



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SARA DELFINO DA SILVA

**CURSO APRIMORAMENTO EM SAÚDE DA REDE CEGONHA:  
INSERÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM CENÁRIOS DE  
PARTO**

BRASÍLIA – DF

2023

SARA DELFINO DA SILVA

**CURSO APRIMORAMENTO EM SAÚDE DA REDE CEGONHA:  
INSERÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM CENÁRIOS DE  
PARTO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Coorientadora: Profa. Dra. Wania do Espírito Santo Carvalho

BRASÍLIA – DF

2023

SARA DELFINO DA SILVA

**CURSO APRIMORAMENTO EM SAÚDE DA REDE CEGONHA:  
INSERÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM CENÁRIOS DE  
PARTO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Coorientadora: Profa. Dra. Wania do Espírito Santo Carvalho

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer (Presidente)

Orientadora

Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Wania do Espírito Santo Carvalho

Coorientadora

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS

---

Profa. Dra. Daphne Rattner

Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão

Universidade Católica de Goiás – UCG

BRASÍLIA – DF

2023

*Dedico este trabalho a todos que possam se beneficiar com a minha pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

Especialmente aos meus pais, ao meu marido e aos meus filhos, a Dra. Carla Araujo França.

Às amigas e companheiras Euzi, Adriana Bonifácio, Carla Rocha, Mariana Ramos.

Agradeço infinitamente mais aos meus mestres, em especial às minhas orientadoras: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer e Profa. Dra. Wania do Espírito Santo Carvalho, Profa. Dra. Daphne Rattner.

*Ninguém faz ideia de quem vem lá...  
Nem pra onde vai ou em que vai dar,  
Mas a gente sabe o modo de chegar de quem vem  
A gente pode escolher como receber a vida em forma de neném  
Se com frieza ou com leveza, com protocolo ou natureza  
E aí dá até pra estimular a capacidade de sentir e de amar,  
No primeiro minuto de vida de quem vem lá  
Ninguém faz ideia*

Sabrina Ferigato

## RESUMO

O Ministério da Saúde, em 2011, por meio da Rede Cegonha, ampliou iniciativas de cursos estratégicos, fomentando a formação de profissionais para contribuir com a mudança do modelo de atenção ao parto e ao nascimento e com a humanização da atenção ao parto no Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde é uma estratégia central na mudança do modelo de atenção obstétrica no Brasil. Dentre os cursos ofertados pelo Ministério da Saúde estão os Cursos de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica. O objetivo deste estudo foi analisar, segundo os egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde, as mudanças ocorridas no trabalho dos(as) enfermeiros(as) obstetras. A coleta de dados se deu por questionário semiestruturado, e a análise dos resultados foi ancorada em preceitos da ergologia. Como resultado, foi possível compreender que, embora o curso ofertado pelo Ministério da Saúde tenha colaborado com o aperfeiçoamento das habilidades dos profissionais, existe ainda a necessidade de investir para que mais profissionais sejam formados e possam aprimorar suas práticas; é preciso ainda ampliar e fomentar diálogos sobre trabalho colaborativo, competências no trabalho e autonomia profissional.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Prática Profissional; Educação em Enfermagem; Ergologia.

## **ABSTRACT**

The Ministry of Health, in 2011, through the Stork Network, expanded strategic course initiatives, promoting the training of professionals to contribute to changing the model of assistance for labor, birth and the humanization of childbirth care in the Unified System Health. Thus, training professionals for the Unified Health System is a central strategy in changing the obstetric care model in Brazil. Among the courses offered by the Ministry of Health are the Improvement Courses in Obstetric Nursing. The aim of this study was to analyze, according to graduates of the Health Improvement Course, the changes that occurred in the work of obstetric nurses. Data collection took place using a semi-structured questionnaire, and the analysis of the results was anchored in ergology precepts. As a result, it was possible to understand that, although the course offered by the Ministry of Health has helped to improve the skills of professionals, there is still a need to invest so that more professionals are trained and can improve their practices; It is also necessary to expand and encourage dialogues about collaborative work, work skills and professional autonomy.

Keywords: Obstetric Nursing; Professional Practice; Nursing Education; Ergology.



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Principais práticas úteis, que devem ser estimuladas – categoria A 29

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Perfil social dos egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde (2016-2017)	51
<b>Tabela 2.</b> Tempo de formação profissional anterior à realização do Curso de Aprimoramento em Saúde (2016-2017)	52
<b>Tabela 3.</b> Atuação profissional atual e inserção na assistência perinatal dos egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde (2016-2017)	53
<b>Tabela 4.</b> Percepções dos egressos sobre se o curso propiciou novos conhecimentos	55
<b>Tabela 5.</b> Impacto do curso sobre a prática dos egressos	60

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, 2011 e 2012	17
<b>Figura 2.</b> Marcos da construção das políticas de saúde para as mulheres no Brasil	20
<b>Figura 3.</b> Componentes da Rede Cegonha	25
<b>Figura 4.</b> Princípios estruturantes dos processos de qualificação da formação, atenção e gestão para o SUS	42
<b>Figura 5.</b> Seções de análise	49
<b>Figura 6.</b> Infográfico conceitual dos ingredientes de competências	61
<b>Figura 7.</b> Dificuldades e facilidades na implementação de mudanças e melhorias na prática profissional	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ApiceON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DEMI	Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
EE	Escola de Enfermagem
EEAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIPAR	Sistema de Plano de Ação das Redes Temáticas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TED	Termo de Execução Descentralizado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>QUESTÃO DE PESQUISA</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
4.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES	19
4.2	A INTEGRAÇÃO A PARTIR DA LÓGICA DE REDES	23
4.3	A REDE CEGONHA	24
4.3.1	A Rede Cegonha e a proposta de mudança do cenário de parto no Brasil	27
4.4	AVALIAÇÃO DA REDE CEGONHA	30
4.5	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL	32
4.6	A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	35
4.7	A ERGOLOGIA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO OBSTETRA/ OBSTETRIZ	37
4.8	CONTEXTO DO ESTUDO: FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS – INICIATIVAS DA REDE CEGONHA	41
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>46</b>
5.1	OBJETIVO GERAL	46
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
<b>6</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>47</b>
6.1	ASPECTOS ÉTICOS	47
6.2	METODOLOGIA	47
6.2.1	Tipo de estudo	47
6.2.2	Local e população do estudo	47
6.2.3	Coleta de dados	48

<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>51</b>
7.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	51
7.1.1	Perfil social	51
7.1.2	Formação profissional	52
7.1.3	Atuação profissional	52
7.1.4	Impacto do curso, na prática profissional	54
7.2	ERGOLOGIA E OS INGREDIENTES DE COMPETÊNCIAS	61
7.3	TEORIA, PRÁTICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	66
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>68</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado de uma mulher com outra mulher no processo do parto é uma tradição histórica. De acordo com Tornquist (2005), o parir é produzido pela e na cultura. A medicina, enquanto instituição, incorporou essa prática como uma das suas atribuições, construindo a especialidade de obstetrícia.

No contexto de expansão do modelo biomédico, o parto gradualmente foi migrando para hospitais e serviços de saúde. Ao longo dos anos, a pluralidade no cuidado e assistência ao parto foi uma marca, desde o parto assistido por parteiras tradicionais, passando pelo parto em povos tradicionais como indígenas e quilombolas, até o parto assistido por profissionais de saúde com cursos de pós-graduação em Obstetrícia.

Sobre o cuidado plural em saúde,

[...] tal pluralidade se caracteriza por diversas formas de atenção como: a biomédica (exercida por médicos e profissionais de saúde com formação específica), as “tradicionais” ou “populares” (praticada por curadores especializados, como massagistas, feiticeiros, parteiras ou xamãs, ou pentecostais e carismáticos, dos cultos cristãos), e também aquelas, eu incluiria, de matriz africana ou espírita; as “alternativas” (*new age* [...]); as de tradições acadêmicas não biomédicas (como acupuntura [...] etc.); e aquelas centradas na autoatenção, tanto as praticadas por grupos de autoajuda quanto a exercida pelo grupo doméstico no cotidiano. (Menéndez, 2009 *apud* Scopel, 2013, p. 30)

Se por um lado o desenvolvimento da obstetrícia contemporânea colabora para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal, por outro possibilita a implantação de um modelo que considera a gestação, o trabalho de parto e o parto uma patologia. Mulheres e recém-nascidos estão expostos a altos índices de intervenções que deveriam ser utilizadas com parcimônia e somente em condições de emergência, não rotineiramente (Brasil, 2017).

Diversas práticas de cuidado historicamente utilizadas em obstetrícia foram desencorajadas por se apresentarem prejudiciais, e outras foram indicadas por seu efeito protetor. Nesse novo modelo, outras tecnologias de cuidado são necessárias, e as tecnologias relacionais estão emergindo devido à sua importância e a seus efeitos protetores, comprovados cientificamente.

O excesso de intervenções desconsidera os aspectos emocionais, humanos e culturais que intervêm no processo, esquecendo-se de que o acompanhamento no



parto tem um carácter particular que vai além do desenvolvimento de doenças ou da morte, uma vez que gestar e parir é fisiológico (Brasil, 2017)

Mesmo com o passar dos anos, a assistência ao parto no Brasil ainda é marcada por elevadas taxas de cirurgias cesarianas e por um excessivo uso de intervenções no parto vaginal, como a episiotomia, a limitação de movimentação da parturiente durante o trabalho de parto, o uso da ocitocina venosa para acelerar contrações, entre outros procedimentos, alguns deles proscritos (Leal, 2014).

O modelo de assistência obstétrica predominante no Brasil é tecnocrata, ou seja, há uma hipervalorização de tecnologias e intervenções, com excessiva medicalização e patologização de um processo que é essencialmente fisiológico (gestar e parir). Esse modelo é perpetuado tanto por questões sociais e culturais quanto por uma formação de profissionais de saúde não alinhada com evidências científicas. (Davis-Floyd, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015) descreve em suas recomendações a necessidade da desmedicalização do parto como estratégia para a diminuição da mortalidade materna e infantil, assim como descreve a autora abaixo:

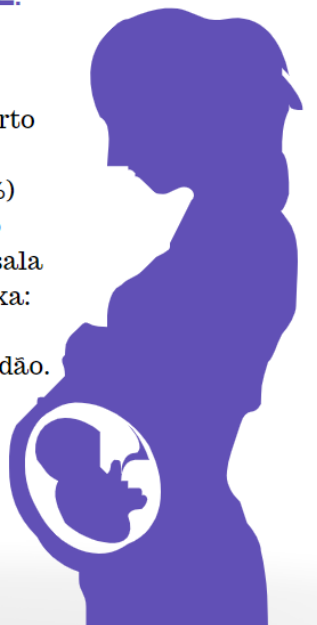
[Essas ações são necessárias enquanto] compreendem os seguintes pontos: incentivo ao parto normal (vaginal); revalorização do papel das mulheres como parteiras e enfermeiras capazes de atender a partos normais; diminuição de intervenções agressivas; incorporação de técnicas mecânicas de alívio para a dor; valorização do suporte emocional à parturiente, por doulas e acompanhantes; estímulo ao vínculo mãe-bebê imediato ao pós-parto. (Tornquist, 2004, p. 11)

A Pesquisa Nascer no Brasil apresentou um retrato do cenário de parto e nascimento nos anos de 2011 e 2012, provocando a discussão científica a respeito do nascimento em âmbito nacional naquela época. Esse retrato evidenciou as iatrogenias e os alarmantes dados de cesarianas sem indicação clínica, que ultrapassaram a taxa de 15%, conforme limite preconizado pela OMS, com a marca de até 52% do número de partos por essa via (Domingues *et al.*, 2014).

**Figura 1.** Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, 2011 e 2012

**PESQUISA NASCER NO BRASIL, 2011  
E 2012.**

- Episiotomia (53,5%)
- Ocitocina no trabalho de parto (TP) (36,4%)
- Manobra de Kristeller (36,1%)
- Não viabilização do contato pele a pele (a ida ao seio na sala de parto foi considerada baixa: 16,1%), a amamentação e o clampeamento tardio do cordão.
- Baixa inclusão de acompanhante no parto (somente 18,8% tiveram acompanhante em tempo integral).



Fonte: Elaboração pela autora com base na pesquisa Nascer no Brasil (2011, 2012)

Este estudo se propõe a estudar as práticas de enfermagem obstétricas no contexto da Rede Cegonha, considerando como elemento de avaliação o curso de aprimoramento para enfermeiros financiado com recursos do Ministério da Saúde e executado por Instituições de Ensino Superior (IES).

O tema justifica-se pelo cenário de mudanças de práticas obstétricas à luz das boas práticas ancoradas em evidências científicas, das políticas públicas vigentes e dos compromissos internacionais pactuados pelo Estado brasileiro para a mudança de desfechos adversos em saúde sexual e saúde reprodutiva, que culminam com elevadas taxas de mortalidade materna e a necessidade de formação de profissionais. Em seus resultados, o presente estudo cogita contribuir com a análise de políticas públicas em saúde para as mulheres.

O Interesse por esta temática vem da experiência como técnica na coordenação de saúde das mulheres do Ministério da Saúde, trabalhando com a pauta dos cursos de formação para a enfermagem obstétrica, por ser também uma profissional especialista em obstetrícia, e ainda por ser mulher e mãe.

## **2 QUESTÃO DE PESQUISA**

O curso ofertado pelo Ministério da Saúde contribuiu para mudanças na prática obstétrica?

## **3 HIPÓTESE**

Tem-se como hipótese que os enfermeiros obstetras egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde ofertado pelo Ministério da Saúde tenham adquirido ou aprimorado conhecimentos e práticas para a atenção obstétrica.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES

A Reforma Sanitária no Brasil surge associada a diversas mobilizações da sociedade brasileira pelo fim da ditadura militar, que se iniciou com o golpe militar de 1964. Trata-se de um movimento intelectual protagonizado por pessoas vinculadas às universidades e por profissionais do movimento sanitário.

Segundo Paim (2008, p. 26),

No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70 um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura.

O afrouxamento do regime militar em 1985 trouxe um cenário favorável para que, junto às discussões trazidas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, pudessem ser aprimoradas propostas de política para a saúde inovadoras e que garantissem o direito constitucional à saúde.

Essas forças de reconstrução impulsionaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, que trouxe como tema central “Direito à Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento”. O relatório da conferência serviu de base para a redação do capítulo “Da Seguridade Social” na nova Constituição Federal e para as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2008; 2009).

Nesse contexto é criado o SUS, em substituição ao modelo de ofertas de saúde com vinculação ao seguro social, tendo como alguns de seus princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; e equidade na assistência à saúde.

A Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre o SUS, estabelece em seu art. 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício sob as diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, entre outras. O princípio da universalidade garante que a saúde seja entendida como um

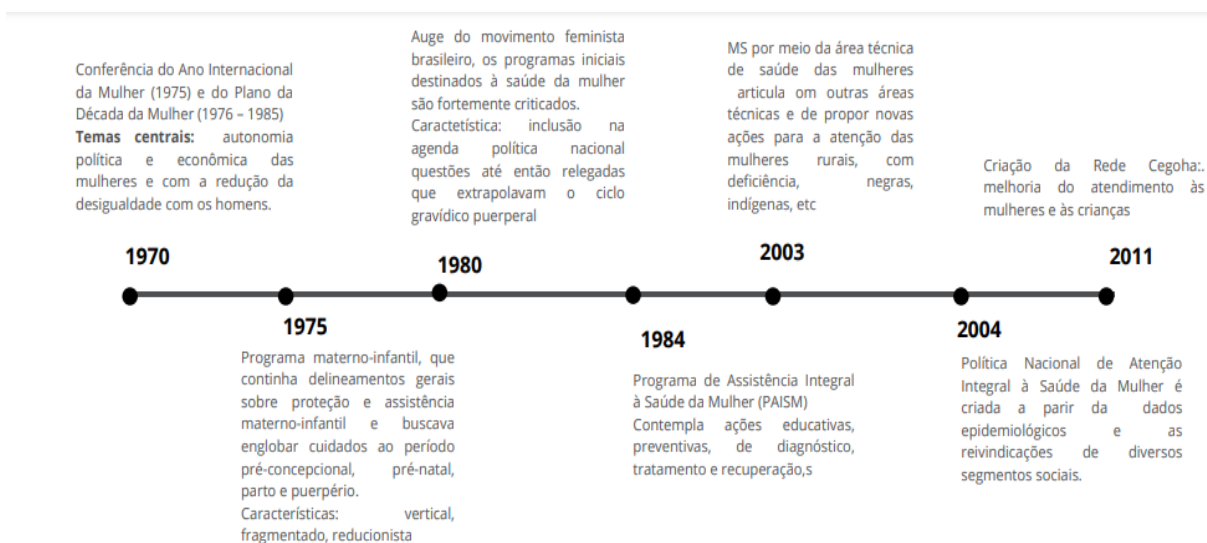
direito de cidadania, definido pela Constituição Federal como um direito de todos e dever do Estado.

Em atenção à saúde das mulheres, a Lei nº 8.069/1990 define, em seu art. 8º, que

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 1990a)

A partir da criação do SUS, a assistência de saúde para as mulheres brasileiras, que já estava em processo de modificação, sofreu alterações significativas, considerando os preceitos do novo sistema.

**Figura 2.** Marcos da construção das políticas de saúde para as mulheres no Brasil



Fonte: UNA-SUS (2015). Elaboração pela autora

Segundo Pereira e Lima (2008, p. 258), a integralidade pode ser considerada o meio de concretizar o direito à saúde:

A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

A compreensão da mulher a partir de sua integralidade e do conceito de vulnerabilidade, trazidos a partir da implementação do SUS e da participação ativa dos movimentos sociais, ampliou as discussões para questões relacionadas a gênero, violência e ciclos de vida.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), da Década de 1980, mostra uma importante relação com o movimento de mulheres e a organização de um programa de saúde com a proposta da integralidade, estruturado para atender às necessidades de saúde das mulheres. Esse é um marco histórico em políticas públicas de saúde da mulher (Medeiros; Guareschi, 2009).

Cabe destacar o crescente número de cesáreas realizadas no país, trazendo um importante efeito na avaliação negativa do programa (Carvalho, 2015). A realização de esterilização cirúrgica junto às cesarianas, muitas vezes sem o consentimento da mulher, demonstra que a capacidade reprodutiva desta era sistematicamente desrespeitada pelos profissionais do sistema de saúde.

Anos depois, a política é reformulada e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) passa a ser responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de trazer um conceito ampliado de saúde da mulher, para além do componente reprodutivo. O programa passou a pautar os direitos reprodutivos e o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia (Souto; Moreira, 2021).

A PNAISM propõe princípios, diretrizes e objetivos a serem alcançados respeitando-se o que estabelece o SUS: humanização e qualidade da assistência, questões ainda pendentes no campo de saúde da mulher.

A PNAISM e a Rede Cegonha (RC) têm como principal objetivo a qualificação da atenção ao pré-natal, parto/nascimento e puerpério e a redução da mortalidade materna e neonatal, alinhadas aos compromissos e às agendas internacionais (Melotti; Silva Filho; Frigo, 2018). A RC foi criada em 2011 como estratégia para fortalecer a assistência às gestantes e aos RN, buscando reduzir a mortalidade materna e da criança. No entanto, apesar de seus avanços, essa estratégia ainda enfrenta desafios, como práticas que podem favorecer a violência obstétrica (Jardim; Modena, 2018).

A mortalidade materna e a mortalidade na infância são temas presentes na agenda de prioridades da saúde pública global devido às suas altas taxas em muitos países. Reduzir a mortalidade materna é uma responsabilidade global, compromisso

que está na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) desde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que vigoraram de 2000 a 2015. Dentre os ODM, a redução da mortalidade materna não foi alcançada em alguns países, a exemplo do Brasil; a nova meta prevê menos de 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos para o planeta, e o Brasil estipulou para si a meta de 30 por cem mil NV para 2030. (Motta; Moreira, 2021).

O Brasil também assumiu o compromisso de implementar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da qual constam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.7 e 5.6. Essas metas referem-se a alcançar o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva até 2030, incluindo planejamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais, mencionado no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, na Plataforma de Ação de Pequim e nos documentos resultantes de suas conferências de revisão (Brasil, 2018).

O Brasil pactuou uma redução, até 2030, de 47% da taxa de mortalidade na infância para 30 a cada 100 mil nascidos vivos, como meta de redução da razão de mortalidade materna, com ênfase na reorganização da rede materna e infantil (Motta; Moreira, 2021).

No ano de 2009, atendendo à necessidade de diminuir a desigualdade das regiões do Nordeste e da Amazônia, foi proposta a taxa de redução de 5% ao ano para a mortalidade materna e infantil; diante disso, foi estabelecido o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM): 26 serviços de atendimento à saúde da mulher foram selecionados para ações que envolveram recursos para infraestrutura e melhoria na organização dos modos de trabalho e modelos de gestão. Nesse processo, foi reforçado o cumprimento da lei que garante a presença do acompanhante durante o processo de pré-parto, parto e pós-parto, bem como a necessidade de que os serviços se organizassem em rede de atenção com garantia de vagas, em consonância com a Lei nº 11.634/2007 e em consonância futura com a RC (Rattner *et al.*, 2021).

Em busca de combater a mortalidade materna e neonatal, o governo federal implementou um conjunto de políticas, dentre elas o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000; a já mencionada PNAISM, no ano de 2004; e a RC, em 2011 (Motta; Moreira, 2021).

A RC foi idealizada para fortalecer as políticas anteriores de saúde das mulheres, solucionar as altas taxas de mortalidade materna no Brasil e atender à urgência em honrar compromissos internacionais, particularmente as metas dos ODM.

Para modificar o cenário de assistência ao parto na época, entre outras ações, ampliou-se a oferta de treinamento para enfermeiras obstetras e parteiras, criaram-se Centros de Parto Normal (CPN) e promoveu-se integração daquelas profissionais na assistência ao parto vaginal sem distocia (Gama *et al.*, 2021b).

Por tudo isso, uma meta estratégica do MS é a de reorganização das ofertas para a saúde das mulheres em seus períodos gravídico-puerperais com base na lógica de redes e na ampliação do processo de formação profissional (Gama *et al.*, 2021a).

#### 4.2 A INTEGRAÇÃO A PARTIR DA LÓGICA DE REDES

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), segundo o Ministério da Saúde, são uma matriz de ações e serviços de saúde organizada entre suas complexidades, com integração de tecnologias, logística e gestão, para fornecimento de uma atenção centrada no indivíduo e na garantia da integralidade do cuidado (Mendes, 2011).

Elas incluem construir relações horizontais entre os centros de comunicação da Atenção Primária à Saúde (APS) e os pontos de atenção, sendo essenciais para o atendimento às necessidades de saúde do conjunto da população, a responsabilização pelo cuidado contínuo e integralizado e o cuidado multidisciplinar, em busca conjunta pelas metas sanitárias e de eficiência econômica. As redes prioritárias propostas foram organizadas de acordo com linhas de cuidado, sendo uma delas a Rede Cegonha e estão estabelecidas na portaria nº 4.279/2010.

No Brasil, a proposta de organizar a APS para garantir acesso e qualidade nos atendimentos se deu por meio da Portaria de Regulação do SUS nº1559, de 1º de agosto de 2008, tendo como objetivos gerenciamento, fluxos de prioridade de atendimentos, hierarquização de ações e integração dos serviços de saúde para incluir e direcionar as responsabilidades dos três entes federativos (Brasil, 2010).

Para Nogueira *et al.* (2021), as redes se propõem a fortalecer e mediar as relações entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Nessa perspectiva, os



pacientes demandam continuamente diferentes atendimentos, que induzem a construção de novos saberes pelos profissionais e a perene necessidade de capacitação para mediar o protagonismo e o autocuidado dos usuários.

As propostas de redes em saúde visam apoiar políticas públicas, tendo por vantagem serem um canal de disseminação de conhecimento; a OMS descreve que as RAS ampliam as intervenções preventivas e curativas para a população e constituem espaços de integração entre vários serviços, cuidado contínuo, integração dos diferentes níveis de atenção e articulação entre a formulação e a gestão de políticas em saúde (Mendes, 2011).

### 4.3 A REDE CEGONHA

Em 2011, o governo federal lançou o projeto da Rede Cegonha como uma iniciativa voltada a organizar em redes regionais a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva das mulheres, tendo como compromisso central a mudança do modelo intervencionista de atenção ao parto e ao nascimento instalado no Brasil, modelo que tem como expoente máximo a realização de cirurgias cesarianas desnecessárias. Conforme a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011:

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I – fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II – organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III – reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (Brasil, 2011)

O processo de implementação da estratégia pauta-se pela adoção das boas práticas de atenção ao parto, recomendadas com base em evidências científicas. Para as mulheres, as redes de atenção foram desenhadas para garantir seu direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério; para as crianças com idade entre 0 e 24 meses, foram desenhadas para garantir o direito a um nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011).

A organização da RC aconteceu por meio do estabelecimento de parcerias entre os estados e o Distrito Federal, as regiões de saúde e os municípios. As partes

pactuam ações para a qualificação dos componentes da estratégia, quais sejam: atenção pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico, que envolve regulação e transporte sanitário.

A RC foi financiada por transferência de recursos no bloco do Teto MAC (Média e Alta Complexidade) ambulatorial e hospitalar; o processo de adesão municipal se deu por meio de planos de ação que formalizaram condutas fortalecedoras de boas práticas na gestação, no parto e no nascimento, elencados no Sistema de Plano de Ação das Redes Temáticas (SISPAR) (Santos, 2013).

**Figura 3.** Componentes da Rede Cegonha



Fonte: Elaboração pela autora com base na portaria 1459 (2011).

Pensando no cuidado em rede, a RC propõe organizar o cuidado de forma que as mulheres e seus filhos tenham acesso às unidades de saúde articuladamente, entre os diversos pontos de atenção. A estratégia, portanto, foi construída a partir das seguintes diretrizes:

- I. Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

- II. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III. Garantia das boas práticas e de segurança na atenção ao parto e ao nascimento;
- IV. Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e
- V. Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A diretriz III da RC implementou a rede de cuidados para assegurar o direito ao parto e ao nascimento saudáveis e livres de iatrogenias, estando diretamente relacionada à garantia de práticas obstétricas seguras; para tal, são necessários profissionais habilitados (Brasil, 2011).

Em consonância, a OMS lançou em 1985 um documento intitulado *Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento*, em que apresentou um cardápio de ações que deveriam ser estimuladas (boas práticas) e ações que deveriam ser desestimuladas ou abolidas (práticas desnecessárias ou iatrogênicas) nos cenários de nascimento (WHO, 1996).

A RC engloba um conjunto de mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de APS e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Brasil, 2017).

Cabe ainda ressaltar que a implementação da RC incentivou a inserção de profissionais enfermeiros(as) obstétricos(as) nas maternidades, nos centros de parto e nas casas de parto em todo o território nacional, e realizou capacitações para favorecer o protagonismo da enfermagem obstétrica.

Na composição de parto e nascimento da RC, figuram ações que aceitam práticas e cuidados de saúde baseadas em indicações científicas sólidas, conforme o documento *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*, da OMS, datado de 1996 (Brasil, 2017).

Os centros de parto normal surgem como política pública no Brasil nesse contexto, e estão associados a taxas mais baixas de intervenções médicas durante

o trabalho de parto e nascimento e níveis mais altos de satisfação, sem aumentar o risco para mães ou para seus bebês (Bitencourt; Barroso-Krause, 2004).

Os benefícios das configurações institucionais alternativas para o nascimento incluem maior probabilidade de parto vaginal espontâneo; trabalho de parto e parto sem analgesia/anestesia; amamentação de seis a oito semanas após o parto; satisfação com o cuidado; e diminuição da probabilidade de aumento no uso de ocitocina, parto vaginal assistido, cesariana e episiotomia. (Brasil, 2022).

As mulheres que receberam modelos de continuidade de cuidado conduzidos por parteiras tiveram menor probabilidade de sofrer intervenção e maior probabilidade de estar satisfeitas com seus cuidados, com resultados adversos pelo menos comparáveis para mulheres ou seus bebês, do que mulheres que receberam outros modelos de atenção, segundo revisão sistemática Cochrane (Hodnett; Downe; Walsh, 2012).

Por tudo isso, uma meta estratégica do MS é a de reorganização das ofertas para a saúde das mulheres em seus períodos gravídico-puerperais com base na lógica de redes e na ampliação do processo de formação profissional (Gama *et al.*, 2021a).

#### **4.3.1 A Rede Cegonha e a proposta de mudança do cenário de parto no Brasil**

A situação atual dos serviços na atenção ao parto e ao nascimento é caracterizada pela fragmentação, centralização e verticalização dos processos e das relações de trabalho. Eles apresentam fragilidades quanto ao funcionamento em equipe multiprofissional, seja pela deficiência de preparo técnico dos profissionais, seja pela marca de uma tradição de modelos de atenção hierarquizados e fragmentadores do cuidado (Brasil, 2010).

O cuidado que uma mulher recebe durante o parto tem o potencial de afetar a própria mulher, tanto física quanto emocionalmente, e a saúde de seu bebê em curto e longo prazo. O orientador dos processos de mudança tem sido a compreensão de que o parto deve ser tratado não como um conjunto de técnicas médicas, e sim como um ato fisiológico, importante evento familiar e cultural, além de singular momento entre mãe e filho, passando pelos fundamentos da humanização (Brasil, 2001).

Dentre suas diretrizes, a RC assegura as boas práticas e a segurança na assistência ao parto e ao nascimento, merecendo destaque por sua relação direta com a presença do enfermeiro no cenário de parto (Brasil, 2011).

Para a efetiva mudança na atenção ao parto no Brasil, é necessário que profissionais de saúde obstétrica estejam qualificados e comprometidos com as mudanças necessárias em sua atuação direta sobre a mulher, a criança e a família (Pereira *et al.*, 2018). As práticas em saúde, por sua vez, devem nortear-se pelo princípio da humanização, entendida como posturas e comportamentos dos profissionais de saúde que contribuem para o fortalecimento do direito à assistência em saúde. Dessa forma, é preciso reforçar o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para garantir os direitos humanos das mulheres e reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (Brasil, 2011).

Acredita-se que isso só será possível a partir da efetiva implementação das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e da consequente redução das intervenções desnecessárias constituídas em recomendações da OMS e reforçadas pelo Ministério da Saúde por meio da RC (Pereira *et al.*, 2018).

A inclusão das enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao parto é essencial para a mudança do modelo de atenção por apresentar vantagens do ponto de vista dos benefícios clínicos e da diminuição de danos, com redução de intervenções obstétricas, como analgesia regional e episiotomia, além de aumento da satisfação das mulheres e início mais precoce da amamentação, sem efeitos adversos (Santana *et al.* 2019).

A justificativa para priorizar o parto normal e a oferta de cuidado com base nas boas práticas é simples: os índices de complicações, como infecção e hemorragia, são menores; a dor é quase inexistente no pós-parto; o risco de morte de mães e bebês é menor; o tempo de recuperação da mãe é menor, permitindo que ela rapidamente tenha contato com o filho e comece a amamentar; e o tempo para a mãe retornar às atividades no parto normal é quase imediato, ao passo que o da cesariana é de em média 30 dias. Todas as mulheres devem ser informadas de que o parto normal é seguro, propicia uma melhor recuperação e traz melhores resultados para elas e para o RN (NICE, 2007).

Como boas práticas de assistência ao trabalho de parto e nascimento, entende-se que o rol de procedimentos elencados pela OMS se baseia em práticas

comuns na condução do parto normal, orientando o que fazer e o que não fazer no processo parturitivo.

Elas são classificadas em três categorias: (A) práticas demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas; (B) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; e (C) práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.

**Quadro 1.** Principais práticas úteis, que devem ser estimuladas – categoria A

Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e o parto
Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor
Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família.

Fonte: OMS (1996)

No ano de 2016 foram publicadas, após uma avaliação cuidadosa das evidências científicas disponíveis, das recomendações internacionais e das contribuições técnicas aportadas durante o processo de elaboração e consulta pública, as *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (2017)* e as *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (2016)*. Esses documentos pretendem ser um guia para as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores de saúde pública ou privada, sobre questões relacionadas as vias de parto, indicações e condutas com base nas melhores evidências científicas disponíveis (Brasil, 2016).

Com relação aos benefícios para a saúde e à utilização de recursos, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) concluem que o parto

planejado em uma unidade de parto extra-hospitalar pode envolver custos menores, tendo em vista a menor ocorrência de intervenções (Brasil, 2017).

Em 2018, a OMS atualizou as recomendações de 1996 e descreveu as práticas obstétricas recomendadas e não recomendadas: práticas como uso rotineiro de episiotomia, pressão manual em fundo uterino e ocitocina de rotina, entre outras, foram desaconselhadas, sendo recomendadas garantia de acompanhante, movimentação e posição vertical, cuidados respeitosos, comunicação efetiva, contato pele a pele e clampeamento tardio do cordão umbilical, entre outras (WHO, 2018). Esse documento inova ao incluir em seu título a proposta de que o cuidado na assistência ao parto induza uma experiência positiva de parto.

Um importante avanço na garantia das boas práticas foi a implantação dos centros de parto normal, custeados e habilitados com recurso financeiro da RC. Conforme a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015:

Art. 3º Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações [...].

[...]

Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN:

[...]

V – garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico. (Brasil, 2015)

Dentre os ganhos pela presença da enfermeira obstetra nos cenários de parto e pela ampliação dos CPN, está o impacto desse cuidado na redução das violências obstétricas. A violência obstétrica já era tema das políticas de saúde ao final da década de 1980: o PAISM, por exemplo, reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. (Rodrigues; Pinto, 2022).

A formação dos profissionais de saúde tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança. De acordo com Diniz *et al.* (2015), as formas de enfrentamento da violência obstétrica perpassam por intervenções na formação dos recursos humanos; intervenções voltadas a informar e a fortalecer a autonomia de usuárias e famílias; e visibilidade e responsabilização.

#### 4.4 AVALIAÇÃO DA REDE CEGONHA

De 2016 ao final do segundo semestre de 2017, um estudo analisou os resultados do ciclo avaliativo da RC, tendo sido examinados 27 relatórios dos 26 estados e do Distrito Federal. Esse processo foi fundamentado pela composição de 1.641 participantes, incluindo gestores e profissionais das maternidades avaliadas. A avaliação apontou barreiras encontradas para o avanço na política de parto e nascimento, estando entre elas: falta de recursos para a compra de materiais e a melhoria da ambiência das maternidades; carência de profissionais; e temas sobre acolhimento e classificação de risco (Silva *et al.*, 2021).

O estudo revelou que algumas das principais dificuldades encontradas envolvem a infraestrutura das maternidades, com falta de equipamentos adequados e de ambientes acolhedores para as gestantes. Além disso, a carência de profissionais de saúde qualificados e em número suficiente para atender à demanda também foi apontada como uma barreira significativa. A necessidade de promover a humanização do parto e do nascimento, com ênfase no acolhimento das gestantes e na implementação da classificação de risco, também foi destacada como uma questão a ser abordada (Silva *et al.*, 2021).

Dentre os resultados do ciclo avaliativo das maternidades que contemplam o cuidado à mulher no cenário de parto, de acordo com Gama *et al.* (2021a), houve avanços importantes nos cuidados com o parto vaginal e melhorias em práticas em maternidades públicas associadas à RC.

Em contrapartida, apesar dos avanços identificados, notou-se uma baixa taxa de partos vaginais e uma assistência ainda insuficiente desses partos por enfermeiras obstétricas. Esses achados podem estar relacionados a barreiras e dificuldades para a atuação da enfermagem obstétrica. Oliveira *et al.* (2020) relacionam que tais barreiras podem ser atribuídas ao investimento ainda insuficiente na formação dessas profissionais e à baixa contratação pelos hospitais públicos.

A RC foi substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) por meio da Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022, que, dentre outras disposições, veio reforçar a presença obrigatória de médicos em maternidades de baixo risco e nas unidades básicas de saúde, fortalecendo a atenção centrada em um profissional e o retorno dos processos de medicalização dos partos normais, além de propor a interrupção de apoio à implementação de CPNs (Zveiter *et al.*, 2022).



Juntamente com a publicação da RAMI, foi publicada uma nova versão da Caderneta da Gestante, que retirou informações sobre o trabalho de parto, os cuidados com pacientes com anemia falciforme e o mobilograma, e reforçou o protagonismo apenas de uma classe profissional, dificultando assim uma atenção multiprofissional. (Brasil, 2022).

A RC, diferentemente, incentivou e construiu centros de parto normal com características peri e intra-hospitalares, que tinham como objetivos os atendimentos a partos de baixo risco para a indução de boas práticas, o abandono da medicalização do parto, o fortalecimento do protagonismo das mulheres e a autonomia dos profissionais da enfermagem obstétrica (Brasil, 2017). Em 13 de janeiro de 2023, a portaria que instituiu a RAMI foi revogada em todos os seus dispositivos pela Portaria nº 13 (Brasil, 2023).

#### 4.5 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Segundo Rattner *et al.* (2021), atualmente no mundo ocidental prevalece a premissa de que corpo e mente seriam distintos e teriam funções separadas, entendendo-se o organismo humano como um instrumento maquinário e defeituoso. Assim, é definido um modelo tecnocrático, e, sob esse olhar diminutivo, o corpo do sexo feminino é descrito como falho, frágil e defectivo.

Na contramão, o modelo humanista argumenta que o ser humano é, além do simples conceito biológico e de funções orgânicas simples, dotado de experiências, de trocas com seus semelhantes, num processo cultural. Nessa ótica, os partos são reconhecidos como uma integração de emoções e questões mentais e sociais que depõem contra o conceito estreito da biologia (Davis-Floyd, 2001).

Para Davis-Floyd (2001), a soma dos elementos no cuidado às mulheres em trabalho de parto – que contemplem os olhares e as práticas humanistas, a energia, a mente-espírito e o corpo na abordagem holística –, conjuntamente à utilização de tecnologias adequadas, será o caminho para se organizar um cuidado eficiente.

As necessidades das mulheres e dos bebês no momento do parto e do nascimento estão bem-estabelecidas. A medicina baseada em evidências consolidou um conjunto de práticas de cuidado que devem ser adotadas pelos

serviços de atenção ao parto; identificou também intervenções usualmente presentes que devem ser abolidas ou utilizadas restritamente (OMS, 2022).

A esse conjunto de recomendações chamamos de “boas práticas de atenção ao parto e nascimento”, atualizadas na publicação de (Brasil, 2017) na publicação intitulada *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*, na publicação de (Brasil, 2016) *Diretrizes da operação cesariana* e na publicação de (Brasil, 2011) *Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças* (Pereira et al., 2018).

Nesses documentos estão descritos o conjunto de práticas que devem ser estimuladas nos serviços e aquelas que devem ser abolidas por não haver evidência científica da sua eficácia; estão também estabelecidas as indicações precisas da operação cesariana. As boas práticas enfatizam a importância do protagonismo e da autonomia das mulheres na tomada de decisão; recomendam que intervenções sejam utilizadas somente quando necessário, principalmente as cesarianas; e indicam que para bons desfechos perinatais é fundamental o apoio contínuo à mulher durante o processo de parturição, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, além do direito a um tratamento digno, respeitoso, livre de discriminação e que assegure privacidade e respeito aos costumes e às crenças individuais (Brasil, 2017).

No âmbito do MS brasileiro, desde a década de 1990 a humanização da assistência obstétrica e neonatal vem sendo incorporada em diferentes proposições e ações, sempre associada à qualificação das práticas de assistência, ao reconhecimento dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, à promoção do diálogo entre os diferentes atores implicados na assistência ao parto e ao nascimento, à melhoria das condições de trabalho dos profissionais e à mudança para um modelo de atenção pautado na saúde (em detrimento de um modelo centrado na doença) (Negri, 2002).

Segundo o art. 2º da Portaria nº 569/2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento,

- a – toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b – toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado [...];
- c – toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d – toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura [...];  
e – todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;  
f – as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.  
(Brasil, 2000)

Nessa intenção, a assistência obstétrica e neonatal deve ter a qualidade e a humanização como características essenciais. Os serviços e os profissionais de saúde devem acolher apropriadamente mulheres e seus RNs, com atenção especial e como pessoas com direitos (Brasil, 2000).

Assim, é importante uma escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança (Brasil, 2005a).

A consolidação de uma atenção ao parto e ao nascimento humanizada e baseada em evidências científicas no Brasil ainda esbarra em questões estruturais/físicas; no ensino de práticas assistenciais ultrapassadas; em processos de trabalho que não consideram a mulher como protagonista do parto; na carência de aperfeiçoamento profissional com vistas às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento; no desrespeito à fisiologia do corpo da mulher; e na crença de que o corpo feminino é potencialmente falho e o parto, potencialmente perigoso (Mauadie *et al.*, 2022).

No contexto de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, o profissional de enfermagem obstétrica possui, dentre os profissionais de saúde em formação, atitudes de companheirismo, e promove uma assistência segura e com escuta qualificada, configurando um trabalhador sensível para um cuidado humanizado. Esse profissional, associado a conhecimentos técnico-científicos e em um contexto favorável ao cuidado compartilhado entres as equipes, com infraestrutura adequada, contribui para a oferta de um serviço de qualidade e satisfatório às mulheres (Giantáglio *et al.*, 2020).

A necessidade formativa de profissionais da saúde para a atenção humanizada no processo de parturição já era um desafio enfrentado para a concretização do PHPN nos centros obstétricos. Vários estudos apontam a necessidade de mudanças na formação acadêmica e no paradigma da assistência à saúde à mulher para contribuir na mudança do modelo obstétrico. (Souza, Gavia, Modes, 2011).

Seguindo a lógica da proposta de organização da atenção à saúde no Brasil, o movimento para a mudança do modelo hegemônico de atenção biomédica e intervencionista para o modelo com menor grau de intervenção no parto e respeito à sua fisiologia é acompanhado pela intensificação na formação das enfermeiras obstétricas, que, desde a graduação, se norteiam pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e pelos princípios do SUS, contribuindo para que se tornem profissionais humanistas, críticas e reflexivas (Leal *et al.*, 2014).

Segundo Ferreira Júnior *et al.* (2015), a equipe de enfermagem obstétrica é a principal mediadora de ações de humanização no cuidado, e isso é intrínseco à sua formação. Sua presença em centros de parto normal configura uma potente estratégia do Ministério da Saúde para o fortalecimento da humanização na assistência obstétrica.

#### 4.6 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

O modelo de atendimento ao parto com a inserção do enfermeiro obstetra ou obstetritz é consenso entre especialistas de todo o mundo. Pesquisadores defendem a inclusão desses profissionais como estratégia para a redução da epidemia de cesarianas, que chegam a 88% nos hospitais privados brasileiros.

A justificativa é que as enfermeiras obstetras estão comprometidas com boas práticas obstétricas para o alívio da dor, como o estímulo à movimentação, à liberdade para se alimentar e à posição verticalizada na hora de parir, tornando o parto mais confortável, aumentando as chances de partos espontâneos e diminuindo a necessidade de intervenções desnecessárias (Gama *et al.*, 2017).

A OMS, na publicação *The state of the world's midwifery*, de 2014, afirma que a *midwife* (termo inglês para “parteira”, no Brasil também traduzida para obstetritz) é um elemento-chave da saúde sexual, reprodutiva, materna e do recém-nascido; ela é definida como a força de trabalho de saúde necessária para apoiar e cuidar de mulheres e RN, incluindo saúde sexual e reprodutiva e especialmente gravidez, trabalho de parto e cuidados pós-natais. O trabalho *Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance* afirma que mães e

bebês de baixo risco não se beneficiam com partos em unidades obstétricas hospitalares, e não há indicação de intervenções rotineiras.

Para se exercer a profissão de enfermeira obstetra no Brasil, é necessário participar de curso de especialização em Enfermagem Obstétrica ou residência em Obstetrícia, com duração de dois anos. A residência em Enfermagem Obstétrica deve possuir duração de dois anos, com carga horária de 5.760 horas; a especialização em Obstetrícia, por sua vez, deve possuir carga horária mínima de 360 horas. Esse profissional de saúde deve incentivar o parto normal; promover a expressão da sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade nos cenários de cuidado, integrando os parceiros e família; estimular a fisiologia do parto; promover o protagonismo da mulher; e respeitar os direitos humanos e reprodutivos da mulher (OPAS, 2022). No Brasil há também o modelo de entrada direta, por enquanto com um único curso de Obstetrícia na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da universidade de Saúde Paulo, formando profissionais obstetras em um modelo denominado de entrada direta.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiros e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem. Cabe a eles regulamentar a atuação dos profissionais sob sua jurisdição, ficando a cargo do MS a formulação de políticas públicas e a definição do escopo de atuação dos profissionais, resguardadas as normativas dos conselhos de classe.

A Resolução COFEN nº 516/2016, alterada pela Resolução COFEN nº 524/2016, normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro e do enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência a gestantes, parturientes, puérperas e RNs nos serviços de obstetrícia, nos centros de parto normal e/ou em casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; além disso, estabelece critérios para o registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetrix no âmbito do Sistema COFEN/COREN, e dá outras providências. Segundo seu art. 3º:

Art. 3º Ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência compete:

[...]

Parágrafo único. Aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrixes além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda:

- a) Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;
- b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, conforme sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;
- c) Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;
- d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta. (COFEN, 2016)

Os enfermeiros e obstetrias desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e no cuidado às gestantes. Eles podem estabelecer uma relação de confiança com as mulheres, ouvindo suas demandas e necessidades. Além disso, os enfermeiros estão preparados para oferecer suporte emocional e orientações adequadas sobre o pré-natal, o parto e o pós-parto. No entanto, para que esses profissionais exerçam plenamente seu papel na prevenção e mitigação da violência obstétrica e na adesão a boas práticas, é necessário investir no aprimoramento de seus conhecimentos teóricos e práticos (Bitencourt; Oliveira; Rennó, 2022).

Através do conhecimento e da sensibilidade dos enfermeiros e obstetrias, é possível oferecer um cuidado integral e respeitoso às gestantes, favorecendo que seus direitos sejam preservados e que elas se sintam seguras e acolhidas em um momento tão importante de suas vidas. O empoderamento das mulheres durante a gestação é essencial para a construção de uma sociedade mais justa e saudável (Ribeiro *et al.*, 2020).

A formação dos profissionais de enfermagem obstétrica e obstetrias pressupõe o entendimento de que o parto normal é um processo fisiológico e único na vida da mulher e em seu contexto familiar e social. Na área da saúde, a atuação de equipes multidisciplinares fortalece o respeito pelas dimensões emocionais e culturais das pacientes durante o processo de parto e nascimento (Merighi; Gualda, 2009).

As habilidades e competências do enfermeiro obstetra e obstetria estão descritas nas normas e estão alinhadas diretamente com as diretrizes da estratégia de redução da cesárea, especialmente no que diz respeito à diretriz de número III: “Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento” (Brasil, 2011; COFEN, 2016). A assistência descrita refere-se aos partos de risco

habitual, com o enfermeiro ou obstetrix fazendo parte de uma equipe multiprofissional dedicada ao cuidado das mulheres.

#### 4.7 A ERGOLOGIA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO OBSTETRA/ OBSTETRIZ

O trabalho é importante na vida social das pessoas; ele é a base da inserção na sociedade e em como se é visto, e estabelece interações sociais intrínsecas à vida humana. O trabalhador em saúde deve compreender todos os elementos objetivos e subjetivos envolvidos no processo de trabalho, pois o modo como as pessoas se relacionam com a sociedade, com seus valores, regras, vivência e cultura, implica a alteração desse processo (Habermas, 1984).

Trabalhar, no sentido ergológico, é gerir um conjunto de fatores presentes em um determinado momento e espaço, em benefício de um objetivo a se construir. A ergologia é construída a partir das vivências nas atividades de trabalho. Nessas atividades, é possível encontrar conhecimentos acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nas normas, que não definem ou determinam quais as próximas ações da atividade do trabalho (Borges; Zambroni-de-Souza, 2010).

A ergologia permite pensar o trabalho, suas mobilidades e seus impactos na vida humana; além disso, debate e confronta o trabalho como um desafio constante e inesgotável (Pereira *et al.*, 2017).

Segundo Pires (2009, p. 740), “profissão” designa

[...] a qualificação de um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades, os quais dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização. Os profissionais controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa. Os membros da profissão estabelecem regras para o exercício profissional, fixadas em lei e/ou compartilhadas pelo grupo e legitimadas pela sociedade em que vivem.

O trabalho em saúde envolve a avaliação do indivíduo e/ou coletivo e a prescrição e realização das ações do processo de trabalho em saúde, que será compreendido de diferentes formas pelos indivíduos devido ao entendimento e à avaliação subjetiva de cada um a respeito da saúde. (Backes *et al.*, 2012).

O trabalho não deve ser definido apenas pela execução de tarefas. O trabalhador enfrenta diariamente diferentes situações laborais e, conseqüentemente, desenvolve incontáveis soluções. O indivíduo enfrenta imprevistos que fogem do

que foi prescrito, e o descobrimento e enfrentamento desses problemas gera constantes construções pessoais e profissionais. A ergologia surge como uma abordagem pluridisciplinar, mobilizando diversas áreas de conhecimento para conhecer e intervir nas situações de trabalho, com enfoque no trabalhador e sua realidade, e tem como princípio o estudo do trabalho prescrito e do trabalho real (Schwartz, 2000).

Ao prestar o cuidado, o enfermeiro cresce, se realiza, aprende a exercitar seu próprio poder, sua liberdade e seu compromisso, e considera suas crenças e seus valores, bem como os dos pacientes, visando à promoção do bem-estar do ser humano cuidado. Dessa forma, propicia uma estreita relação na qual é possível associar atitudes e sentimentos, permitindo ao profissional alcançar o bem-estar, que está ligado com o auxílio e o apoio ao outro (Vila; Rossi, 2002).

Para Schwartz (2016), o trabalho não deveria ser rígido, pois a atividade laboral em si precisa considerar as diferentes realidades e sua complexidade. O fazer humano e suas variáveis precisam ser geridos, incluindo-se decisões, ponderações e escolhas; e, nos espaços laborais, o indivíduo deve ser convidado a utilizar os saberes inerentes à sua prática e à realidade vivenciada pelos sujeitos.

Além disso, a ergologia também enfatiza a importância do trabalho como fonte de desenvolvimento humano e de construção de identidades. Schwartz (2016) destaca que o trabalho não se resume apenas a uma fonte de renda, mas desempenha um papel fundamental na constituição da subjetividade dos indivíduos. Através do trabalho, as pessoas se reconhecem, se afirmam socialmente e encontram formas de expressar suas habilidades e talentos. Nesse sentido, a ergologia valoriza e promove a qualidade do trabalho, proporcionando condições adequadas para os trabalhadores desenvolverem suas capacidades e encontrem satisfação e realização em suas atividades laborais.

São fundamentos da prática do trabalho em enfermagem os preceitos, os valores e a subjetividade do enfermeiro e do outro a ser cuidado, por exemplo. A partir disso, definem-se quais estratégias de promoção, prevenção e recuperação da saúde são as mais adequadas para cada caso específico, focando-se a humanização das práticas e uma abordagem integral do indivíduo assistido (Bueno; Queiroz, 2006).

O enfermeiro, no seu processo de trabalho, utiliza métodos para guiar sua assistência, como a sistematização da assistência de enfermagem. Ela consiste na



avaliação das necessidades do paciente, no planejamento de ações necessárias ao seu bem-estar, na execução ou delegação das atividades e na realização de avaliação integral do processo executado, ou seja, de todos os profissionais e as atividades desenvolvidas no processo. No trabalho de enfermagem existem outros processos de trabalho, como administrar, ensinar e pesquisar. Operar conscientemente os processos de trabalho em enfermagem é condição indispensável para garantir a qualidade de seus produtos e a realização profissional de seus agentes (Sanna, 2007).

Os processos da experiência do trabalho envolvem enfrentamentos diários, nos quais os indivíduos aplicam seus conhecimentos e habilidades para responder às demandas das tarefas. No que diz respeito à competência no trabalho, diversos elementos estão interligados; entre eles, estão o domínio dos protocolos e regras que guiam as situações laborais, a história do trabalho e seus contextos, além dos valores relacionados às discussões sobre as regras impostas no ambiente de trabalho. A capacidade e o potencial de cada indivíduo no contexto laboral também são elementos importantes; além disso, a competência inclui a capacidade de cooperação em situações de trabalho (Schwartz, 1998).

Um bom profissional deve apresentar uma conduta crítico-reflexiva diante das demandas apresentadas, para assim se tornar um profissional capaz de resolver desafios diários. O enfermeiro, durante toda a sua graduação e seu trabalho profissional, desenvolve conhecimentos teóricos e práticos na área do cuidar, estando apto a assistir todo o processo de viver com excelência. O processo envolve três dimensões básicas: o cuidar, o educar e o pesquisar, e a dimensão administrativo-gerencial. Cada dimensão imputa uma responsabilidade distinta ao profissional e todas estão inter-relacionadas, mostrando-se importantes para se atingir a finalidade do trabalho do enfermeiro (Pires, 2009).

Os ambientes de assistência em saúde configuram espaços de encontros de saberes multiprofissionais e, ao mesmo tempo, conjugam o cuidado individual e coletivo, tornando-se, portanto, uma teia complexa entre os debates inerentes ao individual e os debates coletivos do trabalho humano. A formação dos profissionais de saúde exige a troca de experiências e conhecimento e o engajamento, para que se possa oferecer um cuidado coletivo com garantia de acesso e qualidade da assistência (Joazeiro; Scherer, 2012).

O trabalho na enfermagem é sempre dinâmico e, em decorrência do crescimento e aumento das competências profissionais, se transforma. As competências se apresentam no modo como o profissional se enquadra nas transformações diárias do trabalho e se adapta às rotinas do processo de trabalho, construído por infindáveis componentes e fatores que se relacionam entre si (Abrahão; Pinho, 2002).

Nas instituições de ensino de enfermagem, predomina a formação assistencialista, e o processo metodológico mais utilizado é o processo de enfermagem. Com esse método, é possível conhecer e intervir sobre o problema do paciente ou do coletivo. Entre as dificuldades encontradas nesse processo estão a necessidade de capacitação constante dos profissionais, metodologias que articulem a teoria e a prática e principalmente, em se tratando de hospitais de ensino, “participação do serviço nos processos de ajustes e transformações da academia e vice-versa” (Pereira; Ovigli, 2017, p. 51).

Refletir sobre os modos de realizar determinadas atividades e sobre a participação do trabalhador pode gerar conflitos entre valores individuais e coletivos, influenciando diretamente a motivação para executar as tarefas. A gestão de imprevistos requer não apenas o conhecimento de regras e habilidades práticas, mas também a consideração de todos os elementos envolvidos para lidar com as complexidades do trabalho (Silva *et al.*, 2015).

Debatido por diversos autores, o cuidado pautado na atuação interdisciplinar, sob o olhar crítico ao conhecimento acadêmico, evoca a ligação entre o fazer e o saber-fazer, e ainda, nas atividades diárias, os processos de renormalização denotam a íntima relação entre a prática e a ação nas atividades laborais (Scherer; Pires; Jean, 2013).

A competência coletiva é um componente que valoriza a atuação em equipe, reconhecendo e considerando diferentes saberes, habilidades e formações. Isso cria um ambiente colaborativo que facilita a resolução de problemas no contexto de trabalho (Holz; Bianco, 2014). Tal perspectiva destaca a importância de se reconhecer a interação entre os indivíduos e as dinâmicas de trabalho para se promover um ambiente laboral mais produtivo e saudável.

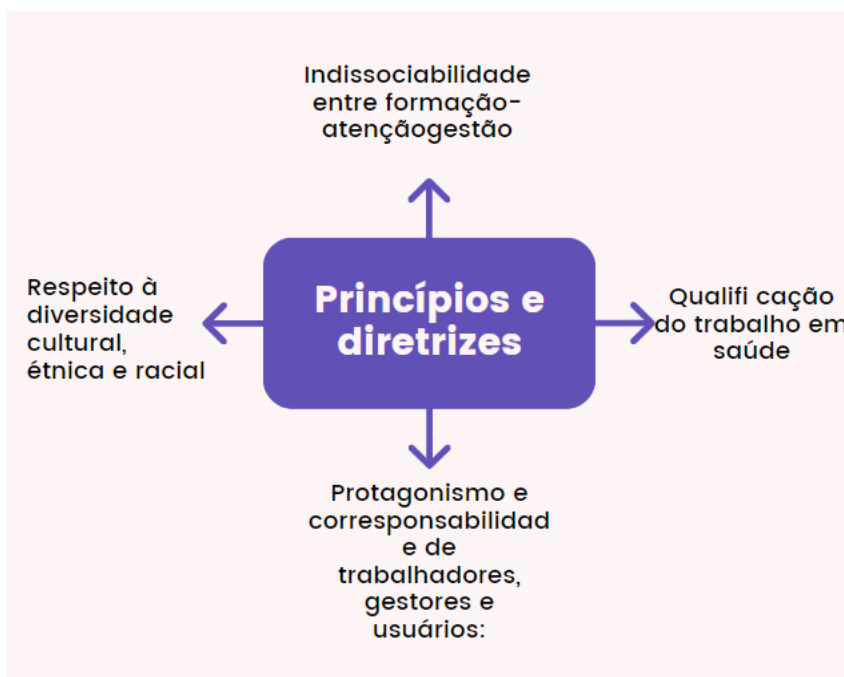
#### 4.8 CONTEXTO DO ESTUDO: FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS – INICIATIVAS DA REDE CEGONHA

O fortalecimento do SUS também é importante para garantir o acesso integral equânime e de qualidade aos serviços de saúde no decorrer do parto. É necessário investir na ampliação da infraestrutura, na contratação e capacitação de profissionais de saúde e na redução das desigualdades regionais. Além disso, é importante valorizar e respeitar a autonomia das mulheres, oferecendo opções de escolha e apoiando o protagonismo feminino nesse momento tão importante de suas vidas (Sá *et al.*, 2022; Stochero *et al.*, 2022).

Ao longo dos últimos 30 anos surgiram instâncias, mecanismos e estratégias para a superação dos desafios e a construção de formatos de qualificação profissional que atendam às necessidades do SUS.

Dentre as principais, cabe destacar o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) criado em 2000 e era destinado a profissionais de ensino médio. De modo geral, o elemento central dessa e de tantas outras frentes formativas foi proporcionar uma formação profissional abrangente, ancorada no conceito ampliado de saúde, que enfatize a integralidade e preze pelas boas práticas relacionais entre os sujeitos (profissionais e usuários) e pela responsabilidade com a educação dos demais profissionais de saúde (Costa; Miranda, 2008).

**Figura 4.** Princípios estruturantes dos processos de qualificação da formação, atenção e gestão para o SUS



Fonte: Elaboração pela autora com base Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE).

O modelo assistencial proposto pela RC define as mudanças na atenção à saúde da mulher, especialmente no cenário do trabalho de parto e nascimento, com garantia das boas práticas e promoção da autonomia da mulher. A proposta de mudança de modelo implica não só uma adequação das práticas e dos serviços de saúde como uma mudança do ensino em obstetrícia e, num sentido mais amplo, da percepção da sociedade brasileira a respeito do parto e do nascimento. As ditas boas práticas de atenção ao parto e nascimento estão embasadas em evidências científicas sólidas, sendo adotadas por inúmeros países com os melhores indicadores perinatais e recomendadas pela OMS (Brasil, 2011).

Nesse contexto, uma das ações prioritárias é o incentivo à maior participação da enfermeira na assistência pré-natal, ao parto e ao nascimento, o que exige ações focadas na formação de enfermeiras para essa especialidade, bem como no aprimoramento das práticas para os profissionais previamente formados e que por algum motivo não estavam atuantes. (Cunha, et, al, 2009)

Foi estabelecida uma parceria entre a área técnica de Saúde das Mulheres do MS e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) para disparar o processo de formação desses profissionais. Foram definidas estratégias

para o atendimento das demandas mais urgentes, sendo elas: residência em Enfermagem Obstétrica, especialização *lato sensu* em Enfermagem Obstétrica e aprimoramento de enfermeiros obstetras.

Para tal, foram incluídos o financiamento do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) e cursos de aprimoramento de enfermeiras obstétricas em todo o território nacional custeados com recursos públicos vinculados à RC, a fim de formar e qualificar as enfermeiras para atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, em especial no cenário de parto (Gama *et al.*, 2021a).

Para a qualificação das práticas dos enfermeiros obstétricos, foi disponibilizado a esses profissionais o Curso de Aprimoramento em Saúde, iniciado em 2013 e executado por universidades públicas com financiamento do MS, por meio de Termos de Execução Descentralizados (TED).

Esse curso destina-se aos enfermeiros já titulados e que se encontravam afastados dos cenários de parto e nascimento, permitindo que sejam empoderados para a atuação nos centros de parto normal e em maternidades.

A estrutura do curso contempla a atualização de conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes da enfermeira obstétrica para a assistência ao parto e ao nascimento em diversos cenários, tais como hospitais, maternidades e centros de parto normal (Sanfelice *et al.*, 2020).

Essa ação justifica-se no fato de que, tal como apontam os estudos, partos assistidos por enfermeiras priorizam a autonomia e o empoderamento feminino e reduzem o número de cesarianas desnecessárias e práticas consideradas maléficas e desaconselhadas pelas evidências científicas (Gama *et al.*, 2021a). A atuação da enfermagem, segundo Vieira *et al.* (2016), contribui para uma menor utilização de intervenções como episiotomia, o aumento do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e um maior vínculo entre mãe e filho, dentre outros benefícios para a saúde materna e neonatal.

Souza *et al.* (2019) descrevem as principais diretrizes da RC para a inserção das enfermeiras obstétricas nas práticas de cuidado com base nas competências e habilidades específicas de sua atuação. Dentre essas diretrizes, cabe destacar:

- Competências para o exercício da enfermagem obstétrica, pautada em protocolos e diretrizes;

- Direito a acompanhante, conforme a Lei nº 11.108/2005 (Brasil, 2005a);
- Ambiência dos estabelecimentos, com projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora e resolutiva, promovendo conforto para a equipe e os usuários;
- Conjunto de boas práticas e redução de intervenções desnecessárias a partir de evidências científicas e indicações dos organismos internacionais e do Ministério da Saúde no contexto do cuidado ao parto.

Os profissionais foram identificados e indicados por seus serviços de origem com o apoio da universidade executora. O critério de seleção definiu maternidades públicas que aderiram à RC, por meio de planos de ação, com foco na mudança do modelo obstétrico vigente na época.

Cerca de 2.500 profissionais em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal participaram de processos de capacitação, dentre eles especialização em Obstetrícia, residência e cursos de aprimoramento.

O curso foi executado pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF) e pela Escola de Enfermagem do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/DEMI/EE).

No ano de 2017, foram ofertadas 656 vagas. O objetivo esperado foi aprimorar os processos de cuidado e de gestão em saúde sob responsabilidade da enfermagem obstétrica. Os aprimorandos estiveram por 14 dias imersos em serviços considerados modelos de atenção obstétrica no território nacional; as turmas eram divididas em dois grupos, com um total de seis participantes. Ao final desse período, os profissionais retornavam a seus serviços com propostas de intervenção e de mudanças de práticas.

Ainda no ano de 2017, o governo federal instituiu o projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceON), cujo objetivo foi promover mudanças relacionadas à educação e à atenção à saúde em parceria com hospitais de ensino e com os componentes da gestão. O ApiceON integrou a RC na proposta de aprendizagem dos profissionais para a incorporação de atitudes e práticas indutoras da mudança de modelos assistenciais nos

componentes obstétricos e neonatais, mediando a formação e a capacitação para um atendimento humanizado e pautado em boas práticas (Mendes; Rattner, 2020).

Segundo Santo (2022), o ApiceOn visou a articular gestores e profissionais para a implementação de ações indutoras de mudança do modelo tecnicista e medicalizado, com foco no ensino e na atenção ao parto e ao nascimento. A implantação de diálogos sobre a importância da cogestão, a resistência à mudança de modelo e a sobrecarga profissional foram os desafios vivenciados pelos profissionais de saúde em suas atividades reais de trabalho.

Este estudo tem como objeto os cursos de aprimoramento em enfermagem obstétrica, considerando este contexto.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, a partir dos egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde realizado pela UFRJ, as mudanças ocorridas no trabalho dos enfermeiros obstetras.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mapear os egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde, identificando o local de trabalho e a área de atuação;
2. Descrever quais competências profissionais foram adquiridas e aprimoradas pelos profissionais que realizaram o Curso de Aprimoramento em Saúde, segundo as diretrizes da RC;
3. Identificar os elementos facilitadores e dificultadores para a efetivação de mudanças nas práticas profissionais;
4. Identificar as razões de possíveis mudanças de ambiente de prática profissional dos egressos que possam estar fora dos cenários de parto e nascimento.



## **6 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **6.1 ASPECTOS ÉTICOS**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) sob parecer nº 5.730.613/2022, e teve como coparticipante a UFRJ, sob parecer nº 5.810.718/2022.

### **6.2 METODOLOGIA**

#### **6.2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo realizado por meio de levantamento de informação por inquérito, voltado à percepção dos profissionais enfermeiros egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde sobre as possíveis mudanças ocorridas em suas práticas obstétricas.

Os critérios de inclusão foram:

1. Ter participado do curso de aprimoramento oferecido pela UFRJ nos anos de 2016 e 2017 e ter *e-mail* válido descrito na lista de registro de alunos;
2. Ter aderido voluntariamente para responder ao questionário.

Não houve critérios de exclusão.

#### **6.2.2 Local e população do estudo**

Os profissionais que participaram deste estudo foram captados por uma lista de identificação com 150 egressos, preenchida por eles durante o curso. Não houve distinção de local de residência, sendo contatados todos os que haviam realizado o curso em sua completude e recebido certificação.

O *link* de acesso ao formulário foi encaminhado juntamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os egressos da pesquisa via correio eletrônico.

### 6.2.3 Coleta de dados

#### ***Instrumento***

Os dados foram coletados no programa Google Forms, por meio de um formulário semiestruturado de autorresposta com 21 perguntas, 3 abertas e 18 fechadas.

A vantagem do formulário eletrônico é permitir que os dados resultantes do processo sejam de acesso fácil, rápido e efetivo, independentemente da distância entre o pesquisador e o respondente.

O prazo para a devolução do instrumento foi inicialmente de 30 dias; porém, no intuito de conseguir o maior número de respostas, esse prazo foi prorrogado, totalizando dois meses. O *e-mail* foi reenviado mais três vezes, sendo obtido um total de 31 participações ao final do prazo.

Esse instrumento foi elaborado com base nas diretrizes da RC, segundo os aspectos: (i) processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (iii) qualificação técnica das equipes de Atenção Primária e no âmbito das maternidades; (v) ampliação de serviços e de profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) humanização do parto e do nascimento.

Pautou-se ainda no documento *Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento*, apresentando um cardápio de ações que deveriam ser estimuladas (boas práticas) e de ações que deveriam ser desestimuladas ou abolidas (práticas desnecessárias ou iatrogênicas) nos cenários de nascimento descritos pela OMS em 2018.

#### ***Percurso metodológico***

Foram três os principais passos desta pesquisa:

1. Recrutamento: envio por *e-mail* de convite para participação na pesquisa;
2. Preenchimento do questionário, etapa que durou de janeiro a março de 2023;
3. Análise dos dados.

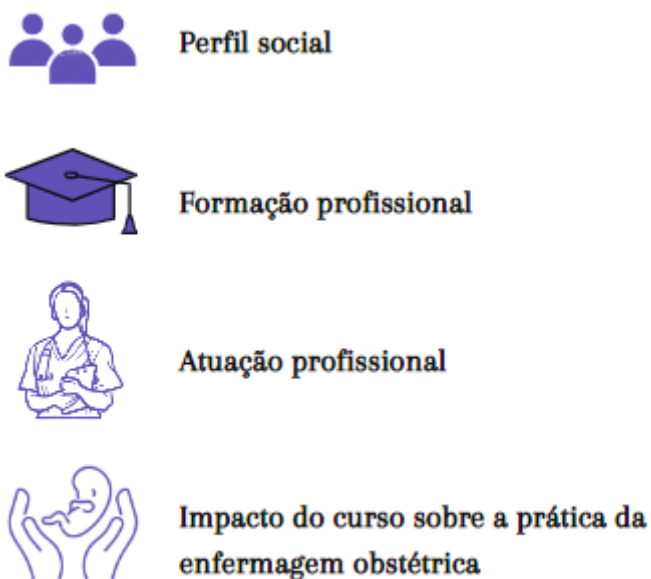
## **Análise dos dados**

Os dados das perguntas fechadas foram consolidados para avaliação estatística sobre a frequência de respostas, sendo construídas tabelas por meio de um banco de dados em Excel a partir dos dados quantitativos, com análise descritiva em termos de frequências absoluta e relativa. Os dados das respostas abertas foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo.

Os resultados estão organizados em seções atinentes ao perfil social, à formação profissional, à atuação profissional e à avaliação do impacto do curso sobre a prática da enfermagem obstétrica.

Os sujeitos foram identificados e receberam um código alfanumérico sequencial (P1, P2, P3, ...) para assegurar o sigilo e o anonimato.

**Figura 5.** Seções de análise



Fonte: Elaboração pela autora

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido com base nas diretrizes da RC, abrangendo aspectos como o cuidado durante a gravidez, o parto e o nascimento; a qualificação técnica das equipes de Atenção Primária e das maternidades; a ampliação dos serviços profissionais para incentivar o parto fisiológico; e a humanização do parto e do nascimento.

Além disso, as ações estimuladas e desestimuladas no contexto dos cenários de nascimento descritos pela OMS em 2018 foram consideradas, seguindo-se o documento intitulado *Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento* (WHO, 1985). Essencialmente, o estudo descritivo analisou a percepção dos enfermeiros formados no Curso de Aprimoramento em Saúde sobre as mudanças ocorridas em suas práticas obstétricas.

A pergunta de pesquisa foi: quais mudanças ocorreram nas práticas obstétricas de enfermeiros(as) após a realização do Curso de Aprimoramento em Saúde ofertado pelo Ministério da Saúde?

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### 7.1.1 Perfil social

As egressas do curso são predominantemente do sexo feminino – 28 (90,3%). Quanto à etnia/raça/cor, 13 participantes se declararam brancos, 15 se declararam pardos e 3 se declararam negros.

**Tabela 1.**

**Tabela 1.** Perfil social dos egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde (2016-2017)

	n	%
<b>Idade (n= 31 )</b>		
31 a 40 anos	15	48,4
41 a 50 anos	10	32,3
Acima de 50 anos	6	19,4
<b>Sexo (n= 31)</b>		
Feminino	28	90,3
Masculino	3	9,7
<b>Raça/cor (n= 31)</b>		
Pardo	15	48,4
Branco	13	41,9
Negro	3	9,7

Fonte: Elaboração pela autora

Quanto à faixa etária, 15 participantes apresentavam idade de 31 a 40 anos; 10 participantes tinham idade entre 41 e 50 anos, e apenas 6 participantes tinham mais de 50 anos, conforme a Tabela 1.

### 7.1.2 Formação profissional

O tempo de formação dos participantes quando realizaram o curso foi de 2 a 5 anos, para 9 participantes; de 5 a 10 anos, para 14 participantes; e 8 participantes declararam ter mais de 10 anos de formação.

**Tabela 2.** Tempo de formação profissional anterior à realização do Curso de Aprimoramento em Saúde (2016-2017)

	n	%
Tempo de formação anterior a realização do curso (n=31)		
2 a 5 anos	9	29
5 a 10 anos	14	45,2
Mais de 10 anos	8	25,8

Fonte: Elaboração pela autora

### 7.1.3 Atuação profissional

A ergologia, perspectiva utilizada nesta análise, apresenta como objetivo a compreensão da realidade do trabalho. Analisar as condições em que ocorrem as ações desenvolvidas permite melhor organizá-las e tornar o processo laboral mais proveitoso, abrindo novas perspectivas e horizontes ao conhecimento. O trabalho, enquanto atividade humana, é algo complexo, imprevisível, não apenas uma realização mecânica de ações, e a obtenção de vários saberes e visões colabora com a gestão entre o trabalho prescrito e o real (Borges; Zambroni-de-Souza, 2010).

O fortalecimento da relação do trabalho de enfermagem com o enfermeiro está ligado diretamente a uma relação prazerosa com o objeto de trabalho e a finalidade das atividades desempenhadas, que extrapolam o trabalho em si (Santos; Camponogara, 2014).

Do ponto de vista da ergologia, a profissão de enfermagem possui habilidades e saberes que vão além do trabalho ali prescrito, porque considera a história da enfermagem e o local dinâmico onde atua (hospitais, clínicas, postos de

saúde, etc.), remetendo ao uso de habilidades na prestação de cuidados que vão além de técnicas.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde inclui a finalidade, a força de trabalho na ação transformadora, o objeto e os instrumentos. Esse trabalho é realizado por uma equipe de saúde multidisciplinar com níveis de formação diferentes e processos de trabalho específicos (Pires, 2009).

A enfermagem é reconhecida, em sua especificidade profissional, como tendo competência para o cuidar humano em todo o seu ciclo vital. O cuidado contempla três dimensões: o cuidar, o educar e pesquisar e a dimensão administrativo-gerencial.

Habitualmente se dão mudanças nas inserções profissionais do enfermeiro nos locais de trabalho para contemplar necessidades pessoais, profissionais e de renda, de forma que ocorre uma ruptura da vinculação do enfermeiro aos serviços nos quais houve um investimento de formação (Sanfelice *et al.*, 2020).

**Tabela 3.** Atuação profissional atual e inserção na assistência perinatal dos egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde (2016-2017)

	n	%
<b>Atualmente trabalha na assistência ao parto (n=31)</b>		
Sim	23	74,2
Não	8	25,8
<b>Local de trabalho atual (n=23)</b>		
Maternidades tradicionais	15	65,2
Casas e CPN	4	17,4
Gestão em obstetrícia	2	8,7
Atenção Primária	2	8,7
Centro Cirurgico obstétrico	0	0
<b>Tempo de atuação no trabalho atual (n=23)</b>		
2 a 5 anos	3	13
6 a 10 anos	12	52,2
Mais de 10 anos	8	34,8

Fonte: Elaboração pela autora

Questionados se atualmente trabalham diretamente na assistência obstétrica, dos 31 participantes, 23 (74%) responderam que sim e 8 (25%) responderam que não.

Sobre o local de trabalho atual, dos 74% que responderam positivamente à pergunta anterior, 65% atuam em maternidades hospitalares tradicionais.

A Rede Cegonha financiou, por meio de incentivos de reformas, as mudanças da ambiência em maternidades tradicionais, para que esses locais seguissem a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36/2008 (Brasil, 2011).

Atualmente, quatro (17%) profissionais trabalham em casas ou centros de parto normal. Criados por meio da Portaria n° 985/1999, os centros de parto normal configuram uma estratégia para a garantia de acesso das mulheres a um atendimento humanizado, centrado na paciente e que garanta os direitos e a autonomia das parturientes (Silva *et al.*, 2022).

Por fim, dois (9%) respondentes estão em unidades de atenção primária a saúde em tarefas relacionadas à assistência pré-natal, e dois (9%) referiram estar em áreas de atividades relacionadas à gestão em obstetrícia.

Na amostra, não foram relatados profissionais em atividade em centros cirúrgicos obstétricos. Quanto às razões para o afastamento do ambiente obstétrico, dos oito participantes, uma (P27) relatou estar aposentada.

Ainda, dois participantes (P22, P28) relataram atuar atualmente junto à coordenação de enfermagem do centro obstétrico e no alojamento conjunto.

Dois participantes se afastaram porque mudaram de estado. Um dos participantes (P9) atualmente exerce atividades relacionadas à neonatologia.

Um participante relatou estar em assistência primária à saúde (pré-natal), e outro afirmou estar na docência de ensino superior em Enfermagem.

Dentre as atribuições preconizadas para o enfermeiro obstetra, estão

Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele, mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família. (COFEN, 2016)

#### **7.1.4 Impacto do curso na prática profissional**

Avaliar a formação não é uma tarefa simples. A avaliação positiva sobre o curso de aprimoramento, a partir da percepção dos egressos sobre a obtenção de novos conhecimentos e o alcance da articulação entre teoria e prática, evidenciou



que o curso atingiu as expectativas para a grande maioria dos respondentes, conforme a Tabela 4.

**Tabela 4.** Percepções dos egressos sobre se o curso propiciou novos conhecimentos

	n	%
<b>O curso proporcionou novos conhecimentos (n=23)</b>		
Sim	19	82,6
Não	4	17,4
<b>O curso proporcionou a articulação entre a teoria e a sua experiência profissional (n=23)</b>		
Sim	21	91,3
Não	2	8,7

Fonte: Elaboração pela autora

Para a ergologia, a mais simples tarefa, por mais dividida que seja, sempre encontra naquele que a faz um modo singular de fazê-la, através da cognição/afeto/ação/produção de sentidos: “A vida é sempre tentar se criar parcialmente, talvez ainda que pouco, mas sempre, como centro em um meio não produzido por ele” (Schwartz, 2003, p. 5).

Por desempenhar funções estratégicas com a equipe multiprofissional e nas relações com as mulheres e as famílias, o enfermeiro obstétrico necessita dispor de maior autonomia no desenvolvimento de seu processo de trabalho. A isso estão condicionadas a prestação de um cuidado de qualidade e a liberdade para dispor de suas habilidades na superação dos obstáculos inerentes ao trabalho nas instituições de saúde (Santos; Camponogara, 2014).

Tendo em vista o cenário das práticas que buscam um cuidado integral, essa discussão aponta que elas não se consolidam apenas em sua transposição direta entre o dever-ser e sua realização.

Ao questionar sobre as práticas aprimoradas pelo curso, observa-se que tais práticas apontam para as normativas destinadas a esses profissionais. Elas concordam com as diretrizes da RC, por meio da Portaria nº 1.459/2011 e da Lei de Exercício Profissional nº 7.498/1986, bem como com o cardápio de ações que deveriam ser estimuladas (boas práticas) e ações que deveriam ser desestimuladas

ou abolidas (práticas desnecessárias ou iatrogênicas) nos cenários de nascimento descritos pela OMS em 2018. Dentre tais práticas estão a redução da episiotomia; a garantia do direito de um acompanhante de sua escolha no trabalho de parto; o incentivo a posições verticalizadas; o clampeamento oportuno do cordão umbilical, o uso de ocitocina no terceiro período de trabalho de parto; e a opção de sinalização de não concordância com os itens elencados como aprimorados pelo curso.

Nem todas as práticas consideradas boas foram plenamente aprimoradas no ponto de vista dos egressos, sendo as mais elencadas o uso não rotineiro de episiotomia, o incentivo à garantia da presença do acompanhante e o uso de posições verticalizadas; menos elencadas foram o uso de ocitocina no terceiro período e o clampeamento oportuno do cordão umbilical. Houve ainda três egressos que não enumeraram nenhuma das práticas como tendo sido aprimoradas durante o curso.

Ainda sobre se o curso proporcionou novos conhecimentos para a prática profissional, 82% dos participantes descreveram concordar totalmente e 17% referiram concordar parcialmente.

### ***Episiotomia***

Prática utilizada desde 1920, a episiotomia teve sua aplicação indicada para partos por fórceps. Atualmente, essa prática é desencorajada, mas o Brasil ainda diverge do que preconiza a OMS, chegando a mais de 56,3% das mulheres submetidas ao procedimento, incluindo índices elevados em primíparas segundo o inquérito Nascer no Brasil de (2011, 2012).

Em 1996 a OMS considerou a ocasionalidade da realização desse procedimento, reforçando a negativa de evidências científicas que apoiassem o uso de rotina, e recomendou que fosse utilizada no máximo em até 10% dos partos vaginais.

Tal prática cirúrgica pode causar danos perineais, dispareunia, edemas, risco de infecções, cicatrização irregular e intoxicação neonatal por lidocaína, entre outras complicações (Pelissari *et al.*, 2022).

A avaliação da RC descreveu que, entre as intervenções obstétricas durante o período de parturição, 27,7% foram de episiotomia, dados explicitados pelos autores

como uma redução quando comparados aos resultados da Pesquisa Nascer no Brasil de 2011 (Brasil, 2017).

O presente estudo apontou que 19 (82%) participantes do curso atualmente não realizam esse procedimento; dois (8%) referiram realizá-lo apenas quando necessário.

### ***Lei do acompanhante***

Segundo Sousa e Mendonça (2020), embora o direito a um acompanhante durante todo o processo de parturição esteja previsto na Lei nº 11.108/2005, no Brasil essa determinação jurídica passa pela dificuldade de adesão dos hospitais e de profissionais que assistem às mulheres em seus partos. Dentre as possíveis justificativas para a não garantia da presença do acompanhante estão estrutura hospitalar inadequada, falta de incentivo dos gestores, visão negativa dos profissionais acerca da permanência do acompanhante e falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (período da pandemia).

Nesse contexto, apenas 18 (73%) profissionais participantes deste estudo relataram incentivar a presença do acompanhante, apontando para a insistente dificuldade encontrada nos serviços obstétricos quanto à garantia desse direito.

Contudo, estudos apontam que a presença do acompanhante diminui o medo e a ansiedade das mulheres, estimulando o parto e reduzindo a necessidade de intervenções desnecessárias e a incidência de violências verbais e psicológicas, que podem configurar a violência obstétrica (Souza *et al.*, 2020).

A Portaria nº 2.418/2005 autorizou o pagamento de despesas relacionadas à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, incluindo acomodações e refeições, e reiterou os benefícios da garantia desse direito, como a diminuição do tempo de parto e a redução de cesáreas desnecessárias (Brasil, 2005b).

Em 2017, a avaliação da RC evidenciou o avanço na garantia do direito do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto; nela, referiu-se que 84,7% das parturientes tinham consigo um acompanhante de livre escolha (Brasil, 2017). Saliente-se que a Organização Mundial de Saúde recomendava, mesmo durante a pandemia, que houvesse continuidade de acolhimento a acompanhantes de escolha da mulher durante o parto (OMS *apud* Rattner, 2021).

### ***Posição de livre escolha e deambulação***

Das práticas assistenciais elencadas neste estudo, 20 participantes relataram incentivo à deambulação e à adoção de posições verticalizadas durante o pré-parto e o parto.

Para Davis-Floyd (2001), a medicina tecnocrática vê o corpo humano como uma máquina, um objeto, deixando a essência humana de lado e ignorando as particularidades da mente e do corpo. O organismo feminino nesse contexto seria, portanto, um equipamento defeituoso; porém, restringir uma mulher em processo de parto ao seu leito é negar sua autonomia e a integração com seu próprio corpo.

### ***Clampeamento oportuno do cordão***

Questionados sobre as práticas aprimoradas no curso, 19 participantes relataram esperar para procederem ao clampeamento do cordão umbilical, prática que estudiosos descrevem como benéfica para o RN. Em 2011, o Ministério da Saúde adotou as recomendações da OMS para que se esperasse que cessassem as pulsações dos vasos sanguíneos do cordão a fim de clampeá-lo; tal prática favorece maiores reservas de ferro na criança (Oliveira *et al.*, 2014). E em 2014, publicou a portaria MS/SAS nº 371, em que essa prática é preconizada, assim como o contato pele-a-pele e a amamentação na primeira hora.

A anemia no Brasil chega à marca de 5 milhões de crianças; essa patologia ocasiona distúrbios importantes que impactam negativamente a saúde de menores de 4 anos, como dificuldade de desenvolvimento e risco de contrair doenças infecciosas. Apontou-se que o emprego do clampeamento oportuno, feito apenas um minuto após o nascimento, comparado com o clampeamento imediato, aumenta os níveis de ferritina, previne a anemia por depleção de ferro e é uma prática de baixo custo e sustentável (Venâncio *et al.*, 2008).

Para Raju (2013), o clampeamento do cordão de um RN deve ocorrer entre 30 e 180 segundos pós-nascimento. Tal prática aumenta os níveis séricos de hemoglobina e hematócrito, inibindo a anemia em crianças de 4 e 6 meses; porém, é desencorajando um tempo superior ao já citado, por se relacionar com quadros de

icterícia neonatal, que demandam tratamento. Esse clampeamento favorece ainda melhoras de funções orgânicas e da pressão arterial, reduzindo, por exemplo, a possibilidade de hemotransfusão em neonatos.

### **Ocitocina**

A ocitocina é um hormônio endógeno produzido pelo hipotálamo, tendo por ação farmacológica o aumento de contrações uterinas, a ejeção de leite materno e ainda funções diretas em neurotransmissores relacionados à empatia, ao vínculo e à formação de laços afetivos. Na medicina contemporânea, ela se tornou um medicamento muito utilizado na obstetrícia para acelerar trabalhos de parto normal considerados demorados e enfadonhos; porém, se usada indiscriminadamente, a ocitocina aumenta os desconfortos e as dores no trabalho de parto e desencadeia outras intervenções, como o uso de episiotomia e a rotura artificial da bolsa d'água (Nucci *et al.*, 2018).

Neste estudo, os participantes foram questionados sobre a ocitocina na perspectiva de prevenção de hemorragias no pós-parto. O MS reforçou essa indicação em um manual construído em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a prevenção de mortes maternas por hemorragias; assim, a ocitocina sintética foi elencada como primeira escolha no manejo de atonias uterinas (Brasil, 2017).

Sobre esse questionamento, 34% dos participantes afirmaram utilizar a ocitocina no terceiro período de trabalho de parto como prevenção de hemorragias no pós-parto.

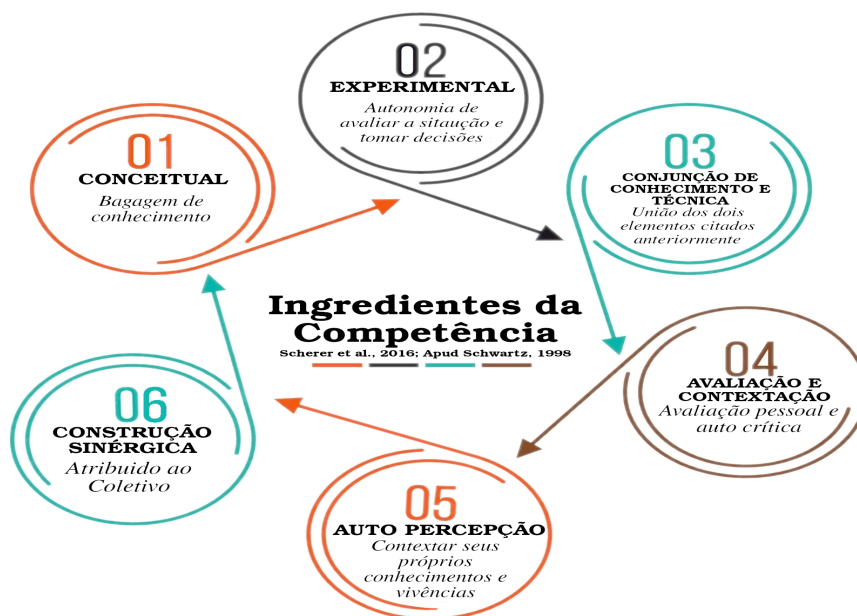
**Tabela 5.** Impacto do curso sobre a prática dos egressos

	n	%
Com que frequência a episiotomia tem sido realizada por vocês (n=23)		
Nunca	19	82,6
Raramente	2	8,7
Apenas quando necessário	2	8,7
Frequentemente	0	0
Sempre	0	0
Com que frequência você restringe ao leito da paciente antes do período expulsivo (n=23)		
Nunca	17	73,9
Raramente	5	21,7
Apenas quando necessário	1	4,3
Frequentemente	0	0
Sempre	0	0
Com que frequência você restringe a presença do acompanhante (n=23)		
Nunca	18	78,3
Raramente	3	13
Apenas quando necessário	2	8,7
Frequentemente	0	0
Sempre	0	0
Com que frequência o aleitamento materno tardio tem sido realizado (n=23)		
Nunca	11	47,8
Raramente	7	30,4
Apenas quando necessário	4	17,4
Frequentemente	0	0
Sempre	1	4,3
Com que frequência o Clampeamento oportuno do cordão e umbilical é realizado (n=23)		
Nunca	4	17,4
Raramente	0	0
Apenas quando necessário	0	0
Frequentemente	0	0
Sempre	19	82,6

Fonte: Elaboração pela autora

## 7.2 ERGOLOGIA E OS INGREDIENTES DE COMPETÊNCIAS

**Figura 6.** Infográfico conceitual dos ingredientes de competências



Fonte: Elaboração pela autora (Schwartz, 1998 *apud* Scherer *et al.*, 2016)

Os operários desenvolvem comportamentos para lidar com as ocorrências impostas pela atividade laboral. Para essas atividades, os profissionais provocam em variados estágios os ingredientes de competências, os quais, em uma análise teórica e conceitual, podem ser descritos de 1 a 6 (Schwartz, 1998 *apud* Scherer *et al.*, 2016):

1. A extensão conceitual envolvida nela e todo o conhecimento que o trabalhador tenha adquirido, não estando restritos a estabelecimentos de ensino;
2. A dimensão experimentada, ou seja, fatos que vão além do prescrito, pertencendo ao indivíduo a análise das situações para a adoção de resoluções;

3. A junção dos dois componentes referidos anteriormente, em que, com a combinação de compreensão e expertise técnica, a circunstância pode ser modificada em benefício completo dos implicados;
4. A habilidade do trabalhador de prever e interrogar as ações que desenvolveu no espaço de trabalho;
5. A conjugação do ingrediente 4 aos ingredientes 1 e 2, em que o profissional consegue indagar os saberes adquiridos previamente e as experiências que carrega consigo para aperfeiçoar sua postura no trabalho; e
6. A sinergia dos saberes que pode ser imputada ao comunitário. Cada trabalhador introduzido em seu ambiente de atividade laboral se compromete a apreender sua atividade de trabalho e permanecer atualizado ao longo de sua carreira, bem como conhecer o processo laboral construído pelo outro.

Pierre Trinquet definiu “atividade” como uma ação que demanda do trabalhador uma interiorização, tratando-se de um processo de contínuo diálogo entre o meio individual e o coletivo, configurando um movimento invisível, mas fértil e efetivo (Borges; Zambroni-de-Souza, 2010). No relato abaixo, é possível observar esse processo reflexivo na atividade de trabalho:

*Por ser enfermeira obstétrica consigo proporcionar uma assistência humanizada no cenário de parto com uso de boas práticas. Sendo a profissional responsável em melhorar a qualidade de assistência na redução de riscos e intervenções desnecessárias. (P8)*

Para Zveiter *et al.* (2022), os profissionais de enfermagem apresentam perfil para o enfrentamento diário das inúmeras dificuldades encontradas nos cenários de parto e nascimento no Brasil. O seguinte relato o demonstra:

*A instituição em que trabalho regrediu quanto aos cuidados de enfermagem na obstetrícia. Sinto ser um movimento muito solitário agora. Mas não desisto. (P18)*

A formação dos profissionais de saúde vem se reorientando na proposta de formar pessoas capazes de identificar as necessidades de saúde da população, e de que esses trabalhadores não sejam capacitados somente sob o olhar tecnicista, desagregado da responsabilidade reflexiva e crítica do cuidado (Costa; Borges, 2015).



Os conhecimentos na área de saúde são perenemente transformados e analisados no intuito de que se formem profissionais capacitados para práticas de valores sociais e saberes reflexivos sobre suas atividades. Os novos currículos propõem instrumentalizar os profissionais para os desafios do trabalho em saúde (Engstrom; Hortale; Moreira, 2020).

O domínio das normas antecedentes, ou seja, aquelas que decorrem do aprendizado adquirido em progresso contínuo e remetem àquilo que o profissional atingiu durante sua formação e que aperfeiçoa no cotidiano, compõe um dos ingredientes da competência descritos por Schwartz (Frantz *et al.*, 2020).

Essas normas podem ser associadas àquelas impostas à profissão da enfermagem obstétrica, contidas na Lei de Exercício Profissional nº 7.498/1986, nas diretrizes da RC (Portaria nº 1.459/2011) e no cardápio de recomendações de boas práticas da OMS. Em relatos sobre o que motivou a participação do profissional no Curso de Aprimoramento em Saúde, foi possível apreender o primeiro ingrediente:

*Aperfeiçoar a assistência às gestantes em trabalho de parto e parto, à luz das melhores evidências científicas. (P5)*

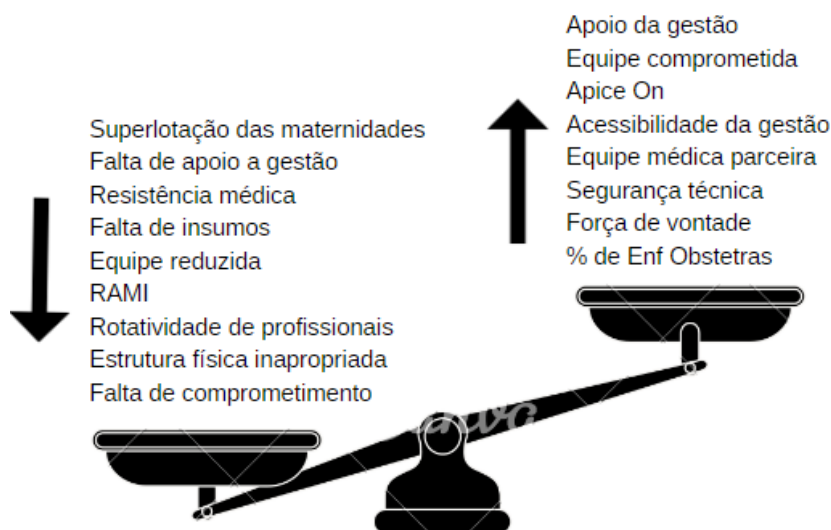
*Aprimorar a assistência obstétrica, com novas abordagens e respeito ao binômio. (P10)*

O primeiro ingrediente é o conhecimento adquirido pelo profissional em sua formação, nas disciplinas científicas; as falas remetem à sua bagagem de aprendizagem. O segundo ingrediente contempla o desafio do encontro do profissional com o seu trabalho e suas experiências, prática intrínseca realizada naturalmente e que por isso traz consigo a impossibilidade de codificação ou descrição, já que se trata de algo particular e individual (Schwartz, 1998).

Em busca de entender as inúmeras negociações dos indivíduos em suas atividades laborais, a ergologia fomenta o debate de normas, ao passo que aponta o caminho individual que os trabalhadores utilizam ao realizar suas práticas e a comunicação permanente entre os múltiplos saberes (Schwartz; Durrive, 2016).

A vida e o cotidiano dos profissionais descrevem o que eles defendem e como enxergam as situações desafiadoras inerentes às suas práticas e atividades. Os profissionais enveredam pela busca de novos conhecimentos para contribuir com processos de cuidado mais humanizados e “extrapolam” o que estaria prescrito para sua atividade de trabalho (Oliveira *et al.*, 2019).

**Figura 7.** Dificuldades e facilidades na implementação de mudanças e melhorias na prática profissional



Fonte: Elaboração pela autora

O processo de trabalho torna-se mais fácil quando os trabalhadores se deparam com subsídios para um cuidado de qualidade. Para Rodrigues *et al.* (2016), a tecnologia auxilia as condutas profissionais, trazendo benefícios para os pacientes e contribuindo com o desenvolvimento da assistência da enfermagem. Quanto a possíveis facilidades em produzir melhorias e mudanças em suas práticas de trabalho, destacamos:

*No momento apenas minha força de vontade. A instituição em que trabalho regrediu quanto aos cuidados de enfermagem na obstetrícia. Sinto ser um movimento muito solitário agora. Mas não desisto. (P21)*

Conforme os ingredientes da competência propostos por Schwartz, em especial o primeiro – referido ao conhecimento teórico-conceitual –, é imprescindível ao trabalho em saúde o respaldo teórico das ações realizadas, para apresentação do próprio ponto de vista, avaliação, julgamento e execução do trabalho nos protocolos e nas normas (Scherer; Joazeiro, 2015).

Estudo realizado por Silva *et al.* (2013) sobre estressores na atividade gerencial do enfermeiro aponta que o desgaste emocional e físico do trabalhador

ocorre quando há um desencontro entre a tarefa e as características do sujeito, ou seja, quando a distância entre o trabalhador e as tarefas que lhe são exigidas torna-se superior.

A Portaria nº 715/2022 surge na contramão da estrutura implementada da RC. O COFEN, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) registraram as incoerências contidas nessa nova normativa, dentre elas o reforço do modelo centrado no profissional médico, que enfraquece a proposta de trabalho compartilhado e multiprofissional. Em nota, o CONASS e o CONASEMS destacaram que a normativa fora realizada unilateralmente, sem pactuação tripartite (Brasil, 2022). O relato abaixo reforça essa consideração:

*Após a publicação da nova Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), a assistência aos partos mesmo de risco habitual, foi exigido a presença de um médico no cenário do parto. Nos foi tirado a autonomia. Inclusive fiz o curso de inserção de DIU pelo MS em 2018, e depois foi revogado esta prerrogativa. (P7)*

A autonomia retirada, conforme o relato do participante, denota ainda o ingrediente de número 4, compreendido como a relação do indivíduo com seu meio de trabalho nas dimensões protocolares. Esse ingrediente remete valor para o profissional no contexto do debate de normas e, a partir daí, para a sua tomada de decisão (Schwartz, 1998).

No trecho abaixo, é possível perceber o ingrediente 5, que trata da mobilização do profissional para efetuar algo, da percepção e de seu potencial desenvolvido no trabalho:

*A motivação é sempre oferecer o melhor cuidado de enfermagem às mulheres, família e comunidade. Estar atualizada e atinente às políticas voltadas à saúde da mulher em todos os ciclos sempre foi para mim uma prioridade. (P19)*

Segundo Schwartz (1998), o ingrediente 6 é a habilidade do profissional em desenvolver, frutificar e fortalecer o coletivo; o profissional à procura de capacitação está sujeito a circunstâncias e situações que não estão previstas em sua formação basilar, e a integração do trabalho colaborativo é um grande desafio (Frantz *et al.*, 2020). Mas essa potencialidade aparece na fala de um dos participantes:

*Como o aprimoramento foi sendo realizado paulatinamente por toda a equipe de enfermagem, forma a cada dois, isso fez com que todos falassem a mesma língua, o grupo se fortaleceu e conseguiu transformar a assistência obstétrica no local. Hoje sendo uma referência em boas práticas obstétricas. Os indicadores pós-aprimoramento nos dão muito orgulho: manobra de Kristeller zero, episiotomia 0,4%, parto em posição não litotômica 80%. Só o que ainda não conseguimos mudar é a taxa de cesariana. (P20)*

Profissionais engajados, em busca diária por melhorias, contribuem para um atendimento integral e para a promoção e prevenção em saúde. Uma equipe multiprofissional soma seus conhecimentos técnicos, configurando um potente e importante instrumento de intervenção em saúde, e traz vantagens para um trabalho colaborativo.

Dentre as dificuldades para a construção desse processo está o modelo biomédico, presente ainda no desenvolvimento do trabalho; a insuficiência de recursos; a falta de apoio da gestão; e a falta de planejamento de ações coletivas (Bezerra & Alves, 2019):

*Atuo em uma maternidade-escola com predomínio de pacientes de alto risco, sempre foi tudo muito difícil prestar assistência e pior ainda efetivar mudanças aqui na instituição, muita resistência médica às boas práticas, mesmo para pacientes de risco habitual, muitos médicos antigos e com opinião fechada. Enfrentamos desrespeito, julgamentos e muitas vezes a nossa atuação é desconsiderada. Não é fácil! Mas seguimos na luta. (P1)*

### 7.3 TEORIA, PRÁTICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Os participantes desta pesquisa relataram que o Curso de Aprimoramento em Saúde propiciou articulação entre teoria e prática e experiências profissionais anteriores: 92% concordaram com essa afirmativa, e 8% referiram concordar parcialmente com ela.

As atividades relacionadas ao trabalho perpassam a experiência dos sujeitos, e esta pode se expressar pela abertura e disposição de cada indivíduo – favorecendo o desenvolvimento de competências –, singularmente ancorada na formação do profissional e compondo suas habilidades e sua capacidade de enfrentar os desafios inerentes à sua prática (Mata; Oliveira; Barros, 2017).

Para Heckert e Neves (2007), o desafio na formação perpassa a complexidade de unir saberes, preparação acadêmica e intervenção nas atividades de saúde. As capacitações e formações devem buscar dirimir a distância entre

formar e intervir e agregar a experiência como potencialidade na promoção de cuidados em saúde.

Scherer *et al.* (2016), por sua vez, descrevem que para a preparação dos profissionais de saúde é necessária a adição de competências, ainda que circunscritas, de modo que se enquadrem nas ciências e linguagens escritas anteriormente ao trabalho. Trata-se da experiência a se adquirir, da transmissão de conhecimentos e da preparação para futuras situações de trabalho; esse encontro, tão sensível para que se possa agir com competência, será determinado pela sinergia entre os conhecimentos adquiridos, a vivência anterior, as escolhas e o juízo de valor diante dos desafios de um ambiente de trabalho desleal.

Segundo Holz e Bianco (2014), o trabalhador em suas atividades busca constantemente reorganizar-se, e continuamente faz escolhas sobre seu papel em sua prática diante de inúmeras condições adversas não previsíveis. Esse profissional é confrontado em um debate interior singular que o impulsiona a incorporar os processos e, nessa dialética, renormalizá-los.

A experiência no trabalho envolve rotinas e obstáculos; efetuar uma atividade, mesmo que diária, não é por si só um indicador de experiência, já que esta é dependente do corpo que se coloca em ação em conjunto com os inúmeros debates envolvidos em diversas circunstâncias. Toda atividade envolve decisões dramáticas, entre elas as do corpo-si (Schwartz, 2010).

A competência como atitude efetiva não é transferida; ela é construída pelo coletivo e pelo trabalhador. Contudo, são necessárias condições oportunas, em situações nas quais, mesmo que os profissionais possuam qualificação e sejam formados, o local de prática e as circunstâncias sejam consideradas para que se possa propiciar um meio fértil para a manifestação desses saberes (Scherer *et al.*, 2016).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MS incentiva a mudança para um modelo obstétrico e neonatal que privilegie o parto como experiência fisiológica, incorporando uma assistência respeitosa e humanizada. No intuito de fortalecer as políticas públicas de saúde da mulher, em especial as relativas ao parto e ao nascimento, surge a Rede Cegonha como importante estratégia para a reorganização da rede de cuidados de saúde das mulheres no período gravídico-puerperal e para contribuição em um modelo de assistência ao parto e ao nascimento pautado nas evidências científicas, com impacto na redução da mortalidade materna.

Nesse contexto, o Brasil reiterou seu compromisso com a igualdade de gênero e com os direitos reprodutivos na agenda global dos ODS (2016-2030), incorporando a meta de redução da mortalidade materna para 30 por cem mil nascidos vivos: até 2030.

Parte das iniciativas promovidas pelo MS e integrantes da Rede Cegonha é o investimento na atuação da enfermeira obstetra no trabalho colaborativo com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, o que valoriza e qualifica a atenção obstétrica na totalidade. Houve investimento de recursos financeiros na oferta de Cursos de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica para os estados brasileiros elencados neste estudo entre os anos de 2016 e 2017.

A humanização do parto e do nascimento configura um modelo de atenção centrado na mulher, no bebê e na família; no parto como um evento fisiológico e social; e nas boas práticas de atenção aos partos e aos nascimentos, embasadas em evidências científicas sólidas.

Os resultados deste estudo nos permitiram constatar a relevância do curso de aprimoramento oferecido pela RC aos enfermeiros obstetras, com a perspectiva de constante adequação dos conteúdos e aperfeiçoamento do processo de capacitação.

A maioria dos participantes entrevistados afirmou que os conhecimentos adquiridos tiveram aplicabilidade no cotidiano de trabalho, e grande parte dos entrevistados conseguiu, após o curso, planejar suas ações com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

Foi possível depreender das falas as dificuldades e as facilidades desses profissionais em agir com competência, relatos que denotam as dramáticas do corpo-si nas atividades laborais e, ainda, a importante fragilidade da colaboração em grupo e em sinergia com saberes para atitudes competentes.

É possível apontar que o aprimoramento incentivou boas práticas, como o aumento do incentivo à presença de acompanhante de escolha da mulher, a diminuição da prática rotineira de episiotomia e o incentivo à adoção de posições verticalizadas durante o trabalho de parto, entre outras.

Sob a perspectiva ergológica e à luz da intervenção sobre as dinâmicas do trabalho, este estudo permitiu reconhecer que a atividade realizada pelo profissional de enfermagem obstétrica é parte de uma engrenagem sensível e necessária para o cuidado do outro. As condições de trabalho a que os profissionais são submetidos e as dificuldades que encontram para desenvolver e praticar suas competências são evidentes e devem ser debatidas de maneira ampla entre as universidades formadoras, os gestores e as demais especialidades de saúde ligadas diretamente ao cuidado das mulheres.

No entanto, é preciso considerar as limitações do estudo que contou com a participação de 31 egressos do curso realizado pela UFRJ, neste contexto, também em relação ao instrumento utilizado. O instrumento apenas verificou as ações do ponto de vista dos estudantes, o que pode estar sujeito ao viés da informação. A ampliação do estudo, de modo a contemplar outros atores, poderia fornecer informações que tivessem maior capacidade de revelar aspectos de mudança de práticas em saúde.

É possível apontar a adesão e o aprimoramento em boas práticas no aumento do incentivo à presença de acompanhante de escolha da mulher, na diminuição da prática rotineira de episiotomia e no incentivo da adoção de posições verticalizadas durante o trabalho de parto, dentre outras.

Esse cenário permite trazer informações ao MS e às instituições de ensino sobre a percepção dos egressos sobre o curso e sua prática profissional, além de levantar hipóteses que podem orientar a melhoria do ensino de aprimoramento em enfermagem obstétrica do país e apoiar a tomada de decisão de docentes e gestores de políticas públicas.

## 9 REFERÊNCIAS

Abrahão JI, Pinho D. As transformações do trabalho e desafios teóricos e metodológicos da ergonomia. Natal: Revista Estudos de Psicologia, Vol. 7, nº. especial, 2002.

Barboza LP, Mota A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. Rev Psi Divers Saúde. 2016;5(1):119-29.

Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012Jan;17(1):223–30. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>

Bezerra RKCB, Alves AMCV. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família e seus principais desafios. Revista Expressão Católica. 2019;4(2):7-15.

Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella M *et al.* A critical review of the birth plan use in Catalonia. Sex Reprod Healthc. 2017;13:41-50.

Bitencourt AC, Oliveira SL, Rennó GM. Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto. Rev Bras Saude Mater Infant. 2022;22(4):943-51.

Bitencourt F, Barroso-Krause C. Centros de parto normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto. In: Anais do IV Seminário de Engenharia Clínica; 2004; São Paulo, Brasil. p. 21-6.

Bonfada MS, Camponogara S, Vargas MAO, Silva RM, Mello TS, Pinno C. O uso de si no trabalho de enfermeiros na assistência hospitalar: uma abordagem ergológica. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190259.

Borges MES, Zambroni-de-Souza PC. Entrevista: Pierre Trinquet e o ponto de vista da atividade em formação profissional e segurança no trabalho. Cad Psicol Soc Trab. 2010;13(1):149-57.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990a.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.



Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 2005a.

Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.

Brasil. CONITEC. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. nº 179. Março; 2016

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.234, de 23 de julho de 2018. Institui a "Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres" e prevê o repasse no exercício financeiro de 2018, de recursos de custeio para Fundos Municipais de Saúde, mediante cumprimento de requisitos estabelecidos em edital de chamada pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde | Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.228, de 1º de julho de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília: Diário Oficial da União; 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2023.

Bris R. Trabalho. *Laboreal*. 2017;13(1).

Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(2):222–227.

Carmo LJO, Gomes Júnior AB, Gomes PA, Assis LB. Paulo Freire, ergologia e os discursos do empreendedorismo. *RPCA*. 2018;12(3):51-64.

Carvalho LP. PNAISM e Rede Cegonha: os programas federais de saúde para as mulheres e as interações socioestatais nos anos 2000. In: *Anais do VIII Congresso Latino-Americano de Ciência Política*; 2015; Lima, Peru.

COFEN. Resolução COFEN nº 516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.

Costa MV, Borges FA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19:753-63.

Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. *Rev Rene*. 2008;9(2):120-128.

Costa T, Stotz EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):363-80.

Cunha, M. de A., Mamede, M. V., Dotto, L. M. G., & Mamede, F. V.. (2009). Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 13(1), 145–153.  
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75(supl.1):5-23.

Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA *et al*. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(3):377-84.

Di Ruzza R, Lacomblez M, Santos M, editores. *Ergologia, trabalho, desenvolvimentos*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2018.

Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE *et al*. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(supl.):101-16.

Engstrom EM, Hortale VA, Moreira COF. Trajetória profissional de egressos de curso de mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde no município de Rio de Janeiro, Brasil: estudo avaliativo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1269-80.

Espada-Trespalcios X, Ojeda F, Perez-Botella M, Villarroel RM, Martinez MB, Soler HF *et al*. Oxytocin administration in low-risk women, a retrospective analysis of birth and neonatal outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):4375.

Ferreira Júnior AR, Makuch MY, Osis MJMD, de Barros NF *et al*. Percepções de Profissionais de Enfermagem sobre a Humanização em Obstetrícia. *SANARE, Sobral*, V.14, n.02, p.27-35, jul./dez. - 2015

Figueiredo KNRS, Campelo CL, Machado PMA, Silva NBP, Queiroz RCS, Silva AAM *et al*. Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a teoria de resposta ao item. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(6):2303-15.

Frantz SRS, Vargas MAO, Pires DEP, Brito MJM, Bitencourt JVOV, Ribeiro G. Trabalho e competência do enfermeiro nos serviços de hemoterapia: uma abordagem ergológica. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180775.

Gama, S. G. N. da ., Viellas, E. F., Medina, E. T., Angulo-Tuesta, A., Silva, C. K. R. T. da ., Silva, S. D. da ., Santos, Y. R. P., & Esteves-Pereira, A. P.. (2021). Atenção ao

parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 919–929.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>

Gama SGN, Thomaz EBAF, Bittencourt SDA. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):772.

Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT, Silva SD *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):919-29.

Giantaglia FN *et al.* Humanização do cuidado em um programa de residência enfermagem obstétrica: possibilidades e desafios. *Enfermería (Montevideo)*, Montevideo, v. 9, n. 2, p. 114-128, dic. 2020.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062020000200114&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200114&lng=es&nrm=iso)

Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 145-60.

Hodnett ED, Downe S, Walsh D. *Alternative versus conventional institutional settings for birth*. *Cochrane Database Syst Ver*. 2012;2012(8):CD000012.

Holz EB, Bianco MF. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cad EBAPEBR*. 2014;12(spe):494-512.

Jardim DMB, Modena CM. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3069.

Joazeiro EMG, Scherer MDA. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde: desafios da assistência e da formação. *Tempus*. 2012;6(2):279-91.

Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2014;30:S17–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

Leal MC. *Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa*. Rio de Janeiro: ENSP; 2014.

Mamed FV, Mamed MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery*. 2007;11(2):331-6.

Mauadie RA, Pereira ALF, Prata JA, Mouta RJO. Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e220103.

Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Rev Estud Fem.* 2009;17(1):31-48.

Melo BLPL, Moreira FTLS, Alencar RM, Magalhães BC, Cavalcante EGR, Maia ER *et al.* Violência obstétrica à luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural. *Rev Cuid.* 2022;13(1):e1536.

Melotti J, Silva Filho CC, Frigo J. A PNAISM e a Rede Cegonha como políticas de saúde: atenção integral à saúde da mulher? In: *Anais do I Seminário de Políticas Públicas e Sociais*; 2018; Chapecó, Brasil. p. 39-40.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: OMS; 2011.

Mendes YMMB, Rattner D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto ApiceON: estudo de linha de base. *Rev Saúde Pública.* 2020;54:23.

Menicucci TMG. História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos.* 2014;21(1):77-92.

Merighi MAB, Gualda DMR. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009;17(2):265-70.

Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(10), 4397-409.

Negri B. *A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

NICE. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth: Clinical guideline [CG55] Published: 26 September 2007

NICE. Intrapartum care for healthy women and babies: summary of updated NICE guidance. 2012.

Nogueira CJ, Cortez ACL, Leal SMO, Dantas EHM. Recomendações para a prática de exercício físico em face do covid-19: uma revisão integrativa. *Rev Bras Fisiol Exerc.* 2021;20(1):101-24.

Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetria no Brasil. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos.* 2018;25(4):979-98.

Nunes AL, Thomaz EBAF, Pinho JRO, Silva LC, Chagas DC, Alves MTSSB. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(4):00228921.

Nursing Now. *Carta de Brasília – valorização da enfermagem.* 2019.

Okada M. Ergology: a problem-posing discipline. *J Hum Ergol (Tokyo)*. 1981;10(1):1-2.

Oliveira AKS, Fernandes AMG, Carvalho GAFL, Nascimento LKAS, Pellense MCS, Santana PGC. Humanização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *RHS*. 2019;3(1):128-45.

Oliveira CF, Ribeiro AAV, Luquine Jr. CD, Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG *et al*. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e132.

Oliveira FCC, Assis KF, Martins MC, Prado MRMC, Ribeiro AQ, Sant'Ana LFR *et al*. Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):10-8.

OMS. População e desenvolvimento em debate [livro eletrônico] : impactos multidimensionais da pandemia da Covid-19 no Brasil. -- 1. ed. -- Campinas, SP : Traço Publicações e Design : Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2021. CAP. 28: Sobre a defesa dos direitos das mulheres e dos bebês em tempos de pandemia de Covid-19: a sociedade civil recomenda Daphne Rattner, Sonia Lansky, Angela Rios, Denise Yoshie Nyi e Simone Grilo Diniz.

OPAS. Fotografia da Enfermagem Obstétrica no Brasil. Brasília, DF: OPAS; 2022.

Paim JS. Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde Debate*. 2009;33(81):27-37.

Pelissari LCB, Zilly A, Ferreira H, Spohr FA, Casacio GDM, Silva RMM. Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev Eletr Enferm*. 2022;24:66517.

Pereira ACE, Mendes DP e Moraes GFS. Do prescrito ao real: a imprevisibilidade e a importância do trabalho coletivo em um centro de usinagem de uma empresa metal-mecânica do interior do Estado de Minas Gerais, Laboreal [Online], Volume 13 Nº1 | 2017, posto online no dia 01 julho 2017, consultado o 26 agosto 2023. URL: <http://journals.openedition.org/laboreal/1768>

Pereira D. C., Ovigli D. F. B. Estágio supervisionado: relatos do processo de constituição da identidade docente em Uberaba-MG. *Revista Profissão Docente Online*, 17(37): 51-62. 2017.

Pereira IBP, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(supl.3):1313-8.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2023.

Raju TNK. Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placental transfusion. *Curr Opin Pediatr.* 2013;25(2):180-7.

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface.* 2009;13(supl.1):759-68.

Rattner D, organizadora *Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21.* Brasília: UNICEF: ReHuNa; 2021.

Ribeiro DO, Gomes GC, Oliveira AMN, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. *Rev Gaúch Enferm.* 2020;41:e20190419.

Rodrigues O. N, Pinto L. L. C e S. *Violência Obstétrica Em Mulheres Negras.* REGISTRO DOI: 10.5281/zenodo.7145428. Out/2022

Rodrigues I. L., Camponogara, S.; Soares, S. G. A. *et al.* Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem *J. res.: fundam. care.* Online, v. 8, n. 3, 4757-4765, jul./set. 2016

Sá JC, Rezende KTA, Chirelli MQ, Tonhom SFR, Souza AP, Ragozzino LCM. Motivos que levam gestantes e parturientes a optarem pela cesariana: revisão integrativa. *NTQR.* 2022;13:e694.

Sanfelice, C. F. de O., Tiburcio, C. A., Anastácio, J. V., & Barros, G. M.. (2020). Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto Apice On: relato de experiência. *Escola Anna Nery*, 24(2), e20190212. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0212>

Sanna, M.C. Os Processos de Trabalho em Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 2007, mar/abr; vol 60, n.2 pp. 221-4

Santana AT de, Felzemburgh RDM, Couto TM, Pereira LP. Performance of resident nurses in obstetrics on childbirth care. *Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]*. 2019Jan;19(1):135–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>

Santo S. Episiotomia – que lugar na prática obstétrica. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2022;16(1):8.

Santos Filho SB. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2014;18(supl.1):1013-25.

Santos GL. Implantação da rede cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto. Brasília. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Santos TM, Camponogara S. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(1):149-63.

Scherer MDA, Lima MG, Joazeiro EMG, Santos RG, Lacort RMC. Hospitais universitários no contexto dos Sistemas de Saúde: Brasil, França e Argélia. 2015.

Scherer MDA, Lima MG, Joazeiro EMG. Potencialidades e inovações nos processos de trabalho em saúde. *Tempus*. 2012;6(2):9-10.

Scherer MDA, Oliveira CI, Carvalho WMES, Costa MP. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface (Botucatu)*. 2016;20(58):691-702.

Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3203-12.

Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc*. 1998;19(65):101-40.

Schwartz Y. Conclusion générale: ergologue est-ce un métier? In: \_\_\_\_\_. *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse, Octarès, 2000. p. 641-738

Schwartz Y. O trabalho numa perspectiva filosófica. Seminário Trabalho, Saber, Educação. Cuiabá; 2003.

Schwartz Y. A experiência é formadora? *E&R*. 2010;35(1):35-48.

Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2016.

Scopel D. Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. Florianópolis. Tese [Doutorado em Antropologia Social] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

Silva EF, Araújo AJS, Pinto FM, Zambroni-de-Souza PC, Rocha EKGT, Máximo TACO. Os ingredientes da competência de gerentes de hotéis. *Modos de vida e trabalho*. 2015;11(1).

Silva JLL, Santos RSFB, Costa FS, *et al*. Estressores na atividade gerencial do enfermeiro: implicações para saúde. *av.enferm.*, XXXI (2): 144-152, 2013.



Silva LBRA, Angulo-Tuesta A, Massari MTR, Augusto LCR, Gonçalves LLM, Silva CKRT *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(3):931-40.

Silva LSC, Sales APA, Almeida RGS, Teston EF, Oliveira DM, Santana LVPS. Memórias de puérperas sobre a assistência de enfermeiros na gestação e puerpério. *NTQR.* 2022;13.

Sousa CF, Muniz HP. O desafio das competências no serviço público: contribuições teóricas. *Est & Pesq Psicologia.* 2017;17(1):205-24.

Souza, T. G. de ., Gaíva, M. A. M., & Modes, P. S. S. dos A.. (2011). A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 32(3), 479–486.  
<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>

Sousa MF, Mendonça AVM. Pesquisa qualitativa em saúde: ensaio para tempos de pandemia. In: Mendonça AVM, Sousa MF, organizadoras. *Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde: volume 1.* Brasília: ECoS; 2020.

Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate.* 2021;45(130):832-846.

Souza JPD. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(12):533-5.

Souza KV, Santos Filho SB, Carmo JMA, Vallerini APLG, organizadores. *Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão (CAEO/PN/ApiceON).* Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2019.

Souza KV, Schneck S, Pena ÉD, Duarte ED, Alves VH. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogit Enferm.* 2020;25:e73148.

Stochero HM, Antunes CS, Smeha LN, Silva SC, Backes MTS, Backes DS. Percepções de gestantes e puérperas no contexto de pandemia da covid-19. *Av Enferm.* 2022;40(supl.1):11-22.

Strada JKR, Vieira LB, Gouveia HG, Betti T, Wegner W, Pedron CD. Fatores associados ao clameamento do cordão umbilical em recém-nascidos a termo. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210423.

Tamayo A, Paschoal T. A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. *Rev Adm Contemp.* 2003;7(4):33-54.

Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(10):4769-82.

Tornquist CS. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. *Rev Estud Fem.* 2002;10(2):389-397.

Tornquist CS. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Florianópolis. Tese [Doutorado em Antropologia] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

Tornquist CS. Parteiras populares: entre o folclore e a escuta. *Rev Gênero.* 2005;6(1):61-80.

USP. PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO CURSO DE GRADUAÇÃO EM OBSTETRÍCIA. [Internet]. 08 de Outubro de 2023; Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2021/08/PPP-2021-OBS-2.pdf>

Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Alves MCGP, Leung SL. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:323-31.

Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev Eletr Enf.* 2016;18:e1166.

Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Am Enfermagem.* 2002;10(2):137-44.

Voges MCN. “Um plantão que partiu meu coração”: o trabalho de enfermagem sob as perspectivas dialógica e ergológica em tempos de covid-19. *Bakhtiniana.* 2021;16(4):72-96.

WHO. Appropriate technology for birth. *The Lancet.* 1985;326(8462):436-7.

WHO. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.

WHO. The state of the world's midwifery 2014: a universal pathway. A woman's right to health. 2014.

WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.


WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: WHO; 2022

Zveiter M, Mouta RJO, Medina ET, Almeida LP, Silva SCSB, Martins EL. O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro? *Rev Enferm UERJ.* 2022;30:e66736.

## APÊNDICE – CÓPIA DO FORMULÁRIO

08/10/2023, 13:28

Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de pa...



Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de parto.

\* Indica uma pergunta obrigatória

E-mail \*

Não é possível preencher automaticamente o e-mail.

Nome completo \*

Sua resposta

Idade \*

a. 23 a 30 anos

b. 31 a 40 anos

c. Entre 41 a 50 anos

d. Acima de 50 anos

Preencha automaticamente as respostas e clique em "Gerar link".

<https://docs.google.com/forms/d/19Tbh71t81TnaAHAGiGwT0rT3aOJZREKlcEpbvbkDLc/prefill>

1/8

08/10/2023, 13:28

Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de pa...

sexo \*

- Feminino
- Masculino

Raça cor \*

- Branco
- Pardo
- Indígena
- Negro
- Sem auto declaração de cor.

Quanto tempo você tinha de formação em enfermagem quando participou do Curso de Aprimoramento em Saúde? \*

- a. De 2 a 5 anos
- b. De 5 a 10 anos
- c. Acima de 10 anos

Atualmente você trabalha diretamente na assistência destinada à obstetrícia? \*

**\*Caso sua resposta seja NÃO favor responder somente até a questão abaixo:**

- SIM
- Não

Preencha automaticamente as respostas e clique em "Gerar link".

08/10/2023, 13:28

Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de pa...

Descreva qual ou quais os motivos do seu afastamento da atuação em obstetrícia? \*

Sua resposta

Caso sua resposta seja, SIM, favor continuar a responder este questionário:

**Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de parto. N-02.**

1. Onde você trabalha atualmente? \*

- a. Em unidade de atenção primária em saúde (pré-natal).
- b. Em centro cirúrgico obstétrico.
- c. Em área de gestão em obstetrícia.
- d. Em casas ou centros de parto normal.
- e. Em Maternidades hospitalares tradicionais.

2. Quanto tempo de atuação você tem no seu local de trabalho? \*

- a. De 2 a 5 anos
- b. De 6 a 10 anos
- c. Acima de 10 anos

Preencha automaticamente as respostas e clique em "Gerar link".

<https://docs.google.com/forms/d/19Tbh71t81TnaAHAGiGwTorT3aOJZREKlccEpbvkDLc/prefill>

3/8

08/10/2023, 13:28

Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de pa...

3. Quanto tempo de atuação você tem em obstetrícia? \*

- a. De 9 a 10 anos
- b. De 11 a 12 anos
- c. Acima de 13 anos
- d. Inferior a 9 anos.

4. O que motivou a sua participação no Curso de Aprimoramento em Saúde para \*  
enfermagem obstétrica?

Sua resposta

---

5. O curso proporcionou novos conhecimentos para a sua prática profissional: \*

- a. Concordo totalmente
- b. Concordo parcialmente
- c. Não concordo nem discordo
- d. Discordo totalmente
- e. Discordo parcialmente

Preencha automaticamente as respostas e clique em "Gerar link".

08/10/2023, 13:28

Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de pa...

6. O curso proporcionou a articulação entre a teoria que embasa a prática obstétrica e a sua experiência profissional? \*

- a. Concordo totalmente.
- b. Concordo parcialmente.
- c. Não concordo nem discordo.
- d. Discordo totalmente.
- e. Discordo parcialmente.

7. Assinale quais práticas assistenciais descritas abaixo foram aprimoradas no Curso de Aprimoramento em Saúde? (**você pode escolher mais de uma alternativa abaixo**) \*

- a. Incentivo à deambulação livre e posições verticalizadas.
- b. Estímulo à presença do acompanhante de livre escolha da mulher no processo de internação, parto e pós-parto.
- c. Uso de ocitocina no terceiro estágio das fases clínicas do parto.
- d. Clampeamento tardio do cordão umbilical.
- e. Nenhuma das opções acima.

8. Com que frequência a prática chamada episiotomia tem sido realizadas por você, após a conclusão do curso? \*

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Apenas quando necessário.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

Preencha automaticamente as respostas e clique em "Gerar link".

08/10/2023, 13:28

Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de pa...

9. Com que frequência a prática de restringir em leito da paciente antes do período expulsivo tem sido realizadas por você, após a conclusão do curso? \*

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Apenas quando necessário.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

10. Com que frequência a prática Restrição da presença do acompanhante tem sido realizada por você após a conclusão do curso. \*

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Apenas quando necessário.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

11. Com que frequência o aleitamento materno tardio tem sido realizada em sua prática profissional após a conclusão do curso. \*

- 1. Nunca
- 2. Raramente.
- 3. Apenas quando necessário.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

Preencha automaticamente as respostas e clique em "Gerar link".



08/10/2023, 13:28

Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de pa...

12. Quais as facilidades que você encontra para efetivar mudanças ou melhorias na sua prática profissional? \*

Sua resposta

13. Quais as dificuldades que você encontra para efetivar mudanças ou melhorias na sua prática profissional? \*

Sua resposta

Gerar link

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Preencha automaticamente as respostas e clique em "Gerar link".

## ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de parto.

**Pesquisador:** Sara Delfino da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62503922.5.0000.0030

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.730.613

## Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1991276.pdf", postado em 19/10/2022:

## "Resumo:

A Estratégia chamada Rede Cegonha foi desenhada com a proposta de assegurar o direito a a atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, incentivando a inserção de profissionais enfermeiros obstetras nos cenários de parto no Brasil.Com esta finalidade ofertou um curso de Aprimoramento em Saúde para estes profissionais.Palavras- chave:Rede Cegonha, Aprimoramento em Saúde, ergologia, enfermagem obstétrica."

## "Introdução:

A "Pesquisa Nascer no Brasil" apresentou um retrato do cenário de parto enascimento nos anos de 2011 e 2012, provocando a discussão científica a respeito donascimento em âmbito nacional naquela época. Esse retrato evidenciou as iatrogenias eos alarmantes dados de cesarianas sem indicação clínica, que ultrapassavam a taxa de15%, conforme limite preconizado pela OMS, com a marca de até 52% do número departos por esta via. (DOMINGUES et al,2014).Em 2011, o Governo Federal lançou o Projeto da Rede Cegonha (RC), com oobjetivo de fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde damulher e à saúde da criança. No caso das mulheres, foi

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

desenhada uma rede de cuidados visando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério. Para as crianças de zero aos vinte e quatro meses foi resguardado o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. De uma forma geral, o objetivo foi organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento, resolutividade e a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). A organização da Rede Cegonha aconteceu por meio do estabelecimento de parcerias entre os estados e Distrito Federal, as regiões de saúde e os municípios. As partes pactuam ações para qualificação de seus componentes, quais sejam: atenção pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, que envolve o sistema logístico de regulação e transporte sanitário. A RC engloba um conjunto de mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento. (Brasil, 2017). Cabe ainda ressaltar que a implementação da estratégia conhecida como Rede Cegonha, incentivou a inserção de profissionais enfermeiros (as) obstétricos nas maternidades, centros de partos e casas de parto em todo o território nacional, e realizou capacitações para favorecer o protagonismo da enfermagem obstétrica a partir de então. Estudos apontam que partos assistidos por enfermeiras (os), priorizam a autonomia e empoderamento feminino, reduzem o número de cesarianas desnecessárias e de práticas consideradas maléficas e desaconselhadas pelas evidências científicas (GAMA et al, 2021). A atuação da enfermagem, segundo Vieira et al (2016), contribui para menor utilização de intervenções como episiotomia, o aumento do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, maior vínculo entre mãe e filho, dentre outros benefícios para saúde materna e neonatal. Para maior qualificação dos enfermeiros obstétricos foi disponibilizado a esses profissionais o Curso de Aprimoramento em Saúde, que foi executado por universidades públicas, com financiamento do Ministério da Saúde e teve início no ano de 2013. Os profissionais foram identificados e indicados por seus serviços de origem como apoio da universidade executora e cerca de 2500 profissionais em todos os estados brasileiros e o Distrito Federal participaram desse processo. O Curso foi executado pelas: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costada Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF) e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/DEMI/EE). No ano de 2017 foram ofertadas 656 vagas em todos os

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

estados brasileiros e Distrito Federal, o objetivo esperado era aprimorar os processos de cuidado e de gestão em saúde, sob responsabilidade da enfermagem obstétrica. Estes profissionais estiveram por 14 dias em imersão em serviços considerados modelos de atenção obstétrica no território nacional. Ao final deste período retornavam a seus serviços com propostas de intervenções e de mudanças de práticas. Para Schwartz (2016) o trabalho não deveria ser rígido, pois a atividade laboral em si precisa considerar as diferentes realidades e sua complexidade. O fazer humano e suas variáveis precisam ser geridos incluindo decisões, ponderações e escolhas, e nos espaços laborais o indivíduo é convidado a utilizar os saberes inerentes a sua prática e a realidade vivenciada pelos sujeitos. É nesta perspectiva que a pesquisa proposta adotará como referencial a abordagem ergológica de Yves Schwartz para nortear as reflexões e discussões sobre o tema."

**"Hipótese:**

Espera-se que os enfermeiros obstetras, egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde, ofertado pelo Ministério da Saúde, tenham adquirido ou aprimorado conhecimentos e práticas para a atenção obstétrica."

**"Metodologia Proposta:**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que busca identificar a percepção dos profissionais enfermeiros egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde sobre as possíveis mudanças ocorridas em suas práticas obstétricas. O universo da pesquisa será composto por 64 profissionais egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde realizado pela Universidade Federal Rio de Janeiro (UFRJ)."

**"Metodologia de Análise de Dados:**

Deste modo, a análise adotará sistematicamente as seguintes etapas: 1) Pré-análise: Leitura flutuante dos questionários enviados pelos participantes e escolha dos questionários para a construção do corpus da pesquisa, levantamento de hipóteses e identificação dos indicadores. 2) A análise de registro: O material coletado dos questionários será recortado, categorizado em parágrafos e agrupados por temáticas. 3) Inferências e interpretação: Os dados coletados serão analisados e consolidados a luz do referencial teórico proposto."

**"Desfecho Primário:**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 5.730.613

O estudo deverá apresentar um debate teórico sobre aprimoramento da prática dos enfermeiros obstétricos e o desenvolvimento de competências. Os produtos esperados são a confecção de um artigo científico e de um relatório que deverá ser entregue a área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio de Janeiro."

"Tamanho da Amostra no Brasil: 64"

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1991276.pdf", postado em 19/10/2022:

**Objetivo Primário:**

Analisar, segundo os egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde, as mudanças ocorridas no trabalho dos(as) enfermeiro(as) obstetras."

**Objetivo Secundário:**

1. Mapear os egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde, identificando o local de trabalho e área de atuação; 2. Descrever quais as competências profissionais foram adquiridas ou aprimoradas pelos profissionais que realizaram o Curso de Aprimoramento em Saúde, segundo diretrizes da RC; 3. Identificar os elementos facilitadores e dificultadores para efetivação de mudanças nas práticas profissionais; 4. Identificar as razões de possíveis mudanças de ambiente de prática profissional nos egressos, que possam estar fora dos cenários de parto e nascimento."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1991276.pdf", postado em 19/10/2022:

**Riscos:**

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. O protocolo de pesquisa deve sempre apontar os riscos associados à pesquisa considerando a "possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente" (BRASIL, 2012). Neste estudo, o participante pode enfrentar possíveis constrangimentos para falarda sua participação no Curso e o quanto esta participação

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

mudou (ou não) sua prática profissional. Para minimizar este constrangimento a pesquisadora se coloca à disposição para atender o participante da pesquisa e aplicar medidas para minimizar esse constrangimento, como fazer esclarecimentos e uma escuta qualificada.

**Benefícios:**

O estudo tem como benefícios esperados da participação dos profissionais a compreensão do impacto do Curso de Aprimoramento na vida e na prática profissional dos enfermeiros e na assistência prestada no âmbito da RC. Além disto, identificar as possíveis práticas assistenciais aprimoradas neste curso. Este projeto passará pelo Comitê de Ética e Pesquisa- da FS/UNB e todos os cuidados éticos serão tomados, segundo a resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de Projeto de pesquisa de mestrado profissional em Formação e Desenvolvimento Profissional em Sistemas e Serviços em Saúde de Sara Delfino da Silva com orientação da Prof. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer e coorientação da Prof. Dra. Wania do Espírito Santo Carvalho.

Os participantes de pesquisa incluem 64 profissionais enfermeiros (as) obstetras, servidores do SUS, egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde da UFRJ. Foi apresentado o documento TCLE em modelo proposto pelo CEP/FS-UnB.

A UFRJ - Escola de Enfermagem Anna Nery - Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro / EEAN é instituição coparticipante.

Trata-se de financiamento próprio com orçamento de R\$ 700,00, incluindo material de escritório e informática, com previsão para início da coleta de dados em 01/11/2022.

Os currículos da aluna e dos orientadores foram apresentados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1 - Informações Básicas do Projeto - "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1991276.pdf",

<b>Endereço:</b>	Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro		
<b>Bairro:</b>	Asa Norte	<b>CEP:</b>	70.910-900
<b>UF:</b>	DF	<b>Município:</b>	BRASILIA
<b>Telefone:</b>	(61)3107-1947	<b>E-mail:</b>	cepsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

postado em 19/10/2022.

2 - Carta de resposta às pendências apontadas - Documento em versão editável "CARTA\_DE\_RESPOSTAS\_AS\_PENDENCIAS\_APONTADAS\_PELo\_CEP\_paracer.docx" postada em 16/10/2022.

3 - Termo de Concordância da Instituição Proponente - Documento em versão não editável "termoConcordanciaEditavel.pdf", postado em 26/09/2022.

4 - Termo de Concordância de Instituição Coparticipante - Documento em versão não editável "termo\_coparticipante.pdf", postado em 26/09/2022.

5 - Planilha de Orçamento Detalhado: Previsão de gastos no valor de R\$ 700,00, incluindo material de escritório e informática. O projeto terá financiamento próprio, conforme documento em versão editável "PLANILHADEORCAMENTO.doc", postado em 19/10/2022.

6 - Questionário a ser aplicado - Documento em versão editável "Questoes\_para\_envio\_via\_formulario.docx" postado em 18/10/2022.

7 - Carta de encaminhamento - Documento em versão não editável "termo\_encaminhamento.pdf", postado em 26/09/2022.

8 - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador - Documento em versão não editável "termo\_responsabilidade\_pesquisador.pdf", postado em 26/09/2022.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 5.651.455:

1. Quanto aos dados coletados:

Solicita-se a inclusão de formulário de coleta de dados com informações sobre os dados exatos que se pretende coletar para apreciação ética.

RESPOSTA: "Questionário a ser aplicado:

Perfil dos participantes:

1. Qual a sua idade?

a. 19 a 25 anos

b. 26 a 30 anos

c. Entre 31 e 40 anos

d. Acima de 40 anos

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

2. Sexo:
- Feminino
  - Masculino
3. Raça / Cor
- Branco
  - Pardo
  - Indígena
  - Negro
  - Sem autodeclaração de raça/cor.
4. Quanto tempo você tinha de formação em enfermagem quando participou do Curso de Aprimoramento em Saúde?
- De 2 a 5 anos
  - De 5 a 10 anos
  - Acima de 10 anos
5. Atualmente você trabalha diretamente na assistência destinada a obstetrícia?
- Sim
  - Não
- Caso sua resposta seja não favor responder somente até a questão abaixo:
6. Se julgar pertinente descreva qual ou quais os motivos do seu afastamento da atuação em obstetrícia?
7. Caso sua resposta seja sim favor continuar a responder este questionário:
8. Onde você trabalha atualmente?
- Em unidade de atenção primária em saúde (pré-natal)
  - Em centro cirúrgico obstétrico
  - Em área de gestão em obstetrícia
  - Em casas ou centros de parto normal
  - Em Maternidades hospitalares tradicionais.
9. Quanto tempo de atuação você tem no seu local de trabalho?
- De 2 a 5 anos
  - De 5 a 10 anos
  - Acima de 10 anos
10. Quanto tempo de atuação você tem em obstetrícia?
- De 5 a 9 anos

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 5.730.613

- b. De 10 a 12 anos
  - c. Acima de 12 anos
  - d. Inferior a 5 anos.
11. O que motivou a sua participação no Curso de Aprimoramento em Saúde para enfermagem obstétrica?
12. O curso proporcionou novos conhecimentos para a sua prática profissional:
- a. Concordo totalmente
  - b. Concordo parcialmente
  - c. Não concordo nem discordo
  - d. Discordo totalmente
  - e. Discordo parcialmente
13. O curso proporcionou a articulação entre a teoria que embasa a prática obstétrica e a sua experiência profissional:
- a. Concordo totalmente
  - b. Concordo parcialmente
  - c. Não concordo nem discordo
  - d. Discordo totalmente
  - e. Discordo parcialmente
14. Assinale quais práticas assistenciais descritas abaixo foram aprimoradas no Curso de Aprimoramento em Saúde?
- a. Incentivo à deambulação livre e posições verticalizadas.
  - b. Estímulo à presença do acompanhante de livre escolha da mulher no processo de internação, parto e pós-parto.
  - c. Uso de ocitocina no terceiro estágio das fases clínicas do parto.
  - d. Clampeamento tardio do cordão umbilical.
  - e. Nenhuma das opções acima.
15. Com que frequência as práticas abaixo têm sido realizadas por você, após a conclusão do curso?
- a. Episiotomia:
    - 1. Nunca
    - 2. Raramente
    - 3. Apenas quando necessário
    - 4. Frequentemente

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

5. Sempre

b. Restrição em leito da paciente antes do período expulsivo:

1. Nunca
2. Raramente
3. Apenas quando necessário
4. Frequentemente
5. Sempre

c. Restrição da presença do acompanhante.

1. Nunca
2. Raramente
3. Apenas quando necessário
4. Frequentemente
5. Sempre

d. Aleitamento materno tardio:

1. Nunca
2. Raramente
3. Apenas quando necessário
4. Frequentemente
5. Sempre

16. Quais as facilidades que você encontra para efetivar mudanças ou melhorias na sua prática profissional?

17. Quais as dificuldades que você encontra para efetivar mudanças ou melhorias na sua prática profissional?"

ANÁLISE: O questionário da pesquisa foi apresentado e anexado, conforme documento "Questoes\_para\_envio\_via\_formulario.docx", postado em 18/10/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto ao orçamento:

Solicita-se esclarecimento sobre a modalidade de aplicação da pesquisa (online/presencial) visto que há previsão de viagem para o Rio de Janeiro e nos métodos está descrito que o formulário aplicado será online.

RESPOSTA: "ERRATA: A viagem a que se refere no orçamento, tratava-se de uma viagem para a coleta de assinatura do coparticipante na UFRJ, esta já foi coletada conforme documentos já

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

entregues deste projeto. Reforço que toda a pesquisa será na modalidade online."

ANÁLISE: Foi esclarecido que toda a pesquisa será na modalidade online e um novo orçamento da pesquisa foi anexado, conforme documento "PLANILHADEORCAMENTO.doc", postado em 19/10/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Solicita-se esclarecimentos como será realizado o acionamento pelo participante do recurso da escuta qualificada, quem fará esta escuta e se esta será presencial ou remota.

RESPOSTA: "Informo que a etapa da coleta de dados ficará sobre a minha responsabilidade, este contato com o participante será por via eletrônica e telefônica.

Nos casos em que o participante solicitar o contato para esclarecimentos será utilizado a via telefônica e para a coleta dos dados apenas via eletrônica (formulário online); quanto a escuta a que se refere, será feita, como já dito, por via telefônica, quando solicitada pelo participante. Conforme descrito em trecho do TCLE:

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefonar para: SARA D. DA SILVA, TEL:61-99172-829, e-mail- sarampd@gmail.com. disponível inclusive para ligações a cobrar."

ANÁLISE: Foi esclarecido que se "o participante solicitar o contato para esclarecimentos será utilizado a via telefônica e para a coleta dos dados apenas via eletrônica (formulário online); quanto a escuta a que se refere, será feita, como já dito, por via telefônica, quando solicitada pelo participante".

PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1991276.pdf	19/10/2022 12:03:50		Aceito
Orçamento	PLANILHADEORCAMENTO.doc	19/10/2022 12:03:32	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	Questoes_para_envio_via_formulario.docx	18/10/2022 18:49:17	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP_para_cer.docx	16/10/2022 09:10:48	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termoConcordanciaEditavel.pdf	26/09/2022 20:13:59	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termo_responsabilidade_pesquisador.pdf	26/09/2022 20:11:25	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termo_encaminhamento.pdf	26/09/2022 20:10:14	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termo_coparticipante.pdf	26/09/2022 20:09:26	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoConcordanciaUNBEditavel.docx	25/08/2022 22:33:27	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoCoparticipanteEditavel.docx	25/08/2022 22:28:10	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoCoparticipante.pdf	25/08/2022 22:27:46	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoEncaminhamentoCepEditavel.docx	25/08/2022 22:26:49	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoEncaminhamentoCep.pdf	25/08/2022 22:26:29	Sara Delfino da Silva	Aceito
Declaração de concordância	TermoConcordancia.pdf	25/08/2022 22:25:16	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadeEditavel.docx	25/08/2022 22:24:43	Sara Delfino da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoResponsabilidadePesquisador.pdf	25/08/2022 22:23:46	Sara Delfino da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	22/08/2022 12:47:51	Sara Delfino da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	22/08/2022 12:22:16	Sara Delfino da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	22/08/2022 12:09:36	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termoeditavel.pdf	22/08/2022 11:19:13	Sara Delfino da Silva	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.730.613

Outros	curriculowania.pdf	22/08/2022 10:38:45	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	curriculomagda.pdf	22/08/2022 10:38:23	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	curriculosara.pdf	22/08/2022 10:37:42	Sara Delfino da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/08/2022 19:48:26	Sara Delfino da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

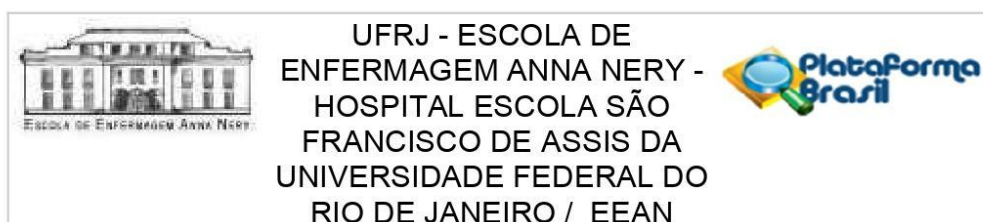
BRASILIA, 30 de Outubro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Cristiane Tomaz Rocha**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





UFRJ - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM ANNA NERY -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO  
FRANCISCO DE ASSIS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO / EEAN

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Curso Aprimoramento em Saúde da Rede Cegonha: Inserção de enfermagem obstétrica em cenários de parto.

**Pesquisador:** Sara Delfino da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62503922.5.3001.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.810.718

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado sendo um estudo de abordagem qualitativa que busca identificar a percepção dos profissionais enfermeiros egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde sobre as possíveis mudanças ocorridas em suas práticas obstétricas.

O universo da pesquisa será composto por 64 profissionais egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde realizado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar, segundo os egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde, as mudanças ocorridas no trabalho dos(as) enfermeiro (as) obstetras.

Objetivo Secundário:

1. Mapear os egressos do Curso de Aprimoramento em Saúde, identificando o local de trabalho e área de atuação; 2. Descrever quais as competências profissionais foram adquiridas ou aprimoradas pelos profissionais que realizaram o Curso de Aprimoramento em Saúde, segundo diretrizes da RC; 3. Identificar os elementos facilitadores e dificultadores para efetivação de mudanças nas práticas profissionais; 4. Identificar as razões de possíveis mudanças de ambiente de prática profissional nos egressos, que possam estar fora dos cenários de parto e nascimento.

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

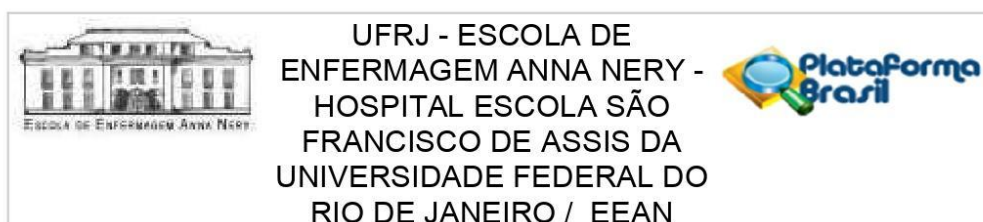
**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)3938-0962

**E-mail:** cepeanhesa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.810.718

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. O protocolo de pesquisa deve sempre apontar os riscos associados à pesquisa considerando a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente”(BRASIL,2012). Neste estudo, o participante pode enfrentar possíveis constrangimentos para falar da sua participação no Curso e o quanto esta participação mudou (ou não) sua prática profissional. Para minimizar este constrangimento a pesquisadora se coloca à disposição para atender o participante da pesquisa e aplicar medidas para minimizar esse constrangimento, como fazer esclarecimentos e uma escuta qualificada.

**Benefícios:**

O estudo tem como benefícios esperados da participação dos profissionais a compreensão do impacto do Curso de Aprimoramento na vida e na prática profissional dos enfermeiros e na assistência prestada no âmbito da RC. Além disto, identificar as possíveis práticas assistenciais aprimoradas neste curso. Este projeto passará pelo Comitê de Ética e Pesquisa- da FS/UNB e todos os cuidados éticos serão tomados, segundo a resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para prática profissional dos enfermeiros na área obstétrica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide pendência ou conclusões.

**Recomendações:**

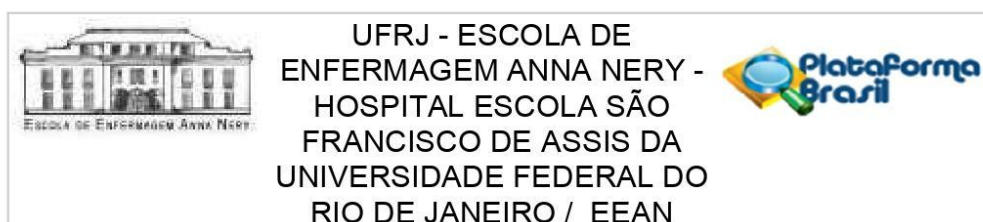
Não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto: adequado

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.810.718

- 2) Projeto de Pesquisa: adequado  
 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado  
 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado

A descrição dos riscos e benefícios está descrito de forma diferente no TCLE e no projeto.

- 5) Cronograma: adequado  
 6) Carta(s) de anuência (concordância, assinatura e carimbo): Adequado  
 7) Instrumento de coleta de dados: Adequado  
 8) Termo de confidencialidade: não se aplica  
 9) Termo de Assentimento Informado: não se aplica

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após avaliação do atendimento às pendências, o Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ, de acordo com o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS, APROVOU o Protocolo de Pesquisa ad referendum em 13 de dezembro de 2022.

Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema PLATBR para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e ao Sistema Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2042334.pdf	07/12/2022 21:25:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleufrj.docx	07/12/2022 21:25:17	Sara Delfino da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSaraDEZEMBROUFRJ2022.docx	07/12/2022 21:25:05	Sara Delfino da Silva	Aceito
Cronograma	Cronogramaufrj.docx	03/11/2022 21:22:48	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	CLpesquisadoresufrjAssinado.docx	03/11/2022 21:20:01	Sara Delfino da Silva	Aceito

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

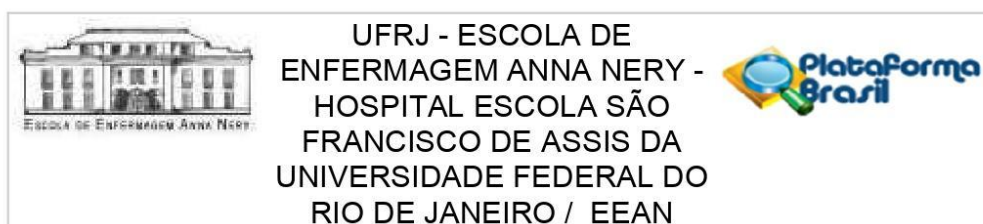
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)3938-0962

**E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



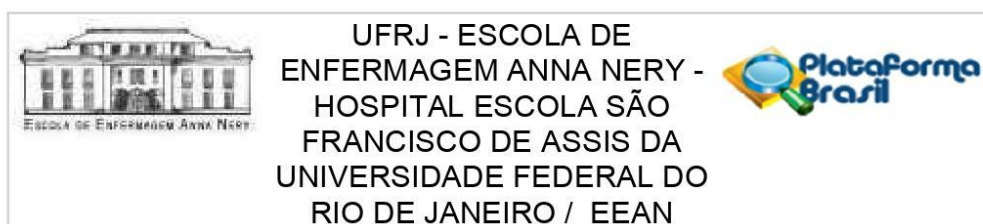


Continuação do Parecer: 5.810.718

Outros	Questoes_para_envio_via_formulario.docx	18/10/2022 18:49:17	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP_parc.docx	16/10/2022 09:10:48	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termoConcordanciaEditavel.pdf	26/09/2022 20:13:59	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termo_responsabilidade_pesquisador.pdf	26/09/2022 20:11:25	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termo_encaminhamento.pdf	26/09/2022 20:10:14	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termo_coparticipante.pdf	26/09/2022 20:09:26	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoConcordanciaUNBEditavel.docx	25/08/2022 22:33:27	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoCoparticipanteEditavel.docx	25/08/2022 22:28:10	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoCoparticipante.pdf	25/08/2022 22:27:46	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoEncaminhamentoCepEditavel.docx	25/08/2022 22:26:49	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoEncaminhamentoCep.pdf	25/08/2022 22:26:29	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadeEditavel.docx	25/08/2022 22:24:43	Sara Delfino da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	22/08/2022 12:47:51	Sara Delfino da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	22/08/2022 12:09:36	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	termoeditavel.pdf	22/08/2022 11:19:13	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	curriculowania.pdf	22/08/2022 10:38:45	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	curriculomagda.pdf	22/08/2022 10:38:23	Sara Delfino da Silva	Aceito
Outros	curriculosara.pdf	22/08/2022 10:37:42	Sara Delfino da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.810.718

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Dezembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Maria Angélica Peres**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)3938-0962

**E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br