessário desenvolver uma análise *consciente da sua condição*. O argumento de Júlia parece ir na direção da possibilidade de que essa apreensão seja instantânea, sem a necessidade de recorrer a tecnologias de diagnóstico, como o toque, por exemplo. O conceito de *automatização*, presente no referencial teórico sobre competência, pode contribuir para a compreensão dessa noção de competência. De acordo com Perrenoud, “no estágio de sua gênese, uma competência passa por raciocínios explícitos, decisões conscientes, inferências e hesitações, ensaios e erros. Esse funcionamento pode *automatizar-se* gradativamente [...]” (1999, p. 24). O autor acrescenta que, “por ser muito competente é que um especialista pode resolver rapidamente certos problemas simples, sem precisar pensar, integrando de forma ágil uma impressionante série de parâmetros” (1999, p. 26).

O requisito para a automatização, para Perrenoud, é “uma fortíssima redundância de situações semelhantes” (1999, p. 25), ou seja, uma grande experiência prévia com uma certa situação. A fala de Anita, abaixo, sugere que essa redundância que advém de experiências repetidas também pode resultar de situações vivenciadas pelas enfermeiras enquanto parturientes.

Olha, o que eu vejo, não só a experiência como enfermeira, mas por ter tido filho também. Acho que isso se junta muito, e tu vê várias

situações e, com o tempo, tu vês várias coisas. Tu vais vendo como as coisas evoluem, então, tu desenvolves aquela coisa do feeling (Anita).

O depoimento a seguir, de Carla, demonstra a importância que a intuição adquire na prática diária das enfermeiras obstétricas entrevistadas e por que ela é associado à noção de competência – mesmo se a competência for considerada em sua acepção comum, como um saber-fazer.

Quando tu vês uma bradicardia fetal importante e tu já sabes que vai ser uma cesariana, tu tens que esperar [o médico] dizer: Ora, vai ser cesárea! Mas nisso, nós já estamos com tudo na porta esperando, com soro na mão, porque a gente já sabe o que vai ser (Carla).

De acordo com Silva, Baldin e Nascimento (2003), a intuição vem recebendo atenção e afirmando-se como um padrão de conhecimento válido pela produção acadêmica norte-americana de enfermagem nas últimas duas décadas. Entretanto, embora o trabalho dessas autoras tenha demonstrado que o conhecimento intuitivo ocupa um lugar importante na prática da enfermeira em geral, também no Brasil, elas afirmam que a produção de conhecimento sobre o tema no país, em especial no campo da enfermagem, é quase inexistente.

5.1.4 A competência da relação

Outra concepção de competência valorizada pelas entrevistadas foi a competência em relacionar-se com outras pessoas. Para as entrevistadas, a competência relacional refere-se tanto à interação com a parturiente – já enfatizada na categoria sobre humanização – quanto à interação com a equipe de saúde.

Cláudia enfatiza, a seguir, a competência em relacionar-se com os outros profissionais de saúde:

Acho que a gente tem que ter uma boa competência, no sentido de relacionamento, confiança da equipe médica, dos próprios funcionários (Cláudia).

As práticas de saúde constituem-se – de acordo com Fernandes *et al.* (2003) – num processo de interação social e devem ser analisadas não apenas do ponto de vista do conhecimento técnico-científico e da sua mobilização, mas também das emoções e sentimentos, o que aponta para a importância da competência interpessoal como elemento dessas práticas.

Não basta, como acrescentam Fernandes *et al.*, a técnica correta, o procedimento correto – “é necessário algo mais: o emocional, o interpessoal e o organizacional se interexpressando” (2003, p. 213). Assim, os autores apontam que a competência interpessoal reside na capacidade de identificar, mobilizar e pôr em prática os conhecimentos científicos pertinentes no momento certo, em uma situação concreta, em um determinado contexto organizacional – sujeito a variações conjunturais em função de espaço, tempo, hierarquia, graus de autonomia – que nem sempre foram ensinados em sala de aula ou abordados nos livros. De acordo com Viviane:

Manter uma boa relação com o grupo de trabalho, para que este grupo seja uniforme, e atenda aquela paciente, todas, assim, com o mesmo objetivo. [...] Acho que, em relação aos nossos colegas profissionais obstetras, também, a gente tem que se posicionar em certos momentos, mas com muito jogo de cintura, muita perspicácia. Acho que volta o respeito, cada um tem a sua formação, porque a gente não tem só uma formação acadêmica, universitária, mas a gente tem uma escala de valores e cada um vem de uma família, de uma história, e isto tu levava junto, né? (Viviane).

A entrevistada refere-se à complementação não somente entre as diferentes formações, mas também entre as diferentes trajetórias de vida. A competência depende de “jogo de cintura”, perspicácia, de entender as características do outro.

De acordo com Munari e Bezerra, o profissional que desenvolve a sua competência interpessoal “deixa de olhar apenas para si, podendo tornar-se capaz de compreender a complexidade das relações entre os seres humanos” (2004, p. 485).

De acordo com Urbanetto e Capella, “desenvolver estas competências exige um grande investimento da enfermeira, pois implica a revisão de conceitos e práticas amplamente utilizadas na área da saúde” (2004, p. 452). Os autores acrescentam que é responsabilidade dos cursos de graduação “favorecer o aprofundamento da questão relacional como uma das atribuições da enfermeira obstétrica na liderança de uma equipe de trabalho” (2004, p. 452), pois tal atuação exige um conhecimento específico por vezes negligenciado na formação.

Outro contexto em que essa competência é mencionada pelas entrevistadas é a relação com as parturientes. Amanda coloca a importância dessa competência e evidencia a sua mobilização com a competência humanizadora:

O mais importante é tu ficares ao lado da paciente e mostrares que tu estás entendendo a dor dela [...]. Se colocar ao lado da paciente [...], sempre procurar atender bem. Muitas vezes, elas agradecem a todos nós: ‘ah, fui muito bem atendida’. Não! É nossa obrigação, não tem que agradecer (Amanda).

A competência da relação é essencial para humanizar a atenção ao parto na medida em que contribui para a melhoria do atendimento. É um exemplo da transversalidade do conceito de competência: a competência da relação permeia toda a atividade da enfermeira obstétrica na relação com os colegas profissionais, com as parturientes e com os familiares. De acordo com Urbanetto e Capella:

quanto à enfermeira, por seu papel desenvolvido frente ao gerenciamento, não só de recursos materiais e estruturais, mas também das relações interpessoais no interior das instituições de saúde, faz-se mister que busque, incessantemente, atualizar-se e instrumentalizar-se, no sentido desenvolver competências necessárias para que ocupe, definitivamente, o lugar de destaque e o espaço ainda existente no campo da intersubjetividade (2004, p. 451).

Os dados analisados neste capítulo, referentes à maneira como as enfermeiras obstétricas entendem a *competência da enfermeira na atenção ao parto normal* e as diversas dimensões dessa competência, sugerem que as participantes da pesquisa têm uma noção de competência no âmbito da sua prática obstétrica que se aproxima do que é preconizado na literatura.

As categorias que emergiram das entrevistas coincidem em grande medida com o que Riesco e Tsunehiro (2002) propõem como competências da enfermeira obstétrica. Dentre as cinco competências mencionadas pelas autoras, uma aproxima-se bastante do já apresentado nos capítulos sobre a competência da enfermeira obstétrica: "articulação entre observações clínicas, conhecimento científico, habilidade técnica e julgamento intuitivo na tomada de decisões" (2002, p. 457). Pode-se observar que essa competência coincide amplamente com a opinião das entrevistadas sobre a relação entre competência técnica e intuição.

Outras competências mencionadas por Riesco e Tsunehiro que coincidem com o mencionado pelas entrevistadas são as seguintes: "compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio-histórico" e "desenvolvimento do processo assistencial e educativo, com base na interação e parceria, possibilitando às pessoas envolvidas tomarem suas decisões de saúde" (2002, p. 457). A ênfase dada pelas entrevistadas à necessidade de mobilização dessas competências para a humanização é evidente, embora apontem fatores que limitam essa mobilização.

Outra competência das enfermeiras obstétricas destacada pelas autoras é a *valorização do saber e da atuação interdisciplinares* (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). Essa competência também é lembrada pelas entrevistadas quando se

referem à importância da competência na relação com os demais profissionais de saúde.

Riesco e Tsunechiro (2002) apresentam ainda uma última competência: *desenvolvimento das atribuições profissionais com base na responsabilidade ético-política e autonomia profissional*. No entanto, nas entrevistas não há referência explícita a esta competência. Rios chama essa dimensão da competência de ética-política e considera que a competência profissional é uma totalidade *técnica-ética-política* (2003b). Assim, ele coloca:

A competência se revela na ação – é na prática do profissional que se mostram suas capacidades, que se exercitam suas possibilidades, que se atualizam suas possibilidades. [...] Assim, a dimensão técnica é o suporte da ação competente. Sua significação, entretanto, é garantida somente na articulação com as demais dimensões – não é qualquer fazer que pode ser chamado de competente (RIOS, 2003a, p. 88).

Para a autora, a ética refere-se a um *para que fazer?* e possui um caráter de reflexão. Assim, quando Carla diz “*não gosto do parto que nós fazemos aqui*”, estabelece de fato uma reflexão de caráter ético – *para que faço isso, se não é bom para a mãe?* – mesmo que não mencione isso diretamente como uma competência. A perspectiva ética surge da consideração sobre o *bem comum*. Porém, sem a política – uma perspectiva de realização efetiva desse bem comum –, a ética não faz sentido.

As críticas das entrevistadas à questão da humanização do parto, por exemplo, podem ser entendidas como considerações relacionadas com a ética – mesmo que não claramente evidentes. A preocupação que emerge das entrevistas com a humanização da atenção ao parto parece ser um indício da presença de uma dimensão ética na competência profissional das enfermeiras entrevistadas. No entanto, a relativa ausência de compromisso prático com transformações do modelo

tecnocrático de atendimento à parturiente parece indicar a necessidade de desenvolvimento de uma competência política.

5.2 A construção da competência

Para as entrevistadas, enfermeiras obstétricas desenvolvem sua competência para atender ao parto normal em dois contextos distintos: no curso de especialização e na própria experiência profissional. Em ambos os contextos, contudo, existem fatores que limitam este desenvolvimento.

5.2.1 O curso de Especialização e a competência para atender ao parto normal

A análise das falas das enfermeiras obstétricas entrevistadas sugere que para a maioria delas o curso de especialização não desenvolveu, o suficiente, sua competência para atender ao parto normal. Para Júlia, por exemplo, o curso serviu, apenas, para legitimar uma competência que, na verdade, não foi desenvolvida:

Até aproveitaria para dizer que o curso de especialização me deu muito pouco, me deu o título, que sem o qual eu não poderia estar aqui dentro e não me deu mais nada além disso [...] (Júlia).

Júlia reforça seu argumento sobre a incapacidade do curso para promover o desenvolvimento da sua competência para atender ao parto normal citando como evidência o número de partos que teve oportunidade de realizar, um número, segundo ela, insuficiente.

O que eu tive que fazer para ganhar este título não chegou a dez partos, então, se eu fosse me basear só nisso eu não teria competência nenhuma, não teria conhecimento suficiente, nem teórico, nem prático. Eu espero que o currículo tenha mudado [...]. Acho que para receber um título de especialista é muito fraco. Tinha muita coisa para mudar em termos de currículo nesta especialização (Júlia).

Para Júlia, este número reduzido de experiências de parto resultou em um curso que ela chama de “fraco”, em função da conseqüente insuficiência de aprendizagem teórica e prática que ele propiciou. A falta de uma relativização das “insuficiências” do curso exemplificada na idéia de que este não lhe “deu mais nada além...” do título parece denotar que havia a expectativa de que a especialização lhe daria “tudo” o que precisava para adquirir a competência esperada.

No depoimento de Júlia é possível destacar: o viés tecnicista do curso de especialização que ela frequentou – voltado para a realização do parto; a percepção de competência da entrevistada, também tecnicista, voltada para a realização de procedimentos; a insuficiência do curso para desenvolver esta dimensão da competência, e a frustração das expectativas da entrevistada, pois pretendia que o curso desenvolvesse a sua competência para o parto.

O depoimento de Júlia sugere que existe uma contradição entre a ênfase tecnicista do curso e a sua insuficiência em desenvolver a habilidade técnica. Aliás, esta é uma contradição presente também na graduação em enfermagem. Nascimento *et al.* (2003) comenta que a partir da elevação do curso de enfermagem ao nível superior – em dezembro de 1961 – ocorreu uma maior valorização dos saberes teóricos, enquanto a prática passou a ser realizada em medida percebida com insuficiente para o desenvolvimento da esperada destreza manual. Até então, a formação de enfermeiras, direcionada para a “aquisição de prática, destreza manual, poder de observação, iniciativa e presteza de julgamento” (NASCIMENTO *et al.*, 2003, p. 448), de acordo com os princípios do Sistema Nightingale, consistia em um

curso de três anos, em que a instrução teórica e prática acontecia ao longo das oito horas de serviço diário prestadas pelas alunas.

Tendência semelhante existe nos cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica, onde freqüentemente a prática consiste em um bloco no final do curso, o que dificulta a sua relação com o bloco teórico. Como argumenta,

uma das mais complexas questões pedagógicas é a relação entre teoria e prática. As práticas em laboratórios e os estágios nos finais dos cursos não superam essa dicotomia. [...] Não há mais tempo para discussão, reflexão e retomada do processo de aprendizagem [...] (NASCIMENTO *et al.*, 2003, p. 448).

Na análise da noção de competência que predomina entre as enfermeiras entrevistadas, desenvolvida anteriormente, foi destacado como esta noção é baseada numa dicotomia entre teoria e prática. A percepção das entrevistadas sobre os cursos de especialização em enfermagem obstétrica onde se formaram sugere que esta dicotomia entre o saber teórico e o prático também orientou o modelo de formação obstétrica, do qual foram sujeitos.

A fala de Amanda reforça o depoimento de Júlia, apresentado anteriormente, e faz uma análise das dificuldades resultantes das deficiências percebidas na formação obstétrica.

Para eu me formar, sendo bem sincera, eu realizei na prática um parto. E então, isso apagou... uma única experiência. Tu achas que eu vou sair por aí fazendo partos? Por aqui tu vê, que os residentes fazem quantos, e acho que todos os dias eles estão aprendendo e adquirindo mais experiência. Não digo conhecimento, acho que isso eles trazem, mas a experiência a cada paciente e a cada situação. E aí fica mais fácil para dizer que isso não te compete, porque tu te respalda e te proteges, porque é maravilhoso e eu amo de paixão o CO, mas é muita responsabilidade. Imagina tu fazeres um parto lá e sair qualquer coisa (Amanda).

A entrevistada reforça a percepção de que a formação técnica oferecida é insuficiente, e salienta que essa insuficiência é um fator limitador para a sua atuação. O resultado é a insegurança e o medo, reforçados por um senso de responsabilidade: “*imagina tu fazeres um parto lá e sair qualquer coisa*” (Amanda).

Neste sentido, o campo de prática, possibilidade para o desenvolvimento da competência que o curso de especialização deixou de formar, em princípio disponível para a enfermeira no seu dia-a-dia de trabalho, é ocupado por outros sujeitos, no caso do depoimento de Amanda, por residentes. Na análise da situação, Amanda parece concluir que a consciência da falta de competência para o atendimento ao parto normal por parte da enfermeira obstétrica resulta numa estratégia de autoproteção – a negação da legitimidade do seu espaço e papel no atendimento ao parto normal.

Para Isabel, a competência que deveria ter sido desenvolvida no curso de especialização não tem apenas a ver com o número de partos realizados durante o curso de especialização, mas, também, com a experiência de identificação de distócias. A fala de Isabel é perpassada por uma preocupação com a possibilidade de um parto normal passar a distócico e a responsabilidade que a enfermeira assume nestas circunstâncias.

Acho que na nossa especialização, nós fizemos muito poucos partos. Acho que quanto mais partos tu realizares, vai te sentir mais tranqüila, adquirindo a habilidade técnica mesmo que tem que ter. Isso só vai se conseguir, fazendo. Ela tem que saber identificar também, o momento de pedir ajuda, porque daqui a pouco ela vai realizar um parto que pode virar uma distócia, né? (Isabel).

A análise das falas das enfermeiras entrevistadas sugere, na sua percepção, o curso de especialização em enfermagem obstétrica não contribuiu para o esperado desenvolvimento da sua competência técnica, sendo percebido mais como uma formalidade ligada à sua inserção na carreira profissional. Parece que ao não desenvolverem esta competência da forma esperada, as enfermeiras obstétricas não se sentem seguras para realizar os procedimentos quando inseridas no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, a estrutura vigente de atendimento ao parto, centrada no profissional médico, também não exige delas o desenvolvimento pleno desta

competência – principalmente em relação ao período expulsivo. Assim, embora estimuladas pelas lacunas da sua formação a buscarem um desenvolvimento, não encontram estímulo ou espaço para tanto no mercado de trabalho.

Nem todas as entrevistadas reconhecem como completamente deficientes as experiências de aprendizagem proporcionadas pelos cursos de especialização. Cláudia, por exemplo, valoriza o que aprendeu no curso, destacando a importância desta aprendizagem na sua comunicação e relação profissional com o médico. Neste sentido, Cláudia parece entender que a função da formação obstétrica não é propriamente ensinar ou praticar procedimentos, mas fornecer algum conhecimento sobre o parto para que esta comunicação aconteça. Para Cláudia, o papel do curso de especialização na construção da competência da enfermeira obstétrica para ‘fazer o parto’ parece não ser tão importante quanto na construção da sua competência para compreender o que o médico “faz”.

Eu sinto que a pessoa que tem formação obstétrica, enxerga um pouco mais além, tem que tu aprendeste mesmo nas aulas, tu tens mais embasamento. Até para colocar alguma coisa para o médico, também, para discutir a altura algumas coisas. Nem tudo, tem muita coisa que eu não, então eu pergunto. Acho que a formação te dá um diferencial bem grande, porque tu tens mais noção quando o médico fala do toque, tu já fizeste, então tu tens mais noção do que ele está falando, se o colo está grosso, fino ou posterior. Acho que a colega que não tem essa formação obstétrica, não consegue, muitas vezes, visualizar o que o médico está dizendo ou o que está acontecendo (Cláudia).

Para a entrevistada, a função da formação obstétrica específica não é capacitar as enfermeiras para a realização dos procedimentos como o toque, mas sim permitir que a profissional obstétrica acompanhe o trabalho do médico – “visualizar o que o médico está dizendo ou o que está acontecendo” (Cláudia). Assim, a formação específica possibilitaria à enfermeira obstétrica ser uma coadjuvante mais eficaz do trabalho do médico, principalmente durante a atenção ao período expulsivo.

Pelo que se pode deduzir, a partir das falas das enfermeiras obstétricas entrevistadas, os cursos de especialização que freqüentaram não conseguiram cumprir o papel que lhe é, atualmente, atribuído: a inserção de enfermeiras no atendimento direto ao parto, visando sua humanização.

5.2.2 O espaço para a construção da competência

As competências profissionais têm seu desenvolvimento privilegiado, de acordo com Perrenoud, “na medida em que as situações de trabalho [...] reproduzem-se dia após dia [...]. As competências de uma pessoa constroem-se em função das situações que enfrenta com maior freqüência” (1999, p. 29).

A construção da competência depende necessariamente do confronto continuado com certas situações, coloca Perrenoud (1999), seja durante a formação, seja no mercado de trabalho. Por outro lado, se um profissional não está familiarizado com uma certa situação, a possibilidade de um desempenho competente é reduzida.

Nas entrevistas, transparece a preocupação de algumas das enfermeiras em relação à falta de oportunidade de confrontar-se com certas situações. Por exemplo, situações em que a enfermeira tenha autonomia para realizar a avaliação obstétrica através do toque vaginal. De acordo com Amanda:

Desde que eu vim para o CO, estas coisas [o toque], quem realizava eram os obstetras. Muitas vezes, se tu fosses fazer e eles ficassem sabendo, tu ganhavas um xingão, uma observada. Então, tu ficas insegura em fazer – isso não vou realizar, isso não me compete. Então, com este não fazer repetidamente, tu vais perdendo essa segurança e até mesmo o treino (Amanda).

O toque emerge das entrevistas como um procedimento interdito às enfermeiras obstétricas, mesmo quando essencial a uma prática obstétrica competente. Na experiência de Amanda, o meio utilizado para impor tal interdição parece ser a agressão verbal por parte do profissional médico, e o resultado é o medo e a insegurança para a realização do procedimento. Na prática, quanto maior a falta de oportunidade e espaço para a mobilização de determinados saberes, mais difícil é o desenvolvimento da competência e maior é a insegurança e o medo para a realização de ações de cuidado em que estes saberes estão implicados. Por outro lado, quanto maior o medo e a insegurança, produzidos pela falta de espaço para a prática, menor a capacidade das enfermeiras obstétricas para o enfrentamento de situações em que seu papel e competência para atender ao parto normal são questionados.

Anita relata experiência semelhante à de Amanda:

Mas toque também, a gente não faz [...]. Quando tem excesso de movimento [...], alguns dos contratados, poucos deles, pedem para nós tocarmos: se estiver completa, passar para a sala. Mas a maioria deles não aceita, então o residente sai da sala de parto. Tu estás avisando que está nascendo, que está coroando, mas o residente tem que ir lá tocar para liberar (Anita).

No cenário trazido por Anita, fica claro o papel coadjuvante da enfermeira obstétrica na equipe que atende a mulher em trabalho de parto, liderada pelo médico. O depoimento de Anita sugere um contexto profissional em que é necessária a anuência médica para que a enfermeira obstétrica realize o toque vaginal, sinalizando o caráter de excepcionalidade dessa ação. A realização não usual do procedimento por parte da enfermeira deve contribuir para a falta de segurança do médico em relação ao diagnóstico de enfermagem, reforçando a insegurança da própria enfermeira.

Cláudia reivindica mais espaço para a enfermeira obstétrica, apontando que isso é uma necessidade em função da grande quantidade de partos realizados na instituição onde trabalha. Para Cláudia, a competência da enfermeira obstétrica para a avaliação das mulheres em trabalho de parto é até aceita pela equipe médica, o que não acontece com relação ao atendimento no período expulsivo e na realização do parto propriamente dito. Na avaliação de Cláudia, isso se deve à competição dos médicos com as enfermeiras pelo espaço na realização dos partos. É importante ressaltar que, mais uma vez, como em outros depoimentos, aparece com destaque o papel do médico no comando do processo de atendimento ao parto normal - “eles não dão espaço” (Cláudia).

Deveria ter mais espaço para a enfermeira obstétrica, até porque o número de partos é grande. Muitas vezes, a gente vê que eles mesmos estão em uma correria [...], a gente poderia ajudar avaliando a paciente [...]. Mas eu sinto um pouco de competição de espaço, não confiam tanto assim para um parto. Confiam para a avaliação obstétrica – eles ouvem o que a gente traz; mas, para um parto, eles não dão esse espaço. A gente perde até o incentivo para fazer (Cláudia).

Na afirmação “a gente até perde o incentivo para fazer”, Cláudia demonstra um sentimento de impotência perante um comando médico que ela parece legitimar, situando a falta de um incentivo necessário para vencer os desafios da prática “no outro”, ou seja, na postura médica.

O espaço constituído pela relação entre médicos e enfermeiras obstétricas já foi destacado por outros pesquisadores como importante na definição de limites e possibilidades para a prática da enfermeira obstétrica. Ao pesquisar a inserção de enfermeiras obstétricas na região metropolitana de São Paulo, Bonadio *et al.* (2002) constatou que uma das principais dificuldades nesse processo diz respeito ao relacionamento da equipe obstétrica. De acordo com as autoras, grande parte das dificuldades de relacionamento entre médico e enfermeira obstétrica decorre da

ausência de (re)conhecimento, por parte dos médicos, da competência da enfermeira obstétrica na atenção ao parto.

Outro aspecto destacado por Bonadio *et al.* (2002) na análise do espaço que existe hoje para o exercício da enfermagem obstétrica é a superposição de funções entre médico e enfermeira obstétrica, gerando uma disputa de poder entre esses profissionais. Associado com essa disputa, haveria um sentimento de desvalorização das enfermeiras obstétricas com relação aos profissionais médicos.

A fala de Dayane sugere que a hegemonia médica no atendimento ao parto hospitalar também é constituída ou legitimada por outra instância de poder, que extrapola a relação específica entre médicos e enfermeiras.

O exame de toque [...] e até o parto, se for necessário, são coisas que a gente tem capacidade para fazer, tem formação, o que não é feito porque é um hospital-escola, e a preferência é da equipe médica (Dayane).

Dayane parece referir-se a uma instância de poder estabelecida no hospital onde trabalha que está situada hierarquicamente acima da equipe médica e que tem a prerrogativa de escolher a quem competem, prioritariamente, as ações de cuidado mais técnico realizadas no atendimento ao parto normal. A idéia de que “a preferência é da equipe médica” sugere que a prioridade para o atendimento médico é estabelecida *a priori* por alguém que, estando numa posição hierárquica superior, decide conceder essa preferência aos médicos. A ênfase conferida pelas enfermeiras entrevistadas à competência técnica, quando o foco da fala era a falta de espaço para o desenvolvimento da competência para atender a mulher em trabalho de parto e parto normal, demonstra como, na percepção dessas enfermeiras, os saberes técnicos permanecem cruciais nas disputas por espaço no contexto de prática de parto.

A disputa de poder, tal como descrita por Bonadio *et al.* (2002), é um fenômeno generalizado que corresponde à medicalização da sociedade e atinge também profissionais, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros. É por si só um fator significativo na limitação do espaço da enfermagem obstétrica, porém, no caso das enfermeiras que participaram do estudo, soma-se ainda mais um fator limitador: o fato de a instituição pesquisada ser um hospital-escola.

Embora isso não esteja explícito na falas apresentadas até aqui, talvez se possa inferir que, para muitas entrevistadas, a falta de competência da enfermeira obstétrica para a realização do parto está principalmente relacionada à atitude dos médicos. Esse posicionamento, contudo, parece ocultar possíveis atitudes das próprias enfermeiras obstétricas, que igualmente podem contribuir para a interrupção do desenvolvimento da sua competência. Nesse sentido, Júlia coloca que:

[...] Esta parte, assim, do controle do trabalho de parto... instalar o MAP [monitorização anteparto], fazer o toque para acompanhar a dilatação... acho que a gente até poderia fazer. Como é um hospital-escola, teria uma grande luta para a enfermeira ter um espacinho [...]. Fiz meu curso de especialização há um tempão [...]. Eles até deixariam se eu pedisse, só que eu não poderia mais fazer isso, porque eu não tenho mais essa prática, essa habilidade, esse conhecimento (Júlia).

Ao contrário do que outras entrevistadas afirmaram, Júlia declara que “eles”, os médicos, eventualmente permitiriam a sua atuação, porém ela não teria mais condições de um desempenho competente. Nesse sentido, Assad e Viana colocam que os saberes procedimentais estão sujeitos a modificações ao longo da sua construção, quando dizem que

alguns se extinguem, simplesmente por falta de uso; outros se incorporam à rotina e ampliam o habitus [...]. Na depuração dos saberes, desenvolvida na interação com o ambiente, construímos nossas competências para o trabalho [...] (ASSAD; VIANA, 2003, p. 46).

Assim, não somente os médicos seriam os responsáveis pela falta de espaço das entrevistadas, mas também a insegurança resultante da descontinuidade do desenvolvimento de certos elementos de sua competência. Parece perpassar o depoimento anterior da enfermeira Júlia uma atitude de certa conformidade em relação à extinção de alguns saberes construídos durante sua formação obstétrica.

Assim como Júlia, algumas entrevistadas mencionam especificamente que os saberes procedimentais envolvidos na realização do parto estariam já extintos e que elas não se sentiriam aptas a realizá-lo.

[...] Competência vem com a prática, né? Então, tu tens que re praticar [...], mas, se tu não colocas a mão na massa... Depois que tu [...] voltas a ter as tuas habilidades manuais, aí fica bem mais fácil. É que, no momento, isso está morno, está esquecido; por isso, não teve o espaço que seria bom para nós [...]. Seria bom para nós e para a paciente, o parto realizado por enfermeira [...] (Márcia).

Esse sentimento talvez se justifique porque muitas das entrevistadas, da mesma forma que Júlia e Márcia, realizaram os seus cursos de especialização em enfermagem obstétrica na década de 80 e, desde então, não praticaram mais os procedimentos aprendidos durante a formação. Muitas entrevistadas destacaram que só poderiam atuar de forma competente em todas as etapas do parto, incluindo-se as intervenções obstétricas, se submetidas a um novo treinamento. É o que refere Anita:

Em uma época, se questionou de os enfermeiros voltarem a fazer o parto, mas [...] nós teríamos que ser treinadas novamente. Não é que não se saiba, mas é que se passaram muitos anos (Anita).

A literatura confirma a opinião de Anita: "o profissional desenvolve suas competências essencialmente na prática e a partir da prática [...]" (ASSAD; VIANA, 2003, p. 16).

5.3 Competência e âmbito

A noção de competência traz em si o conceito de *âmbito*, ou seja, o contexto em que certa competência se realiza. Assim, competência também diz respeito ao papel de um profissional, às suas atribuições. De acordo com Machado, “não existe uma competência sem a referência a um contexto no qual ela se materializa [...], o que nos faz considerar bastante natural uma expressão como *isso não é da minha competência*” (2002, p. 143).

No caso das enfermeiras entrevistadas, não existe uma percepção uniforme em relação ao âmbito de sua competência. Está bem estabelecido, nas entrevistas, o que elas efetivamente fazem, que tarefas administrativas e assistenciais realizam. Elas têm consciência da contradição entre a sua prática profissional e o que é prescrito pela legislação profissional. Percebem que os procedimentos mais enfatizados na formação, como o parto com episiotomia, não são efetivamente realizados na prática, e muitas declaram que não teriam condições de realizá-los sem um novo treinamento. A cultura do parto dirigido, na qual se formaram, informou-lhes que a enfermeira obstétrica competente é aquela que sabe abrir uma epísisio, porém muitas desconfiam da agressividade do procedimento.

Dessa variedade de conflitos, emergiram dois posicionamentos bem distintos em relação ao âmbito da competência da enfermeira obstétrica. O primeiro deles coincide bastante com a noção por vezes implícita no curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica: a enfermeira deve desenvolver sua competência para realizar o parto dentro dos limites do modelo de atenção hoje vigente. Como coloca Osava, “os cursos de especialização em enfermagem obstétrica caminham em

consonância com o modelo medicalizado de assistência, responsabilizado pelo excesso de intervenções no parto” (1997, p. 118).

Um outro grupo de enfermeiras parece estar mais sensibilizado pelo discurso do cuidado humanizado, questionando, assim, certos aspectos do parto institucionalizado. Essas profissionais relativizam a idéia de que a enfermeira obstétrica seja a prestadora de serviços de saúde ideal para atender ao parto no contexto institucionalizado.

5.3.1 “Podemos fazer o parto tão bem quanto o médico!”

Para algumas das enfermeiras entrevistadas, a realização do parto deveria constituir a razão de ser da enfermeira obstétrica, ou seja, essa deveria ser a competência que identificaria a enfermeira obstétrica. Márcia expõe esse ponto de vista:

A minha competência vai ser demonstrada na hora em que eu estiver novamente retreinada e praticar isso [o parto]. Eu tenho certeza de que podemos fazer tão bem o parto normal com epísio quanto um residente [...] (Márcia).

A demonstração de competência por excelência, para a entrevistada, parece ser a realização do parto com epísio – discurso que Osava (1997) identifica como característico da formação intervencionista. O papel da enfermeira obstétrica é igualar-se ao residente, fazer o parto "tão bem" quanto ele. O âmbito da competência da enfermeira obstétrica aqui é superposto ao do médico.

Esse grupo de entrevistadas percebe a situação atual da enfermeira obstétrica como insatisfatória, pois não lhes permite demonstrar ou desenvolver sua competência para a atenção ao parto. A esse respeito, diz Márcia:

Acho que, para mudar isso, o grupo de enfermagem precisa se envolver, porque, na verdade, eles [os médicos] sabem que a gente pode [...]. Mas ainda não existiu nenhuma força muito grande, nenhum empenho [...] de dizer que sim. [...] Nós estamos garantidos por lei [...], eles não são donos disto aqui. O hospital é nosso, a escola de enfermagem está aqui dentro [...] (Márcia).

Para ela, a solução seria uma mobilização coletiva das enfermeiras obstétricas que trabalham junto com ela no hospital-escola em questão para a reivindicação do seu espaço no contexto do cuidado ao parto normal. Essa ação coletiva deveria, segundo Márcia, ser respaldada pela Escola de Enfermagem da Universidade à qual o hospital-escola está vinculado. O engajamento da academia, mencionado por Márcia, na luta das enfermeiras obstétricas, parece ter como objetivo conferir mais poder e legitimidade a esse grupo, o que facilitaria a abertura, por parte dos médicos, do espaço reivindicado.

Por outro lado, a possível inserção da enfermeira obstétrica não parece ser percebida por Márcia como uma oportunidade de rompimento com o modelo medicalizado da atenção ao parto, mas sim como uma oportunidade de afirmação da competência técnica dessas profissionais através da reprodução do modelo. Além do mais, esse raciocínio parece levar a uma tendência de se valorizar o parto dirigido como o único indicador de competência da enfermeira obstétrica, como indica Júlia:

Eu não tenho prática para fazer o parto. Então, realmente, só vou poder aparar alguém que nascer e terei boas condições de fazer isso, mas, se eu tiver que infiltrar, abrir uma epísio, fazer uma revisão de trajeto, fechar uma epísio, eu não tenho mais condições de fazer isso (Júlia).

Júlia sente-se competente para atuar no caso em que a parturiente – uma múltipara, por exemplo – atravessa rapidamente o período expulsivo, não dando margem a intervenções obstétricas. Entretanto, ela não parece considerar a sua atuação nessa situação como um partejar, mas como um simples “aparar”. Está implícita a idéia de que o parto é sinônimo de intervenção, de controle sobre os processos fisiológicos da paciente. Aparar, ou seja, acompanhar o desenrolar espontâneo do período expulsivo e amparar o recém-nascido, não é o mesmo que “fazer o parto” – trata-se de uma atuação passiva e, por isso mesmo, de menor valor. Júlia parece não valorizar outros aspectos da atuação das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto quando não vinculados à competência técnica.

A restrição do âmbito da competência obstétrica ao parto dirigido, com controle sobre a fisiologia da parturiente, parece sugerir que o manejo natural do parto, que requer a adoção de uma atitude passiva, não exige competência por parte da enfermeira obstétrica. Entretanto, Caparroz (2003), ao realizar um estudo em uma casa de parto na região sudeste do Brasil, sugere o contrário, argumentando que são poucas as enfermeiras competentes para realizar o parto natural no estado de São Paulo. Essa afirmação parece indicar que, para realizar o parto natural, a enfermeira obstétrica também precisa ser competente, ou seja, mobilizar várias dimensões da sua competência, incluindo-se a dimensão técnica.

Outra questão levantada no trabalho de Caparroz (2003) é a de que as enfermeiras obstétricas, acostumadas com o modelo de atenção ao parto, em que as tarefas são divididas entre diversos profissionais, apresentam dificuldades em assumir a responsabilidade pela sua atuação no parto quando devem manejá-lo sozinhas, com autonomia. Ou seja, partejar fora do hospital requer não somente competência técnica, como também outras competências que aparentemente não

são desenvolvidas pelas enfermeiras obstétricas que atuam no contexto institucionalizado.

Mesmo que as colocações de Caparroz (2003) digam respeito a São Paulo e se baseiem em depoimentos de enfermeiras que atuam em casas de parto, parece ser possível inferir que as enfermeiras atuantes no contexto institucionalizado também apresentariam dificuldade em responsabilizar-se pela realização autônoma do parto. Talvez isso contribua para compreendermos por que as entrevistadas desse grupo, embora antevejam possibilidades de inserir-se caso atuem politicamente nesse sentido, não se decidem a fazê-lo.

Em uma visão otimista, mesmo que não haja um questionamento imediato do parto dirigido, o interesse de certas profissionais em inserir-se talvez leve ao desenvolvimento de novas competências, ligadas à autonomia e mesmo à política. Isso poderia conduzir a uma maior visibilidade e reconhecimento do papel das enfermeiras obstétricas por parte dos demais profissionais de saúde e da sociedade.

5.3.2 “O nosso papel é o cuidado!”

A visão desse grupo de entrevistadas é, sob certo sentido, antagônica à do grupo anterior. Receberam formação para realizar o parto, porém percebem, em diferentes graus, as limitações da institucionalização do parto e afirmam não ter interesse em realizá-lo nesse contexto. Admiram o trabalho realizado nas “Casas de Parto”, mas, na estrutura vigente, estão satisfeitas com o papel que exercem.

A realização do parto institucionalizado é percebida e aceita como atribuição médica por esse grupo de entrevistadas, que valorizam aspectos da competência da enfermeira obstétrica distintos daqueles valorizados pelo grupo anterior, como evidencia Carla:

A parte técnica de abrir uma epísio rapidamente tu fazes, porém todo o preparo de antes é mais importante do que o parto em si. [...] A amamentação, que é uma coisa maravilhosa [...]. Se a gente não vai lá, [...] ela não amamenta. O doutor pode até dizer, [...] mas não adianta [...], ele não sabe botar pra mamar (Carla).

Carla relativiza a importância da competência técnica na atenção ao parto, valorizando outras competências. Há uma maior abertura para a relação com o recém-nascido, com a parturiente e a família grávida, em um discurso que parece marcadamente influenciado pelo ideário humanizado. A contradição entre a formação voltada para a realização do parto e a prática é aparentemente superada: as entrevistadas sentem-se à vontade em seu papel, mesmo que ele não seja aquele enfatizado pelo curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica. De acordo com Carla:

Eu acho que as pessoas têm que fazer alguma coisa quando elas têm competência para isso [...]. Eu quero dizer, por exemplo, em parto [...], se tiver um residente na sala, eu não vou. As pessoas deveriam ter noção que tem espaço para todo mundo, a gente não deveria brigar por isso. Eu nunca me liguei muito em fazer um parto por eu ser uma enfermeira obstétrica [...]. Eu acho que a nossa função em si não é fazer o parto, [...] mas sim o cuidado (Carla).

Ao lado da tranqüila aceitação da não-realização do parto, a entrevistada declara com bastante clareza que o médico, o "residente", é o profissional competente para a realização do parto, e não a enfermeira obstétrica. Assim, em vez de entender o âmbito da competência da enfermeira obstétrica de acordo com as prescrições legais, adere ao âmbito pragmaticamente definido no dia-a-dia do hospital. Não existe superposição entre o âmbito da competência da enfermeira

obstétrica e o do médico. A enfermeira não deve "brigar" por inserir-se, pois não tem nada a oferecer realizando o parto – ela deve "ajudar", estar ao lado, cuidar.

Parece haver uma sugestão de que realizar o parto não é cuidar, talvez um reflexo de que as competências mobilizadas na realização do parto institucionalizado – principalmente técnicas – sejam distintas daquelas envolvidas nas atividades assistenciais que as entrevistadas consideram como “cuidados”, como orientar o aleitamento.

Sobre o parto institucionalizado, diz Carla:

Não sou a favor do nosso parto que a gente faz aqui. Eu acho que a gente transformou [o parto] numa patologia, é uma coisa atípica. Se eu fosse trabalhar com o parto, seria de uma forma totalmente diferente do que se faz aqui (Carla).

O depoimento de Carla sugere uma renúncia ao desenvolvimento das competências ligadas à realização do parto, para a qual foi ou deveria ter sido formada, como está explícito na crítica ao modelo de atenção ao parto vigente no seu contexto de trabalho. A entrevistada aponta que, no contexto institucionalizado, o parto é percebido como patologia, não como um processo natural e saudável. Entretanto, parece haver uma idéia de que a enfermeira obstétrica é impotente ante essa situação, percebida como incômoda, ao contrário da visão do grupo anterior, que parece cogitar a hipótese de uma mobilização.

Algumas entrevistadas colocaram que a possível modificação do modelo não deve ser entendida como missão exclusiva da enfermeira obstétrica:

Por que só a enfermeira pode ser humanizada? [...] O médico tem que voltar ao natural e fazer também esse parto humanizado [...]. Nós temos que nos embasar nisso e mostrar devagarzinho o quanto é importante essa volta ao natural [...] (Isabel).

A sugestão do manual da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) de que o profissional médico não adotaria, pelas características de sua formação, um manejo natural do parto, parece ser relativizada. A sugestão é de que

o médico deve ser também esclarecido das práticas humanizadas, talvez pela própria enfermeira obstétrica.

É válido questionar se realmente é possível modificar o paradigma assistencial nos hospitais brasileiros ou se a solução seria, a exemplo de países europeus, descentralizar o parto e reservar o hospital para os casos de risco. Nesse caso, a enfermeira obstétrica atuaria na realização do parto sem distócia em um contexto não-hospitalar. De qualquer maneira, a intenção do MS, ao promover a formação de enfermeiras obstétricas, foi a de alterar certas características do parto institucionalizado. Nesse sentido, a consciência crítica das profissionais em relação à desumanização resultante da institucionalização poderá ser um elemento importante se aliada à construção de uma competência de caráter político.

5.3.3 Utopia e competência

A palavra “utopia” foi criada por Thomas Morus (1480-1535), um escritor inglês, para descrever um país imaginário onde todo o povo, gozando de um governo ideal, vive e trabalha feliz, com excelentes condições de vida. Desde então, a palavra vem sendo usada para designar *um projeto irrealizável* ou fantasioso (UTOPIA, 1992, p. 1745).

Talvez “utopia” seja a melhor palavra para descrever a percepção comum das entrevistadas a respeito do parto realizado por enfermeiras obstétricas de um hospital público e de ensino do Rio Grande do Sul. Os depoimentos evidenciam o

quanto este projeto é considerado irrealizável, seja no contexto hospitalar ou das casas de parto:

Tem gente com interesse, mas, no final, a gente não se mobiliza, porque são tantas atribuições, tantas coisas, que a gente [...] acaba até não se movimentando. [...] Mas não sei se hoje [...] a gente conseguiria [...] (Marisa).

Eu acho que a gente tem um potencial para fazer muito mais, mas isso tem que ser uma conquista que depende de um aval legal para tu fazeres e de uma aceitação médica. E não vai haver. [...] Nós temos obstetras aí [...], eles não vão abrir o campo para nós [...]. Quem vai assinar o parto, quem vai receber pelo parto? Poderia o hospital receber e dar uma gratificação. Não, isso não existe! Eu acho que só em São Paulo [...], porque, para nós [...], só se conseguisse fazer uma casa de parto. [...] Não almejo outra coisa maior. Não nessa estrutura nossa aqui. Às vezes, eu me pergunto: não sei por que essa ânsia que o enfermeiro tem ou está tendo de querer fazer o parto! (Carla).

No momento, eu não estou conseguindo ver qual a ação que a gente poderia fazer para conquistar esse espaço. Acho que competência, a gente tem [...], além da competência de já estar aqui, já ter o espaço. Faltaria abertura deles (Cláudia).

Eu acho que a gente poderia tentar ter uma fatiazinha, talvez, né? (Júlia).

Marisa duvida: acha que as enfermeiras possuem muitas atribuições, não dispõem de tempo suficiente para mobilizar-se. Carla não acredita no parto realizado por enfermeiras no contexto hospitalar. Embora reflita sobre o assunto e mesmo sobre como torná-lo viável, acrescenta, por fim: “*não, isso não existe!*” – mencionando as casas de parto, talvez como uma utopia pessoal. Cláudia, por sua vez, diz que depende da classe médica a possibilidade de as enfermeiras realizarem o parto, pois elas cumpriram sua parte – são competentes. A nota de maior esperança talvez tenha sido a de Júlia, que parece crer na possibilidade da conquista de uma “*fatiazinha*”.

Rios, ao abordar os componentes da competência, menciona que,

na ação competente, na articulação mesma de suas dimensões, haverá sempre um componente utópico [...]. A competência não está estabelecida de uma vez por todas. [...] Ela é construída

cotidianamente e se propõe como *um ideal a ser alcançado* (2003a, p. 78).

Os depoimentos mostram que a realização do parto pelas enfermeiras obstétricas, ideal que é ao mesmo tempo confirmado e negado pelas entrevistadas, porém sempre presente, é encarada com *desesperança*, com ceticismo. Entretanto, a esperança é requisito do estabelecimento de uma utopia. De acordo com Rios, “o verbo da utopia é esperar. Não se trata de esperar por algo melhor, mas de, utilizando os recursos de que dispomos e que vamos construindo, planejar e mobilizar desde já o esforço na realização do ideal” (2003a, p. 76).

Os ideais, as utopias, os projetos não surgem arbitrariamente. Pelo contrário, Rios (2003a) coloca que os projetos utópicos surgem como resposta a uma situação de crise. No caso da utopia da enfermeira obstétrica competente (no sentido pleno da palavra), não é diferente: trata-se de uma resposta à crise resultante do intervencionismo excessivo no parto e à própria crise do SUS.

A enfermagem obstétrica é movida por um ideal, por uma esperança, por uma utopia: responder a uma crise através da reinserção da enfermeira no parto normal. Algumas entrevistadas, porém parecem não perceber a dimensão *esperança* entre as dimensões de sua competência. As utopias – como a realização do parto em algum contexto – são mencionadas, mas existe uma resistência em comprometer-se com o aparentemente impossível.

De acordo com Ribas, “o sonho e a história são componentes essenciais da atividade humana em qualquer ramo. O sonho [...] é também um ato político necessário e o motor da história. Sem sonho a história não caminha e sem história o sonho não se realiza: quem nunca sonha, não faz história” (2002, p. 17).

Aqui, política não tem a ver com envolvimento partidário ou sindical (RIOS, 2003b). Sonhar é um ato político, como ser competente também o é. Por isso

mesmo, Rios considera a competência em três dimensões: *técnica-ética-política*. A dimensão política relaciona-se com a idéia de projeto, de utopia; e a ética é o elemento de articulação entre essas dimensões: “técnica, ética e política não são apenas referências de caráter conceitual – podemos descobri-las em nossa vivência concreta real, em nossa prática” (2003b, p. 67).

A concepção comum de competência aponta para *saber-fazer*; as concepções acadêmicas, para *saber-fazer-bem* ou *saber-ser*. O aspecto político aponta também para o *saber que sabe* – a consciência crítica do próprio saber –, o que conduz a uma visão clara da necessidade presente no real, levando à concepção de um projeto. Mas, de acordo com Rios (2003a), tais dimensões não têm sentido isoladamente. A questão ética que as unifica é *para quê*: para que eu sei fazer, ou sei ser, ou sei que sei?

No momento em que, no Rio Grande do Sul, questionamentos sobre o papel da enfermeira obstétrica surgem nos meios de comunicação de massa, parece urgente que tais questões sejam reiteradas e discutidas por enfermeiras obstétricas conscientes do seu saber e de sua competência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente investigação foi conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao trabalho de parto e ao parto normal institucionalizado. A motivação para a escolha dessa temática originou-se de contradições presentes no meio obstétrico nacional e regional, em especial da contradição entre a formação obstétrica oferecida – voltada para a realização do parto normal sem distócia – e a prática profissional pós-especialização – em que as enfermeiras egressas se dedicam a outras práticas assistenciais, onde não está incluída a realização do parto normal.

As seguintes questões de pesquisa orientaram o processo de investigação: como se define a competência da enfermeira obstétrica? Que recursos são mobilizados por essa competência? Que aspectos estão implicados no processo de construção dessa competência? E, por fim: qual o âmbito dessa competência?

Na pesquisa, a noção de competência foi trabalhada, principalmente, a partir do pensamento de Perrenoud (1999), contando também com a contribuição de outros autores, como Rios (2003a, 2003b). No processo de pesquisa, *competência* foi entendida como “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (PERRENOUD, 1999, p. 7). O referencial teórico incluiu, também, tópicos sobre a enfermagem obstétrica, sua origem e trajetória no Brasil e no mundo, questões sobre a formação e a atuação da enfermeira obstétrica e os modelos de atenção ao parto.

A pesquisa que embasou esta dissertação teve caráter qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Os dados foram obtidos através de entrevistas individuais

semi-estruturadas realizadas com enfermeiras obstétricas atuantes em um hospital público de grande porte de Porto Alegre e submetidos à análise de conteúdo, desenvolvida segundo Bardin (1977).

A noção de competência que emergiu das entrevistas não é homogênea. Alguns aspectos, entretanto, podem ser considerados como comuns à maior parte das entrevistadas. Por exemplo, a concepção de competência voltada mais para o *saber-fazer* – para a realização de procedimentos ou de práticas assistenciais – do que para o *saber-ser*, ou seja, a mobilização de recursos subjetivos do profissional.

Os seguintes elementos foram apontados como constituintes da competência da enfermeira obstétrica: *competência técnica*, construída a partir do conhecimento acadêmico e da prática profissional; *competência humanizadora*, ligada ao reconhecimento da humanidade da parturiente, muitas vezes percebida como em oposição à desumanização resultante do parto institucionalizado; intuição, competência ligada ao conhecimento intuitivo; *competência na relação* com os colegas e também na relação com a parturiente e seus familiares.

Nas entrevistas, a competência técnica para o atendimento ao parto normal institucionalizado foi um tema que recebeu muita atenção. A ênfase deu-se, principalmente, em função da percepção de que a competência técnica é primordial para a realização desse atendimento e de que, apesar da relevância, é uma competência ainda a ser desenvolvida. As enfermeiras entrevistadas perceberam pelo menos duas grandes limitações ao desenvolvimento da competência técnica. A primeira delas seria a incapacidade dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica de desenvolver essa competência, o que gera frustração nas enfermeiras. Esse sentimento foi mais evidente nas falas daquelas que concluíram a sua formação há mais tempo, na década de 80, provavelmente porque não praticaram

mais a realização do parto, toque vaginal e outros procedimentos relativos a atenção ao parto.

A segunda limitação ao desenvolvimento da competência técnica para o atendimento ao parto normal foi (e ainda é), segundo as enfermeiras obstétricas entrevistadas, a falta de espaço para a prática. Para as enfermeiras, procedimentos obstétricos que são valorizados durante a formação, como a episiotomia, a episiorrafia e o toque vaginal, não são realizados no dia-a-dia do trabalho em função das relações desiguais de poder entre médicos e enfermeiras e da disputa de espaço com a classe médica. Muitas entrevistadas colocaram que a solução para permitir o desenvolvimento da competência técnica seria enfrentar essa situação e lutar pelo espaço para a realização do parto. Apesar disso, nenhuma delas relatou a iniciativa de fazer algum movimento nesse sentido. A análise das entrevistas sugere que a causa dessa falta de iniciativa extrapola a questão da disputa de espaço com os médicos, estando também relacionada à insegurança conferida pelo sentimento de incompetência que resulta de uma formação percebida como insuficiente.

A contradição entre o papel profissional enfatizado na formação e aquele exercido na prática gerou uma gama de percepções heterogêneas entre as entrevistadas. Uma parte das enfermeiras entrevistadas afirma que deseja readquirir a competência técnica para a realização do parto, eventualmente perdida após anos sem a realização dos procedimentos envolvidos, pois sentem que não estão demonstrando sua competência na sua atual prática assistencial. Realizar o parto *tão bem quanto o médico* – incluindo-se aí a realização de intervenções como rotina – parece ser a essência da competência pretendida por essas profissionais. Um segundo grupo de entrevistadas, ao contrário, afirma não ter interesse em realizar o

parto no contexto hospitalar, posicionando-se criticamente em relação à desumanização resultante do parto dirigido.

Uma outra questão que apareceu com destaque na análise das entrevistas foi a de que, para algumas enfermeiras, há uma certa diferenciação entre competência para realizar o parto e competência para realizar o cuidado à mulher no parto. Nesse sentido, a idéia de que, para ser competente, a enfermeira obstétrica precisa ser boa cuidadora é complementada por afirmações do tipo “*nosso papel é o cuidado, não o parto*”. A distinção entre parto e cuidado pode significar que o parto realizado na instituição onde trabalham não se enquadra no modelo de atenção ao parto que acreditam ser ideal (provavelmente o parto humanizado).

Como referido na literatura (DELUIZ, 2001), uma das características do atendimento ao parto institucionalizado é a fragmentação do atendimento: o profissional incumbido do partejar realiza apenas essa parte do processo, não acompanhando o restante da trajetória da parturiente. Essa estrutura, própria das grandes maternidades, onde há um grande volume de nascimentos, dificulta o estabelecimento de uma relação entre o profissional que realiza o parto e a parturiente. Entretanto, no conceito de cuidado, há necessariamente um sentido de interação interpessoal, de acordo com autores como Geib (2001), Zampieri (2001) e Brüggemann (2001). Assim, quando as enfermeiras entrevistadas estabelecem uma separação, ou quase uma oposição, entre o “parto” e o “cuidado”, podem estar se referindo à separação/oposição entre o partejar “tradicional” institucionalizado, marcado pela impessoalidade, e sua própria atuação em outros procedimentos, em que há uma preocupação como o aspecto interpessoal.

O parto institucionalizado, ao *coisificar* o ser humano (DESLANDES, 2004), parece de fato não se harmonizar com o conceito de cuidado, pois, se o profissional

não reconhece a humanidade do paciente, é difícil afirmar que esse profissional *cuida* do paciente. A análise das falas das enfermeiras sugere que elas percebem essa associação entre parto humanizado e cuidado, o que justificaria o argumento de que *o parto institucionalizado nem sempre é um cuidado*.

Tal situação parece indicar a necessidade de que os espaços de ensino e as oportunidades de aprendizagem dos cursos formadores não fiquem circunscritos ao contexto e ao modelo vigente de atenção ao parto normal hospitalar, mas que também busquem outros cenários. Em outros estados do Brasil, como São Paulo e Rio de Janeiro, o estabelecimento de casas de parto é um exemplo de cenários alternativos para a prática obstétrica.

No Rio Grande do Sul, onde o campo da obstetrícia é intensamente medicalizado e intervencionista, marcado pela disputa por espaço, as enfermeiras ainda não são formadas para transformar este modelo. Nos cursos formadores parte-se do princípio de que a participação de enfermeiras obstétricas na realização do parto será fácil e automaticamente aceita e que para que isto aconteça é prioritário que as enfermeiras desenvolvam competências no campo dos saberes técnicos. Tal situação sugere que é negligenciado o desenvolvimento de outras competências, tanto ou mais necessárias para o enfrentamento da realidade da prática profissional, como é o caso da competência política, de extrema relevância no preparo de enfermeiras obstétricas competentes na luta por espaço no mundo do trabalho.

A aproximação entre o currículo dos cursos formadores e a realidade da prática profissional das enfermeiras obstétricas também requer que os cursos de especialização em enfermagem obstétrica levem em consideração as características regionais do mercado de trabalho, visando a formar enfermeiras competentes para

atuarem no cenário específico de sua região. A formação de enfermeiras obstétricas competentes ética e politicamente deve resultar no desenvolvimento de uma postura crítica frente à realidade, estimulando a autonomia, a iniciativa e a criatividade, competências necessárias para a intervenção nessa realidade. No momento em que, no Rio Grande do Sul, questionamentos sobre o papel da enfermeira obstétrica surgem nos meios de comunicação de massa, parece urgente que tais questões sejam consideradas. Elas perpassam as entrevistas, nem sempre de forma direta, mas parece evidente que as entrevistadas vêm refletindo sobre o assunto. A dificuldade das enfermeiras entrevistadas em agir para modificar a realidade da prática profissional resulta na idéia de que essa modificação se constitui em utopia, o que reforça a percepção de que tal ação é inviável.

A percepção da inviabilidade de um outro partear talvez seja justificada pelo fato de as enfermeiras obstétricas estarem imersas no modelo intervencionista durante toda a sua formação superior, e mesmo antes, uma vez que a concepção biomédica do parto permeia a sociedade como um todo. Muitas enfermeiras obstétricas não tiveram (e continuam não tendo) oportunidade de vivenciar outros paradigmas de atenção em saúde, inclusive, e principalmente, de atenção ao parto.

A modificação do modelo de atendimento ao parto normal institucionalizado, na busca da construção de um modelo mais humano, pode não depender somente da competência das enfermeiras obstétricas em inserir-se na atenção ao parto, mas também da competência dessas profissionais em estabelecer uma parceria com a sociedade. Sendo mais bem informada a respeito do parto, a população poderá adotar uma posição mais crítica em relação ao seu atendimento. O âmbito da competência da enfermeira obstétrica seria, então, mais amplo, não restrito somente ao hospital.

O sentimento de impotência que perpassa as entrevistadas, associado a uma certa omissão ante os desafios percebidos, parece corresponder ao que Lunardi, Peter e Gastaldo (2002) denominam *anorexia de poder* – a falta de desejo de exercer o poder, comum aos profissionais de enfermagem em geral. Como referem os autores, as ações e omissões das enfermeiras não têm conseqüências somente para quem recebe os seus cuidados, mas também para elas mesmas:

Infelizmente, quando as enfermeiras não exercem intencionalmente o poder de acordo com uma agenda ética/profissional previamente estabelecida, elas são integralmente participantes da sua própria opressão (LUNARDI; PETER; GASTALDO, 2002, p. 186).

A modificação dos aspectos considerados desfavoráveis para a prática da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto normal depende, assim, também da consciência e do exercício do poder por parte das enfermeiras. Como destaca Rios (2003a), na formação da competência profissional, é importante não só *saber*, mas também *saber que sabe* – a consciência do próprio saber, que é condição da autonomia.

As enfermeiras obstétricas, ao descreverem as dificuldades encontradas para exercer o seu papel profissional na atenção ao parto, como a falta de espaço gerada pela disputa com os médicos e as deficiências percebidas na formação, contam com a total solidariedade da autora deste trabalho. Entretanto, não se pode deixar de considerar que elas parecem não assumir sua parcela de responsabilidade na situação atual. O desenvolvimento de uma postura reflexiva por parte das enfermeiras obstétricas sobre as circunstâncias nas quais se concretizam as suas dificuldades de inserção no espaço de “prática de parto”, assim como a construção de uma utopia coletiva (assumida desde o contexto mais micro da equipe de enfermagem até o nível mais macro da categoria profissional), pautada pela esperança, talvez levasse ao surgimento de atitudes coerentes com o desejo de

mudança. Entretanto, esta é tarefa que requer o comprometimento – como colocam as entrevistadas – não somente das enfermeiras obstétricas que atuam no contexto hospitalar, mas também do corpo docente dos cursos de graduação em enfermagem e especialização em enfermagem obstétrica, e do próprio Ministério da Saúde, somado às reivindicações da sociedade por um parto saudável.

Enfermeiras obstétricas, conscientes da sua competência e do seu poder, poderão intervir no cenário da atenção ao parto, tornando-o mais humano para as parturientes e para si mesmas, através de um resgate do seu papel profissional. Atender com competência ao parto demandaria maior responsabilidade da enfermeira obstétrica em relação a sua prática. Reconhecer seu saber e seu poder é condição para desenvolver a competência não somente no parto, mas também e principalmente a competência na responsabilidade pela sua própria trajetória profissional.

As análises e discussões desenvolvidas no presente estudo trazem contribuições para a enfermagem obstétrica, principalmente no sentido de apontar para a necessidade do reconhecimento e compreensão da importância de um desenvolvimento da consciência do saber e do poder, da autonomia e da esperança, como elementos constituintes do processo de formação da competência das enfermeiras obstétricas, as quais a partir desta compreensão poderão superar as contradições e conflitos percebidas em sua atuação.

A realização deste estudo contribuiu para desenvolver a minha própria competência profissional, enquanto docente e enfermeira assistencial. Conhecer a visão de enfermeiras especialistas em obstetrícia, como eu, sobre sua competência no atendimento ao parto normal hospitalar resultou na oportunidade de refletir sobre o papel da enfermeira obstétrica que atua na docência no desenvolvimento da

competência profissional na sua totalidade, sem o tradicional destaque à competência técnica, por exemplo.

A contribuição do processo de pesquisa no desenvolvimento da minha competência como enfermeira obstétrica atuante em centro obstétrico foi a de permitir uma crítica fundamentada do modelo de atenção ao parto em que estou inserida profissionalmente e um repensar de algumas “verdades” que pautavam minhas análises sobre a competência e atuação pessoal e de colegas no atendimento ao parto normal institucionalizado. Neste sentido, concluo este trabalho com uma concepção ampliada de competência profissional no campo da enfermagem obstétrica, entendendo agora que a competência da enfermeira obstétrica não se constrói e não se revela apenas no seu saber técnico, mas em todo um conjunto de saberes, de igual valor, que devem aparecer na prática de forma articulada. Neste sentido, considero de extrema relevância que os cursos de formação de enfermeiras obstétricas valorizem em seus currículos o caráter multidimensional da competência profissional, enfatizando que o seu desenvolvimento precisa ser constantemente buscado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. **Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem: concepções de docentes e discentes**. 2002. 244 f. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

_____. A. Concepções de discentes e docentes sobre competência na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 184-193, ago. 2004.

ASSAD, L. G.; VIANNA, L. O. Saberes práticos na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 1, p. 44-47, jul./ago. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p. il.

BERNI, N. I. O. Assistência de enfermagem no pré-natal, parto e puerpério na região sul. [discurso de abertura]. *In*: SIMPÓSIO SOBRE PARTO ATIVO E HUMANIZADO, 2., 2003, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABENFO-PR, 2003. Cópia informal do discurso não publicada. p. 1-10.

BONADIO, I. C. *et al.* Da relação conflituosa ao respeito mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. *In*: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: USP, 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a043.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2006.

_____. *et al.* Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas escolas de enfermagem do Brasil. **Nursing**, São Paulo, n. 8, p. 25-29, jan. 1999.

BONILHA, A. L. L.; ESPIRÍTO SANTO, L. C. Humanização no parto e nascimento: revisando uma história recente. **Boletim Informativo da ABENFO-RS**, Porto Alegre, v. 6, n. 19, p. 4-6, dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 37.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Médica e Tecnológica. **Proposta de organização do subsistema de avaliação e certificação profissional baseado em competências**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/semtec/educprof/ftp/sac.doc>> Acesso em: 23 fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp?secao=home> Acesso em: 26 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://reforsus.saude.gov.br/legisla/obst/GM_P985_99obst.doc>. Acesso em: 2 mar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2815 de 29 de maio de 1998. Brasília, DF, 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 1998. Seção 1, p. 47-48.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2003. 199 p.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil: século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 134-149, abr./jun. 1991.

BRÜGGEMANN, O. M. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. *In*: OLIVEIRA, M; ZAMPIERI, M.; BRUGGEMANN, O. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p. p. 61-67.

_____. The care in the birth process: considerations about nurse's performance. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn203bruggemann.htm>>. Acessado em: 27 fev. 2004.

CAPARROZ, S. C. **O resgate do parto normal**: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Editora da Univille, 2003. 103 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 223 de 3 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://www.adcontre.com.br/legisla%20saude/res223cofenen.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2004.

DE MASI, D. **Criatividade e grupos criativos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003. 795 p.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. Evolução da obstetrícia. *In*: BRIQUET, R. **Obstetrícia normal**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. 495 p. il. p. 19.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho: projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. **Formação**, Brasília (DF), v. 1, n. 2, p. 5-15, maio 2001.

DESLANDES, S. F. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 25-29, 2004.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo, 2001. 255 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DUARTE, N. M. N.; BONILHA, A. L. L.; RIFFEL, M. J. Perfil e expectativas de enfermeiros das áreas da saúde da mulher e do neonato no Rio Grande do Sul. **Boletim Informativo da ABENFO/RS**, Porto Alegre, v. 4, n. 9/10, p. 7-14, mar./jun. 1998.

DUARTE, N. M. N.; CECCIM, R. B. A construção e o desenvolvimento de especializações na área obstétrica e neonatal em modalidade pioneira na saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto alegre, v. 16, n. 1, p. 81-94, 2002.

ESPÍRITO SANTO, L. C.; BERNI, N. I. Assistência de enfermagem em obstetrícia. *In*: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 624 p. il. p. 190-199.

FAUSTINO, R. L. H.; EGRY, E. Y. A formação da enfermeira na perspectiva da educação: reflexões e desafios para o futuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 36, p. 332-337, 2002.

FEELING. *In*: MICHAELIS, H. **Moderno dicionário inglês-português, português-inglês**. São Paulo: Melhoramentos, 2000. 1735 p. p. 256.

FERNANDES, J. D. *et al.* Competência interpessoal nas práticas em saúde: o individual e o coletivo organizacional. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 210-215, abr./jun. 2003.

FRAGA, L. C. R.; MATOS, R. C. P. Resgatando a história da enfermagem obstétrica no Brasil. **Boletim Eletrônico Vida**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jan./jul. 2002. Disponível em: <<http://www.jornalvida.cjb.net/>>. Acesso em: 29 fev. 2004.

GEIB, L. **Educare a pedagogia do cuidado**. Passo Fundo: UPF, 2001. 149 p.

GENARI, J. L.; GENARI, M. C. S. **O início da vida**. São Paulo: Antônio Bellini, 1999. 120 p. il.

GOLDIM, J. R. **Ética aplicada à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Bioética, 2005. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/bioepesrt.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p. il.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies**. Hague, 2002. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=27&mode=thread&order=0&thold=0>>. Acesso em: 15 out. 2005.

JAKOBI, H. R. **O parto natural e humanizado**. Porto Velho, 2004. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/partohumanizado.htm>>. Acesso em: 29 fev. 2004.

JORGE, D.R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. 1975. 213 f. Tese (Livre-Docência) – Escola Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

LUNARDI, L. L.; PETER, E.; GASTALDO, D. Enfermeiras submissas são éticas? Refletindo sobre a anorexia do poder. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 183-188, mar./abr. 2002.

MACHADO, J. **Casas de parto no mundo**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.casasdeparto.com.br/casasdeparto/index.asp>>. Acesso em: 2 mar. 2004.

MACHADO, N. J. Sobre a idéia de competência. *In*: PERRENOUD, P. *et al.* **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 176 p. p.137-155.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 64, p. 1-25, set. 1998.

MARQUES, C. M. S. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo: projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. **Formação**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 53-60, maio 2001.

MERIGHI, M. A. B. **Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**: caracterização e trajetória profissional. 2000. 177 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MERIGHI, M. A. B.; YOSHIZATO, E. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 493-501, jul./ago. 2002.

MEYER, D. E. E. Ao olhar-se no espelho a enfermeira não tem gostado da imagem que aí vê refletida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 45, n. 2/3, p. 176-182, abr./set. 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269 p.

MOSSA, A. **Fórcepe de Kielland**: morfologia e técnicas. São Paulo: Roca, 1992. 117 p.

MOTT, M. L. Parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, p. 399-401, 2 sem. 2002.

MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 484-486, jul./ago. 2004.

NASCIMENTO, E. S. *et al.* Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 447-452, jul./ago. 2003.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. Tipos de trabalho científico. *In*: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 290 p. p. 129-155.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996. 53 p. il.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. 129 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: ARTMED, 1999. 90 p.

_____. **Ensinar**: agir na urgência, decidir na incerteza. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

PIOTROWSKI, K. A. Cuidado de enfermagem durante o parto e o nascimento. *In*: LOWDERMILK, D.; PERRY, S.; BOBAK, I. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 928 p. il. p. 356-414.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.

PLANTAMURA, V. **Presença histórica, competências e inovação em educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 215 p.

RIBAS, M. H. **Construindo a competência**: processo de formação de professores. São Paulo: Olho d'Água, 2002. 135 p.

RIBEIRO, L. **Parteiras tradicionais**: “mãos femininas humanizam o nascimento e recebem a nova vida”. Rio Branco, 2003. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/pagina20/5maio2003/site/04052003estilo.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2006.

RIESCO, M. L. G.; TEIXEIRA, H. B. C. Realidade e expectativa do estudante de enfermagem quanto à capacitação e qualificação na área de enfermagem obstétrica. **Nursing**, São Paulo, n. 53, p. 15-21, out. 2002.

_____; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, São Paulo, v. 10, p. 449-459, 2 sem. 2002.

RIOS, T. A. **Compreender e ensinar**: por uma docência da melhor qualidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003a. 158 p.

_____. **Ética e competência**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2003b. 86 p. (Questões da nossa época, 16).

SÁNCHEZ, M.C. **Rol de la matrona**. Chile, 2002. Disponível em: <<http://www.germain.cl/matrona.htm>>. Acesso em: 1 fev. 2006.

SCHIRMER, J. **Formação da enfermeira obstetra**: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. 2001. 116 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, A. L.; BALDIN, S. M.; NASCIMENTO, K. C. O conhecimento intuitivo no cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 1, p. 7-11, 2003.

SILVA, C. C.; EGRY, E. Y. Constituição de competências para intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 11-16, 2003.

SILVEIRA, I. P.; LEITÃO, G. C. M. O cuidado de enfermagem no partejar: marcos conceituais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 279-285, dez. 2003.

SILVEIRA, L. **Desafios da regulamentação da profissão de parteira tradicional**. São Paulo: Amigas do Parto, 2004. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/ce_obstetrícia>. Acesso em: 31 jan. 2006.

SIQUEIRA, P. R. A. **A assistência da enfermeira ao parto normal**: relatos e atos na visão das mulheres. 2001. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-427, 2003.

TORREZ, M. N. F. B. Sistema de Certificação de Competências PROFAE: bases conceituais: projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. **Formação**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 45-51, maio 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

URBANETTO, J. S.; CAPELLA, B. B. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 447-452, jul./ago. 2004.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. USP Leste. **Curso de graduação em obstetrícia**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.uspleste.usp.br/sistemas.html>>. Acesso em: 14 fev. 2006.

UTOPIA. *In*: HOLANDA, A. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992. 1499 p. p. 1745.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; MEDINA, E. T. Desmedicalização da assistência ao parto e ao nascimento: um desafio para a enfermagem obstétrica brasileira: debate. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 14-18, set./out. 2003.

VIEIRA, M. R. **Resgate das práticas de parteira leigas**: a humanização da atenção ao parto. 2004. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 443-438, jul./ago. 2003.

ZAMPIERI, M. F. M. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. *In*: OLIVEIRA, M; ZAMPIERI, M.; BRUGGEMANN, O. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p. p. 73-84.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, mar. 2004.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ estou ciente de que esta entrevista servirá para a coleta de dados do estudo sobre a Perspectiva das Enfermeiras Obstétricas em relação a sua Competência na Atenção ao Parto Normal Hospitalar. O estudo é de autoria de Leila Regina Rabelo, sob a orientação da Profa Dra Dora Lúcia L. C. de Oliveira, e tem como objetivo conhecer a percepção destas enfermeiras sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. Fui informada de que a minha declaração será utilizada como informação para um estudo que poderá ser publicado, que o meu nome não será divulgado, e que poderei desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar, sem que esta decisão me traga prejuízo ou penalização.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da entrevistada

Assinatura da orientadora

Telefone para contato e maiores informações: (9090) 51 33286008 (Leila);
(9090) 51 33165428 (Dora).

Porto Alegre, ____ de _____ de 200__.
Eu _____ confirmo que recebi uma cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

1. Dados de identificação:
 - a) Pseudônimo:
 - b) Formação acadêmica:
 - c) Tempo de atuação na área de enfermagem obstétrica:
 - d) Carga horária e turno:
 - e) Experiência em outras áreas de atuação:
2. Que atividades você e suas colegas enfermeiras obstétricas desenvolvem na atenção ao parto normal neste hospital?
3. O que você e suas colegas fazem no período de:
 - a) Dilatação?
 - b) Expulsão?
 - c) Dequitação?
 - d) Pós-parto imediato?
4. Na sua rotina de trabalho na atenção ao parto normal, existe alguma ação ou atividade que você acha que deveria realizar e não realiza? Se afirmativo, quais ações ou atividades são estas e qual a razão para não realizá-las?
5. De que maneira a sua experiência como enfermeira obstétrica facilita o seu atendimento à mulher no parto normal?
6. Que competências a enfermeira obstétrica precisa ter para atender de forma eficaz à mulher durante o parto no hospital?
7. Que recursos e habilidades (outras competências, capacidades, informações, noções) são necessários para que a enfermeira obstétrica possa atender ao parto normal com competência?
8. Na tua opinião, o que tu achas que a enfermeira obstétrica deveria fazer para atuar diretamente na atenção ao parto normal no hospital?

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE****RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS. como Institutional Review Board (IRBOOO0921) analisaram o projeto:

Projeto: 04-247**Versão do Projeto:** 22/09/2004**Versão do TCLE:** 22/09/2004**Pesquisadores:**

DORA LUCIA LEIDENS CORRÊA DE OLIVEIRA

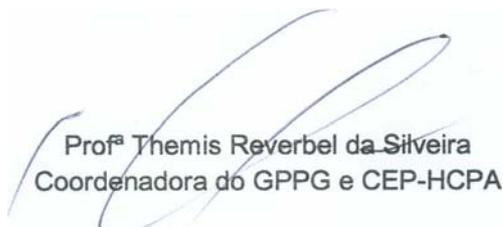
LEILA REGINA RABELO

Título: A COMPETÊNCIA DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO ATENDIMENTO AO PARTO NORMAL HOSPITALAR

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 27 de setembro de 2004.



Profª Themis Reverbel da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA