



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

BIANCA DARGAM GOMES VIEIRA

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS EGRESSOS
DA ESPECIALIZAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY:
IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção ao título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Rio de Janeiro

Junho, 2009

BIANCA DARGAM GOMES VIEIRA

A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS EGRESSOS
DA ESPECIALIZAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY:
IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

.....
Prof^a Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura – EEAN/UFRJ
Presidente

.....
Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves – EEAAC/UFF
1^o Examinador

.....
Prof^a Dr^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell – EEAN/UFRJ
2^o Examinador

.....
Prof^a Dr^a Helen Campos – EEAAC/UFF
1^o Suplente

.....
Prof^a Dr^a Claudia Santos – EEAN/UFRJ
2^o Suplente

Rio de Janeiro

Junho, 2009

VIEIRA, Bianca Dargam Gomes.

A Prática Profissional dos Enfermeiros Obstetras Egressos da Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery: implicações para a qualidade da assistência. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2009.

xi, 179 f.

Orientadora: Maria Aparecida Vasconcelos Moura.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

Referências: f. 162-171.

1. Prática Profissional. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Especialização. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Moura, Maria Aparecida Vasconcelos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 613.62

A Estrada

*Você não sabe o quanto eu caminhei
Prá chegar até aqui.
Percorri milhas e milhas antes de dormir;
Eu nem cochilei.
Os mais belos montes escalei.
Nas noites escuras de frio chorei...*

*A vida ensina, e o tempo traz o tom;
Prá nascer uma canção.
Com a fé do dia-a-dia encontro a solução.
Encontro a solução...*

*(...)
Meu caminho só meu Pai pode mudar...*

Cidade Negra

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa ao meu pai Wellington Gomes Vieira (em memória), minha mãe Maria Dargam Vieira, e aos meus avós paternos (em memória): Elza Soares Vieira e Moacyr Gomes Vieira, que sempre me ofereceram carinho, amor, educação, e principalmente estudo.

AGRADECIMENTOS

Á Coordenação do Curso de Pós-Graduação da EEAN/UFRJ, e aos demais funcionários da secretaria acadêmica, pela atenção e carinho durante toda a minha trajetória do Mestrado.

Á equipe docente da Pós-Graduação da EEAN e principalmente à Profa. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura, minha inesquecível Amiga e Orientadora, que verdadeiramente contribui para o meu crescimento pessoal e profissional. Que o “Espírito Santo” sempre esteja presente em sua vida, minha professora querida!.

Ao meu eterno Mestre e Amigo Herdy Alves, que me abriu as portas do saber dentro da Enfermagem, e me fez vislumbrar um futuro grandioso.

Á minha irmã Rosana Maria Gomes Vieira e ao meu namorado Saint´Clair Braga da Cunha, companheiros e amigos de todas as horas difíceis.

VIEIRA, Bianca Dargam Gomes. A Prática Profissional dos Enfermeiros Obstetras Egressos da Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery: Implicações para a qualidade da assistência. 2009. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

RESUMO

Como proposta governamental de aumentar o quantitativo e o qualitativo de enfermeiros obstetras na rede pública para a contribuição de um novo modelo assistencial o Ministério da Saúde iniciou o financiamento de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica em todo o território nacional, sendo a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) uma das responsáveis. O objeto do estudo versa sobre a prática profissional dos egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) da EEAN financiados por recursos públicos. Os objetivos são: descrever o percurso da prática desses profissionais no Município do Rio de Janeiro; caracterizar essa prática e analisar as implicações da mesma para a qualidade da assistência à saúde da mulher. Trata-se de uma Pesquisa de natureza qualitativa, com método de Estudo de Caso. Participaram vinte enfermeiros obstetras egressos dos CEEO da EEAN. Utilizamos para a análise categorias temáticas as propostas por Minayo (2000), estabelecendo articulações com a Teoria da Cotidianidade de Agnes Heller e outros autores que sustentaram a discussão e análise. Dos depoimentos elaboramos a caracterização do perfil dos entrevistados, e emergiram três categorias: o percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEO da EEAN; a prática profissional e as implicações dessa prática para a qualidade da assistência à saúde da mulher. Consideramos que para tornar a assistência obstétrica de qualidade e garantir um atendimento seguro à clientela será necessário não só a qualificação dos profissionais, mas se faz necessário profundas transformações na estrutura dos serviços de saúde, acompanhadas de modificações nas atitudes das equipes multidisciplinares, como também nas ações e reações dos enfermeiros obstetras em prol de sua própria categoria.

Descritores: Enfermagem Obstétrica. Especialidade. Qualidade da Assistência à Saúde. Prática Profissional.

VIEIRA, Bianca Dargam Gomes. The Professional Practice of Obstetricians Nurse Egress of the Specialization of the Anna Nery School of Nursing: Implications for quality of care. 2009. 179 f. Dissertation (Masters in Nursing). Anna Nery School of Nursing. Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

ABSTRACT

To meet the government proposal to increase the quantity and quality of obstetric nurses in public for the contribution of a new care model the Ministry of Health started the funding of courses for specialization in Obstetrical Nursing throughout the national territory, and the Anna Nery School of Nursing (EEAN) to offer one of them. The object of this study is about the professional practice of the egress of the specialization course in Obstetrical Nursing (CEEEO) of EEAN financed by public resources, with the objectives: to describe the course of practice of professionals in Rio de Janeiro; characterize the practice and review of the implications for the quality of routine health care of women. This is a research of qualitative nature, the type of case study. Participated twenty Obstetric nurses egress of the CEEEO of the EEAN. Used to analyze the thematic categories proposed by Minayo (2000) establishing links with the Theory of the Daily Life of Agnes Heller (1984) and other authors to support the study. We characterize the profile of the respondents, and three categories of analysis emerged: the course of professional practice of nurses egress from the CEEEO of the EEAN; that the professional practice and the implications for the quality of routine health care of women. We then that to make the quality of obstetric care and to ensure a safe service to customers will be required not only a qualification funded by public resources, but profound changes in the structure of health services, accompanied by changes in the attitudes of multidisciplinary teams, but also in actions and reactions of nurses obstetricians towards own category.

Keywords: Obstetrical Nursing. Specialization. The Health Care Quality. Professional Practice.

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1. Trajetória acadêmico-profissional e inserção do estudo	12
1.2. Problemática do estudo	15
1.3. Questões norteadoras	24
1.4. Objetivos	24
1.5. Justificativa	25
1.6. Contribuições	26
1.7. Relevância	27
CAPÍTULO II – REFERENCIAL CONTEXTUAL	28
2.1. Contextualizando as ações em Saúde da Mulher	28
2.1.1. Políticas públicas nacionais e internacionais	28
2.1.1.1. Ações públicas de atenção obstétrica	34
2.1.2. As participações de organizações não governamentais	39
2.2. A política de recursos humanos na área obstétrica	42
2.2.1. A qualificação do enfermeiro obstetra	47
2.2.1.1. A competência do enfermeiro obstetra e o respaldo legal	49
2.2.2. O incentivo à especialização em Enfermagem Obstétrica	56
2.3. A EEAN e os seus CEEOs: breve histórico e o papel social	59
2.3.1. Os cursos de pós-graduação da EEAN	64
2.3.2. A configuração dos CEEOs	66
2.3.2.1. A evolução dos cursos	78
CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	82
3.1. Conceituação teórica	82
3.2. Metodologia	90
3.2.1. Natureza da pesquisa	90
3.2.2. Método	91
3.2.3. Sujeitos	91
3.2.4. Cenário da pesquisa	92
3.2.5. Coleta de informações	93
3.2.6. Tratamento e análise dos resultados	96

(continua)

(continuação)

CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	98
4.1. Caracterização do perfil dos entrevistados	98
4.2. Categorias temáticas:	103
✓ Categoria 1 – O percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEOs da Escola de Enfermagem Anna Nery	103
✓ Categoria 2 – A prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEOs	125
✓ Categoria 3 – As implicações da prática profissional para a qualidade da assistência à saúde da mulher	142
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICES	172
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	173
B – Formulário de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa	174
C – Solicitação de Autorização Institucional à Coordenação de Pós-Graduação	175
D – Solicitação de Autorização Institucional à Coordenação do CEEO	176
E – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	177
F – Cronograma / Diário de Coleta de Dados	178
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN / UFRJ	179

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura administrativa dos CEEOs	67
Quadro 2 – Unidades didáticas e carga horária dos CEEOs	68
Quadro 3 – Unidades de saúde para a prática supervisionada dos CEEOs	70
Quadro 4 – Instituições de procedência e/ou municípios dos alunos dos CEEOs	73
Quadro 5 – Critérios de avaliação dos alunos dos CEEOs	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade dos egressos dos CEEOs	99
Tabela 2 – Sexo dos egressos dos CEEOs	99
Tabela 3 – Ano de conclusão dos egressos dos CEEOs	100
Tabela 4 – Atuação na área Obstétrica dos egressos dos CEEOs	101
Tabela 5 – Tempo de atuação na área Obstétrica dos egressos dos CEEOs	101
Tabela 6 – Aplicação dos conhecimentos dos egressos na área de saúde da mulher após o CEEO	104
Tabela 7 – Instituições em que os egressos dos CEEOs aplicaram os conhecimentos em saúde da mulher	105
Tabela 8 – Setores de atuação dos egressos dos CEEOs	109
Tabela 9 – Identificação de cargo/função dos egressos na área de saúde da mulher	110

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. Trajetória Acadêmico-Profissional e Inserção do Estudo

A minha trajetória na área de Saúde da Mulher teve início em 2001, como discente na primeira turma do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa, no Município do Rio de Janeiro, onde desenvolvia atividades acadêmicas e pesquisava sobre esta temática, a fim de ampliar conhecimentos na área específica e participar de trabalhos em eventos científicos.

As atividades assistenciais iniciaram-se em 2005, como enfermeira cooperativada junto à Rede Básica de Saúde Municipal do Rio de Janeiro, levando-me a interagir com as Propostas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em especial àquelas relacionadas com os programas de planejamento familiar, aleitamento materno, grupos de gestantes e consulta pré-natal, procurando conhecer a situação da assistência direcionada a essa parcela da população.

Concomitante às atividades assistenciais, a prática docente começou em 2005 no referido Centro Universitário, na qualidade de preceptora da disciplina Saúde da Mulher, atuando em campo de estágio na Rede Básica de Saúde, oportunizando aos acadêmicos uma aproximação com as situações referentes à promoção da assistência de Enfermagem relacionada com a área enfocada.

Em 2005, também participei do desenvolvimento do Projeto de Pesquisa

intitulado “Maternidade: Saúde da Mulher e da Criança”, vinculado ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (UFF), tendo como objetivo estimular a pesquisa no campo maternal, valorando as necessidades de realização de estudos com enfoque nos direitos sexuais e reprodutivos, no período gravídico-puerperal e na violência intrafamiliar.

Para tanto, busquei ampliar conhecimentos nas questões relativas ao gênero feminino por meio da literatura científica acerca da temática, da realização de cursos avulsos e da disciplina eletiva “Política e Problemática da Saúde da Mulher”, ministrada no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Naquele mesmo ano tive a oportunidade de integrar a chapa Renascer, que concorreu à Direção da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ) para o triênio 2006-2008. A referida chapa venceu a eleição e, no cargo de Primeira Secretária, assumi responsabilidades técnicas relacionadas com a elaboração de seminários e treinamentos, visando sempre aprimorar as ações dos enfermeiros em relação à qualidade da assistência prestada à mulher durante o processo parturitivo e as estratégias para a melhoria do processo de vigilância dos óbitos maternos, mediante avaliação permanente das ações empreendidas pela ABENFO-RJ junto às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e aos Comitês de Mortalidade Materna das referidas Secretarias do Rio de Janeiro.

Como membro representante da ABENFO-RJ, participei da formulação da adaptação das Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia/Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002), propostas de

cursos de capacitação e atualização para enfermeiros obstetras da atenção básica e hospitalar, e das organizações de eventos que enfocavam, dentre outros assuntos, o parto e o nascimento normais frente à humanização. Nestas ocasiões, sempre surgiam questionamentos a respeito da autonomia dos mesmos pela Enfermagem e da propagação de informações pertinentes à saúde da mulher.

Entre 2006 e 2007, realizei estudos relativos à comunicação escrita no pré-parto, o uso de novas tecnologias no campo da obstetrícia, o papel da enfermeira no acolhimento às gestantes com doença hipertensiva específica da gestação e o saber-fazer da enfermeira obstetra no parto humanizado sob a ótica da mulher, em conjunto com enfermeiros da área da Saúde da Mulher, que foram apresentados na forma de pôster e sessão coordenada, em nível regional e nacional: 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem – 2006 (Salvador/Bahia); 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – 2007 (Florianópolis/Santa Catarina) e 2º Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal do Estado do Rio de Janeiro – 2007, sempre objetivando trazer a realidade da assistência da Enfermagem em vários momentos da vida da mulher.

Portanto, mesmo em atividades diversas e em contextos variados, sempre tive interesses relacionados com os temas assistenciais vinculados à saúde da mulher, observando e questionando a prática e os programas de saúde, valendo-me do ensino e da pesquisa, objetivando alcançar melhorias na qualidade da atenção dispensada à população feminina.

Eis porque visualizei na realização do curso de Mestrado, em 2007, uma oportunidade privilegiada de aprofundar os conhecimentos adquiridos até então,

de rever e/ou fortalecer as bases profissionais teóricas e práticas da Enfermagem Obstétrica, e buscar a fundamentação necessária para compreender, numa perspectiva científica mais abrangente, a problemática em estudo.

É, pois, no âmbito desta trajetória que situamos a decisão de realizar esse estudo, a fim de adquirir novos saberes que contribuam para o crescimento profissional e, de alguma forma, também para o dos enfermeiros obstetras que assistem as mulheres, principalmente durante o processo parturitivo.

Sendo assim, delineamos como objeto de estudo: a prática profissional dos egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), o que possibilitará aprofundar suas implicações para a qualidade da assistência.

Minha inquietação com a temática justifica-se pela necessidade de saber em quais instituições de saúde e setores estão inseridos os enfermeiros obstetras egressos dos referidos CEEEO e como estão desenvolvendo (ou aprimorando) as práticas neles adquiridas; ou seja, saber se na prática profissional está efetivamente sendo aplicado o que aprenderam, e se estes saberes contribuíram/contribuem para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher.

1.2. A problemática do estudo

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos seus direitos, e aparecem como

fonte de tensão, mal-estar psíquico-físico, caminhando até para a morbimortalidade feminina, materna e perinatal, pelas dificuldades de acesso, entre outros, já que dificilmente podem opinar em sua assistência.

A morte materna, também como um tipo de óbito feminino, é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada, com ou agravada, ou por medidas em relação a ela, porém não em razão de causas acidentais ou incidentais. Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia, sendo também consideradas como mortes maternas, aquelas ocorridas por consequência de aborto espontâneo ou aborto inseguro (BRASIL, 2001).

Portanto, a mortalidade materna é um importante indicador para avaliação das condições de vida e saúde de uma população, e seus indicadores ainda mostram uma situação crítica de saúde da mulher em nosso país. Isto se caracteriza por uma taxa de mortalidade materna de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2003 (BRASIL, 2007a), quase três vezes mais do valor máximo determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), que é de 20 por 100.000 nascidos vivos. Mas, apesar de a mortalidade materna ter pouca representatividade no total de óbitos femininos, é desalentador constatar que as mulheres ainda morrem por causas claramente evitáveis.

As causas desse problema estão determinadas por questões ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, principalmente por hipertensão arterial, hemorragias e infecções puerperais, todas consideradas potencialmente passíveis de prevenção; pelos abortos clandestinos, um dos principais causadores de morte

de mulheres em idade reprodutiva; e por problemas relacionados à qualidade da assistência obstétrica prestada (BRASIL, 2007a).

Essas causas podem ser classificadas em obstétricas diretas, predominantes, que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a uma assistência não satisfatória, com intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas, e como destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, e num segundo lugar as obstétricas indiretas que são resultantes de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolvam durante esse período, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (op.cit., 2007a).

As mortes maternas podem ser prevenidas quando se dispõe de conhecimento e tecnologia aliados à vontade política dos governantes em tomar medidas essenciais, como possibilitar maior acesso a métodos de planejamento familiar; melhorar a qualidade da atenção pré-natal; reconhecer a presença de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal; assegurar atenção obstétrica básica, proporcionar atenção no pós-parto e elevar a consciência do direito à maternidade sem risco (SCHIRMER, 2000).

A redução da morte materna é uma prioridade nacional, sendo o instrumento para notificação compulsória a declaração de óbito, tornando obrigatória a investigação por parte de todos os municípios dos óbitos de mulheres em idade fértil, cujas causas possam ocultar o óbito materno (BRASIL, 2007a).

Outras situações também apontadas como responsáveis pelos indicadores de baixa condição de vida e saúde vinculam-se aos problemas na

organização da assistência; na estratégia do atendimento; na falta de pessoal qualificado, como o enfermeiro obstetra, para o atendimento ao parto normal; no acesso das usuárias aos serviços de saúde e na insatisfação das mesmas em razão das violências físicas, psicológicas e institucionais, em nome de um parto mais seguro.

As cesarianas, quando não são cuidados obstétricos essenciais representam uma lacuna para a morbimortalidade materna e perinatal e consomem os recursos gerados pelo sistema de saúde, já que a atenção ao parto ocupa a maior percentagem dos procedimentos pagos pelo Sistema Único de Saúde.

No ano de 2007, as cesarianas representaram altos índices na rede pública de saúde, onde no Brasil ocupava cifras em torno de 35% (BRASIL, 2008a); enquanto, no Estado do Rio de Janeiro em torno de 50% (BRASIL, 2008b), e no Município do Rio de Janeiro, o quadro girava em torno de 21,33% (SIHD, 2008), situação esta preocupante para o contexto da saúde no país.

O Ministério da Saúde propôs a adoção do Pacto Nacional como medida para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que tem como papel, num esforço conjunto à Enfermagem Obstétrica, o apoio às reduções das intervenções desnecessárias como a cesariana e o estímulo ao parto normal.

Como uma de suas ações estratégicas foi a implantação dos Comitês de Morte Materna (CMM) representados por organismos de natureza interinstitucional que congregam instituições governamentais e setores da sociedade civil com atuação em saúde materna e perinatal. De participação multiprofissional e confidencial, sua atuação é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função educativa. Os Comitês visam analisar todos

os óbitos maternos, tanto os declarados quanto àqueles identificados por intermédio da investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade fértil, ou seja, entre 10 a 49 anos (BRASIL, 2007a).

Os CMM objetivam a redução dos óbitos maternos, por meio da melhoria do sistema de registro e, conseqüentemente, do aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna (op. cit., 2007a), possibilitando desta forma definir medidas de intervenção para reduzir os óbitos e facilitar o acompanhamento e a avaliação permanente desse atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Esses Comitês preocupam-se com o aumento dos indicadores da saúde, e a baixa qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal; como também, em relação à oferta insuficiente de profissionais qualificados e à formação inadequada dos recursos humanos em saúde para atuação na atenção obstétrica e neonatal. Portanto, eles têm muito interesse nos CEEOs, já que o enfermeiro especialista em obstetrícia contribui de forma efetiva na redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal em nosso país (op. cit., 2007a).

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação, resultante do preenchimento incorreto das declarações de óbito por meio da omissão da causa morte relacionada ao ciclo gravídico-puerperal; e o sub-registro das declarações das causas de óbito, por omissão do registro do óbito em cartório pela população/cidadão (BRASIL, 2007a).

A assistência obstétrica é o principal instrumento do setor saúde para o combate à mortalidade materna e através da melhoria da informação sobre o

óbito materno, é o que irá permitir avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes (BRASIL, 2007a).

Segundo a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representam indicadores de *status* da mulher o seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de saúde para responder às suas necessidades (BRASIL, 2001).

Algumas situações de descaso com as consultas pré-natais geram problemas mais graves como a mortalidade materna e as lesões/seqüelas em relação ao parto, as cesarianas desnecessárias e o aborto clandestino,. Circunstâncias estas que agravam-se com a insatisfação de um modelo de assistência eminentemente biológico, intervencionista e masculino, principalmente na rede pública de saúde, quando se observa muitas vezes, a falta de humanização no atendimento dos profissionais na sala de pré-parto e parto com relação as parturientes.

A meta das políticas públicas na área materno-infantil é reduzir o coeficiente de mortalidade materna e perinatal em 75% até 2015, em relação aos níveis de 1990, baseada na Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, onde o governo brasileiro também fez parte (O INFORMATIVO DO DECIT, 2008).

Neste sentido, o grande desafio governamental seria o de romper com o paradigma intervencionista-medicalizado, buscando resgatar o papel da mulher como protagonista da ação, assim evitando uma série de procedimentos que têm descaracterizado o processo natural parturitivo como fenômeno fisiológico, levando-o para uma situação de risco e, muitas vezes, chegando à morte.

Compartilhando a idéia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), prevê a participação do profissional enfermeiro obstetra na construção de um novo modelo assistencial, menos intervencionista e mais humanizado de assistência à mulher no processo parturitivo, conforme preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).

Mas o baixo quantitativo de enfermeiros obstetras para a atenção à saúde da mulher, as condições inadequadas de trabalho e de integração deles aos serviços, levam ao declínio da qualidade e da abrangência da assistência em saúde.

Para atender à proposta governamental de aumentar o quantitativo e o qualitativo de enfermeiros obstetras na rede pública, as SES e SMS, o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS iniciaram o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica em todo o território nacional.

Esses profissionais qualificados iriam, em seu cotidiano, utilizar o conhecimento adquirido nos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO), financiados por recursos públicos em sua prática, supostamente, visando alcançar a melhoria da qualidade assistencial prestada à mulher dentro e fora do ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, observamos que as questões inerentes à classe, como autonomia em suas ações, a dificuldade de desmedicalizar o parto, a não aceitação pelas instituições de saúde da inserção da família no processo parturitivo e a negação da implementação e/ou manutenção somente das rotinas baseadas em evidências científicas limitaram

o desenvolvimento desse profissional e geraram, por conseqüência, a perda dos investimentos direcionados.

Desta forma, a problemática da qual emerge o estudo aponta para a necessidade de identificar os enfermeiros formados pelos CEEOs, financiados por recursos públicos do Município do Rio de Janeiro, a prática profissional desses profissionais e as implicações que surgiram para a qualidade da assistência à saúde da mulher.

É válido ressaltar que elegemos como Instituição de Ensino em excelência para desenvolver esse estudo a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), por ser o único local no Município do Rio de Janeiro a oferecer o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) financiado por recursos públicos; por ter sido a primeira Escola de Enfermagem Moderna no Brasil, segundo o modelo “Nightingaleano”; ser uma Instituição de Ensino Federal que está, em sua história, intimamente ligada às questões de origem sócio-políticas de nosso país; e por comungar com as diretrizes do Ministério da Saúde frente às questões da atenção à saúde da mulher, como a redução da morbimortalidade materna, por meio da qualificação profissional, do aleitamento materno, do pré-natal precoce, estímulo ao parto normal e o cuidado em suas diferentes faixas etárias.

Preocupam-nos, portanto, a situação de que a especialização concluída e respaldada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, de nº 7.498, datada de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, datado de 08 de junho de 1987, não tenha o reconhecimento da autonomia para a sua

prática e os incessantes obstáculos visualizados no campo assistencial favorecidos pelo ato médico¹.

Questionamos, pois, se a indicação feita pelas unidades de saúde para que enfermeiros cursem a Especialização em Enfermagem Obstétrica está sendo bem direcionada; ou se os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde, com base nas propostas governamentais em prol da redução da morbimortalidade materna e perinatal e da assistência humanizada e qualificada, através destes cursos, não estão alcançando os objetivos propostos. Enfim, são indagações que permeiam a assistência de Enfermagem Obstétrica na realidade atual das maternidades estaduais e municipais do Rio de Janeiro.

Por essa razão, a humanização e a qualificação da assistência, entendendo como resultado de uma relação entre formação e prática, são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados dentro de um marco ético que garanta saúde integral e bem-estar (BRASIL, 2004b).

Alguns requisitos essenciais devem ser levados em conta para atingir os princípios indissociáveis da humanização e da qualidade da assistência, tais como a capacitação técnica dos profissionais e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde em relação ao uso da tecnologia adequada; acolhimento humanizado em todos os níveis de assistência, assegurando a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento à mulher, tratamentos necessários; e utilização de práticas educativas sobre promoção e prevenção da saúde voltadas à clientela e sua família.

¹ Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.627, de 23 de outubro de 2001, que define limites do ato profissional privativo do médico, apropriando-se de uma forma generalista, de ações de Enfermagem, como atos tipicamente médicos, mas compartilhados.

A partir do exposto acerca dessa problemática, consideramos como fundamentais para o encaminhamento do estudo, as seguintes questões norteadoras:

1.3. Questões norteadoras

1. Qual o percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EEAN, que atuam no Município do Rio de Janeiro?
2. Qual a(s) prática(s) profissional(is) desses enfermeiros egressos?
3. Qual(is) as implicações dessa prática dos enfermeiros egressos para a qualidade da assistência à saúde da mulher?

Para responder ao objeto de estudo e às questões norteadoras, formulamos os seguintes objetivos:

1.4. Objetivos

1. Descrever o percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EEAN no Município do Rio de Janeiro;
2. Caracterizar a(s) prática(s) profissional(is) desses enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EEAN;
3. Analisar as implicações da prática profissional desses enfermeiros egressos para a qualidade da assistência à saúde da mulher.

1.5. Justificativa

Como justificativa do estudo, apontamos a necessidade de identificar a prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica visto que o “estado da arte” aponta uma lacuna no conhecimento no que diz respeito a esse enfoque.

Embora já existam estudos relacionando as temáticas da Enfermagem Obstétrica e a Especialização, ou ainda, a Enfermagem Obstétrica e a qualidade da assistência nas bases da CAPES, Portal de Periódicos/SIBIS, Minerva/UFRJ, CEPEn/ABEn, Biblioteca Virtual da Saúde (Ciências da Saúde em Geral: LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO e Áreas Especializadas: BDEnf), IBICIT e ENSP/FIOCRUZ, ainda são raras as pesquisas que abordam o tema na perspectiva de contemplar a prática profissional exercida pelos egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, financiados por recursos públicos.

Ainda como justificativa, temos a finalidade de ampliar as oportunidades de discussão sobre a inserção deste; para melhor desenvolvimento da assistência nos serviços de saúde, como política de qualificação profissional e melhoria na qualidade da atenção à saúde da mulher, possibilitando o direcionamento dos recursos compatíveis às necessidades da população assistida nas áreas prioritárias como pré-natal, parto e puerpério.

1.6. Contribuições

Este estudo tem como contribuições a inserção do tema ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI), da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na Linha de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher, no intuito de oferecer para a *assistência*, a partir de uma análise, possibilidades de melhoria da qualidade da atenção dos profissionais egressos do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EEAN na área específica, ampliando a visão crítica para o saber-fazer e o saber-pensar, demarcando o papel social do profissional e retroalimentando a formação.

Para o *ensino*, suscitando conhecer as propostas dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica e a interface com a utilização destes recursos humanos e a realidade vivenciada na prática; e a possibilidade de apontar caminhos na formação que atendam as necessidades de assistência à saúde da mulher preconizada pela Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Para a *pesquisa*, através da discussão dos resultados sobre a prática profissional dos enfermeiros obstetras, egressos dos CEEO da EEAN abrindo novos espaços para a investigação.

Possibilitará, ainda, gerar novos conhecimentos, estudos e discussões em relação à assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para informações à EEAN, ao Ministério da Saúde e outros Órgãos de interesse na área obstétrica, trazendo elementos necessários

para a reformulação de políticas de qualificação de recursos humanos, além de monitorar a necessidade de melhor direcionamento desses egressos frente as reais necessidades da atenção à saúde da mulher.

A pesquisa intenciona retornar os resultados alcançados para os atores investigados, como também, servirá para analisar o grau de satisfação dos egressos em relação a sua prática e atuação.

1.7. Relevância

O estudo torna-se relevante a partir da ampliação do conhecimento na área da Enfermagem Obstétrica, possibilitando fortalecer a identidade e a legitimidade da prática profissional com autonomia através: da análise das estratégias de formação de recursos humanos na área específica; da identificação do quantitativo de enfermeiros obstetras formados pelos cursos custeados pelo Ministério da Saúde, e dos que foram incorporados às maternidades públicas atuando nas salas de parto e outros setores relacionados à mulher; do fornecimento de subsídio para o monitoramento e identificação da qualidade dessa assistência; da indicação dos avanços e dificuldades da implantação e implementação das ações de saúde que contribuem para melhorar a atenção à saúde da mulher e da (re)criação de estratégias políticas e institucionais relevantes para a qualificação dos profissionais enfermeiros.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL CONTEXTUAL

2.1. Contextualizando as Ações em Saúde da Mulher

2.1.1. Políticas públicas nacionais e internacionais

Por um longo período, as metas governamentais voltadas para a saúde da mulher têm sido centradas na reprodução, abrangendo a saúde materno-infantil, sendo a mulher considerada um objeto de reprodução (SANTOS & TYRRELL, 2005). Nessa linha de raciocínio e segundo as concepções mais restritas, percebemos que:

O corpo da mulher é visto apenas na função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica (BRASIL, 2004a, p.11).

O processo de institucionalização do parto no Brasil, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Assim, até a década de 60, o Departamento Nacional da Criança (DNCr), passou a prestar cuidados a essa clientela, mas apenas no ciclo gravídico-puerperal, por ser este um período relacionado com o cuidado prestado principalmente à criança. No fim dos anos 60, ocorreu a extinção do DNCr, o que acabou trazendo prejuízos e retardando as ações de saúde à mulher pela inexistência de políticas assistenciais concretas para atender a esse grupo populacional mais vulnerável.

Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que tinham como objetivo

principal reduzir a mortalidade materna e infantil.

A década de 70, pós-golpe militar, representou um marco para o movimento de mulheres no Brasil, por meio do movimento feminista, pela redemocratização do país e melhoria das condições de vida e de trabalho da população brasileira. Ressalta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 11) que:

O movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões até então relegadas a segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento, tratava-se de revelar as desigualdades sociais nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à produção, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho às mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos.

Em 1975, ocorreu a implantação da Lei nº 6.229 criando o Sistema Nacional de Saúde e o Programa de Saúde Materno-Infantil, que tinham como objetivos melhorar o nível de saúde do grupo materno-infantil e os padrões de qualidade das unidades que prestavam assistência à essa clientela. Aquele foi também o Ano Internacional da Mulher quando, no México, foi realizada a I Conferência Mundial da Mulher, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), instituindo-se a Década da Mulher (1975 a 1985), que definiu como uma das metas a serem atingidas naquele período, a eliminação de toda forma de discriminação social à mulher.

No Brasil, neste mesmo ano, foram criados o Centro da Mulher Brasileira (CMB), no Rio de Janeiro, e o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira (CDMB), em São Paulo (OLIVEIRA, 1998; CEDIM/RJ, 2003).

As discussões continuaram e duas mudanças foram alcançadas: a primeira, dizia respeito à formulação de Diretrizes de Atuação conjunta entre

Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência Social (MPS), em 1978, na área da saúde materno-infantil; a segunda, correspondia à divulgação e publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Nessa proposta, segundo afirmaram Tyrrell et al. (2004), a mulher passaria a ser atendida no ciclo vital e de forma integral.

Em 1979 surgiu, na Europa, a crítica em relação à assistência ao parto, a partir do Ano Internacional da Criança, estabelecido pela ONU em 1979. Na ocasião, foi criado um Comitê para estudar propostas visando a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal. A partir deste Comitê, vários grupos de profissionais passaram a se organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, estendendo-se mundialmente com apoio da Organização Mundial de Saúde (DINIZ, 2001). Deste processo participaram representantes dos grupos de mulheres e de organizações de usuários de serviços de saúde.

Ainda em 1979, o Brasil tornou-se signatário da Convenção Sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDIM/RJ, 2003).

Já na década de 80, ocorreram algumas iniciativas locais voltadas para a redução da mortalidade materna, sendo das mais importantes o projeto desenvolvido por Galba de Araújo (Ceará), para integrar as parteiras leigas ao sistema local de saúde, de modo a melhorar a assistência, reduzindo riscos e respeitando a cultura local. O 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher ocorreu em 1984. Estiveram presentes no evento mais de setenta grupos de mulheres, quando foi aprovada a Carta de Itapeverica contendo as reivindicações das mulheres para a saúde (CFSS, 2000).

Ainda em 1984, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a qualidade da atenção. O novo Programa apresentou um enfoque diferente dos anteriores, por incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, em especial por não focalizar este grupo como um mero instrumento biológico de reprodução.

Em 1985, em Fortaleza (Ceará), ocorreu a Conferência Internacional: Tecnologia Apropriada para o Nascimento, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cujo foco principal foi o resgate da dimensão fisiológica do processo do parto e o direito ao acompanhante. Evidente era o comprometimento de associações nacionais e internacionais com a melhoria da saúde materna e perinatal.

Nesse contexto, em 1986 destacou-se a III Conferência Mundial do final da Década da Mulher sobre a Maternidade Segura, realizada em Nairobi (Quênia), que resultou no documento intitulado “Estratégias encaminhadas para o futuro do avanço da mulher”, em decorrência da situação de gravidade da mortalidade materna nos países em desenvolvimento, onde foram traçadas metas para reduzi-la (MARTINS & PEREIRA, 2002), de forma a atingir, no ano 2000, valores correspondentes a 50% daqueles observados em 1985.

Em 1987 e 1988, no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária,

concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde, sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos em legislação específica².

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Adelaide (1988), elegeram como tema central as políticas públicas saudáveis, que se caracterizaram pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde, incluindo o enfoque feminino, a equidade e os compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

Em 1993, durante a Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena (Áustria), declarou-se que “os direitos da mulher são direitos humanos”, aclarando o repúdio e a condenação veemente de todas as formas de violência contra as mulheres (CEDIM/RJ, 2003).

No Brasil, o movimento pela mudança na assistência ao parto ocorreu inicialmente em Campinas (São Paulo) quando, em 1993, foi publicada a “Carta de Campinas”, elaborada por participantes de uma reunião organizada por grupos e instituições de saúde que há anos trabalhavam cotidianamente com a gestação, parto e nascimento (REHUNA, 2007) de maneira autônoma e independente naquela cidade, e coordenada pelo Professor Hugo Sabatino, da Universidade Estadual de Campinas. Na ocasião, foi fundada a Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa).

No âmbito institucional, como vimos anteriormente, ocorreram várias iniciativas governamentais no sentido de reduzir as taxas de cesáreas, incentivo

² Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Lei nº 8080 e Lei nº 8142; Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

às mudanças, como a criação do prêmio Galba Araújo destinado àqueles serviços que se autodefinissem como humanizados, tomando como referência para esta humanização as recomendações da OMS.

Em 1994, no Egito, ocorreu a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, considerada “um marco no processo de negociação entre movimentos organizados de mulheres, governos e financiadores” (DINIZ, 2000, p. 28), uma vez que apresentou como diretriz o entendimento de que a saúde reprodutiva referencia-se nos princípios dos direitos humanos, não devendo ser tomada de forma isolada, mas inserida no contexto de políticas de desenvolvimento (NOWROJEC, 1994).

Tomando como base o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência acima referida, a saúde foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade (BRASIL, 2004b).

A 4ª Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher (Conferência de Beijing), realizada na China, no período de 4 a 15 de setembro de 1995, foi a maior e a mais influente de todas as conferências mundiais sobre a mulher. Os focos de discussão foram a promoção da igualdade entre os sexos, a importância da conscientização das mulheres com relação aos seus direitos, além de temas como pobreza, educação, capacitação, saúde, violência, sempre direcionados à mulher.

Portanto, os direitos das mulheres começaram a encontrar respostas no conjunto dos instrumentos internacionais de direitos humanos, como os das Conferências de Viena, Cairo e Beijing. Quanto aos direitos específicos relacionados com a assistência à mulher durante o parto e nascimento foram

englobados o acesso ao leito obstétrico, que está inscrito na Constituição Brasileira (1988) e na legislação do Sistema Único de Saúde (1993), à saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado, como o direito à privacidade, à segurança, à integridade corporal, à informação e educação em saúde, à não-discriminação e à igualdade no atendimento.

2.1.1.1. Ações públicas de atenção obstétrica

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde defendeu que no parto normal deveria existir uma razão válida para se intervir em um processo natural, lembrando que a responsabilidade de quem acompanhava estas mulheres seria basicamente o de facilitá-lo. Neste sentido, admitiu-se que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, as enfermeiras seriam as profissionais mais apropriadas para a assistência ao parto de evolução fisiológica (OSAWA, 2000).

Nesse mesmo ano, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e OPAS/OMS, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Maternidade Segura com a pretensão de reduzir a mortalidade materna e perinatal através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido na perspectiva mundial (BATISTUTA, 2008).

O Projeto Maternidade Segura passou a ser um direito de toda a mulher, consistindo num esforço intersetorial cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil (perinatal). Nessa proposta três são os passos relacionados diretamente com a assistência: garantia de informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; garantia de assistência durante a

gravidez, parto, puerpério e no planejamento familiar; incentivo ao parto normal e humanizado. E cinco passos são definidos para a Instituição e estão relacionados com a definição de rotinas, treinamento da equipe, estrutura/instalações adequada, arquivo, sistema de informação e, por fim, avaliação periódica dos indicadores de saúde materna e perinatal (BRASIL,1995).

Em 1999, a Portaria GM n° 888, do Ministério da Saúde, regulamentou as Casas de Parto no Brasil, abrindo mais uma frente para a Enfermagem Obstétrica.

Em 2000, a Portaria GM n° 466, do mesmo Órgão, propôs o Pacto Nacional pela Redução da Taxa de Cesárea, com ações específicas visando à redução da prática abusiva da cesariana, passando a ser dos estados e do Distrito Federal a responsabilidade pelo acompanhamento das taxas hospitalares. Segundo esta Portaria, todas as Unidades da Federação deveriam alcançar a taxa de 25%, no máximo, até 2007, num processo de redução gradual.

Nesse mesmo ano, a partir da necessidade de se estabelecer um novo paradigma assistencial na atenção obstétrica e perinatal foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria n°. 569, de 1º de junho de 2000. E seqüentemente, foram criadas as três portarias componentes do programa: a Portaria GM n° 570/2000, que institui o Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde; a Portaria GM n° 571/2000, que institui a Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde; e a Portaria GM n° 572/2000, que institui a Nova Sistemática de Pagamento à

Assistência ao Parto.

Em suas premissas, declara-se oficialmente que o estado assegura o direito a atenção digna e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, busca concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o conhecimento e acesso à maternidade, onde será atendida para o parto, e que a assistência ao parto, puerpério e ao neonato sejam prestadas de forma humanizada e segura.

Além disso, procura ampliar as ações já adotadas na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o financiamento de cursos de capacitação de parteiras tradicionais e de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, que tem como objetivo contribuir com a redução da mortalidade materna e neonatal através do fortalecimento da capacidade técnica dos profissionais que trabalham nas principais maternidades do país para implementação de estratégias, objetivando a humanização da atenção obstétrica e neonatal e a incorporação das práticas baseadas em evidências científicas.

Cada município que adere ao Programa define sua rede de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto, selecionando unidades de referência para os exames previstos e os hospitais responsáveis pela assistência ao parto (BRASIL, 2000a).

Ainda em 2000, foi lançada a edição do Manual de Humanização do Parto e Nascimento; e houve a realização, em novembro, da 1ª Conferência Internacional de Humanização do Parto e Nascimento, em Fortaleza (Ceará).

Em 2002 e 2004, a ReHuNa (Rio de Janeiro), realiza os I e II Congressos Internacionais Ecologia do Parto e Nascimento, respectivamente, objetivando

aprofundar a discussão sobre a humanização do parto e nascimento em todo o mundo, contribuindo para o desenvolvimento de uma sociedade mais solidária e comprometida com a paz.

Em 2004, o PAISM foi substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ganhando maior força enquanto política e incluindo grupos antes marginalizados, como as mulheres homossexuais, as presidiárias, as indígenas e as negras; e ainda foi lançado pelo Ministério da Saúde o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo de estruturar a vigilância dos óbitos maternos e neonatais em âmbito nacional.

A Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) procurou ampliar a sua atuação propondo a realização dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas, com a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal por meio do fortalecimento da capacidade técnica dos profissionais das principais maternidades do país.

Já em 2005, houve a publicação da Portaria nº 1.067, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005a) objetivando o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Outro avanço a ser considerado foi o plano de ação relativo aos anos de 2004 a 2007, frente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher desenvolvida pela equipe do governo à época. O plano considera, num enfoque de gênero, a evolução das políticas, a situação sociodemográfica e o

diagnóstico da saúde da mulher no Brasil (BRASIL, 2004b), tendo como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde, e busca consolidar os avanços em relação à saúde reprodutiva, enfatizando a melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no controle e no combate à violência doméstica e sexual. Contempla ainda, de forma pontual, a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e a atenção às mulheres vivendo com vírus ou com a síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), introduzindo entre as metas a redução da mortalidade por AIDS na população feminina.

A Área Técnica de Saúde da Mulher/MS estabeleceu uma importante parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), com o objetivo de desenvolver atividades conjuntas que reduzissem as taxas de cesarianas desnecessárias nos hospitais e maternidades do setor privado; então, no dia 30 de maio de 2006, foi lançada a Campanha pelo Parto Normal e Redução das Cesáreas Desnecessárias.

E ainda em 2006, o Pacto pela Vida, uma das três vertentes do Pacto pela Saúde, onde a Área Técnica de Saúde da Mulher participou da construção, informou as seis prioridades pactuadas, incluindo duas relacionadas com a saúde da mulher: redução da mortalidade materna, com os objetivos e metas em: a) reduzir em 5% a razão de mortalidade materna; b) garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto; e c) qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, e controle do câncer do colo de útero e da mama.

2.1.2. As participações de organizações não governamentais

Há ainda os diversos grupos e organizações não governamentais (ONGs) que incorporaram e defendem o parto normal e a redução da morbimortalidade materna, a exemplo da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), representada como sociedade científica e órgão consultivo que congrega médicos ginecologistas e obstetras, assessorando todo e qualquer programa que vise à melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde da mulher brasileira e participando, junto ao MS, na construção de Normas Técnicas e Materiais Educativos, como: Urgências e Emergências Maternas (2000) e Parto, Aborto e Puerpério; em parceria com a ABENFO-Nacional (2001).

A Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) é um movimento formado por profissionais de camadas médias, como médicos, enfermeiros e profissionais da saúde, que buscam modificar a assistência ao parto em geral e no âmbito da saúde pública (TORNQUIST, 2007), tendo como público alvo mulheres e homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida, bem-estar e bem nascer (REHUNA, 2007).

A entidade de classe Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricas (ABENFO) integra enfermeiros de todo o país das áreas Ginecológica, Obstétrica e Neonatal. A Entidade, além de promover o desenvolvimento técnico, científico, cultural e profissional para o avanço da profissão, tem representado um papel importante no que tange à participação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto e nascimento; e no aumento em

quantidade e qualidade desses profissionais através do suporte técnico aos cursos de especialista em Enfermagem Obstétrica; como também, na promoção dos concursos para titulação de especialista para aqueles enfermeiros que atuam verdadeiramente na assistência ao parto e nascimento há cinco anos ou mais (BRASIL, 2004a).

Um de seus objetivos é o de contribuir para a diminuição dos altos índices de cesáreas no Brasil, através de um estilo de cuidar naturalístico e humanizado em prol da vida, apoiando as iniciativas do Ministério da Saúde e contribuindo para o aumento do número de especialistas na área (op. cit., 2004a).

Esta Associação propõe-se também a apresentar as novidades da pesquisa e da prática da Enfermagem na área de Obstetrícia e Neonatologia, através de eventos periódicos a nível nacional como: os Congressos Brasileiros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), tais como:

- I COBEON, com a temática: A enfermagem obstétrica no contexto sócio-cultural brasileiro, realizado em São Paulo, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)/Universidade de São Paulo (USP), de 8 a 12 de julho de 1994;
- II COBEON com a temática: Qualidade na assistência ao parto e nascimento, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no Rio de Janeiro, de 13 a 16 de julho de 1999;
- III COBEON, com o tema: A contribuição da enfermagem obstétrica na diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, realizado em Salvador, na Bahia, de 16 a 20 de julho de 2002;

- IV COBEON, com o tema: Saúde da mulher, cultura e sociedade. Esse evento aconteceu em conjunto com ao 15th International Congress on Women's Health Issues/ICOWHI e foi realizado em São Pedro, São Paulo, de 7 a 10 de novembro de 2004, sendo a EERP/USP a Instituição patrocinadora;
- V COBEON, em conjunto com o II Fórum de Discussão das Práticas de Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, tendo como temática central: Modos de SER e FAZER da Enfermagem Obstétrica e Neonatal: da formação à atenção, realizado na cidade de Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul, de 14 a 17 de outubro de 2007;
- E o mais recente: o VI COBEON que tem como tema central: Qualificação da atenção e dos recursos humanos de Enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido, e será realizado no período de 24 a 26 de junho de 2009, na cidade de Teresina, no Piauí.

Para fazer jus à sua atividade principal de promover a área da Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, no dia 9 de agosto de 2007, em Ribeirão Preto (São Paulo) na EERP/USP, foi realizado o I Fórum Nacional de Políticas sobre Qualificação Profissional em Enfermagem Obstétrica, baseado no conjunto das Competências Essenciais para o exercício básico da Obstetrícia/Confederação Internacional de Parteiras (ICM, 2000), intencionando indicar um conjunto de competências essenciais, em nível nacional, para a atuação do enfermeiro, obstetrix e enfermeiro obstetra na área Obstétrica. E em novembro de 2008, no 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), em Belo Horizonte (Minas Gerais) foi realizado o II Fórum Nacional de Políticas

sobre Qualificação Profissional em Enfermagem Obstétrica.

Em nível regional, no Estado do Rio de Janeiro, a ABENFO-RJ promoveu os 1º, 2º e 3º Encontros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (ENEON) do Estado do Rio de Janeiro, com as seguintes temáticas, respectivamente: A influencia do enfermeiro obstetra na implementação do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento (12 de abril de 2006); As perspectivas contemporâneas da Enfermagem frente a gestação, parto e nascimento (de 12 a 14 de abril de 2007); e A prática da Enfermagem Obstétrica e Neonatal no SUS: fortalecendo os nexos na inserção do pacto pela saúde (de 10 a 12 de abril de 2008), trazendo conferencistas de todo o Brasil e contando, também, com a participação de representantes de escolas de Enfermagem públicas e privadas, ONG, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde para discutir questões relativas ao parto e nascimento.

É válido ressaltar que neste último evento a ABENFO-RJ, em conjunto com a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, homenageou auxiliares e técnicos de Enfermagem, enfermeiros docentes e assistenciais, instituições de saúde e de ensino, agraciando-os com trezentas (300) moções de louvor pelo transcurso do Dia Nacional da Enfermagem Obstétrica.

2.2. A política de recursos humanos na área obstétrica

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade política e institucional na formulação e implementação de políticas de interesse para o setor saúde, dentre as quais destaca-se a ordenação da formação de recursos humanos.

Em outubro de 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos

Humanos para Saúde sob o tema “Política de recursos humanos rumo à reforma sanitária”, consolidando as análises até então realizadas sobre a temática e propondo uma agenda para o movimento de reforma sanitária. O relatório dessa Conferência serviu de base para as discussões e produções técnicas e científicas que se seguiram.

No período inicial da década de 90, o debate em torno do desenvolvimento de recursos humanos emergiu com o apontamento da insatisfações dos gestores quanto ao desempenho profissional nos serviços de saúde (GIL, CERVEIRA & TORRES, 2002).

Em setembro de 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, que teve como tema central “Os desafios éticos frente às necessidades do setor de saúde”, e como propostas aprovadas: a articulação entre saúde e educação; a integração das instituições de ensino com os prestadores de serviços público, privado e o controle social; a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estadual e municipal de Saúde; a obrigação das instituições públicas e privadas em implantar e implementar planos de formação e desenvolvimento para seus trabalhadores; estabelecimento de critérios através dos Conselhos de Saúde, para formação em todos os níveis de ensino, para criação e abertura de cursos na saúde; a criação de comissões intersetoriais de recursos humanos e a criação de sistema de informação e educação no trabalho.

Ao priorizar as propostas contidas no Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna, elaborado em 1995, o Ministério da Saúde previu, entre outras ações, o estímulo à implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e uma das ações colocadas em prática e

financiada pelo Sistema Único de Saúde foi em relação à melhoria da qualidade da assistência à gestação, parto e pós-parto. Foi elaborado um plano pelas Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS), Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) e Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) para atuação em três etapas da assistência, intencionando a sua implantação em todos os estados (BRASIL, 2002), através dos seus órgãos competentes.

A primeira etapa, iniciada em maio de 1998, consistiu em adotar medidas para melhorar a qualidade da assistência ao parto, por meio do aumento no valor da remuneração do parto normal e da anestesia. Também havendo a inclusão de pagamento do parto realizado por enfermeiro obstetra e do limite de pagamento, considerando-se a relação percentual entre cesarianas e partos normais.

A mudança no modelo de atenção ao parto rumo à humanização, ou seja, mais dignidade no atendimento e redução das intervenções desnecessárias, foi incentivada pelo Ministério da Saúde que criou o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, instituído pela Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998, e que desde 1999 já foi concedido a 15 maternidades das cinco regiões do país; e em parceria com a ONG Curumim, implementou um Programa para Capacitação de Parteiras em municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (op. cit, 2002).

A segunda etapa do plano tratou da melhoria da qualidade em urgências e emergências obstétricas. A partir de junho de 1998, passou-se a investir na organização de um sistema de atenção à gestação de alto risco em todos os estados. Os investimentos beneficiaram 226 maternidades cujos recursos foram direcionados à aquisição de equipamentos para aparelhamento das unidades

de saúde, treinamento de profissionais e criação de centrais de regulação de leitos, para evitar que as mulheres ficassem peregrinando pelas cidades em busca de atendimento. Elevou-se, também, o valor pago pelas internações de gestantes com intercorrências, gerando um repasse adicional de recursos financeiros aos estados (BRASIL, 2002).

A terceira e última etapa buscou investir na melhoria da qualidade da assistência pré-natal e no vínculo entre o pré-natal e a assistência ao parto. Em junho de 2000, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que iria repassar às secretarias municipais de saúde um valor por gestante adequadamente assistida com, no mínimo, seis consultas de pré-natal, oito exames, uma consulta pós-parto e um valor a mais pelo parto (op. cit., 2002).

O aumento da demanda por profissionais qualificados, promovido pelas Portarias Ministeriais e guiados pela Norma Operacional Básica (NOB)/96, indicou a necessidade de capacitar sistematicamente recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2000a).

Os recursos humanos de Enfermagem participam de modo efetivo da dinâmica do poder na saúde, atuando de modo a facilitar e potencializar objetivos sanitários nacionais e regionais, contribuindo de formas diversas para o alcance das metas de oferta de saúde para todos (OMS, 2002).

Há indisponibilidade de enfermeiros e obstetrias para a atenção à saúde, observamos êxodo destes profissionais, verificamos condições inadequadas de trabalho e de integração deles aos serviços, concorrendo para graves conseqüências para a qualidade e abrangência da atenção em saúde.

Sem um contingente suficiente de profissionais de Enfermagem, poderá

ocorrer falência do sistema de saúde e fracasso no alcance de três (03) entre oito (08) Objetivos do Milênio (MALVAREZ & AGUDELO, 2005), que são a redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde das gestantes e combate a AIDS e outras doenças.

Lançada publicamente em 2003, e tendo sua implantação iniciada em 2004, em conformidade com o Plano Nacional de Saúde e consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH - HumanizaSUS), foi definida a chamada “Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde”, denominada “Qualisus”, com o objetivo central de elevar o nível de qualidade da assistência prestada à população pelo SUS, por meio da qualificação e valorização dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004c).

Em março de 2006, convocada pela Portaria Ministerial nº 592, de 20 de abril de 2005, foi realizada a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tendo como objetivo propor diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, e como referência a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), ampliando a participação e a co-responsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução dessa política, qualificando o debate e fortalecendo o compromisso nacional nesse campo. O tema central foi: “Trabalhadores de saúde e a Saúde de todos os brasileiros; Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação”.

Assim, nos reportamos à Constituição brasileira que determina “a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde é do SUS” (BRASIL, 1988, Art 200, inciso III) implicando, dentre outras, na adoção de critérios para a criação de cursos e habilitações profissionais,

bem como para as instalações de escolas universitárias onde as necessidades, dos serviços de saúde se fazem prementes.

2.2.1. A qualificação do enfermeiro obstetra

Segundo Michaelis (2000), no sentido etimológico, capacitação é o ato de capacitar, isto é, tornar capaz. Ser capaz é ter competência para desenvolver suas funções, ou seja, ser hábil.

Para Depresbiteris (2001), competência é a capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes em tarefas; e competência profissional é a capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício de uma situação profissional.

A qualificação do profissional de saúde, sempre intenciona capacitá-lo, tanto para as relações, as intervenções, o diagnóstico simplificado como também, para o uso e/ou a criação de tecnologias leves e leves-duras³.

A qualificação do enfermeiro em Obstetrícia passa pela competência em saber assistir à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal; sobre o conhecimento acerca da fisiologia e da dinâmica do nascimento, e das possíveis complicações, sendo essencial para o desenvolvimento do cuidado com segurança, fazendo com que, desta forma, situações de risco materno e fetal sejam identificadas precocemente; e o reconhecimento de que o cuidado deve ser planejado (BRUGGEMANN, 2003), tendo como referência as recomendações da Organização Mundial de Saúde (1996), relativas à redução

³ As tecnologias podem ser classificadas em tecnologias leves (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento), leves-duras (saberes bens estruturados que direcionam o trabalho, como a clínica e a epidemiologia, entre outras) e duras (como os equipamentos tecnológicos, as máquinas, estruturas organizacionais, normas que condensam em si saberes já materializados, acabados) (MERHY, 1997).

das intervenções desnecessárias e a utilização criteriosa das tecnologias disponíveis.

Os enfermeiros obstetras têm muito a contribuir atuando como geradores de transformações na assistência para torná-la menos intervencionista, mais humanizada e inovadora no nascimento, conseqüentemente, diminuindo a morbidade e a mortalidade materna e fetal (BRUGGEMANN, 2003). Nesse sentido, procura-se considerar a mulher como sujeito do parto, mostrando que a sua participação é fundamental para o sucesso do processo, o qual deve acontecer da maneira mais natural possível.

As diretrizes para a formação de profissionais devem ser pautadas em princípios que contemplem a competência técnica e humanística, que possibilitem que estes profissionais possam propor alternativas de transformação da realidade e passem a ocupar definitivamente um visível espaço no mundo da assistência obstétrica (op. cit, 2003).

No contexto atual de mudança de paradigma da assistência à saúde obstétrica, a humanização engloba conhecimentos, práticas e atitudes profissionais que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e preserve sua privacidade, individualidade e autonomia.

Por isso, é fundamental que no exercício de suas funções, o profissional leve em conta o contexto e a concepção de saúde, que tem como referência institucional as seguintes diretrizes estabelecidas pelo SUS: equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde, que contemplam as

dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença. Sendo assim, essas premissas devem ser difundidas como novas culturas na educação profissional.

Segundo Sacramento (2005), a motivação principal em relação à qualificação do enfermeiro em geral, e do enfermeiro obstetra em especial, visa atender as determinações legais no âmbito do ensino e da prática, e tem sido uma das preocupações relevantes e prioritárias nos fóruns consultivos e decisórios em níveis nacional, regional, estadual e local.

Neste sentido, a ABENFO concebe a qualificação profissional não só como um reforço à identidade profissional, mas também como uma relação social. Se considerarmos a qualificação profissional como um dos acessos do trabalhador ao saber envolvido no processo de trabalho, estaremos incorporando, além da aquisição de conhecimento técnico, uma dimensão política, já que a aquisição desse conhecimento estaria condicionada ao grau de controle do trabalhador sobre a produção (MAMEDE et al., 2008).

2.2.1.1. A competência do enfermeiro obstetra e o respaldo legal

Historicamente, o trabalho de parto e o parto normal eram acompanhados no espaço doméstico, onde a mulher era assistida por outras mulheres, geralmente uma parteira de sua confiança, contando também com familiares. Ela permanecia em seu ambiente, onde tinha liberdade e direito de agir, ou seja, participava do processo parturitivo de forma ativa.

Segundo Oba (1996, p. 21), “o parto é institucionalizado no século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução da mortalidade infantil e materna”.

A institucionalização do parto foi aceita na área de saúde, pois os serviços médicos alegavam que isso traria maior segurança na atenção obstétrica e, por consequência, diminuiria os riscos que envolvem o momento do parto normal. Portanto, este cuidado não era peculiar às mulheres, mas sim a importância do nascimento para a sociedade.

De acordo com Moura & Wolf (2004), por muitos anos o parto foi um evento privado, íntimo e feminino, passando a ser vivido de maneira pública e institucionalizado quando se deslocou para as instituições de saúde. O parto, então, tornou-se um momento desconhecido e amedrontador, mas em contrapartida, possibilitou aos profissionais propiciar à mulher uma assistência mais asséptica.

O parto institucionalizado fez com que as mulheres não pudessem mais escolher com quem e onde poderiam parir o seu filho. E hoje, no Brasil, cerca de 90% dos partos são realizados em ambientes hospitalares (MARTINS & PEREIRA, 2002).

No Rio de Janeiro, a assistência ao parto está concentrada na rede hospitalar, em mais de 90% dos casos. Aproximadamente, 65% dos partos são assistidos pelas instituições próprias ou conveniadas ao SUS, tendo havido um aumento expressivo da participação das unidades gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) nessa assistência, a partir da década de 90 (CREMERJ, 2008).

O retorno ao parto natural é uma alternativa das políticas públicas realizada com trabalho profissional, base científica e, precisa ter claro que, para se legitimar é necessário escapar da armadilha do modismo; primar pela atenção/cuidado de qualidade e ponderar os riscos da homogeneização, tanto

na naturalização quanto na medicalização/cirurgificação do processo de parturição em nossa sociedade (ABEN, 2005).

O parto normal é um processo fisiológico, existencial e sócio-cultural, sendo mais favorável à saúde da mulher por não possuir tantos riscos no pós-parto, a recuperação ser mais rápida quando comparada aos outros tipos, não ser invasivo, aumentar a interação mãe-bebê, e a criança nascer no momento em que ela e o organismo da mulher estão preparados.

Segundo a OMS (1996, p. 4), o parto normal pode ser conceituado como:

Parto de início espontâneo, baixo risco no início de trabalho de parto, permanecendo assim durante o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições.

As evidências científicas (op. cit, 1996) relativas ao parto e nascimento, como a não necessidade, por exemplo, de tricotomia, enema e episiotomia para um trabalho de parto sem riscos, apontam que os modelos baseados em profissionais não médicos, como os enfermeiros obstetras, apresentam melhores resultados do que os modelos baseados na medicalização do processo de nascimento, pois são profissionais que aliam conhecimento técnico-científico sistematizado e comprovado às práticas humanizadas de assistência ao parto.

Para Schirmer (2003), a Resolução 5.412, de 2001, da World Health Assembly (WHA), declarou haver a consciência de que os enfermeiros e as parteiras desempenham uma função crucial e eficaz com relação aos custos para reduzir a elevada mortalidade, morbidade e incapacidade, por meio da assistência à gestação e ao parto normal, assim como, para fomentar estilos de vida saudável. No mesmo documento, destaca o interesse na intensificação da

ação do referido profissional, para potencializar ao máximo sua contribuição.

Os enfermeiros obstetras devem ter o perfil e a competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade e encaminhando aqueles que necessitam de assistência especializada (MERIGHI & GUALBA, 2002) com maior capacidade de discernimento, para um desempenho técnico e ético-político de qualidade na assistência à mulher; atendendo dessa forma as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MOURA & WOLF, 2004).

O Ministério da Saúde percebe o enfermeiro obstetra integrando à equipe de saúde da seguinte forma:

Espera-se que o enfermeiro obstetra, integrando a equipe de saúde na construção da qualidade da assistência na atenção ao pré-natal, parto e puerpério, esteja preparado para desenvolver um trabalho de promoção e prevenção em saúde, assim como acompanhar a mulher em todas as fases da reprodução e pós-parto, quer realizando consultas de Enfermagem, exames físicos e obstétricos, encaminhamentos e ações educativas, ou ainda, humanizando o atendimento (BRASIL, 2001, p. 33).

A prática do enfermeiro obstetra é entendida como uma prática autônoma na qual se realiza um conjunto de atividades direcionadas para a atenção à saúde da mulher, focalizada particularmente na gravidez, parto e nascimento, período pós-parto, cuidado ao recém-nascido, ao planejamento familiar e nas necessidades ginecológicas (MAMEDE et al., 2008), e respaldada por leis, decretos, resoluções e portarias ministeriais.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, de nº 7.498, datada de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1986), no Artigo 11, alíneas *g, h, i*; assim como o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 (COFEN, 1987), que a regulamentou, em seus Artigos 8º - inciso II, alíneas *h, i, j, l*, e 9º - incisos I, II,

III, definem a competência do enfermeiro ou da obstetrix na assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. Essas disposições definem, inclusive, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, à sua execução sem distócia, e ainda, a participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos prioritários e de alto risco.

Entre as Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde sobre o assunto, estão as de nº 3.016/98, nº 3.477/98 e nº 3.482/98, que criaram e organizaram o Sistema Estadual de Referência do Atendimento Hospitalar de Gestante de Alto Risco, e a de nº 163/98 (BRASIL, 1998a) que legitima, uma vez mais, as atribuições do enfermeiro obstetra e determina o Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de parto normal.

A Portaria nº 2.815/98 inclui nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o grupo de procedimentos e a assistência ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra, ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 1998b). Essa Portaria abrange três implicações: a) reforçar a legislação do exercício profissional da Enfermagem, no que diz respeito às competências do enfermeiro obstetra e institucionaliza esse exercício na rede pública e privada dos Serviços de Saúde; b) impor novos desafios na ampliação dos quantitativos e qualitativos de enfermeiros obstetras; c) provocar mudança no modelo de gestão e assistência ao parto e nascimento na perspectiva de gênero e humanização.

E a Portaria nº 985/1999, que cria o Centro de Parto Normal (CPN) no

âmbito do SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, estabelece normas e critérios de inclusão, definindo suas características físicas, equipamentos mínimos e recursos humanos necessários para o funcionamento, sendo que o Artigo 6º identifica como integrante necessário da equipe mínima para o funcionamento do CPN um (01) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia (BRASIL, 1999).

A Resolução nº 223 do Conselho Federal de Enfermagem, de 03 de dezembro de 1999, solicitada pela ABENFO-Nacional através de sua Presidenta, à época, Profª Drª Maria Antonieta Rubio Tyrrell, dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, deixando claro no Artigo 1º a competência da realização do parto normal sem distócia, por enfermeiros e portadores de diploma, certificado de obstetriz ou enfermeiro obstetra, bem como especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher; sendo ainda de competência desses profissionais, com respaldo no Artigo 2º, a assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; e a execução e assistência obstétrica em situação de emergência; e seguindo no Artigo 3º, compete apenas ao enfermeiro obstetra, obstetriz, especialista em Enfermagem Obstétrica e Assistência a Saúde da Mulher: a assistência à parturiente e ao parto normal; a identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico; a realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber; a emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar e o acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta (COFEN, 1999).

E a Resolução COFEN nº 308/2006, que revoga a de nº 305/2006, que dispõe sobre a normatização das responsabilidades do enfermeiro quanto ao funcionamento de Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no período gravídico-puerperal, sendo que seu Artigo 6º versa sobre o dever do enfermeiro em garantir a existência, em termos de recursos humanos mínimos necessários ao funcionamento do Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, sendo a equipe constituída por um (01) enfermeiro coordenador com especialidade em Obstetrícia; um (01) enfermeiro assistencial com especialidade em Obstetrícia; um (01) técnico de Enfermagem; um (01) auxiliar de Enfermagem; um (01) auxiliar de serviços gerais e um (01) motorista de ambulância, por período de funcionamento (COFEN, 2006).

Recentemente, obtivemos mais um ganho para a Enfermagem Obstétrica: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) publicou a Resolução Normativa nº 167/2007, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e se constitui em referência básica para a cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, citando na Seção IV – Do Plano Hospitalar com Obstetrícia, Artigo 16, Parágrafo Único, para fins de cobertura do parto normal, a aceitação do procedimento realizado por enfermeiro obstetra (BRASIL, 2007b).

De acordo com Tyrrell (1993), essas Portarias institucionalizaram a atuação do enfermeiro obstetra nas redes pública e privada dos serviços de saúde no país para a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, no cotidiano profissional, a assistência ao parto normal com a participação do enfermeiro obstetra, embora seja um procedimento de direito,

ainda não é de fato uma ação reconhecida, respeitada e institucionalizada no Sistema Único de Saúde, mesmo tendo o apoio das políticas públicas ministeriais e das resoluções do Órgão fiscalizador da categoria.

2.2.2. O incentivo à especialização em Enfermagem Obstétrica

Em 1997, a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), por meio de um levantamento sobre o número de especialistas formados em 20 anos no Brasil, junto às escolas de Enfermagem de todo o país, concluiu que haviam apenas 2.756 enfermeiros com habilitação ou especialização em Enfermagem Obstétrica, formados por 19 escolas. E ainda, que a maioria das escolas que ofereciam o curso estavam localizadas na região Sudeste, com destaque para o Estado de São Paulo (BONADIO et al.,1999).

A partir das Portarias Ministeriais exaradas em 1998, relativas à área Materno-Infantil, teve início o incentivo e a promoção da formação de um número suficiente de enfermeiros qualificados para assumir a assistência humanizada no pré, trans e pós-parto normal, visando à integralização das ações em toda a cadeia de atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, com estratégias de atenção menos intervencionista e iatrogênica.

Então, por iniciativa das escolas ou faculdades de Enfermagem, para atender as necessidades do país em relação à formação de profissionais qualificados para a assistência, nos moldes de especialização, e por incentivo e financiamento do Governo, através de recursos públicos, começaram a ser implantados pelo Brasil, os cinquenta e cinco (55) cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica financiados com recursos públicos, e em parceria com

as secretarias estadual e municipal de saúde das respectivas regiões. Desta forma, os enfermeiros assumiriam a prioridade na redução da morbimortalidade materna e perinatal (SACRAMENTO, 2005).

O apoio do Ministério da Saúde para o desenvolvimento desses cursos, de acordo com a Resolução nº 3/99 do Comitê de Ensino Superior (CES), em parceria com instituições de ensino superior, secretarias estaduais e municipais de saúde, cria uma estrutura favorável para garantir o envolvimento dos órgãos formadores com as instâncias de gestão do SUS (BRASIL, 2000a).

Nesse contexto, coube à Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras e à Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, determinar pontos básicos e critérios técnicos para o financiamento dos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, em âmbito nacional, compatíveis com as demandas da população feminina, em especial, no processo do parto e nascimento humanizados, bem como para atender as metas e propostas governamentais (SACRAMENTO, 2005).

Os critérios técnicos adotados pelo Ministério da Saúde propunham: uma carga horária entre 460 e 600 horas, com duração entre 6 a 12 meses, objetivando: 1) formar enfermeiros(as) para realização do parto normal; 2) capacitar enfermeiros(as) para identificação dos riscos obstétricos e perinatal; 3) capacitar enfermeiros(as) com bases epidemiológicas, clínicas e humanísticas no contexto do SUS. A clientela-alvo era direcionada para 80% de enfermeiros da Rede Ambulatorial e Hospitalar do SUS e Programas Saúde da Família (PSF), e 20% da área da educação pública e/ou privada; a experiência proposta para os alunos era baseada nos critérios da ABENFO (1998)

que consistiam na assistência de vinte (20) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto, quinze (15) atendimentos à recém-nascidos na sala de parto e quinze (15) consultas de pré-natal, sendo a avaliação através de monografia ou relatório (BRASIL, 2000a).

Em maio de 2002 ocorreu, em Brasília, a 1ª Reunião de Avaliação destes cursos financiados pelo Ministério da Saúde, por meio de convênios firmado em 1999 e 2000 (BRUGGEMANN, 2003). Presentes estavam cinquenta e três (53) coordenadores de cursos desenvolvidos nas cinco (5) regiões do país. Os dados apresentados mostraram que era esperada a formação de 1.014 enfermeiros titulados por esses cursos de especialização (pós-graduação *lato sensu*) em Enfermagem Obstétrica considerando que, naquela data, alguns cursos ainda estavam em andamento. Deste total, 51% dos enfermeiros estavam atuando em projetos locais de maternidades, centros de parto normal e Programas de Saúde da Família (op. cit, 2003).

Os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica muito vêm contribuindo para o desenvolvimento e fortalecimento desta área de conhecimento, através do aumento do número de profissionais qualificados, das pesquisas desenvolvidas nos trabalhos de conclusão de curso e da constante busca dos docentes pelo aperfeiçoamento (BRASIL, 2004a).

A receptividade dos enfermeiros à especialização é atribuída ao constante desenvolvimento técnico-científico, que apresenta demandas e reflexos na prática, resultando na necessidade de atualização dos conhecimentos, do reforço ou aquisição de novas habilidades, a fim de assegurar um desempenho profissional com qualidade e segurança (VIANA, 1995), além de maior satisfação decorrente do domínio de conhecimentos e qualificação alcançados (CORDEIRO & CRUZ, 2001).

2.3. A EEAN e os seus CEEO: breve histórico e papel social

No âmbito da reforma sanitária ocorrida no Rio de Janeiro em 1920, liderada pelo insigne cientista e sanitarista Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foi firmado um convênio que previa a vinda de um grupo de enfermeiras norte-americanas patrocinadas pela Fundação Rockefeller, integrando a Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil (1921-1931), responsável pela institucionalização da moderna Enfermagem profissional (TYRRELL & SANTOS, 2007).

A primeira demonstração de poder dessa Missão ocorreu em 1921: a criação de um serviço de enfermeiras na mesma linha hierárquica das demais inspetorias do DNSP. A segunda, em 1923, foi a criação e implantação da Escola de Enfermeiras do DNSP⁴, de acordo com os padrões de ensino norte-americanos (op. cit, 2007).

Em 1931, com a regulamentação do exercício da profissão no país, conforme Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, foram fixadas condições para a equiparação das demais escolas de Enfermagem existentes, ou a serem criadas, sendo a Escola de Enfermagem Ana Neri considerada, à época, a escola oficial padrão - o que institucionalizou o "Padrão Ana Neri" (PAN).

Em 1937, de forma pioneira, a Escola foi incorporada à Universidade do Brasil⁵, conforme Lei nº 452/37, tornando-se um estabelecimento de ensino superior em 1945, de acordo com a Lei nº 8.393/45 (CARVALHO, 1976). A

⁴ A primeira Escola de Enfermagem Moderna no Brasil, segundo o modelo "Nightingale", foi criada pelo Decreto nº 16.300/23, no Rio de Janeiro, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Posteriormente foi denominada Escola de Enfermagem D. Ana Néri, pelo Decreto nº 17.268/26, implantando a carreira de Enfermagem em nível nacional (TYRRELL & SANTOS, 2007).

Escola de Enfermagem Ana Neri adequa-se, então, às mudanças determinadas pelo Conselho Federal de Educação (CFE):

➤ Em 1962, em relação à nova reformulação do currículo de Enfermagem, o Parecer CFE nº 271, de 19 de outubro de 1962, fixou o primeiro currículo mínimo para o curso (SANTOS, 2003);

➤ Em 1972, segundo Carvalho *apud* Araújo (2006), ocorreu a aprovação pelo CFE do Parecer nº 163/72 e da Resolução nº 4/72, que vigorou até dezembro de 1994, frente à proposta para a revisão do currículo mínimo do curso de Enfermagem e Obstetrícia, elaborada pela Comissão de Educação da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), intencionando a distribuição semestral das disciplinas em dois básicos e seis de formação profissional, incluindo a Enfermagem em Saúde Pública. Ainda no último ano do curso, as alunas podiam optar entre as habilitações em: Enfermagem Obstétrica, Enfermagem da Comunidade e Enfermagem Médico-Cirúrgica;

➤ Na década de 90, pelo Parecer CFE nº 314/94, homologado pela Portaria nº 1.721 do Ministério da Educação, em 15 de dezembro de 1994, o Conselho Federal de Educação reformulou o currículo mínimo para a formação de enfermeiros, em relação ao retorno dos conteúdos relativos à Saúde Pública e à mudança de carga horária mínima do curso de graduação, que passou para 3.500 horas/aula, incluindo as 500 horas de estágio prático, com duração não inferior a dois semestres letivos realizados sob orientação docente (GALLEGUILLLOS & OLIVEIRA, 2001).

Atualmente, a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) é uma Instituição de Ensino, Pesquisa e Extensão, vinculada ao Centro de Ciências da

⁵ Atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), de acordo com o Plano de Reestruturação aprovado pelo Decreto nº 60.455-A, de 13 de março de 1967, com autonomia administrativa e didático-pedagógica, cujos recursos financeiros procedem da distribuição orçamentária do referido CCS (SACRAMENTO, 2005).

Sua finalidade é qualificar recursos humanos para atender às necessidades de saúde e doença na população e às demandas do mercado de trabalho. Para tanto, oferece cursos em nível de Graduação e Pós-Graduação: *lato sensu e stricto sensu*, além do Programa de Pós-Doutorado, desenvolvendo também atividades de extensão e de pesquisa.

Segundo Tyrrell (2003), a Escola de Enfermagem Anna Nery registra um papel histórico-social de vanguarda, expansão e desenvolvimento da Enfermagem brasileira; destacando-se, dentre outras iniciativas, a criação em 1926, da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a criação de novas escolas de Enfermagem e a organização de hospitais e centros de saúde.

A mesma autora (op. cit, 2003) destaca ainda que, em oitenta e seis anos de existência, a Escola vem objetivando a formação de enfermeiros em nível de Graduação, sendo que há mais de quarenta anos na Pós-Graduação, especificamente na qualificação dos mesmos em nível de Especialização; trinta e sete anos de Mestrado, pioneiro no país (1972); vinte anos de Doutorado (1989) e um caminhar em Programas de Pós-Doutorado (2001), em atividades de Cooperação Técnica e Científico-Cultural em alguns países da América Latina (Argentina, Colômbia, México e Peru) e da África (Angola e Moçambique) (op. cit., 2003); e intercâmbios Institucionais nacionais e internacionais para os

cursos de Mestrado e Doutorado, e para o Programa de Qualificação Interinstitucional (PQI).

A EEAN possui projetos concluídos e em andamento com financiadores em iniciação científica, aperfeiçoamento, produtividade e pesquisa, apoio técnico, com financiamento de bolsas e auxílios financeiros da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em nível nacional e internacional, desenvolve pesquisas multicêntricas e convênios.

O Programa de Pós-Graduação e Pesquisa tem por finalidade produzir conhecimentos que promovam mudanças no cotidiano assistencial e de ensino, através de discussões, desenvolvimento de pesquisas e implementação de novos métodos e técnicas, além de qualificar recursos humanos para atender às necessidades de saúde da população e às demandas do mercado de trabalho.

A estrutura acadêmico-administrativa da Pós-Graduação é composta por uma (01) Coordenação Geral e cinco (05) Coordenações Adjuntas: do curso de Doutorado; do curso de Mestrado; dos cursos *Lato Sensu*, Coordenação Adjunta de Pesquisa e Desenvolvimento e Coordenação Adjunta de Aperfeiçoamento Docente e Discente.

O desenvolvimento de pesquisa na Instituição ocorre através dos Núcleos de Pesquisa dos cinco Departamentos, totalizando oito Núcleos:

- Departamento de Enfermagem Fundamental – História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS) e Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE);

- Departamento de Enfermagem em Saúde Materno-Infantil - Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM) e em Saúde da Criança (NUPESC);
- Departamento de Enfermagem em Saúde Pública - Enfermagem e Saúde do Trabalhador (NUPENST) e Enfermagem em Saúde Coletiva (NUPENSC);
- Departamento de Metodologia da Enfermagem – Educação, Gerência e Exercício Profissional em Enfermagem (NUPEGPEEn);
- Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Hospitalar (NUPENH).

O corpo docente atua em atividades de ensino, pesquisa, orientação e extensão, participando em bancas examinadoras na Unidade. Dentro e fora da Universidade, realiza conferências, palestras e cursos em eventos acadêmicos de impacto nacional e internacional. Desenvolve, também, atividades de assessoria e consultoria; integra as comissões de premiações, o conselho editorial de periódicos indexados e as comissões junto ao Ministério da Saúde, secretarias de saúde, associações de classe e órgãos governamentais, apresentando liderança e participação na comunidade científica mundial, com representatividade em associações e conselhos, a exemplo do Conselho Executivo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Atualmente, a Escola apresenta-se no cenário nacional e internacional através das afiliações à ABEn-Nacional, desde 2005, e à Asociación Latinoamericana de Escuelas e Facultades de Enfermería (ALADEFE/UDUAL), desde 1997 (TYRRELL & SANTOS, 2007).

2.3.1. Os cursos de pós-graduação da EEAN

Embora tenha sido pioneira na implantação e realização de cursos de especialização em Pedagogia desde o início da década de 40, foi a partir de 1948, que o ensino de especialidades como Obstetrícia e Saúde Pública, passou a ser ministrado como especialização (TYRRELL & SANTOS, 2007).

A Lei nº 4.024 de 1961, em seu artigo 69, alíneas *b* e *c*, refere-se a cursos de pós-graduação. Em 1965, quatro anos depois da vigência da Lei, o então Ministro de Educação e Cultura Flávio Suplicy de Lacerda, desejando implantar e desenvolver esses cursos de pós-graduação e tendo em vista a nítida imprecisão sobre a natureza dos mesmos, solicitou ao Conselho Federal de Educação que se pronunciasse sobre a matéria e a regulamentasse. O Parecer nº 977/65, de autoria do Conselheiro Newton Sucupira, esclareceu magistralmente a origem, a natureza, os objetivos, as características e a classificação dos cursos de pós-graduação em *stricto sensu* e *lato sensu*, e outros pontos analisados pelo notável Conselheiro.

Mais à frente, a Resolução nº 14/77, do extinto Conselho Federal de Educação, regulamentou os cursos de pós-graduação *lato sensu* quanto à sua duração, corpo docente e demais condições. Em 6 de outubro de 1983, a referida Resolução foi revogada pela Resolução CFE nº 12/83, que fixou condições de validade dos certificados dos cursos de aperfeiçoamento e especialização para o Magistério Superior (BRASIL, 1979).

A criação dos cursos de pós-graduação apontava para a cientificidade da categoria e a necessidade vigente de enfermeiros especialistas, exigindo do profissional uma postura questionadora, participativa, autônoma e, sobretudo, com o desenvolvimento de competências interpessoais. Estas diretrizes

estabeleciam que o enfermeiro deveria possuir competências técnico-científicas, ético-políticas, sócioeducativas que definiam o perfil do profissional egresso como: humanista, crítico e reflexivo.

A EEAN ofereceu, entre 1957 e 1965, e depois, em 1985, cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica com periodicidade anual, qualificando um total de 47 enfermeiros especialistas. Os primeiros cursos tiveram a duração de 12 meses em período integral, com carga horária variando entre 900 a 1.300 horas. E o último, até então em 1985, teve como carga horária 410 horas, ministradas duas vezes por semana. O objetivo principal era preparar os docentes inseridos no ensino da Enfermagem Obstétrica, além de alguns enfermeiros que atuavam nos campos de estágio da área, mas não possuíam titulação (SACRAMENTO, 2005).

Já que o perfil epidemiológico da morbimortalidade materna e perinatal do Município do Rio de Janeiro estava alto, a força de trabalho de Enfermagem Obstétrica era baixa e havia necessidade das instituições de saúde de sua formação (BRASIL, 2000a), o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica foi ministrado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, com apoio do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM); reiniciando em 2000, firmando convênios junto às Secretarias de Saúde Estadual e Municipal do Rio de Janeiro e com o Ministério da Saúde, financiado pela OPAS/OMS, e administrado financeiramente pela Fundação José Pelúcio Ferreira, visando atender à proposta governamental de somar esforços intencionando aumentar os quantitativos e qualitativos de enfermeiros das unidades obstétricas, da rede pública fundamentalmente, capazes de atuar com competência técnico-científica requerida pela realidade de saúde da

mulher brasileira e fortalecer a formação de recursos humanos na área da saúde/enfermagem (PROJETO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DA EEAN, 2000).

2.3.2. A configuração dos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica

A proposta dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica foi idealizada pela Prof^a Dr^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell, titular da área da Enfermagem Materno-Infantil do DEMI, cabendo à Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, através do mesmo Departamento, a responsabilidade administrativa, acadêmica e de outorga do título de: “Especialista em Enfermagem Obstétrica”, inerente ao desenvolvimento e conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, respeitando os critérios técnico-administrativos determinados pelo Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica da Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e da ABENFO-Nacional (BRASIL, 2000a).

A Direção da EEAN, à época dos Cursos, coincidentemente, conforme apresentado no Quadro 1, era composta por Professores Doutores membros do Departamento Materno-Infantil o que, com certeza, facilitou o decorrer das atividades, uma vez que a equipe comungava com o mesmo entendimento sobre as necessidades da Enfermagem Obstétrica.

É válido ressaltar que a Coordenação Administrativa e Acadêmica era composta apenas por enfermeiros especialistas em Obstetrícia, ou com habilitação em Obstetrícia, mais uma vez facilitando as articulações referentes à área específica.

Quadro 1 – Estrutura administrativa dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ - 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Carga	Ano Local	Professores Responsáveis			
		2000	2003	2004	2005
		Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Campos dos Goytacazes	Rio de Janeiro
Diretora da EEAN		Profa. Dra. Ivone E Cabral	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell
Chefe do Departamento		Profa. Dra. Claudia Santos e Prof. Dr. Roberto José Leal	Profa. Dra. Ana Beatriz A Queiroz	Profa. Dra. Ana Beatriz A Queiroz	Profa. Dra. Ana Beatriz A Queiroz
Coordenação do Curso	Coordenação Administrativa				
	Profa. Ms. Ivone Pereira Ferreira	Profa. Ms. Ivone Pereira Ferreira	Profa. Dra. Claudia Santos*; Prof. Ms. Eduardo Alexander Julio César Fonseca Lucas**; Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell***	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell	
	Coordenação Acadêmica				
	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell e Profa. Dra. Claudia Santos	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell e Profa. Dra. Carla Luzia F Araújo	Profa. Dra. Maria Antonieta R Tyrrell e Profa. Dra. Carla Luzia F Araújo	

* até o dia 15/03/2006, por licença médica. ** do dia 15/03/2006 até o término do mês de março. *** do início de abril até o final desta edição do Curso.

Fonte: Arquivo documental dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ – período 2000 a 2005. Consulta efetuada em 2008.

Os Cursos tinham como objetivos principais, capacitar e/ou qualificar os enfermeiros(as), em um período máximo de 12 meses para a atenção integral à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal, numa abordagem perinatal de saúde pública e epidemiológica; assistência ao pré-parto e parto normal sem distócia; detecção de fatores de risco perinatais; a prestação de cuidados ao recém-nascido normal na sala de parto, e principais problemas do período de adaptação extra-uterina e na reanimação neonatal; na atualização em tecnologias perinatais; nas ações educativas sobre a promoção da saúde e

prevenção de problemas relacionados com a saúde reprodutiva; além da assistência à mãe e à família na perspectiva de gênero e da humanização.

A Proposta Pedagógica compreendia as unidades didáticas que eram compostas pela parte teórica e prática apresentadas a seguir no Quadro 2.

Quadro 2 – Unidades didáticas e carga horária dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ - 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Unidades Didáticas	Ano Local	Carga Horária							
		2000		2003		2004		2005	
		Rio de Janeiro		Rio de Janeiro		Campos dos Goytacazes		Rio de Janeiro	
	T	P	T	P	T	P	T	P	
Unidade I – Saúde da Mulher: Novas Tendências e Perspectivas		30	-	30	-	15	-	15	-
Unidade II - Metodologia da Pesquisa		15	15	15	15	15	30	15	30
Unidade III - Metodologia do Ensino Superior		15	15	15	15	15	15	15	15
Unidade IV - Assistência de Enfermagem à Mulher na Fase Reprodutiva		116	567	90	270	90	270	90	270
Unidade V - Assistência de Enfermagem à Mulher com Problemas Ginecológicos		15	30	15	30	15	30	15	30
Unidade VI - Assistência de Enfermagem Neonatal		30	60	30	60	30	60	30	60
Unidade VII - Gerenciamento da Unidade Obstétrica		15	30	15	30	15	30	15	30
Unidade VIII - Reanimação do Recém-Nascido		-	-	-	-	07	08	07	08
Total		236	717	210	420	202	443	202	443
Total		953		630		645		645	

Fonte: Arquivo documental dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ – período 2000 a 2005. Consulta efetuada em 2008.

Estas unidades didáticas foram aperfeiçoadas em cada nova edição dos Cursos, no sentido de redefinir a ementa, os objetivos, os conteúdos e atualizar a bibliografia.

Quanto à carga horária, o Ministério da Saúde, por meio dos Critérios para Elaboração de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica

(BRASIL, 2000a) sugeriu que os Cursos fossem planejados e desenvolvidos com 1/3 de conteúdo teórico e 2/3 de conteúdo prático.

Como metodologia dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica foi utilizada aulas expositivas e debates sobre aspectos ideológicos, teóricos e conceituais; grupos de discussão de estudos de casos clínicos, seminários, oficinas e workshops; visitas dirigidas nos serviços de assistência à mulher e ao recém-nascido; elaboração de relatórios técnicos; conferências e palestras, além da participação em eventos do calendário da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro.

Os módulos eram iniciados pela teoria, ministrados nas duas primeiras edições, de segunda à sexta-feira, no Pavilhão de Aulas da EEAN ou no Centro de Estudos do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), e geralmente, no período da tarde. Nas duas últimas edições, os módulos da teoria foram ministrados às sextas-feiras e sábados. Em 2004, o Curso foi desenvolvido nas dependências da Universidade Estácio de Sá, na Unidade de Campos de Goytacazes, e em 2005, retornando ao Pavilhão de Aulas da EEAN.

Os campos de estágio, como demonstra o Quadro 3, eram os serviços vinculados ao SUS, requeridos por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), promovendo a atuação profissional, assegurando a qualificação da clientela e a prática de assistência ao parto eutócico (normal), conforme disposto na institucionalização de atendimento pelo enfermeiro obstetra.

Quadro 3 – Unidades de saúde para prática supervisionada dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ - 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Ano	Local	HESFA	HEAS	HMHP	CMSMC	HMCD	HSE	ME/UFRJ	MLD	HMON	HMAF	HMFM	HGSCM-RJ	HMST	SCM - CG	HPC	CMSG	HBP	
Unidades de Saúde																			
2000	RJ	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2003	RJ	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2004	CG	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X
2005	RJ	X	-	-	X	X	-	-	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: HESFA: Hospital Escola São Francisco de Assis * HEAS: Hospital Estadual Albert Schweitzer * HMHP: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro * CMSMC: Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau * HMCD: Hospital Maternidade Carmela Dutra * HSE: Hospital dos Servidores do Estado * ME/UFRJ: Maternidade Escola/Universidade Federal do Rio de Janeiro * MLD: Maternidade Leila Diniz (Curicica) * HMON: Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth * HMAF: Hospital Maternidade Alexandre Fleming * HMFM: Hospital Maternidade Fernando Magalhães * HGSCM/RJ: Hospital Geral Santa Casa de Misericórdia/Rio de Janeiro * HMST: Hospital Maternidade Santa Terezinha * SCM/SG: Santa Casa da Misericórdia/Campos de Goytacazes * HPC: Hospital Plantadores de Cana * CMSG: Centro Municipal de Saúde Guarús * HBP: Hospital Beneficência Portuguesa.

Fonte: Arquivo documental dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ – período 2000 a 2005. Consulta efetuada em 2008.

As aulas de prática supervisionada para as turmas divididas em grupos ocorriam nos dias úteis da semana, em plantões de 12 horas (diurno/noturno) nos setores relativos à: ginecologia, pré-natal, pré-parto, sala de parto, centro obstétrico, alojamento conjunto, neonatal e puerpério das unidades de saúde conveniadas, como também, nos laboratórios disponíveis da instituição de ensino concedente. Apenas na edição de 2003, a prática supervisionada ocorreu aos sábados, em plantões diurnos/noturnos de 8 a 12 horas, havendo ainda uma atividade complementar em grupo, que foi a visita realizada à Casa de Parto de Juiz de Fora, na Universidade Federal de Minas Gerais.

O corpo docente possuía um efetivo de vinte e cinco professores, entre mestres, doutores, doutorandos e professores convidados de outras instituições, realizando as atividades em sala de aula e/ou preceptoria. Na

segunda e terceira edições, alguns egressos desses Cursos passaram a fazer parte do corpo docente como preceptores, demonstrando e reafirmando a qualidade da formação desses profissionais da EEAN/UFRJ.

Para a avaliação da disciplina era disponibilizado um instrumento de avaliação, ao término de cada unidade didática, para que o especializando avaliasse, de forma livre, sobre o desenvolvimento, conteúdo, metodologia, entre outros aspectos, contendo ainda espaço para elaborar considerações críticas e sugestões.

Os recursos bibliográficos da EEAN foram de referência para a Enfermagem Obstétrica, cujo acervo possuía um dimensionamento específico em relação ao número de exemplares na área, adequados ao desenvolvimento e direcionamento de estudos, em especial para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O quantitativo de vagas oferecidas pelos CEEO era da competência do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA)/SES/RJ, e os critérios eram definidos pelo perfil da região, interesse das instituições e dos profissionais. As vagas disponibilizadas aos enfermeiros que trabalhavam na assistência à saúde da mulher eram preenchidas por indicação da Unidade de Saúde de origem do profissional, com seleção efetuada pela EEAN por meio da análise curricular e entrevista individual. A Escola solicitava um documento de liberação institucional do profissional para cursar a Especialização, uma carta de compromisso da instituição de origem objetivando garantir a oportunidade do profissional utilizar efetivamente os conhecimentos adquiridos, e uma carta de compromisso pessoal garantindo a permanência profissional na instituição de trabalho pelo

dobro do período de duração do Curso de Especialização requerido.

De acordo com os critérios do Ministério da Saúde para indicação dos enfermeiros que deveriam participar da seleção, a prioridade era dada a quem estivesse trabalhando em serviços de assistência à saúde da mulher e no Programa de Saúde da Família (PSF). O referido Órgão governamental incluiu também as exigências de liberação do profissional pelo serviço para desenvolvimento das atividades curriculares; no tempo médio de 10 anos para retorno ao serviço público; promoção de treinamento para auxiliares e técnicos de Enfermagem e capacitação de parteiras tradicionais (BRASIL, 2000a).

As vagas sempre eram oferecidas para a demanda do Estado do Rio de Janeiro, respeitando as orientações do MS, destinando 80% às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, identificadas no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Instituições de procedência e/ou municípios dos alunos dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ - 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Instituições de Procedência e/ou Municípios	Ano Local	Vagas Oferecidas				Total
		2000	2003	2004	2005	
		Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Campos dos Goytacazes	Rio de Janeiro	
Vagas Oferecidas		15	20	20	25	80
Hospital Municipal do Andaraí		3	-	-	-	3
HESFA/UFRJ		1	-	-	-	1
EEAN/UFRJ		1	-	-	1	2
Hospital M. Carmela Dutra		3	1	-	-	4
Hospital Estadual Pedro II		3	3	-	4	10
Hospital M. Oswaldo de Nazareth		2	1	-	-	3
Hospital Estadual Albert Schweltzer		2	1	-	5	8
CMS Marcolino Candau		-	2	-	-	2
Hospital Geral de Bonsucesso		-	2	-	-	2
Hospital dos Servidores do Estado		-	1	-	-	1
Hospital M Alexandre Fleming		-	1	-	-	1
Hospital M Herculano Pinheiro		-	2	-	1	3
Maternidade Escola da UFRJ		-	2	-	-	2
Hospital E Adão Pereira Nunes		-	2	-	2	4
Hospital Municipal Miguel Couto		-	1	-	-	1
Bom Jesus de Itabapoana		-	-	2	-	2
Itaperuna		-	-	3	-	3
Miracema		-	-	2	-	2
Natividade		-	-	3	-	3
Santo Antônio de Pádua		-	-	3	-	3
Campos de Goytacazes		-	-	4	-	4
Macaé		-	-	2	-	2
São Francisco de Itabapoana		-	-	1	-	1
São Fidélis		-	-	0	-	0
São João da Barra		-	-	1	-	1
Hospital Estadual Rocha Faria		-	-	-	0	0
Coordenação M de Enf de Macaé		-	-	-	2	2
Coordenação Municipal de Quissamã		-	-	-	1	1
Coord Materno-Infantil de Belford Roxo		-	-	-	1	1
SEMIC)/Duque de Caxias		-	-	-	2	2
Hospital Municipal de Xerém		-	-	-	1	1
Hospital M Mariana Bulhões/N. Iguaçú		-	-	-	0	0
Hospital Estadual Azevedo Lima/Niterói		-	-	-	1	1
Carapebús		-	-	-	0	0
Vagas Preenchidas		15	19	21	21	76
Total de Aprovados		13	17	21	21	72

Fonte: Arquivo documental dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ – período 2000 a 2005. Consulta efetuada em 2008.

Na edição do Curso de 2000, houve um abandono e uma reprovação por motivo de doença. Por isso, nos anos seguintes, a Coordenação dos CEEOs decidiu que o número de vagas seria ampliado de quinze (15) para vinte (20), objetivando ter um quantitativo satisfatório de enfermeiros obstetras participantes.

Na edição de 2003, foram oferecidas vinte (20) vagas, sendo preenchidas dezenove (19), havendo ainda dois (02) casos de reprovação, oriundos da mesma Unidade de Saúde: Hospital Estadual Adão Pereira Nunes/Saracuruna.

Em 2004, foram oferecidas vinte (20) vagas para a demanda do Estado do Rio de Janeiro, contemplando alguns Municípios da região Noroeste e Norte. As vagas oferecidas e não ocupadas, eram remanejadas para outros Municípios da mesma localidade. A turma foi aberta com vinte e um (21) profissionais inscritos, e finalizou com 21 concluintes.

No ano de 2005, vinte (20) vagas foram oferecidas para a demanda de enfermeiros da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, e cinco (05) para demanda de Instituições de Ensino Superior, sempre havendo o remanejamento entre Instituições do mesmo grupo. A turma foi aberta com vinte e um (21) inscritos dos Hospitais do Município do Rio de Janeiro, e de municípios circunvizinhos, e findou com 21 especialistas.

A quantidade de enfermeiros obstetras formados pela EEAN durante esse período foi maior no Hospital Estadual Pedro II e no Hospital Estadual Albert Schweitzer, Unidades de Saúde que possuíam menor percentual de cesarianas em 2007 (SIHD, 2008) respectivamente, de 11,19% onde o programado era de 30%, e de 12,35% onde o programado era de 20%, níveis

bem abaixo do esperado e com certeza, provenientes da qualificação desses profissionais para a atenção ao parto normal nessas Unidades de Saúde.

É válido ressaltar que os funcionários enfermeiros que recebiam as indicações pelas suas Instituições de trabalho para cursarem a Especialização, possuíam, algumas vezes também, matrículas ou vínculos empregatícios em outras Unidades de Saúde ou Instituições de Ensino públicas ou privadas, que não receberam esta oferta. Então, essa qualificação direcionada pela EEAN, não só atingia a relação de instituições parceiras, mas também a outras, promovendo uma transmissão do conhecimento e da assistência obstétrica de qualidade dentro do Estado e do Município do Rio de Janeiro.

O critério de avaliação do discente priorizava a capacidade técnica e de segurança no desempenho da assistência, como pode ser identificado no Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 – Critérios de avaliação dos alunos dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ - 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Critérios	Ano Local	Edições dos Cursos			
		2000	2003	2004	2005
		Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Campos dos Goytacazes	Rio de Janeiro
Frequência		85%	85%	85%	75%
Pontualidade		X	X	X	X
Participação em aulas teóricas		X	X	X	X
Entrega pontual dos trabalhos		X	X	X	X
Trabalho científico e/ou estudo de caso		X	X	X	X
Relatórios de observações e de atividades		X	X	X	X
Desempenho na prática:					
<ul style="list-style-type: none"> Assistência à mulher em ginecologia (20 casos no mínimo) 		X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Consultas pré-natais (20 casos – acompanhamento de no mínimo 6 consultas de cada caso) 		X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento no trabalho de parto (20 casos no mínimo) 		X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Assistência direta ao parto (20 casos no mínimo) 		X	X	X	X
Assistência no alojamento conjunto (20 casos no mínimo – acompanhamento até alta)		X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Assistência ao recém-nascido (20 casos no mínimo) 		X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Experiência em chefia de unidade obstétrica e neonatal 		X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Visitas e/ou estágios de observação em maternidades e unidades neonatais 		X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliar (20 casos no mínimo – dos acompanhados no aloj. conjunto) 		X	X	-	-

Fonte: Arquivo documental dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ – período 2000 a 2005. Consulta efetuada em 2008.

A partir de 2005, a frequência mínima avaliada apresentou uma redução de 85% para 75%, atendendo aos critérios da Resolução nº 03/99 revogada pela Resolução CNE/CES nº 01/2001, que estabelecia normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. Essa alteração, além de ficar em conformidade com as normatizações pré-estabelecidas, também auxiliou aos alunos em relação ao aumento da quantidade de faltas sem reprovação, visto que esses enfermeiros possuíam outras atividades que poderiam dificultar a assiduidade, já que muitas vezes alguns deles não eram liberados dos respectivos serviços, mesmo nas Unidades de Saúde que se comprometeram com a liberação desses profissionais.

É válido ressaltar que as aulas práticas estavam em conformidade com o preconizado pela Área Técnica em Saúde da Mulher/MS, como também pela ABENFO-Nacional (BRASIL, 2000a), em relação às atividades/quantidades de práticas descritas: acompanhamento ao trabalho de parto; assistência direta ao parto; assistência no alojamento conjunto e assistência ao recém-nascido.

A atividade prática, nesse caso a consulta de pré-natal, foi identificada pelo MS com o quantitativo suficiente de quinze (15) consultas. Entretanto, a Escola inseriu em seus critérios um total de vinte (20) consultas como base para a avaliação.

Ainda foram acrescentadas, mas por identificação da EEAN em relação às necessidades da região, a assistência à mulher em ginecologia, experiência em chefia em unidade obstétrica e neonatal e visita domiciliar, que foi oferecida pela última vez em 2003.

Isto por inferência causado pela falta de segurança pública, das áreas atendidas, gerando possíveis dificuldades/transtornos para os especializandos nos respectivos atendimentos.

2.3.2.1. A evolução dos cursos

O **1º Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica** do DEMI/EEAN/UFRJ, foi desenvolvido com apoio do MS e da ABENFO-Nacional. Teve como base legal o convênio assinado entre o Reitor da UFRJ José Henrique Vilhena de Paiva e o MS, cabendo a administração financeira a Fundação Universitária José Bonifácio (FUJB)/UFRJ. Foi aprovado em todos os Colegiados competentes: em 26/04/00, pelo Corpo Deliberativo do DEMI; em 13/09/00 pelo Conselho de Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN; em 20/09/00 pela Congregação da EEAN; em 10/11/00 pela Câmara de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRJ); em 23/03/01 pelo Conselho de Ensino para Graduados (CEPG/SR2/UFRJ), e iniciou sua turma em 4 de dezembro de 2000, e findou em 27 de julho de 2001.

A sessão solene de encerramento do Curso ocorreu no dia 11 de setembro de 2001, e sob a Coordenação do Curso e o Chefe do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Professor Roberto José Leal. Foram convidados à cerimônia as autoridades da SMS e SES do Rio de Janeiro, os Diretores das Instituições de origem dos enfermeiros e todos os alunos e seus familiares. Nesta oportunidade foi entregue aos especialistas uma pasta contendo, dentre outros, o Manual do MS sobre “Parto, Aborto e Puerpério” e uma declaração de término do Curso, uma vez que a outorga dos certificados

seguiram as normas estabelecidas pela Sub-Reitoria de Pós-Graduação da UFRJ.

O **2º Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica** iniciou sua turma em 4 abril de 2003, e findou em 12 de dezembro de 2003, através do DEMI, onde o NUPESM e o NUPESC assumiram a responsabilidade administrativa acadêmica e de outorga do título, inerentes ao desenvolvimento e conclusão do Curso, com apoio do MS, cabendo a administração financeira à Fundação José Pelúcio/UFRJ.

O **3º Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica** financiado pelo Ministério da Saúde, através da OPAS/OMS, continuou respeitando os critérios técnico-administrativos determinados pelo Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica da Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher/Ministério da Saúde (MS), sendo ainda operacionalizado por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), iniciou sua turma em 4 de junho de 2004, e findou em abril de 2005.

Este Curso tinha a finalidade específica, diferente dos anteriores, de qualificar e desenvolver o conjunto de competências básicas necessárias aos enfermeiros que trabalhavam nas maternidades (estaduais e municipais), centros de saúde, PSF, escolas de Enfermagem e outros, com características de interiorização da qualificação para a região Norte e Noroeste, com sede em Campos dos Goytacazes.

A abertura do Curso e aula inaugural intitulada “A Saúde da Mulher na Região Norte/Noroeste do Estado do Rio de Janeiro” foi realizada no Auditório da Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia/Faculdade de Medicina de

Campos – Campos dos Goytacazes, no dia 04 de junho de 2004, de 9:00 horas às 12:00 horas.

O evento foi iniciado com a participação na mesa de abertura do Dr. Evaldo Orthall (SMS de Campos dos Goytacazes), da Dra. Tizuko Shiraiwa (Coordenadora Estadual do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente), da Profa Dra Maria Antonieta Rubio Tyrrell (Diretora da EEAN/UFRJ) e do Dr. Fernando Luiz Ribeiro de Azevedo (Coordenador Municipal do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente). Às 09:30h teve início a Mesa Redonda: “Os Desafios da Assistência à Mulher na Saúde Reprodutiva”, coordenada pela Sra. Gisele Maria Hissa, secretariada pela Sra. Cristina Queiroz, quando foram apresentados os temas: “Perfil da Mortalidade Materna no Estado do Rio de Janeiro”, pela Dra. Tizuko Shiraiwa, “Assistência Obstétrica à Mulher na Região Norte e Noroeste do Rio de Janeiro”, pelo Dr. Fernando Luiz Ribeiro de Azevedo, e “Direitos Humanos e Direitos na Saúde da Mulher”, pela Profa Dra Maria Antonieta Rubio Tyrrell.

O **4º Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica** do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil/EEAN/UFRJ e Ministério da Saúde, com os recursos administrados direcionados pela Fundação Universitária José Bonifácio (FUJB), iniciou suas atividades no dia 29 de agosto de 2005, finalizando-as em outubro de 2006.

A aula inaugural apresentou-se por meio de uma Mesa Redonda, intitulada: “Os Desafios da Assistência à Mulher na Saúde Reprodutiva”, realizada no Auditório do Hospital Estadual Albert Schweitzer, abordando os seguintes assuntos: 1) O Programa de Saúde da Mulher no Estado do Rio de

Janeiro: Problemática, Desafios e Plano de Ação – apresentado pela Dra Eliana Diniz Calasans (PAISMCA/SES); 2) A ABENFO-RJ: Missão, Conquistas e Desafios – explanado pela Profa Dra Maria Aparecida Vasconcelos Moura (EEAN/UFRJ e Presidente da ABENFO-RJ, à época); 3) A Formação do Enfermeiro Obstetra: Crítica e Aspectos Críticos – apresentado pela Profa Dra Carla Luzia França Araújo (EEAN/UFRJ) e 4) Novo Paradigma da Assistência de Enfermagem à Mulher: A Casa de Parto David Capistrano Filho da SMS/RJ – exposição feita pelo Enf. Almir Ferreira.

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1. Conceituação teórica

Segundo Minayo (2000), o importante não é quantificar, mas explicar as relações sociais que são apreendidas através do cotidiano, da experiência vivida, tendo como cerne do trabalho a atividade humana.

Portanto, para aprofundar e fundamentar as discussões fomos buscar apoio teórico em Agnes Heller, filósofa húngara neomarxista, cuja obra vasta pode ser classificada em dois grupos: um que trata da História da Filosofia; e outro que tem como temas centrais a Teoria das Necessidades e a Teoria do Cotidiano. Este último foi a base do referencial utilizado nesta pesquisa, por focar a vida diária, o saber cotidiano e científico, a heterogeneidade do grupo social, as colisões da vida cotidiana e o trabalho. Para melhor compreensão do leitor, segue-se uma breve explanação desta Teoria e de seus princípios.

Conforme descreve Heller (2000), na sua simplicidade, o homem não consegue perceber a complexidade do cotidiano que lhe permite apreender valores, realizar escolhas, comunicar-se com os outros e tornar-se apto a participar do grupo humano comunitário, movendo-se no ambiente social. Portanto, é na vida cotidiana que o homem se torna consciente do “eu” e do “nós”, percebendo-se como ser particular e genérico, simultaneamente.

Ainda para a mesma autora (op. cit), é na vida cotidiana que se produzem as relações sociais entre os homens; é na cotidianidade que o indivíduo se insere na sociedade, reproduzindo as atividades e as culturas

existentes. Por outro lado, também é no cotidiano que a sociedade se transforma, inicialmente com pequenas alterações na vida de cada indivíduo, até alcançar o âmbito da coletividade. Estar inserido na sociedade significa organizar uma vida cotidiana capaz de conduzir a uma continuidade, em interação com os outros à sua volta e com o modo de produção social. No caso do enfermeiro obstetra, após a sua especialização, teria que enfrentar o desafio de viver na sua comunidade de trabalho, de construir seu cotidiano, sua história de vida na sociedade na qual iria pertencer.

Ainda segundo a autora (2000, p. 17), “a vida cotidiana é a vida de todo o homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão de trabalho individual e físico”. O homem participa na sua totalidade, com todos os aspectos de sua individualidade e personalidade, colocando-se aí todos os seus sentidos, capacidades, habilidades, sentimentos e ideologias.

Além das vivências, há que se destacar a importância do saber adquirido na cotidianidade, que se traduz na soma dos conhecimentos sobre a realidade essencialmente heterogênea e em atividades que se entrecruzam (trabalho, lazer, estudo, vida privada, descanso, entre outras), tudo utilizado de modo efetivo na vida cotidiana de forma também heterogênea (HELLER, 1994).

O enfermeiro especialista traz vivências anteriores, oriundas da graduação e da assistência, saberes adquiridos na sua cotidianidade e que não podem ser desprezados. Traz consigo também inúmeras expectativas de um aprofundamento teórico na área profissional por ele escolhida, expectativas estas nem sempre alcançadas.

Para Heller (2000), existe uma obrigatoriedade em relação ao que se deve saber, que difere nos distintos grupos sociais, que por analogia para a

Enfermagem Obstétrica, o profissional enfermeiro deve executar ações humanizadas para se adequar ao contexto social em que vive, fazendo assim com que esse (re)nasça inserido na cotidianidade, onde ela norteará uma integração deste ser único, particular, num contexto maior representado pela comunidade em que ele estiver inserido.

Segundo esta autora, é preciso um mínimo de saber cotidiano, que seria a soma dos conhecimentos que todo sujeito deve interiorizar, para poder existir e mover-se em seu ambiente. Onde este mínimo varia de acordo com a época e o estrato social a que pertence este conjunto de conhecimentos, e diminui em função do desenvolvimento da divisão de trabalho (HELLER, 1994).

Diferente do saber cotidiano é o saber científico, um fenômeno totalmente moderno, que decorre das aquisições científicas. Quando esse saber é englobados pelo pensamento cotidiano, converte-se em seu guia (op. cit, 1994).

O enfermeiro, na sua prática diária na área de saúde da mulher, busca e assimila as informações científicas (teoria) por meio de cursos de atualização, capacitação e especialização, esse conhecimento adquirido, a partir desse momento, passa a ser utilizado em sua assistência, tornando-se referência para as suas ações na área obstétrica e ginecológica.

Então, as informações científicas introduzidas no saber cotidiano não servem somente como um guia do saber prático, mas também para satisfazer o interesse e a curiosidade dos homens; e estes representam o germe da atitude teórica do pensamento cotidiano, necessário para que surja a ciência (op. cit, 1994).

Para o enfermeiro, essas informações científicas adquiridas satisfazem-no não só pela apropriação do conhecimento, mas também pela utilização do mesmo como embasamento para análises, discussões e reflexões sobre a prática, e supostamente, o desenvolvimento de novas ações na área da Enfermagem Obstétrica.

A aquisição das informações científicas e seu englobamento no saber não são somente consequência da curiosidade e do interesse pessoal: representam a necessidade de certos ambientes sociais e sua cultura. Os estudantes de nível superior são instruídos a um certo nível científico que os introduzem no meio homogêneo das ciências particulares. Porém, eles podem não prosseguir fazendo ciência. Apenas recebem e assimilam a informação científica que poderá ser usada mais tarde, em algum ambiente social (HELLER, 1994).

Sob a ótica desta concepção teórica, é certo que o enfermeiro obstetra, quando inicia o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, já traz consigo uma vivência e um saber representados pela sua cotidianidade anterior; ou seja, quando busca qualificar-se, ele já vem com um saber adquirido a respeito da atividade de Enfermagem, embora não ainda de uma forma específica e aprofundada.

Por ser o curso de especialização voltado para o fazer da Enfermagem Obstétrica, por analogia, podemos deduzir que a cotidianidade desse enfermeiro será semelhante ao de qualquer profissional de Enfermagem, com inúmeras aquisições científicas acerca do pensamento e do saber e, sobretudo, do fazer inerente à profissão.

Porém, por se tratar de um curso de especialização, com uma vertente voltada para o ensino e a pesquisa, poderá despertar neste enfermeiro uma atitude científica que, emergindo do pensamento, poderá levá-lo a ultrapassar esta cotidianidade, muitas vezes contribuindo para a não limitação do pragmatismo que tem caracterizado a profissão, em sua prática.

Outro aspecto a ser abordado refere-se à heterogeneidade do grupo social no qual os enfermeiros obstetras estão ou serão inseridos no dia-a-dia. Pela característica da equipe de saúde e da própria equipe de Enfermagem, que é fragmentada e hierarquizada, existe uma realidade de múltiplas relações sociais, de diferentes estratos sociais, que faz com que a convivência nesse diária não seja tão harmônica.

Este contexto resulta em que os contatos não sejam feitos de pessoa para pessoa, e sim, de uma pessoa que ocupa um posto determinado na divisão social do trabalho, com outra, que ocupa um outro posto (HELLER, 1994) como, por exemplo, na relação médico/enfermeiro, que também pode ser vista de uma forma hierarquizada em relação à importância das atividades. Não sendo essa hierarquia fixa, pode variar conforme a estrutura social (estrato/classe social).

As relações que aparecem na vida diária são baseadas nos contatos determinados pela divisão de trabalho e distinguidos em dois grupos: as relações que se baseiam na horizontalidade, ou seja, na igualdade, e àquelas baseadas na verticalidade, representada pela desigualdade (op. cit, 1994).

As que se baseiam na desigualdade envolvem relações de dependência ou de superioridade/inferioridade. As primeiras são sempre de natureza pessoal, enquanto as de superioridade/inferioridade refletem a posição que

ocupam as pessoas de um modo permanente da divisão social de trabalho, evidenciando as desigualdades sociais e, como conseqüência, o fato de que são, a princípio, relações alienantes, segundo Heller (1994), sendo muito comuns em nossa realidade dentro do ambiente hospitalar.

Ainda no âmbito das relações sociais, temos as colisões da vida cotidiana, sendo a mais comum a disputa, representada pela colisão de interesses particulares, em que o grau da disputa é proporcional ao quantitativo de interesses particulares (op. cit., 1994).

Se a disputa está sendo motivada por interesses particulares, isto não significa que cessando a particularidade desapareça. Além disso, não se disputa nada com qualquer pessoa. Nas relações sociais baseadas na desigualdade, quem se encontra em relação de dependência não pode disputar com a pessoa da qual depende (op. cit., 1994).

Para Heller (op. cit), normalmente as disputas são verbais, porém elas não podem ser consideradas debates ou discussões, também muito comuns na vida cotidiana porque, nestes casos, os argumentos são ouvidos por ambas as partes, ao contrário da disputa, em que as pessoas não se respondem, repetindo somente seus argumentos que correspondem aos próprios interesses.

Um outro tipo de colisão comum na vida cotidiana são os conflitos que, segundo a mesma autora (op. cit), constituem-se em uma forma de embate em que também podem estar presentes os interesses e afetos particulares, mas cuja motivação principal é dada por valores genéricos e, principalmente, morais.

Em um conflito, os interesses e motivos envolvidos possuem valores superiores (em primeiro lugar morais) de conteúdo positivo. Ressaltado que o

valor somente será positivo quando se tratar de uma questão efetivamente importante e decisiva, e não se constituir num sinal de intolerância (HELLER, 1994).

No conflito, também a ação verbal é a mais freqüente. Mas, ao contrário da disputa, ele se dá através do debate (moral contra moral, visão de mundo contra visão de mundo), conduzindo a uma discussão sobre os argumentos do adversário, que são levados em conta (op. cit., 1994).

De acordo com esta mesma autora, a disputa visando exclusivamente a interesses particulares, muito provavelmente, não permitirá uma mudança na forma de vida dos indivíduos, ao contrário do conflito, que implica numa possibilidade desta mudança, colocando-os em níveis mais elevados.

Do exposto, fica claro que a disputa e o conflito constituem efetivamente dois grupos distintos de embates cujos limites, na *práxis*, são quase sempre imperceptíveis.

Dentro do contexto da realidade da equipe Obstétrica, estes embates são muito freqüentes, uma vez que se trata de grupos sociais heterogêneos e hierarquizados. As disputas e os conflitos, segundo a visão sociológica de Heller, fazem parte deste cotidiano repleto de interesses e divergências, principalmente em relação ao trabalho de parto e ao parto normal.

A disputa mais comum é a do poder. O poder institucional, que aparece através da ocupação dos cargos, e que se baseia mais no interesse econômico e na manutenção do *status quo*; no poder das classes profissionais de saúde e na relação de poder existente dentro da própria equipe de Enfermagem.

No entanto, os conflitos também são comuns, uma vez que neles se envolvem diferentes atores oriundos de camadas sociais diversas e, conseqüentemente, com visões sociais de mundo também muito diferentes.

Outro ponto importante a ser abordado é o trabalho. Na visão marxista, o homem transforma a si mesmo quando transforma a natureza através do processo de trabalho. Para o homem, o trabalho é toda ação ou objetivação diretamente social que seja necessária para uma determinada sociedade (HELLER, 1994).

A especificidade ontológica do trabalho faz com que seja, ao mesmo tempo, uma ocupação cotidiana e uma atividade imediatamente genérica que supera a habitual e não tem nenhuma relação necessária com sua alienação (op. cit., 1994). Mas, embora o trabalho seja um terreno propício à alienação, a vida diária não é necessariamente alienada, sem uma margem de movimento, de possibilidades de explicitação subjetiva (desejos, gostos, sentimentos, expressões, entre outras). Sendo assim, a alienação da vida cotidiana não é insuperável, apresentando-se também como *locus* de construção da práxis e da libertação, onde se dão as “revoluções invisíveis”, lentas, porém, significativas, consideradas como alavancas das grandes transformações sociais.

Para Heller (op. cit), o processo de trabalho é uma atividade fundamentalmente genérica do homem, que transcende a rotina diária. Porém, quando este se torna alienado, sua execução perde toda a sua forma de auto-realização, servindo única e exclusivamente para a conservação da existência particular.

3.2. Metodologia

3.2.1. Natureza da pesquisa

O caminho metodológico da investigação demarca uma abordagem qualitativa visando à valorização dos dados subjetivos, em uma pesquisa social.

Sobre as questões de investigação, Minayo (2008, p. 10) entende que:

A pesquisa é a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

Consideramos esse enfoque mais adequado, na medida em que o estudo tem como pressuposto a necessidade de identificar a prática profissional dos egressos dos CEEOs da EEAN/UFRJ.

A propósito da pesquisa qualitativa, Minayo (op. cit., p. 10) descreve que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Em relação à pesquisa social, Minayo (op. cit, p. 22) afirma que:

A pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação, primeiramente, são constituídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo, faz parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos.

3.2.2. Método

É parte dos métodos qualitativos a obtenção de dados descritivos, mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação de estudo (NEVES, 1996). O interesse, portanto, incide naquilo que o caso em estudo tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações.

Para Gil (2008), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetivos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados.

No pensamento desse autor (op. cit., 2008), essa modalidade pode ser dividida em várias etapas como: formulação do problema, definição da unidade-caso, determinação do número de casos, elaboração do protocolo, coleta de dados, avaliação e análise dos dados e preparação do relatório final ou conclusão.

Portanto, após termos definido as três primeiras etapas, citadas por Gil (2008), demos continuidade às etapas do processo.

3.2.3. Sujeitos

O universo estudado foi composto por enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EEAN/UFRJ, financiados através de recursos públicos, do período compreendido entre 1998 e 2005, que atuam no Município do Rio de Janeiro, sendo estes os critérios de inclusão na pesquisa.

Utilizamos como critério de exclusão os egressos formados pelo CEEO em 2004, pois as vagas oferecidas para esta edição do Curso contemplou os enfermeiros do Município de Campos dos Goytacazes, dificultando assim o acesso aos sujeitos para localização, contato e agendamento das entrevistas.

Para o desenvolvimento do estudo houve uma aproximação entre as partes, como também, apresentamos os objetivos e a finalidade da dissertação, garantindo-lhes o sigilo e o anonimato, com base na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que foi elaborado em duas vias, sendo uma para ser entregue ao sujeito da pesquisa, e a outra para ficar arquivada com a pesquisadora. Os encontros foram solicitados e agendados respeitando as preferências de local, data e horário dos entrevistados.

Salientamos que o estudo foi encaminhado (Apêndice B) ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/UFRJ, sendo aprovado (Anexo A) conforme também prevê a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob Protocolo nº 06/2008, de 15 de fevereiro de 2008.

3.2.4. Cenário da pesquisa

Como cenário, optamos pelos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE0), financiados por recursos públicos, oferecidos pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ através do Departamento Materno-Infantil (DEMI). Justificamos tal escolha pela EEAN ter sido a primeira Escola de Enfermagem Moderna no Brasil, segundo o modelo “Nightingaleano”; e ser uma Instituição de Ensino Federal cuja história está intimamente ligada às questões de origem sócio-políticas de nosso país; como foi dito, comungando

com as diretrizes do Ministério da Saúde frente às questões de atenção à saúde da mulher.

O norteamento do recorte temporal foi limitado aos anos de 1998, justificado pela implantação de um conjunto de ações, por meio de Portarias Ministeriais, que tinham como objetivo o estímulo à melhoria da assistência obstétrica (BRASIL, 2001) através do aumento da qualidade e da quantidade dos enfermeiros obstetras; e 2005, por ter sido a última edição dos CEEO da EEAN/UFRJ, antes da coleta de dados para a referida pesquisa.

3.2.5. Coleta de informações

Para identificar e contatar os enfermeiros egressos dos CEEO da EEAN foi necessário solicitar, por ofício (Apêndices C e D), à Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem e à Coordenação dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EEAN, as relações com os nomes e contatos dos ex-alunos do período compreendido entre 1998 e 2005, para identificar quantos Cursos foram realizados e em quais períodos.

Pensando que muitos endereços poderiam estar desatualizados, então abrimos a possibilidade de os solicitar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREn-RJ) ou à Associação Brasileira de Enfermagem do Rio de Janeiro (ABEn-RJ), a fim de viabilizar a busca e o encontro dos atores sociais da pesquisa. Mas não tivemos essa necessidade, pois quando estabelecíamos a relação com um egresso automaticamente ele nos oferecia o contato de outros integrantes de sua turma.

À medida que conseguíamos os números telefônicos, tentávamos o contato com os egressos das turmas de 2000, 2003 e 2005, já que a turma de

2004 era composta por profissionais que atuavam fora do Município do Rio de Janeiro.

A técnica utilizada como instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada individual, com perguntas abertas e fechadas (Apêndice E), controlada por meio de algarismos arábicos crescentes ordenados.

De acordo com Gauthier et al. (1998), a entrevista semiestruturada, permite que o investigador esteja presente e o informante tenha todas as perspectivas possíveis para responder com liberdade e espontaneidade, esquecendo a investigação.

O roteiro da entrevista contemplou pontos relacionados à caracterização do perfil e a identificação da prática dos enfermeiros egressos dos CEEOs da EEAN, com perguntas relativas à realidade vivida diariamente pelos sujeitos e estando diretamente relacionadas ao desenvolvimento do estudo.

O processo de entrevista para a coleta de informações deu-se durante os meses de março a setembro de 2008, em vários locais do Município do Rio de Janeiro, praticamente sempre nos respectivos locais de trabalho dos egressos, nos horários da manhã, tarde e noite/madrugada.

Foram entrevistados vinte (20) enfermeiros obstetras escolhidos de forma aleatória, à medida que conseguíamos os contatos e os mesmos aceitavam participar da pesquisa. Interrompemos a busca de mais depoimentos quando percebermos a saturação por repetição das informações coletadas.

As entrevistas foram gravadas em fita magnética, sempre com autorização dos entrevistados; e posteriormente, procedemos à transcrição dos depoimentos, que foram validados pelos entrevistados, previamente à

realização da análise. É válido ressaltar que todo este material será preservado durante cinco (05) anos, após o que será incinerado.

Segundo Lüdke e André (2001), a gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar atenção no entrevistado.

Utilizamos também a observação livre, que procurou captar a comunicação não-verbal e as manifestações que pudessem expressar as necessidades, expectativas, sentimentos e interesses, tudo descrito em um diário de campo (Apêndice F), posteriormente digitados no instrumento de transcrição das entrevistas.

Para Bogdan e Biklen (1994), o diário de campo é um relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso do recolhimento dos dados, refletindo sobre estes para um estudo qualitativo.

Os entrevistados, de um modo geral, segundo as observações livres e os apontamentos feitos no diário de campo, comportaram-se de forma cooperativa nas respostas às entrevistas, embora alguns estivessem desmotivados por cansaço das atividades diárias da prática, desinteressados por não identificarem importância na pesquisa ou ansiosos para o término da mesma, devido às funções do plantão ou a outros compromissos.

Cada entrevista individual teve a duração média de 12 minutos. Os entrevistados foram identificados como “Egressos”, e receberam um código alfa-numérico seqüencial (E₁, ...E₂₀) para assegurar o sigilo e o anonimato do respectivo depoimento.

É importante ressaltar como limitações da pesquisa a impossibilidade de manter contato com alguns egressos; a recusa de outros em participar, por

desinteresse ou receio de represália por parte da instituição onde trabalhavam, e a inadequada compreensão de algumas perguntas, tendo como conseqüência resposta insatisfatória ao objeto do estudo.

Para a realização desse trabalho, utilizamos além dos depoimentos dos sujeitos, as impressões da observação livre e os documentos oficiais referentes ao desenvolvimento do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery como contratos, cartas, projetos dos CEEO, solicitações de convênios, oferecimento de vagas, cartas de liberação, contatos dos integrantes das turmas, currículo do corpo docente; como também, documentos oficiais da ABENFO-Nacional: Resoluções, Normatizações, Anais dos COBEON, Pareceres e Laudos referentes aos Cursos de Especialização. Utilizamos ainda, as teses, dissertações, periódicos científicos, anais de encontros científicos e periódicos de indexação, resumos e livros de autoria de enfermeiros e outros profissionais que auxiliaram na fundamentação deste objeto de estudo.

No conjunto, esses recursos constituíram um rico material de informações, o que possibilitou conhecer a organização das edições dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, como também, a prática da assistência dos egressos entrevistados.

3.2.6. Tratamento e análise dos resultados

Para analisarmos os fatos surgidos na investigação, optamos pelas categorias temáticas proposta por Minayo (2000). Assim, realizamos primeiramente a ordenação dos dados, por meio do mapeamento de todas as informações obtidas no trabalho de campo, como transcrição das gravações,

leitura e releitura exaustiva do material, organização dos relatos e dos dados da observação livre/diário de campo.

Após a classificação dos respectivos dados, utilizamos como base as informações mais relevantes nos depoimentos; nesse caso o tema, que é a unidade de significação que se depreende do texto analisado, identificando qualitativamente os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso, e que apareceram em maior frequência formando os grupos de categorias temáticas.

E, por último, realizamos a análise final, procurando estabelecer articulações entre os dados coletados, a Teoria da Cotidianidade de Agnes Heller (1994) e outros autores que possibilitaram a sustentação do estudo, respondendo as questões da pesquisa com base em seus objetivos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo teve como proposta inicial trazer o objeto de estudo e os objetivos propostos referentes a prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Para atender a esses objetivos, realizamos a análise da caracterização do perfil dos entrevistados, como também das três categorias temáticas que emergiram, à luz do referencial teórico da cotidianidade de Agnes Heller (1994), e de outros pesquisadores, pertinentes à temática.

4.1. Caracterização do perfil dos entrevistados

Procuramos caracterizar o perfil dos enfermeiros que realizaram os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica na EEAN/UFRJ nos anos de 2000 a 2005 por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas, com os que se colocaram à disposição para participar da presente pesquisa.

Neste sentido, foram realizadas vinte (20) entrevistas de onde emergiram as variáveis que caracterizaram o perfil dos depoentes, no que se relaciona a idade, sexo, ano de conclusão do Curso, área e tempo de atuação.

No que se refere à faixa etária (Tabela 1), 5% encontravam-se entre 20 e 30 anos; 20% entre 30 e 40 anos; 60% predominantemente entre 40 e 50 anos e 15% entre os 50 e 60 anos.

Tabela 1: Idade dos egressos dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

Idade	f	%
20-30	1	5
30-40	4	20
40-50	12	60
50-60	3	15
Total	20	100

Por meio dessa análise, percebemos que é interessante intensificar o foco de estímulo dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, também para a faixa etária entre os 20 e 30 anos, visto que seriam profissionais que teriam um tempo maior de atividades e desenvolvimento da prática na referida área. No entanto, o que observamos nos resultados é uma demanda significativa para a faixa etária dos 40 aos 50 anos, indicando maturidade profissional, mas pouco tempo de contribuição para a atenção obstétrica. Esses são dados preocupantes para a manutenção efetiva do quantitativo dos recursos humanos necessários, já que há naturalmente uma redução das taxas de atividades no mercado de trabalho com o avanço da idade (IPEA, 2001).

Em relação ao sexo, a análise dos dados revelou que 95% dos egressos respondentes são do sexo feminino (Tabela 2), evidenciando que os alunos formados pelos CEEO da EEAN mantêm o mesmo perfil de gênero da profissão, que é eminentemente feminina, sendo observado ainda que apenas 5% da participação era masculina.

Tabela 2: Sexo dos egressos dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

Sexo	f	%
Feminino	19	95
Masculino	1	5
Total	20	100

Por ser uma profissão com predominância do sexo feminino, a Enfermagem não pode estar desvinculada da questão de gênero, quando se discute a prática do exercício profissional da enfermeira na assistência ao parto institucional. Trata-se de uma profissão constituída em sua base histórica por mulheres e, muitas vezes, considerada uma profissão hegemonicamente feminina (MOURA & WOLF, 2004).

Quanto ao ano de conclusão do Curso (Tabela 3), houve mais entrevistados da última turma, 2006 (50%), seguidos das turmas de 2003 (30%) e 2000 (20%), pelo fato de que os contatos dos alunos da última edição do Curso não tinham sido alterados, como também, por esses profissionais possuírem algum tipo de vínculo com a Escola ou freqüentarem os eventos da ABENFO-RJ, demonstrando interesse por atualizações e facilitando, em consequência, o acesso e a sensibilização para a participação nesta pesquisa.

Tabela 3: Ano de conclusão dos egressos dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

Ano de Conclusão dos Alunos	f	%
2000	4	20
2003	6	30
2006	10	50
Total	20	100

A atualização se faz necessária para que os enfermeiros possam atuar de forma objetiva nas diferentes situações, como também no enfrentamento das mudanças advindas do desenvolvimento técnico-científico, além de ser um meio de melhor ampliar os conhecimentos e aprimorar as habilidades técnicas e humanísticas indispensáveis ao desempenho profissional qualificado da Enfermagem Obstétrica.

Ao investigar a atuação na área Obstétrica (Tabela 4), entre os

egressos participantes da pesquisa, verificamos que 100% trabalhavam na referida área, trazendo assim uma perspectiva positiva, uma vez que a cientificidade dos conhecimentos adquiridos por meio do Curso estaria sendo aplicada no cotidiano assistencial, possibilitando a agregação dessa prática como norteadora para a qualidade da atenção à saúde da mulher.

Tabela 4: Atuação na área Obstétrica dos egressos dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

Atua na área atualmente	f	%
Sim	20	100
Não	0	0
Total	20	100

Segundo Heller (1994), no saber cotidiano ocorrem certas aquisições científicas que não representam o saber científico como tal. Quando um pensamento científico – da teoria, é englobado pelo pensamento cotidiano – da prática, o saber cotidiano o engloba na sua própria estrutura. As aquisições científicas particulares apresentam-se nos saberes cotidianos isolados e implicados no pragmatismo da vida cotidiana, e se convertem em seu guia.

Quanto ao tempo de atuação dos participantes do estudo na área Obstétrica (Tabela 5), verificamos que a maior frequência encontrava-se entre o período de 1 a 10 anos (75%), e em frequência menores os outros grupos, de 11 a 20 anos (20%) e 21 a 30 anos (5%).

Tabela 5: Tempo de atuação na área Obstétrica dos egressos dos CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

Quantidade de tempo de atuação na área	f	%
1-10	15	75
11-20	4	20
21-30	1	5
Total	20	100

É válido ressaltar que dentre os profissionais com menos de 10 anos de atuação, dois especialistas (10%) iniciaram sua inserção na área Obstétrica após a conclusão do Curso, não possuindo, portanto, uma vivência profissional anterior direcionada à saúde da mulher.

O Ministério da Saúde identifica como critério prioritário (BRASIL, 2000a), embora não obrigatório, para a indicação à realização do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, pela Instituição de Saúde (IS), que o enfermeiro que esteja trabalhando em serviços de assistência à saúde da mulher ou em Programa de Saúde da Família (PSF), como relatado anteriormente. Nesse sentido, quando as Instituições de Saúde não possuíam um quantitativo de enfermeiros da área de saúde da mulher para serem direcionados às vagas oferecidas pela EEAN, eram encaminhados profissionais de outras especialidades, desde que possuíssem interesse em realizar o referido Curso.

A partir do término da caracterização dos depoentes, buscamos atingir os objetivos propostos, por meio da análise das três categorias que emergiram do estudo.

4.2. Categorias temáticas

Identificamos as seguintes categorias temáticas organizadas a partir do material empírico:

- ✓ o percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN);
- ✓ a prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEEO; e
- ✓ as implicações da prática profissional para a qualidade da assistência à saúde da mulher.

Cada categoria está descrita e analisada, apresentando os resultados da pesquisa.

CATEGORIA 1:

O percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery

Esta categoria trata da descrição do percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEEO da EEAN, intencionando identificar se esses profissionais, ao término dos Cursos, aplicaram os conhecimentos adquiridos na área em que foram qualificados, em quais locais ou setores o fizeram e o cargo ocupado ou exercido.

O percurso, em nosso entendimento, é o deslocamento, a mudança de lugar ou setor, ou ainda de direção ou caminho que o enfermeiro obstetra tomou ao ser convidado ou obrigado, em sua prática, após a sua formação. Possui conotação para o estudo, de forma positiva, se o profissional migrou

para onde pôs em prática a sua ação qualificada; e negativa, se ficou inerte ou foi direcionado para onde não pôde fazê-lo.

Dessa forma, desenvolvendo a categoria quanto à aplicação dos conhecimentos desses profissionais na área de saúde da mulher após o Curso de Especialização (Tabela 6), 100% dos entrevistados responderam que os utilizavam de alguma forma, durante a assistência à mulher.

Tabela 6: Aplicação dos conhecimentos dos egressos na área de saúde da mulher após o CEEO do DEMI/EEAN/UFRJ, período de 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Aplicou os conhecimentos na área	f	%
Sim	20	100
Não	0	0
Total	20	100

A aplicação dos conhecimentos pelos profissionais, após a conclusão dos CEEO, aponta os resultados de forma positiva. Nesse sentido, verificamos que a qualificação oferecida aos enfermeiros pelo Ministério da Saúde, em parceria com a EEAN, está sendo posta em prática e, por consequência, melhorando a assistência à saúde da mulher, validando de alguma forma os investimentos realizados pelas instituições e órgãos envolvidos.

Em relação às Instituições em que os enfermeiros obstetras egressos aplicaram seus conhecimentos na área de saúde da mulher, foram identificadas um total de dezenove (19) Instituições (Tabela 7): seis (06) na área de Ensino, sendo duas (02) públicas e quatro (04) privadas; e treze (13) na área pública de Saúde, sendo cinco (05) da rede Estadual e oito (08) da rede Municipal do Rio de Janeiro.

Tabela 7: Instituições em que os egressos dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ aplicaram os conhecimentos em saúde da mulher, período de 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Instituições	Egressos
De Ensino	
Pública	
1. Escola de Enfermagem Anna Nery	3
2. Escola Técnica Isabel dos Santos	1
Privada	
3. Centro Universitário Celso Lisboa	1
4. UNISUAM	1
5. Faculdade Estácio de Sá	1
6. Universidade Gama Filho	1
De Saúde	
Pública Estadual	
1. Hospital dos Servidores do Estado - RJ	1
2. Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	3
3. Hospital Estadual Albert Schweitzer	5
4. Hospital Estadual Pedro II	4
5. Hospital Geral de Bonsucesso	1
Pública Municipal	
6. Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau	1
7. Hospital da Posse	1
8. Hospital M Alexandre Fleming	1
9. Hospital Maternidade Herculano Pinheiro	3
10. Hospital Municipal Miguel Couto	1
11. Hospital Municipal do Andaraí	2
12. Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	1
13. PSF – Mesquita	1
Total	33

A aplicação dos conhecimentos adquiridos por esses egressos no ensino, tanto na graduação como na pós-graduação, propicia a propagação do saber teórico-prático da área da saúde da mulher para os futuros enfermeiros ou especialistas, fortalecendo a formação do cuidado específico à clientela. E na assistência, propriamente dita, possibilita ao enfermeiro obstetra melhorar o cuidado direto às mulheres, na rede do Sistema Único de Saúde, dentro e fora do ciclo gravídico-puerperal.

É válido ressaltar que dentre as Instituições de Ensino da Rede Pública, declaradas pelos entrevistados, a Escola de Enfermagem Anna Nery foi considerada a que possui o panorama mais expressivo, tendo em seu quadro profissional três (03) egressos como professor ou preceptor. Dessa forma, a Escola qualifica o seu quadro de profissionais baseado no Padrão Anna Nery (PAN), edificando ainda mais sua qualidade nas turmas vindouras de graduandos e especialistas.

No entanto, as Instituições de Saúde que possuem os quantitativos de egressos mais expressivos em seu quadro funcional, com base nas entrevistas foram: Hospital Estadual Albert Schweitzer com cinco (05) especialistas, Hospital Estadual Pedro II com quatro (04), Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, ambos com três (03), e Hospital Municipal do Andaraí com dois (02) especialistas. As demais Unidades apresentaram pelo menos um (01) egresso dos Cursos de Especialização na área específica, que desenvolvia atividades.

As Instituições de Saúde citadas, segundo o percentual de cesarianas do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados (SIHD, 2008), possuem taxas em média 1/3 abaixo do programado para o ano de 2007, que inferimos

serem provenientes das ações dos enfermeiros obstetras frente ao parto e nascimento.

Quanto aos vínculos empregatícios, para vinte (20) especialistas foram identificados trinta e três (33) Instituições. Verificamos que a maioria dos entrevistados possuía vínculo empregatício em mais de uma Instituição de Ensino ou Saúde, exercendo atividades de Enfermagem Obstétrica. Esses profissionais tornaram-se multiplicadores dos conhecimentos adquiridos nos CEEOs em outras unidades de assistência e/ou ensino que, inferimos, não tiveram a disponibilização de vagas, à época, pela SES/RJ, desta forma expandindo a rede de informações sobre a referida área.

Em contrapartida, o profissional com várias jornadas de trabalho tende a ter desgaste físico, psicológico e emocional, fazendo com que possa vir a ter dificuldades na qualidade da assistência prestada ao cliente, como também, a não buscar atualização profissional por falta de tempo disponível, prejudicando mais uma vez a área em questão, pela falta de qualificação contínua.

Para Montanholi, Tavares e Oliveira (2006), as várias jornadas de trabalho, muitas vezes por si só, levam à sobrecarga. Considerando que, em sua maioria, os profissionais de Enfermagem são mulheres, e que a condição feminina, por sua vez, ainda agrega outras atividades no lar, ocorre um sinergismo entre as atribuições destas profissionais, que pode propiciar o desgaste físico e emocional. Desta forma, a exigência em excesso, os fatores intrínsecos da profissão em conjunto com os institucionais, podem levar à subutilização das capacidades ou à desvalorização do trabalhador, expressada na sua baixa autoestima, levando à diminuição do seu rendimento profissional.

Identificamos, entre os egressos entrevistados, apenas um (01)

enfermeiro que, após o Curso, solicitou transferência ao término do período do termo de compromisso pessoal, firmado com as Instituições de Saúde e de Ensino, relativo à permanência profissional na Instituição de origem, equivalente ao dobro de tempo utilizado na realização da Especialização. Os motivos apontados pelo especialista foram a insatisfação por não ter posto em prática os conhecimentos adquiridos na área da saúde da mulher, e a falta de qualidade na assistência prestada pela Instituição de Saúde à clientela.

A satisfação é um fator que pode favorecer a produtividade, bem como agregar valores ao indivíduo para que o mantenha estimulado dentro da possibilidade organizacional. A satisfação é demonstrada na alegria em realizar algo, no sucesso, no exercício de ser e atuar. A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade são fatores que incitam os profissionais à permanência em uma instituição; por consequência, o tempo de trabalho pode estar associado, à proposta laboral a contento, levando à uma satisfação individual (MARTINS et al., 2006).

Por analogia, o enfermeiro que está insatisfeito no exercício de sua profissão em seu campo de trabalho, por não estar atuando com a cliente da forma satisfatória, fazendo uso de sua qualificação, pode se sentir desvalorizado na instituição e no processo significativo do cuidar.

Referente aos setores em que os enfermeiros entrevistados aplicaram seus conhecimentos na área de saúde da mulher, a pesquisa apontou quatorze (14) locais distintos (Tabela 8), sendo dois não relacionados diretamente à área perinatal.

Tabela 8: Setores de atuação dos egressos dos CEEOs do DEMI/EEAN/UFRJ, período de 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Setores de atuação	f
Relacionados	
1. Departamento Materno-Infantil	4
2. Ala Feminina	1
3. Ginecologia	1
4. Pré-natal	4
5. Pré-parto	2
6. Sala de Parto	3
7. Centro Obstétrico	8
8. RPA	1
9. Maternidade	14
10. Alojamento conjunto	5
11. Setor Canguru	1
12. Setor Neonatal	1
Não Relacionados	
1. Departamento acadêmico de outra área	1
2. Centro de estudos	1
Total	47

O fato de haver setores de atuação não ligados à área da saúde da mulher, nesse caso não é preocupante, visto que esses mesmos enfermeiros possuem outros vínculos empregatícios onde desenvolvem o cuidado na área perinatal.

Constatou-se que os entrevistados dividem suas ações tanto na docência, sendo quatro (04) egressos integrantes de Departamentos de Enfermagem Materno-Infantil, como na assistência, com quarenta e um (41) egressos atuando em unidades de atenção à saúde da mulher.

Os locais de trabalho que surgiram no estudo com mais frequência foram: maternidade (14), centro obstétrico (08), alojamento conjunto (05), pré-natal (04), sala de parto (03) e pré-parto (02).

Alguns enfermeiros identificaram ser responsáveis na assistência à

mulher, por mais de um setor distinto, durante o mesmo plantão, fato importante na análise, pois, ao mesmo tempo em que são reconhecidos pelo seu cuidado e responsabilidade para assumirem o posto em setores diferentes no mesmo plantão, sobrecarregando-os, fica clara a necessidade de contratação pelas instituições de saúde de mais enfermeiros obstetras, que segundo Merighi (2002), são os profissionais que devem ser considerados como elementos permanentes na equipe Obstétrica para promover a assistência qualificada.

Dentre os entrevistados, quatro (04) enfermeiros prestavam a assistência no setor de pré-natal, e um (01) enfermeiro no setor de ginecologia. Essa constatação significa que, provavelmente, poucos egressos dos CEEO estão atuando nas referidas áreas e, por conseqüência, não levando o conhecimento adquirido para as mulheres atendidas nessas clínicas específicas. É válido ressaltar que os CEEO (BRASIL, 2000a) têm como recomendação a abordagem do ciclo gravídico-puerperal, mas contemplando também, a área ginecológica.

Quanto aos cargos ou funções exercidos pelos egressos (Tabela 9), foram identificados: enfermeiro docente, enfermeiro, enfermeiro obstetra, supervisão de Enfermagem e Presidente de Centro de Estudos.

Tabela 9: Identificação de cargo/função dos egressos na área de saúde da mulher, período de 2000 a 2005. Rio de Janeiro, 2008.

Exercendo qual Cargo/Função	f
Enfermeiro Docente	9
Enfermeiro	14
Enfermeiro Obstetra	4
Supervisão de Enfermagem	5
Presidente de Centro de Estudos	1
Total	33

Estavam inseridos em cargo ou função de enfermeiro docente nove (09) egressos, demonstrando um quantitativo expressivo, sendo esse fato importante para o repasse de conhecimentos pertinentes e de qualidade na área da saúde da mulher, tanto na graduação como na pós-graduação.

No entanto, o quantitativo dos cargos relacionados à assistência, como a supervisão de Enfermagem e o enfermeiro obstetra, com cinco (05) e quatro (04) egressos inseridos, respectivamente, são deveras significantes.

A supervisão favorece a disseminação do conhecimento na área em questão, tanto para as equipes de Enfermagem, como para a multidisciplinar, facilitando também a inserção das práticas da Enfermagem Obstétrica no cotidiano da instituição de saúde. Essa função possibilita ainda articulações administrativas, não só em relação à assistência de Enfermagem, como nas interrelações das outras áreas da assistência.

Para Andrade e Vieira (2005), a função administrativa é essencial para que a assistência seja prestada, e não há como desarticulá-las. Para o enfermeiro administrar, é preciso saber prestar o cuidado, ou seja, ele não pode administrar sem assistir. E o cargo ou função de enfermeiro obstetra, na instituição de saúde, fortifica e respalda a classe, visto que, o profissional por estar nessa posição tem a possibilidade de desenvolver suas ações de forma plena, apropriando-se do seu exercício laboral e, por consequência, de sua autonomia.

Informações essas que se contrapõem ao fato de quatorze (14) egressos denominarem-se apenas enfermeiro. Inferimos que mesmo que a maioria dos entrevistados esteja atuando na assistência à saúde da mulher, não possui a especificação de enfermeiro obstetra junto ao órgão empregador e, também,

junto à sua equipe de Enfermagem e multidisciplinar.

Essa situação possui conotação negativa e retrógrada, visto que uma das intenções do Ministério da Saúde é aumentar o quantitativo de enfermeiros obstetras, não só para melhorar a qualidade da assistência, como também, destacar a área nos serviços de atendimentos à mulher, em relação ao número de profissionais no mercado, visando o fortalecimento da categoria em prol de espaço para o seu fazer, como explicitado a seguir:

A necessidade de formação técnica-científica e humanística para o desempenho da assistência à mulher na condição de gestante, parturiente, puérpera e para o recém-nascido, impõe que a enfermagem obstétrica retome seus propósitos, reconquiste espaço no panorama assistencial da rede pública e privada de saúde. (BRASIL, 2000b, p.6)

Nas falas dos entrevistados, em relação ao percurso da prática profissional, emergiram as seguintes *unidades de significado*: inserção na área da saúde da mulher, satisfação pessoal e formação profissional.

Quanto à inserção na área da saúde da mulher, após o CEEO, os relatos apontaram para vários pontos positivos, como a ampliação do horizonte profissional, a utilização do conhecimento adquirido na formação e as novas experiências. Os entrevistados relataram o caminhar profissional em ascensão no percurso da prática, tanto na docência, como na assistência e pesquisa, além das clínicas na área de saúde da mulher, que se mantiveram ou que conseguiram galgar após o Curso concluído:

Antes a minha prática era limitada ao nível 2º grau. É um nível profissionalizante, mais médio. Depois pelo fato de estar inserida já nessa Especialização e na Escola de Enfermagem Anna Nery, eu fui convidada para assumir a preceptoría de alunos de uma faculdade particular, onde realmente pude desenvolver um trabalho de qualidade, embasada e apoiada nesses conhecimentos que adquiri (...). Tive oportunidade de ministrar aula sobre essa temática no Curso de Especialização/pós-graduação direcionada à Saúde da Mulher,

especificamente climatério, que é o que eu estou trabalhando [mestrado] aqui na Anna Nery. Depois disso fui aprovada em um processo seletivo para professora substituta da Anna Nery em Saúde da Mulher e encontro-me ingressa no mestrado, também em saúde de mulher. (E₅)

Eu trabalhava numa área totalmente diferente: na emergência, e após a Especialização eu pude trabalhar na obstetrícia. (E₁₃)

Eu já estava na sala de parto. Eu já atuava diretamente no trabalho de parto e parto. Fui encaminhada por esta Instituição para a realização do Curso de Especialização e quando retornei continuei no mesmo lugar e acho que vou ficar assim para o resto da vida, por que isso aqui é o meu sonho. Passei também num concurso público para um PSF e me identifiquei. Já estou há 3 anos junto trabalhando com um médico gineco-obstetra e a gente montou uma equipe e a gente trabalha em conjunto e a gente se identifica na área de saúde da mulher (...). Em preventivo eu estou um "craque". (E₁₅)

Para Martins et al. (2006), a volta do profissional capacitado para o setor de origem demonstra o retorno do investimento para a instituição, bem como a identificação de que o perfil de formação dos aprimorados atende às necessidades institucionais, podendo refletir uma Enfermagem competente e científica na área em questão. Em contrapartida, identificamos informações significativas sobre o desinteresse dos enfermeiros em realizar ou concluir o Curso, como demonstra o relato abaixo:

O que a gente vê também, é que as pessoas não procuram muito o Curso, não tem muita procura. Às vezes tem vaga, mas não tem enfermeiro que se propôs a fazer ou começa e não termina. (E₄)

Verificamos, por meio das entrevistas e da análise dos documentos, que as vagas eram disponibilizadas para algumas instituições, e estas, por não terem profissionais interessados em preenchê-las, eram remanejadas para outras unidades.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), em relação ao quantitativo e ao direcionamento das vagas, ambos são de responsabilidade das instituições parceiras, sendo o mínimo de quinze (15), não devendo

exceder o total de vinte (20).

Então, inferimos que essa situação aconteceu não por desinteresse dos enfermeiros em receber conhecimento e também a titulação, mas por falta de tempo dos mesmos para poderem articular suas várias atividades cotidianas; por receio de não receber apoio da instituição de trabalho, ou ausência de estímulo, ou ainda, por não ter a certeza de que, após a conclusão do Curso, seria possível pôr em prática o aprendizado adquirido.

A ampliação do horizonte profissional é consequência da qualificação obtida, que impulsiona o enfermeiro obstetra a buscar e, também, a estar receptivo a novos caminhos laborais, fortalecendo a sua prática.

Os entrevistados declararam estar utilizando os conhecimentos adquiridos na formação nas suas atividades diárias de assistência à mulher. A utilização desse conhecimento é a ação esperada e desejada, não só pelo especialista, mas também, pela EEAN e pelo Ministério da Saúde, que foram os facilitadores do processo. A propósito, um entrevistado relatou o seguinte:

Eu utilizei o conhecimento do Curso tanto aqui [pré-parto, trabalho de parto, acompanhamento da gestante e puerpério], com também em outro Hospital que tenho matrícula, sendo que foi [utilizado o conhecimento] na parte do ambulatório de pré-natal. (E₁₉)

A conclusão da Especialização possibilitou aos enfermeiros vivenciarem novas experiências na área da saúde da mulher, pois a qualificação trouxe a capacidade técnico-científica do cuidar. O fato, também, de transitar entre as clínicas, contribui para a percepção da assistência em várias etapas, facilitando a construção da atenção integral à clientela, como relatou um entrevistado:

Eu, quando fiz o Curso estava no pré-natal, e assim que eu acabei recebi um convite para subir (...) vir aqui para o segundo andar, a maternidade (...). Eu achei legal, fiquei feliz e aceitei (...). Iria ser diferente, e tenho certeza que essa possibilidade veio por causa da Especialização (...). Depois tive a possibilidade de também atuar no canguru, que eu tinha muita curiosidade e estou aqui até hoje. (E₂₀)

No que concerne à inserção na área, os pontos negativos relatados, foram: inadequação ao cargo, decepção, falta de aproveitamento e dificuldades de mudar a assistência.

Alguns entrevistados identificaram a inadequação ao cargo de enfermeiro obstetra, às vezes por vontade própria e outras por desinteresse da Instituição, nas respectivas unidades de saúde. Porém, mesmo nessa conformação, observaram que tentam agir como tal, nos momentos necessários, conforme relato a seguir:

O meu percurso praticamente tem sido o mesmo. Eu ainda não estou aplicando a minha formação especificamente na área (...). Por que eu trabalho na unidade específica, mas ainda não estou usando o Curso de Especialização. Aqui eu não tenho cargo de enfermeira obstetra (...). Por escolha própria minha, eu não optei ainda por isso, mas não deixo de fazer toda a prática em todos os momentos em que haja necessidade. (E₆)

A informação é significativa, partindo da premissa de que ao tornar-se especialista em Obstetrícia, tanto a instituição de saúde como o profissional deveriam ficar à disposição para assumir os compromissos firmados junto à EEAN e ao Ministério da Saúde, no que respeita à utilização da qualificação recebida.

A decepção, em não exercer na prática a atividade direcionada à assistência à saúde da mulher, tornou-se clara em alguns depoimentos, como os questionamentos referentes às propostas do Ministério da Saúde em aumentar o quantitativo de enfermeiros obstetras e o qualitativo de suas

ações, e a não utilização dos mesmos pelos serviços de saúde parceiros. Seguem-se recortes de depoimentos a respeito:

Como foi assim um convênio, saí com muito gás, com muita motivação. Então eu disse assim: agora eu sou enfermeira obstetra, eu vou poder acompanhar parto, e eu vou poder dar assistência à mulher, eu vou ficar do lado dela, eu vou poder colocar em prática tudo aquilo que eu vi no meu estágio. E aí o tempo foi passando, as coisas não foram acontecendo do jeito que eu realmente esperava e desejava acontecer (...).isso foi me decepcionando e eu fui desanimando, desanimando. Hoje em dia eu afirmo com total segurança: o que me dá ânimo são os meus alunos porque, na prática assistencial, eu passo por situações muito difíceis. Então, no caminho eu estava aspirando por uma coisa e, na verdade, recebi uma outra. (E₈)

Realmente era minha realidade, mas se mexeram em mim é que alguém não estava satisfeito com essa realidade [não ser enfermeira obstetra]. Lançaram [o Curso], participei e queria mudar e na verdade eu não vi mudança alguma. Vão fazer 2 anos que eu terminei a minha Especialização e eu não vi mudança alguma, no âmbito de trabalho. Então isso realmente é frustrante. Eu acho que poderia ser revisto essa situação (...). Eu sei a minha posição individual, eu sei para que estudei, qual foi a finalidade da minha Especialização. Eu sei que nesse momento eu não estou atuando, por que eu não faço consultório de pré-natal. Eu não atuo diretamente na ginecologia. (E₉)

E por outro lado foi ruim porque é uma realidade que a gente não vive. As pessoas imaginam que o enfermeiro obstetra é para fazer parto, mas na realidade a gente não faz. Eu gostaria de fazer parto, mas não tive espaço para isso. Eu não entrei achando que ia sair por aí fazendo parto, mas eu achei que depois da Pós eu ia ter um pouco de espaço. Eu ia ser vista de outra forma, mas não. (E₁₃)

O enfermeiro que se colocou à disposição para realizar o Curso, trazendo suas expectativas e desejos, e readequando seus horários e afazeres para tal, vislumbrava o cargo e a ação da Enfermagem Obstétrica, principalmente em relação à realização do parto eutócito, respaldado pelo MS e fundamentada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (nº 7.498/86), que garante a autonomia profissional para a realização desta prática (COFEN, 1986).

Para Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), não raramente, o pessoal de Enfermagem manifesta uma espécie de decepção e cansaço que,

freqüentemente, implicam em situação de abandono e de desesperança, falta de expectativa no trabalho e maior dificuldade no seu enfrentamento.

A decepção gerada pela impossibilidade de atuação leva à desmotivação do profissional e, dessa forma, à perda da qualidade da assistência e dos investimentos realizados. Entretanto, a visão crítica demonstrada pelos egressos em relação à realidade comum à prática, deixa clara a percepção de cada um em relação à falta de articulação entre Governo e Instituições de Saúde frente à área Gineco-Obstétrica, e mais: a falta de organização de movimentos reivindicatórios da classe da Enfermagem Obstétrica a respeito dessas questões.

Para Albuquerque e Pires (2006), é necessária uma sólida representação profissional para enfrentar, articuladamente com outras profissões da saúde, a investida de monopólio profissional no setor; para defender o direito à saúde e a uma assistência digna para todos, na perspectiva da integralidade, na dimensão individual e coletiva; para mostrar claramente à sociedade a importância do trabalho profissional de Enfermagem e defender uma assistência de qualidade.

Ainda no que se refere ao percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos, os depoimentos revelaram a falta de aproveitamento total ou parcial da mão-de-obra qualificada, pelas unidades de saúde, caracterizando, mais uma vez, a falha nos investimentos realizados.

O relato a seguir aponta, ainda, a força da hegemonia médica em relação à assistência obstétrica, limitando as ações da Enfermagem, principalmente na atenção ao parto normal:

Quanto ao meu percurso, fui eu que me indiquei para fazer o Curso através da Instituição de Saúde. Aí veio a vaga para o Herculano Pinheiro (...), e isso me estimulou a pedir lá no Hospital da Posse [Nova Iguaçu] (...). E aí a Instituição me deu a inscrição, e eu fui aceito no Curso. Mas lá mesmo eu nunca atuei. Não me aproveitaram em nada (...). Lá eu continuei no setor obstétrico, mas não fazendo parto. Não me aproveitaram em nada. Tem um feudo médico por lá. Você sabe que a nossa organização é pouca ainda, e lá é zero. (E₁₆)

A atenção ao parto confirma-se como um espaço de poder onde predomina a supremacia do profissional médico e a hegemonia da Medicina sobre os demais profissionais (BARROS, SILVA & MOURA, 2007).

O contraponto, bastante significativo, que emergiu das falas, apontou para a falta de organização da classe de Enfermagem, não dando suporte, por assim dizer, à autonomia da categoria. Entretanto, essa consideração demonstra a consciência crítica dos egressos sobre a necessidade de movimentos políticos e de órgãos de classe próprios em prol da Enfermagem, por meio das mudanças dos paradigmas na assistência obstétrica, que tenta resgatar a dimensão holística do ser humano, vendo-o como parte integrante e indissociável do universo.

Nos depoimentos abaixo foram relatadas as motivações dos egressos, após a conclusão do Curso, no sentido de colocar em prática o conhecimento adquirido e possibilitar mudanças na assistência obstétrica utilizada em suas instituições. Os discursos trouxeram propostas de transformação, com melhorias no atendimento à clientela; mas, ao mesmo tempo, estes relataram também as dificuldades em fazê-las, demonstrando sentimentos de impotência, pela falta de autonomia, pelo não reconhecimento profissional e falta da força política da classe, e conseqüentemente, a falta de espaço para atuação na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal:

No campo da prática a gente tem dificuldades, assim que sai da Especialização, logo no primeiro momento em querer mudar o que está acontecendo. E você vê que de repente não é bem assim, que você pode fazer. (E₁)

Depois a gente vem com muitas idéias, muitas coisas novas. A gente quer fazer um monte de coisas diferentes, mas esbarra em muita coisa burocrática, e não tem hierarquia. E isso continua atrapalhando a atuação da gente. (E₄)

As enfermeiras obstetras por meio de seu saber e fazer, são agentes principais na implementação das ações de saúde que visam à mudança do modelo assistencial existente por intermédio do reconhecimento e da oferta de novas práticas para a clientela usuária, segundo Progianti, Lopes e Gomes (2003).

A utilização dos conhecimentos e idéias aprendidos poderiam ser grandes aliados da equipe Obstétrica, a fim de oferecer atenção qualificada às mulheres. Quando isso não ocorre, os profissionais sentem-se desvalorizados e desmotivados a tentarem novas possibilidades na assistência, e deixam à margem possíveis contribuições para as mudanças de paradigmas quanto ao parto e nascimento.

Segundo Kalinowski (2000), a satisfação pessoal significa a identificação, o reconhecimento dentro do contexto social, a inclusão na sociedade como um indivíduo produtivo. E de acordo com os conteúdos expressos pelos egressos, a satisfação pessoal foi relacionada com a titulação em Enfermagem Obstétrica, a segurança por meio do conhecimento e a transmissão do mesmo.

A titulação em Enfermagem Obstétrica, para alguns dos entrevistados, foi de extrema importância, visto que lhes agregou valor tanto por terem dado continuidade ao estudo na área de interesse, e por conseqüência, vencerem mais uma etapa na ascensão profissional, como também, por sentirem-se empoderados pelo conhecimento adquirido na Especialização. Verificamos este

pensamento nas expressões a seguir:

O Curso me trouxe também uma satisfação pessoal. É bastante proveitosa. Fiquei bastante contente, não só pela minha formação, mas também, em relação a questão da minha satisfação pessoal. (E₈)

Eu hoje me sinto outra pessoa. Querendo ou não eu sou uma especialista em obstetrícia. Isso é muito bom! (E₁₂)

O conhecimento traz a certeza de que a forma como irão desenvolver suas funções é a correta e a mais adequada, embasando suas habilidades e conferindo-lhes domínio para agirem de forma segura.

A participação ativa, advinda do empoderamento conquistado por meio do conhecimento, oportuniza ao enfermeiro conquistas de maior visibilidade, autonomia, governabilidade e emancipação perante a equipe multiprofissional, além de discussões com contraposições e críticas, sendo estas, meios para um salto às mudanças, a partir da troca de idéias e pensamentos (CAMARGO et al., 2008).

O fato de o enfermeiro especialista sentir-se seguro em sua assistência, por meio do conhecimento adquirido, traz uma sensação de bem-estar e, por conseqüência, prazer em suas ações e qualidade em seu atendimento. Nesse sentido, a atenção prestada pelo enfermeiro exige envolvimento e comprometimento com seus pacientes e/ou clientes, e medidas para tomada de decisões em momentos de intercorrências, como relatado a seguir:

E se eu tenho uma paciente com uma intercorrência, um sangramento, e o médico não está presente, eu não preciso ficar correndo atrás dele. Eu vou agir (...). Eu já sei no que eu posso agir. E eu ajo. E isso me dá muito bem estar. (E₁₁)

Quando se trata da ampliação do conhecimento técnico e científico da profissão, uma das propostas dos CEEO é qualificar o enfermeiro para transmitir conhecimentos atualizados à sua equipe e, principalmente, orientar as

mulheres assistidas, em relação à prevenção de doenças e à promoção da saúde reprodutiva e ginecológica.

Este pensamento é demonstrado no depoimento abaixo, em que se percebe a motivação em transmitir o conhecimento adquirido durante o Curso:

Depois de buscar o conhecimento técnico-científico na Especialização, eu estou bastante feliz, com o conhecimento que adquiri; e fico bastante feliz, também, não só por ter, mas por transmitir, por poder passar isso para as pessoas. Informação e conhecimento quando você busca, não devem ser guardados só para você. É uma questão de educação e essa é a finalidade do Curso, porque você deve ser um educador. (E₁₄)

Para Filho, Lunardi e Paulitsch (2007), habituando-se a escrever as ordens e recomendações, e fazendo o acompanhamento de sua equipe, o enfermeiro também atua como um educador ao socializar as informações e conhecimentos de Enfermagem.

Os relatos direcionados à formação profissional apontaram para as políticas públicas de saúde e as produções científicas na área, embasando as ações, a legislação pertinente à Enfermagem Obstétrica e a qualidade da formação.

Os egressos trouxeram a importância dos novos saberes adquiridos relativos às políticas públicas e a produção científica para dar conhecimento, propriedade intelectual e visão crítica, embasando as ações cotidianas realizadas na prática assistencial e nas relações pessoais e profissionais advindas da mesma, com isso criando possibilidades de crescimento para o ser enfermeiro e a Enfermagem. O relato abaixo enfoca estas questões:

Eu achei interessante a abordagem que é dada no Curso. Ele sai daquele âmbito assistencial, tem os enfoques políticos, traz as diretrizes dos programas do Ministério da Saúde; e o contato também com as produções na área da saúde da mulher. Quando você vai ao campo, você não vai só com aquela visão tecnicista (...). Você se apropria de outros elementos, até para conversar, para você analisar e refletir a prática. (E₁)

Segundo Heller (1994), quase todas as nossas ações são desenvolvidas sem que para isso necessitemos de um processo reflexivo, elaborado; caso contrário, não conseguiríamos nos mover no mundo. Porém, quando o indivíduo consegue desenvolver uma visão crítica, questionar, repensar os seus atos, e não agir mecanicamente, ele está no caminho de uma atividade humano-genérica⁶ que o levará a elevar-se da sua cotidianidade.

Em relação à legislação pertinente à Enfermagem Obstétrica, os egressos trouxeram a importância dessa abordagem na formação, ressaltando o embasamento legal para as atividades de sua prática.

Na Especialização a gente entrou bastante na parte legal da coisa (...). Mas a parte de legislação foi muito boa. A gente sai bem embasado no que deveríamos estar sustentados em termos legais. (E₁₆)

Para Brüggemann (2003), a enfermeira possui um papel fundamental na assistência obstétrica, e seu cuidado deve ser baseado na Lei do Exercício Profissional, na Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta a realização do parto normal pelo enfermeiro obstetra, no conhecimento da fisiologia do processo, nas recomendações da Organização Mundial da Saúde de 1996 e em princípios de humanização e interdisciplinaridade.

O conhecimento do respaldo legal, embasando as Leis, Decretos, Portarias Ministeriais, entre outros, deixa os enfermeiros mais seguros no exercício de suas funções e autonomia profissional, focado nas práticas e nos objetivos da assistência obstétrica.

A qualidade da formação foi expressa em várias falas dos egressos, exaltando o conhecimento profissional teórico-prático oferecido pela EEAN.

⁶ Humano-genérica: homem integrado na sociedade, sendo produto e expressão de suas relações sociais; herdeiro e preservador do desenvolvimento humano (HELLER, 2000).

Esses depoimentos, tanto foram dos enfermeiros que não possuíam um cotidiano profissional na área, como também dos que já vivenciavam, mas não tinham a percepção do entorno da assistência à saúde da mulher.

A Escola de Enfermagem Anna Nery foi identificada como uma das melhores em relação à parte prática, visto que respeita a quantidade de partos, preconizada pelo Ministério da Saúde, que os alunos devem assistir, e prolonga a duração do Curso, quando necessário, até o alcance das atividades estipuladas e do aproveitamento dos enfermeiros matriculados.

Isso demonstra o comprometimento da Instituição de Ensino com a proposta dos CEEQ, com os enfermeiros e as Instituições de Saúde vinculadas ao Ministério da Saúde e, por consequência, com a qualidade da assistência à saúde da mulher.

Os depoimentos a seguir enfocam as questões acima, segundo a percepção dos egressos dos Cursos referente à Escola:

Porque eu tive um excelente treinamento, a meu ver, tanto ginecológico, pré-natal como de assistência ao parto. (E₈)

Já consigo interagir melhor com a equipe médica. Já nos buscamos um a opinião do outro. Eu me sinto mais segura prestando essa assistência, com essa qualidade de ensino que eu recebi da Escola. (E₁₁)

O Curso me deu suporte para a coleta de preventivo e avaliação ginecológica. Mas juntando o que eu sabia, com a prática e as dicas dele [o Curso], foi muito legal para mim. Aí você faz uma boa palpação [mama], que eu aprendi no Curso. (...). O Curso me deu toda a experiência para dar orientação, ordenhar (...). A EEAN é uma das melhores, por que tem essa quantidade [partos]. A gente teve isso em alguns estágios da EEAN [enquanto preceptora], eu estava no período de estágio deles e de repente o ar [condicionado] pifou e aí a gente ficou sem internação; só internando em período expulsivo. O que a EEAN fez: prolongou o estágio deles. Mas nas outras escolas não fazem isso. (E₁₅)

Se a Escola [EEAN] forma bem, então você vai ter pessoas interessadas, por que eu acho que os enfermeiros que se propõem a fazer Enfermagem Obstétrica, no mínimo, têm que gostar daquilo; e após serem bem informados, então impossível ter um trabalho mal feito. (E₁₆)

Cabe ressaltar que alguns entrevistados têm diferentes entendimentos em relação ao que objetiva o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Uns o percebem direcionado apenas para o trabalho de parto e parto, e quando não o assistem, entendem que não estão utilizando a Especialização, ou não são considerados enfermeiros obstetras pela Instituição de trabalho, trazendo a sensação de desvalorização, conforme os depoimentos abaixo:

Eu consegui identificar na Especialização que não havia só o parto para eu fazer, que havia outras possibilidades na Enfermagem Obstétrica, que eram acompanhar o bebê, fazer o pré-natal, fazer o preventivo, fazer a consulta de Enfermagem. Então, isso serviu para eu ter uma nova visão da Enfermagem Obstétrica, ver os horizontes, o horizonte que existia além de realizar o parto, em si. (E₂)

Por que eu acho [que o trabalho de parto] é o que mais objetiva o Curso. (E₃)

Outros entrevistados percebem o Curso como um caminho com várias possibilidades de atenção à mulher, dentro e fora do ciclo gravídico-puerperal, ampliando a visão sobre a área.

Para Monticelli et al. (2008), a enfermeira obstetra exerce papel imprescindível na atenção durante o parto e o nascimento, e sua atuação vem sendo solicitada tanto nos cenários de cuidado que envolvem ações de pré-natal, parto e puerpério, quanto na formulação e desenvolvimento de políticas relacionadas com o contexto obstétrico.

Diante do exposto, é importante esclarecer, e sempre que se fizer necessário relembrar, os objetivos dos CEEO para o alunado, visto que o

profissional equivocado poderia sentir-se desmotivado por crer não estar colocando os conhecimentos adquiridos em prática e, em decorrência, ter a assistência obstétrica comprometida.

Observamos ainda uma expressão que apontou falha na metodologia do Curso, utilizada nas aulas de anatomia obstétrica e exame clínico, pois, segundo o relato, a abordagem deu-se através de seminário em que alguns especializandos não possuíam ainda a vivência para desenvolver a temática e, muito menos, para reproduzir a informação precisa ao restante da turma:

Eu acho até que para as pessoas que não tinham a experiência que eu já vinha tendo, ficou um pouco falho na questão da anatomia obstétrica, no exame clínico (...). Por que foi abordada em forma de seminário, e cada grupo falando de um tema. Ficou falho porque eram alunos que não conheciam muito bem o tema e tinham que dar aula a outros colegas. (E₁₆)

A informação é relevante e deveria ter sido analisada para as próximas edições dos CEEO, visto que as aulas supracitadas são importantes para o desenvolvimento de outras temáticas da área. Entretanto, é válido pontuar que o professor tem conhecimento, percepção e autonomia para propor a metodologia mais adequada ao êxito na apreensão do conteúdo pela turma. Neste caso, na opinião do Entrevistado 16, este conteúdo deveria ter sido apresentado por um membro da equipe docente do referido Curso.

CATEGORIA 2

A prática profissional dos enfermeiros egressos dos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica

Esta categoria trata da prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEO por meio das ações de Enfermagem desenvolvidas a partir do término do Curso, relacionando-o com as contribuições da formação oferecida pela EEAN.

Para Agnes Heller (2000), o cotidiano é complexo e está inserido na vida

de todo homem, permitindo-lhe o aprendizado e a reprodução do que foi aprendido em sociedade, fazendo com que interaja e participe de grupos, produzindo as relações sociais.

Analogamente, o enfermeiro obstetra, em sua prática profissional, utiliza-se do cotidiano inerente ao ser humano para realizar suas atividades e ações qualificadas na Especialização e nas interações pessoais, profissionais e ambientais durante a assistência à saúde da mulher.

Em continuidade a este pensamento, e por meio da análise dos depoimentos quanto a prática profissional dos enfermeiros egressos após o término do Curso de Especialização, emergiram as ações de Enfermagem vivenciadas, como a preceptoria, chefia de Enfermagem, assistência ao ciclo gravídico-puerperal, atenção às urgências e emergências obstétricas e práticas utilizadas baseadas em evidências.

A preceptoria exercida pelo egresso tem a função de facilitar e disseminar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos na Especialização, tanto para os acadêmicos de Enfermagem, que obtêm as informações adequadas e necessárias para a atenção à mulher, como para o campo de estágio, onde é articulado com os profissionais das unidades de saúde, colaborando para a troca e o aprimoramento de experiências. Observemos, a seguir, o depoimento de uma egressa:

Bem, após a minha formação como enfermeira obstetra, eu assumi a preceptoria de uma disciplina em saúde da mulher, em uma universidade particular, desenvolvendo o campo de prática em um hospital. (E₅)

O campo de estágio e a preceptoria nele desenvolvida oferecem e facilitam valiosas situações de aprendizagem no campo da prática, possibilitando a articulação da teoria à prática a partir das experiências

cotidianas (TYRRELL, SANTOS & LUCAS, 2005).

As ações pertinentes ao cargo de chefia de Enfermagem são voltadas majoritariamente à administração dos recursos materiais, de pessoal e do cuidado; portanto, viabilizam os movimentos da equipe de Enfermagem e a inter-relação com os outros membros da equipe de saúde. A coordenação do setor, possuindo a atenção qualificada, tendência a que as práticas desenvolvidas tenham essa mesma conotação, fortalecendo a autonomia e a segurança dos profissionais integrantes, conforme observamos nas falas a seguir:

Eu consigo administrar tanto a parte que se volta à mulher, como administrar uma maternidade. Eu consigo correlacionar isso. (E₇)

O grupo de auxiliares e técnicos de Enfermagem se sente muito mais seguro comigo. (E₁₂)

De acordo com o pensamento de Araujo e Oliveira (2006), a formação profissional da enfermeira compreende tanto o aspecto assistencial como o gerencial, podendo ela atuar na assistência de forma direta e indireta, tendo como objetivo a melhoria da qualidade do atendimento prestado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Quanto à assistência ao ciclo gravídico-puerperal, a maioria dos entrevistados relatou estar desenvolvendo atividades na saúde da mulher, desde o pré-natal, passando pelo pré-parto, trabalho de parto, parto até o puerpério – de parto normal ou cirúrgico, e também no pós-natal e aleitamento materno. Portanto, os especialistas deixaram claro em seus relatos, a efetividade das ações de Enfermagem, tanto no cuidado direto prestado à clientela, como no desenvolvimento do trabalho em equipe, conforme pode ser constatado a seguir:

Como eu trabalho no alojamento conjunto, o Curso me ajudou, a saber, e a desenvolver um trabalho quanto ao incentivo do aleitamento materno e ao pós-parto cirúrgico. (E₄)

E posso orientar a equipe também com segurança em relação à assistência de Enfermagem. (E₆)

Tenho vivenciado isso no meu dia-a-dia. Faço sempre grupos de orientação, indo nas enfermarias tentando levar informações; diminuir as dúvidas relativas à mãe e ao bebê; e a parte de assistência técnica propriamente dita. (E₇)

A minha atuação é basicamente em pré-parto, acompanhamento do trabalho de parto e assistência ao parto. E faço com muito prazer. Foi uma coisa que me libertou em termos de Enfermagem. (E₁₆)

As minhas práticas desenvolvidas giram em torno do pré-parto, trabalho de parto, acompanhamento da gestante e puerpério (...). No outro Hospital, eu trabalho no pré-natal e posso realizar um trabalho mais completo. Falo com a mulher sobre tudo no pré-natal de baixo risco, aleitamento materno e também puerpério. (E₁₉)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a atuação da enfermeira obstetra tem grande relevância na atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência.

Os depoimentos também apontaram a atenção às urgências e emergências obstétricas, demonstrando a apropriação, pelos egressos, de uma ação desejada e necessária, numa possível situação de risco perinatal, principalmente no atendimento hospitalar à gestante de alto risco, no trabalho de parto, parto e no puerpério, como exemplificado abaixo:

Então o Curso me ajudou nisso. A saber, como eu devo atuar. Saber como, e o que fazer na hora certa de uma emergência; de uma DEHG; de uma convulsão. (E₄)

Considerando a Resolução COFEN n^o 223, de 03 de dezembro de 1999, que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal, essa atividade está respaldada no Artigo 2^o, que identifica a competência do Enfermeiro Obstetra na execução e na assistência obstétrica

em situação de emergência (COFEN, 1999).

É válido ressaltar que a obtenção da melhoria da qualidade em urgências e emergências obstétricas (BRASIL, 2002), foi uma das ações colocadas em prática pelo MS, financiadas pelo SUS a partir de 1998, e que a EEAN trouxe como abordagem durante os Cursos de Especialização na área obstétrica, como era de se esperar na qualificação de seus egressos.

Em relação às práticas utilizadas baseadas em evidências, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) disponibilizou o documento “Maternidade Segura - Assistência ao parto normal: um guia prático” que visa examinar as verdades pró ou contra algumas das ações mais comuns e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores comprovações disponíveis, quanto ao seu papel na atenção ao trabalho de parto e parto normal para uma assistência obstétrica segura.

O referido documento classifica-as em quatro categorias relativas à sua utilidade, eficácia e ausência de periculosidade: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.

Relacionado a essa vertente, dois enfermeiros obstetras citaram em suas falas as técnicas de relaxamento e a avaliação da necessidade de realização da episiotomia como práticas humanizadas e incorporadas à assistência, baseadas em evidências científicas disponíveis para uma atenção obstétrica segura, e coadjuvantes para a redução da morbimortalidade materna e perinatal:

As práticas desenvolvidas como enfermeira obstetra foram: avaliar o período de gravidez, avaliar a parturiente, o trabalho de parto, e se é necessário ou não fazer a episiotomia. (E₁₂)

Eu faço consulta de Enfermagem à mulher no pré-parto, faço as técnicas de relaxamento, oriento sobre amamentação, avalio no puerpério imediato. (E₁₈)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a humanização em relação à assistência obstétrica envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis, e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias e preservando a sua privacidade e autonomia, respeitando o processo fisiológico e a dinâmica de cada parto e nascimento.

O relato abaixo demonstra a imensa vontade do profissional em desempenhar ao máximo as práticas aprendidas nos CEEO para promover à mulher o transcurso mais natural possível do trabalho de parto e parto.

Eu acho que faço um pouquinho de tudo (...). A gente tenta fazer todas as práticas que eu conheço e, às vezes, até as que eu não conheço. Atuo com a mulher no trabalho de parto, no parto, no pré-natal, no puerpério e no banco de leite. (E₁₅)

A parturiente deve ser acompanhada por profissionais devidamente capacitados, para que as intervenções ocorram quando forem necessárias, e não como rotina, privilegiando o bem-estar da parturiente e do conceito, procurando não utilizar métodos invasivos. Esse modelo de assistência é mais afeito às enfermeiras que atuam observando uma visão mais humana e holística (DAVIM & MENEZES, 2001).

Por outro lado, encontramos depoimentos que apontaram uma

pluralidade de fatores que contribuem para limitações ou bloqueios no desempenho das atividades de Enfermagem Obstétrica, na prática profissional, proveniente das Instituições de trabalho, dos médicos e das equipes médicas.

Os entraves na assistência de Enfermagem Obstétrica provenientes da instituição de saúde giram em torno da falta ou da sedimentação de políticas institucionais pertinentes, do mínimo de aproveitamento do profissional qualificado para a atenção à mulher, e da escassez ou inexistência dos recursos materiais e espaços propícios para a realização de uma atenção bem desenvolvida.

Partimos do pressuposto de que a instituição de saúde, quando aceitou a(s) vaga(s) oferecida(s) pela EEAN para a(s) inscrição(ões) de seu(s) enfermeiro(s) nos CEEOs, deveria ter estrutura, ou pelo menos começar a se estruturar, em relação à inserção das ações dos enfermeiros obstetras em sua política institucional.

Estas deveriam ter como eixo o fortalecimento do SUS, colaborando com a consolidação, concretização e resolutividade das políticas públicas ministeriais de saúde, propondo objetivos que ajustassem a implementação e adaptação das ações relativas à identificação do profissional enfermeiro obstetra, como agente importante no processo da redução das cesarianas desnecessárias e agente das práticas baseadas em evidências científicas.

Para Nunes e Moura (2004), nos dias atuais, as relações de trabalho entre os profissionais de saúde nas instituições, por vezes, refletem a racionalidade gerada pela hierarquia e pelas imposições da organização hospitalar sobre os que ali trabalham, e dessas relações emergem as tomadas de decisões de

resolutividade e de dominação de uns profissionais sobre os outros.

Paralelamente, a responsabilidade da instituição de saúde prossegue com o trabalho de conscientização da equipe multidisciplinar na identificação do setor para qual o profissional capacitado iria assumir e pôr em prática o aprendizado, na adequação do espaço físico para a atenção humanizada, como também na previsão e provisão de recursos materiais direcionados à atenção qualificada.

Segundo Araújo e Oliveira (2006), é evidente a necessidade de divulgação do papel da enfermeira obstetra dentro da equipe para uma melhor atuação da mesma no centro obstétrico, e de que nada faz supor que o seu conhecimento relativo ao assunto e o repasse de informações aos seus pares, descaracterize a importância da atuação do médico.

Entretanto, por meio dos depoimentos dos egressos, citados abaixo, foi identificado que essas adequações necessárias, principalmente em relação às políticas institucionais, foram realizadas parcialmente ou não aconteceram:

E as minhas práticas ficaram um pouco limitadas pelo perfil da instituição em que trabalho. Então, infelizmente, as práticas que eu posso desenvolver são algumas tecnologias apropriadas para o parto, às formas não invasivas. Mas, infelizmente, o que me é permitido fazer, no máximo, é encaminhar a paciente para o banho morno, ou está fazendo uma massagem, ou até mesmo um posicionamento no pré-parto. As demais funções me são totalmente bloqueadas. Eu não tenho acesso, como enfermeira obstetra. (E₈)

Embora o enfermeiro obstetra tenha a prática do parto, ele ainda não é uma realidade nesse sentido, não é uma realidade do Estado. (E₁₀)

Alguns meses depois [de concluir o Curso], eu fui chamada para ser coordenadora do centro obstétrico do HAPN. Sem dúvida que aceitei o cargo de coordenadora para poder entrar na obstetrícia. Fiquei durante um período como coordenadora, por ter o Curso de Especialização, e depois desisti, por questões de aborrecimento, responsabilidade, problemas que eu não conseguia resolver (...). Desde o momento que eu entrei, eu sabia que isso era uma janela; ou eu tentaria mudar ou eu abriria mão. Eu preferi abrir mão. (E₁₃)

Quanto ao aproveitamento do enfermeiro qualificado para a atenção à mulher, pensamos que este profissional deveria ser para a instituição de saúde um “patrimônio”, valorizado e reconhecido, visto que a sua formação foi construída para atender as necessidades institucionais da região, e o seu desempenho poderia em muito contribuir para o desenvolvimento do local de trabalho e do atendimento à clientela de forma mais digna.

Entretanto, quando não são oferecidas oportunidades para que o enfermeiro obstetra vivencie as experiências na área em que foi especializado, o seu desenvolvimento profissional fica comprometido e limitado, resultando em desmotivação e, por conseqüência, inviabilizando o sucesso de toda a equipe, da instituição e do próprio Ministério da Saúde, que é o idealizador das mudanças de paradigmas relativas à atenção à saúde da mulher. A propósito, observemos as falas abaixo:

E o parto ocasionalmente aconteceu. Mas não é uma prática minha diária aqui nesse hospital. (E₇)

Eu não costumo realizar partos; porque tem muitas complicações sobre isso aqui. (E₁₉)

Para Araújo e Oliveira (2006), a não realização do parto normal por enfermeiros obstetras pode implicar em prejuízos na assistência à parturiente.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007c), identifica que existem ainda problemas relativos ao papel das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, mas reconhece que os seus representantes vêm trabalhando com a categoria médica e a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) para tentar minorar eventuais situações de conflito.

Outro fator a considerar é que a qualificação do enfermeiro não garante a capacitação permanente para a assistência à mulher, principalmente quando o

profissional qualificado está alheio a essa prática. Nos depoimentos a seguir ficam claras as intenções dos enfermeiros obstetras em tentar desenvolver os conhecimentos adquiridos nos CEEO, por entenderem que a não utilização das ações gera esquecimento e falta de destreza para uma atenção qualificada:

É bem verdade que com o passar do tempo, então, a gente perde a destreza. Se houver necessidade de fazer uma sutura de laceração e até mesmo se houver necessidade de fazer uma episiotomia, eu sinto que estou perdendo essa destreza. Eu sinto que eu estou perdendo essa Especialização. (E₈)

Eu tentei desenvolver, na medida do meu setor, praticamente tudo que aprendi, até porque senão a gente esquece [as habilidades]. (E₁₈)

Entendemos que os CEEO são considerados uma estratégia para qualificação de recursos humanos na área Obstétrica, voltada para a inserção na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, com a finalidade de reduzir as taxas de parto cesáreo e, conseqüentemente, conter as situações de complicações obstétricas durante o trabalho de parto e parto, infecções puerperais, e outras causas externas, inseridas nesse contexto (BRASIL, 2000a).

Então, quando o enfermeiro qualificado utiliza pouco ou, às vezes, não utiliza os conhecimentos adquiridos no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, os investimentos realizados pelas instituições envolvidas acabam por se perder, caindo no “esquecimento das práticas” dos profissionais, enquanto que para os cofres públicos e a saúde da clientela restam deflagrados os prejuízos.

Percebemos que as políticas institucionais na área da saúde obstétrica, quando mal definidas, geram planejamento de ações inconsistentes, prejudicando o cumprimento de metas estabelecidas e deturpando a previsão

de alcance dos resultados, reduzindo o retorno dos investimentos direcionados pelos órgãos envolvidos, a insatisfação profissional dos enfermeiros obstetras e de toda a equipe multiprofissional, acarretando prejuízos para a qualidade de assistência à clientela.

Quanto aos recursos materiais ou equipamentos necessários nas instituições de saúde para a assistência menos intervencionista e mais humanizada à saúde da mulher, verificamos que muitas vezes são escassos ou inexistentes na equipe Obstétrica, ocasionados pelo não entendimento do papel do enfermeiro, o que afeta negativamente as condições de trabalho desses profissionais que foram qualificados para a utilização dessas práticas. Nesse sentido, a clientela é prejudicada e deixa de receber a atenção adequada ficando à mercê dos riscos de morbimortalidade materna, como se observa nos depoimentos a seguir:

A gente aqui tem muita dificuldade em debater as coisas: a verticalização do parto, como foi colocado para gente no Curso. A gente não tem o leito apropriado [para a verticalização do parto], a gente não teve a aceitação da parte médica dessa prática. A diminuição da episiotomia, a gente não pôde vivenciar isso aqui no nosso serviço. (E₇)

Não tem bola [técnica de massagem no períneo], não tem banheira [técnica de relaxamento], não tem nada (...). (E₈)

Segundo Progianti, Lopes e Gomes (2003), apesar de todo respaldo legal da profissão, infelizmente ainda são inúmeras as dificuldades enfrentadas em algumas instituições para a atuação da enfermeira na equipe de saúde do centro obstétrico. Observa-se a resistência de alguns profissionais em entender o papel da enfermeira na assistência à parturiente até a realização do parto normal sem distócia. O entendimento dessa questão é importante para uma reestruturação do papel da equipe de saúde, objetivando uma melhor assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

Os limites e bloqueios da prática da Enfermagem Obstétrica também são impostos pelas colisões dos médicos gineco-obstetras, principalmente na atenção ao parto normal, gerando desgaste e desmotivação profissionais entre as classes, advindos das diversidades cotidianas dessa prática e da inadequação da assistência à população feminina.

Para Heller (1994), as colisões mais comuns da vida cotidiana envolvem a disputa, que é motivada por interesses particulares em que as partes não percebem os argumentos, e por conseqüência, não estimulam as mudanças; e os conflitos, cuja motivação principal é dada por valores morais baseados em visões de mundo, em que a argumentação possibilita a mudanças.

Os depoimentos dos egressos sobre as dificuldades da assistência obstétrica, em relação às pressões sofridas pelo Conselho Regional de Medicina, pela equipe médica e médico, confirmam o que foi dito:

Eu tenho que pedir autorização ao médico: será que eu posso levar para tomar banho? (E₈)

Eu não estou atuando como enfermeira obstetra. Até mesmo pelas dificuldades que a gente enfrenta no dia-a-dia com a equipe médica. Eu não tinha essa vontade. (E₉)

É que a equipe médica é muito corporativista. A gente tem o diretor médico do centro obstétrico que não aprova práticas humanizadas, fica difícil. (E₁₃)

E outro lado também: nós somos o centro da atenção do CREMERJ [Conselho Regional de Medicina-RJ]. Se você pisar em falso ele aproveita para tirar o tapete. Então eu acho que o enfermeiro obstetra já age assim: eu tenho que fazer tudo direitinho, certinho, porque eu ando na corda bamba. (E₁₅)

Tyrrell e Araújo (2003), quando se reportam ao campo da prática profissional, observam que não há presença de espírito de grupo, e muito menos de espírito democrático na tomada de decisões, condições tão importantes para o trabalho em equipe. Com isso, os recursos da enfermeira obstetra são subutilizados e, na maioria das vezes, ela está desempenhando

papéis subsidiários; não condizentes com a sua formação e qualificação.

É válido ressaltar que o trabalho em grupo da equipe obstétrica repercutirá positivamente na qualidade da assistência, e como um todo na saúde da mulher, permitindo a troca de experiências, a realização de avaliações e da tomada de decisões em conjunto visto que a atitude interdisciplinar, segundo Araújo e Oliveira (2006), proporciona uma cumplicidade na equipe, diminuindo o estresse, ampliando possibilidades de sucesso, reduzindo ou eliminando os riscos ocasionados pelas condutas isoladas.

Devido a essas colisões geradas entre essas classes profissionais, alguns dos depoimentos abaixo foram bastante significativos, identificando um possível medo dos enfermeiros obstetras em atrapalhar, com sua prática, o desenvolver da atenção médica frente à área da saúde da mulher.

Eu vejo, após o Curso, ainda um medo das enfermeiras atrapalharem essa parte médica. (E₉)

Quando o médico pedia que ela [paciente] ficasse deitada o trabalho de parto todo, por poder perder a veia por estar andando. Eu procurava dar umas caminhadinhas, “in off” um banhozinho quente, morno, coisas assim. “In off”, porque não é praticado lá onde eu trabalho. Porque se eu fosse dizer para o médico que eu iria levá-la para tomar um banhozinho morno, ou para deambular um pouquinho, [o médico iria questionar] Para que isso? Por que isso? “In off” para eu não me indispor, entendeu? Nunca perguntei ao médico se ele aceitaria. Pode ter sido até uma atitude covarde da minha parte. Mas naquela intenção de você não querer ser diferente, eu deixei que a coisa rolasse dessa forma e procurei fazer da forma que eu acho melhor. (E₁₃)

As situações de colisão acontecem quando as enfermeiras realizam o procedimento do parto normal, e alguns profissionais percebem essa atuação como enfrentamento na tomada de decisões frente à assistência à parturiente (ARAÚJO & OLIVEIRA, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), identifica que o embate com a categoria médica tem levado à dificuldade de comunicação e do trabalho em

equipe, o que traz como consequência o recuo das enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal, passando a atuar em outras áreas dentro ou fora da saúde da mulher, diminuindo suas contribuições às mulheres em relação à redução das taxas de parto cesáreo e de mortalidade materna.

Baseados nos conceitos de Heller (1994), os tipos de colisões entre médicos e enfermeiros podem gerar disputas e conflitos, situações de enfrentamento que permeiam o cotidiano profissional capazes de fortalecer ou enfraquecer a área Obstétrica e a assistência à saúde da mulher.

As disputas advindas dos interesses particulares do profissional ou de sua classe são personificadas através da hierarquização do poder do sistema de saúde e do corporativismo; não intencionam a argumentação entre as partes, impossibilitando, por consequência, as mudanças. Exemplo notório é identificado nas questões relativas ao reconhecimento da autonomia do enfermeiro obstetra em sua prática.

Entretanto, os conflitos são provenientes dos valores profissionais baseados nas visões de mundo - distintos entre Medicina e Enfermagem. A argumentação é decodificada pelas partes, pois o objetivo é comum, nesse caso: a assistência de qualidade à mulher, possibilitando possíveis transformações, exemplificado na atenção da equipe multiprofissional quando esta aceita as ações do enfermeiro obstetra, estimulando a troca de vivências entre as áreas para a tomada de decisão em conjunto, reduzindo os riscos obstétricos.

Em relação às contribuições da formação oferecida pela EEAN (re)modelando as ações dos enfermeiros egressos dos CEEOs, emergiram dos depoimentos o conhecimento adquirido por meio do acréscimo, da atualização dos conceitos obstétricos e do aprimoramento técnico-científico.

Para Heller (1994), a aquisição de informações científicas, de conhecimentos, de qualificação e sua inserção no saber cotidiano, não se revestem apenas de curiosidade ou de interesse individual, mas da necessidade requisitada em certos ambientes sociais, no caso da saúde, de profissionais cada vez mais qualificados para dar conta dos avanços científicos e tecnológicos que imbricam neste campo profissional.

O conhecimento adquirido, a atualização e o aprimoramento do profissional na área da Enfermagem Obstétrica fazem-se prementes em nossa contemporaneidade, visto que há uma aceleração de novas descobertas científicas visando à redução das morbimortalidade materna e perinatal.

Essa aquisição é necessária, não só para a satisfação pessoal, mas principalmente, para embasar a assistência dos profissionais obstetras nas tomadas de decisão e nas ações qualificadas de Enfermagem, fortalecendo a autonomia da área em questão, conforme os depoimentos a seguir:

Contribuiu para eu rever os conceitos que já havia adquirido na minha graduação. E servem, também, para atualizar os conceitos sobre obstetrícia; pois eu já estava meio desatualizada, por estar já há 18 anos trabalhando (...). Após o Curso eu tive condição de rever o que eu já fazia, e comparar com os meus conhecimentos adquiridos. (E₂)

O Curso contribuiu para a minha formação no momento que aprimorou o meu conhecimento técnico-científico. (E₈)

Eu acho que me acrescentou muito; que mudou muito a visão que a gente tinha (...). Então foi muito diferente. E a Especialização veio para somar. A parte fora a sala de parto, que a gente não tinha nenhuma visão (...). Então a visão de ginecologia, a visão de tudo relacionado, eu aprendi na Pós-graduação. Eu trabalhava aqui, mas tinha uma visão muito ligada à mulher em trabalho de parto. E aí quando eu fiz a Pós-graduação, eu pude ver um geral, e depois disso, foi que eu passei a trabalhar nisso tudo. (E₁₅)

O conhecimento técnico-científico adquirido durante a especialização oferece subsídios para desenvolver a assistência com competência, respaldada no Código de Ética Profissional da Enfermagem, segundo Araújo e Oliveira (2006).

Ainda como contribuição dos CEEO em relação à prática profissional, emergiu das expressões dos egressos a segurança, agora embasando as ações da Enfermagem Obstétrica, mesmo nos enfermeiros que antes dos Cursos possuíam uma vivência no atendimento à mulher.

A segurança foi relacionada à assistência de Enfermagem Obstétrica nas ações administrativas; na assistência direta ao ciclo gravídico-puerperal; nos questionamentos sobre a atenção direcionada à mulher e na relação da clientela com o cuidado recebido.

Para Heller (2000), o amadurecimento do homem significa que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade em questão, tornando-o seguro para vivenciá-la.

Essa sensação referida pelos egressos é advinda do conhecimento técnico-científico e das habilidades adquiridas no campo da prática provenientes dos CEEO, que sustentam as ações da Enfermagem Obstétrica trazendo autoconfiança e segurança nas funções administrativa e assistencial direcionadas à clientela, conforme identificadas nos depoimentos a seguir:

Mesmo eu tendo vivenciado, desde o início da profissão, o atendimento à mulher, ele [o Curso] me trouxe embasamento, mais segurança em determinados aspectos da assistência, tanto na parte administrativa como na parte assistencial. (E₇)

Ele [o Curso] me dá mais certeza das ações que você aplica no atendimento da cliente, da gestante, da gestante que está em trabalho de parto, da puérpera, garantindo a qualidade do atendimento e garantindo a qualidade da aplicação científica do que você está fazendo realmente. (E₁₄)

A partir do momento em que o profissional se sente seguro por ser conhecedor das evidências científicas, dos possíveis diagnósticos, procedimentos e condutas relativas à Enfermagem Obstétrica, torna-se confiante com a apropriação de saberes a ponto de poder questionar determinadas práticas de saúde objetivando consenso na assistência da equipe multiprofissional à mulher, como demonstrado no seguinte depoimento:

Além do conhecimento que o Curso proporciona a gente, ele me deu mais confiança até mesmo para questionar determinadas práticas da assistência médica, que a gente vê ao longo dos plantões. (E₉)

A cliente, na medida em que percebe convicção e segurança nas ações prestadas pelo enfermeiro obstetra ao ser inserida como sujeito no processo do cuidar, cria uma cumplicidade e uma interação positiva com o profissional, fator de extrema importância para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade. Seguem-se dois depoimentos que abordam esta questão:

Além do conhecimento, que o Curso proporciona a gente, ele me deu mais confiança para interagir com a paciente. (E₉)

Ela [cliente] também se mostra bastante segura mediante a você; a sua aplicação. E você está fazendo uma aplicação correta da parte científica. (E₁₄)

No pensamento de Moura (1997, p. 83), fica evidente que não pode haver saltos expressivos de qualidade no setor de saúde sem que haja uma ação positiva nos elementos básicos da organização, ou seja, pessoal, material e financeiro; e que a qualidade da assistência torna-se fundamental para a mulher e a população em geral, sendo os profissionais enfermeiros responsáveis em colocar como centro da atenção, a satisfação da clientela assistida.

CATEGORIA 3**As implicações da prática profissional para a qualidade da assistência à saúde da mulher**

O sentido denotativo de implicação refere-se a uma relação de consequência a partir de objetos ou ações iniciados; dessa forma, esta categoria trata das implicações da prática profissional dos enfermeiros egressos, relacionando como resultado a qualidade da assistência à saúde da mulher.

Iniciando a análise, foi identificada, por meio dos depoimentos acerca do cotidiano da prática profissional, a integralidade da assistência como uma implicação positiva para a qualidade da atenção à mulher. O enfermeiro obstetra percebe a cliente como sujeito do processo do cuidar, com expectativas e necessidades específicas a serem observadas.

A integralidade da assistência à saúde é um dos princípios do SUS, e é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, individuais e coletivos, oferecidos em todos os níveis de complexidade (BRASIL,1991). Esse princípio direcionado à mulher trata da compreensão de que essa parte da população tem o direito de ser atendida no conjunto de suas necessidades e expectativas, cabendo aos serviços de saúde estarem organizados de modo a oferecer as atenções requeridas.

Nos depoimentos a seguir, os CEEO trouxeram uma reflexão pessoal e profissional aos enfermeiros no sentido do aprimoramento do trabalho e, conseqüentemente, da melhoria da assistência à mulher antes, durante e após a gravidez. Expressaram os entrevistados, no cômputo geral, que o conhecimento adquirido sobre a mulher como um todo e o entendimento de sua singularidade, foram essenciais para o crescimento e o aperfeiçoamento

de cada um. Seguem-se três exemplos do que disseram a respeito:

Na verdade, ser enfermeira obstétrica não é só para fazer parto, é para você acompanhar a mulher no antes de estar grávida, na gravidez, e depois dela, e ainda depois, para que ela possa voltar a engravidar. Acho que o melhor de tudo do Curso foi o conhecimento da mulher como um todo. Então, eu tenho tentado, depois do Curso, fazer esse elo. Eu tenho tentado aprimorar o meu trabalho, não só em relação ao parto. (E₂)

Depois desse Curso a gente percebe que o enfoque na assistência vê a mulher como um ser integral. A gente pode chamar isso de uma assistência mais humanizada, mais integralizada (...); vendo não só a mulher com a criança e o companheiro (...). Uma visão mais ampliada dessa gestante. Vendo essa mulher como um ser singular; como alguém que realmente merece ser sujeito nesse processo e não como objeto. (E₅)

Aqui na maternidade, como eu já tinha comentado com você, a minha função é Presidente de Centro de Estudos; então, antes quando eu ia aos andares por conta do aleitamento, eu me limitava ao aleitamento. Hoje, eu já me sinto na obrigação de interferir em qualquer situação e não espero buscar a enfermeira do setor. Porque eu sinto que eu tenho obrigação de interferir e aí eu já vou agindo, e já vou buscando os recursos necessários para atender as situações. O Curso me deu essa obrigação. (E₁₁)

Coelho et al. (2009), compreendem a integralidade, na atenção à saúde das mulheres, como a concretização de práticas que garantam o acesso das usuárias às ações resolutivas, construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, a assistência deve ser permeada pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mesmas.

A avaliação também foi apontada pelos egressos, inserida na prática profissional e, portanto, uma implicação positiva para a qualidade da assistência à saúde da clientela.

Uma importante ação do enfermeiro obstetra em seu cuidado é a

avaliação da clientela, visto que, por meio dessa prática ele identifica a necessidade de seu público, e realiza procedimentos e intervenções indispensáveis, qualificando a assistência e reduzindo os riscos à saúde da mulher.

Nas falas abaixo, os egressos relacionam a realização da avaliação mais qualificada após os CEEO, no momento do pré-natal, no trabalho de parto e parto, facilitando as ações mais indicadas para o cuidado diferenciado:

Eu acho que ganhei mais técnica para realizar a episíio [episiotomia]. Eu consegui indicar melhor a episíio. Antes do Curso, 90% dos partos eu já, sempre fazia a episíio. Hoje eu já consigo indicar melhor. Eu consigo avaliar melhor a apresentação fetal. Eu consigo avaliar melhor o RN [recém-nascido]. (E₂)

Hoje eu consigo avaliar melhor uma mulher no pré-natal, encaminhá-la adequadamente, orientar em relação a todos os exames e avaliar os exames. Então eu acho que isso contribui muito com a assistência. (E₆)

Com o conhecimento eu pude dar uma assistência melhor, em termos de saber realmente avaliar a paciente, saber o que eu estou fazendo. (E₁₂)

Eu tenho uma mulher ali no box que está em trabalho de parto, e que está transcorrendo, melhor impossível. Eu não vou fazer nada com essa mulher (...). Agora eu tenho uma mulher que está ali no box com trabalho de parto arrastado, a mulher está estressada. Eu vou colocá-la no chuveiro, eu vou conversar, eu vou caminhar, eu vou tentar relaxar. Eu tenho outra mulher que está com um enorme edema de colo, eu vou colocá-la na posição genupeitoral, vou orientá-la, vou colocar sacolé de gelo, eu vou fazer o que precisar. Eu acho que eu tenho que fazer alguma coisa quando a mulher está precisando dessa orientação. Eu vou observar como essa mulher vai reagir e vou agir com tudo que eu aprendi desde as tecnologias não invasivas até as invasivas para poder ajudar o conjunto (...). Intervir quando houver necessidade e intervir da melhor maneira possível (...). Eu acho que tudo que a gente aprende vai influenciar na sua atenção. (E₁₅)

A avaliação de Enfermagem consiste em uma tecnologia não invasiva, simples e de baixo custo, que deve ser valorizada; e ainda aliada à observação global da parturiente, sendo útil para evitar procedimentos desnecessários, desconfortáveis ou constrangedores. Outra vantagem é que a realização do

procedimento representa oportunidade para a enfermeira permanecer um tempo maior junto à mulher, com possibilidade de individualizar o cuidado (SCHNECK & RIESCO, 2006).

A autonomia da prática dos enfermeiros obstetras surgiu nas expressões, dando seguimento às implicações para a qualidade da assistência à saúde do gênero feminino.

O somatório da independência intelectual, adquirida nos CEEO, com o direito de reger-se por leis próprias, a exemplo da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, de nº 7.498/86, que define a competência da Enfermeira ou da Obstetrix na assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, das Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e as recomendações da OMS sobre o assunto, configuram-se como autonomia. Esta se faz importante para o desenvolvimento pessoal e profissional do especialista e da Enfermagem, por meio do exercício sem entraves e do poder de decisão pertinente sobre as providências que se fizerem necessárias na área Obstétrica.

Para Merighi e Gualba (2002), quando as enfermeiras atuam com autonomia, têm obtido resultados perinatais satisfatórios e desempenhado papel relevante no sentido de mudança, examinando práticas Obstétricas universalmente aceitas e diferentes tipos de intervenções, inclusive as suas próprias práticas.

Para a autonomia e apropriação da prática, foi referendada pelos enfermeiros obstetras a obtenção do título conferido pelos CEEO nas falas a seguir:

Por que o título de especialista confere mais autonomia e ele dá respaldo até para uma atuação mais plena, mais ampla, principalmente em sala de parto. Legitima mesmo a atuação da enfermeira que tem à sua atuação na área de saúde da mulher e obstetrícia, em particular. Eu acho que me fortaleceu enquanto profissional a questão da titulação; legitimando-me, na minha atuação naquele espaço. Acho que você se apropria, você ganha força. Eu acho que dá um certo empoderamento. Eu sou enfermeira obstetra. Então você se apropria, numa discussão, na fala, na pertinência, da atuação. (E₁)

Eu acho que o título de Especialista, sempre é algo a mais (...). Quando você vai para uma pós-graduação, você tem um outro olhar. A pós-graduação te dá uma direção. Você consegue ter mais autonomia. (E₁₀)

A titulação em Enfermagem Obstétrica representa, para os egressos, a certificação e a comprovação do conhecimento adquirido por meio da teoria e da prática, bem como o empoderamento profissional advindo desse aprendizado para a sua autonomia frente às ações referentes à área e nas inter-relações e articulações com a instituição de saúde e seus colegas de equipe.

O respaldo legal também foi apontado por uma entrevistada como condição para fazer valer os direitos do enfermeiro obstetra e, por conseqüência, a autonomia para a assistência à saúde à mulher:

Como enfermeira reconhecadora dos meus direitos enquanto profissional, podendo fazer valer o meu atendimento a essa mulher, sem ter medo de estar entrando numa área que não é a minha. Por que agora a gente tem um respaldo sobre as portarias, as leis que nos garantem esse direito. E segurança profissional para o desenvolvimento dessa prática, reconhecida em todo o amparo legal que você tem para prestar essa assistência de forma diferenciada e como enfermeira. (E₅)

Segundo Barros, Silva e Moura (2007), a autonomia das enfermeiras da assistência ao parto normal está limitada por seu desconhecimento sobre o respaldo legal para atuar nesta área do cuidado, pelo poder médico, pela deficiência de conhecimento técnico-científico para o manejo do parto e pela sobrecarga de atividades.

No entanto, é válido ressaltar que os egressos trouxeram em suas falas a idéia de que a autonomia é conquistada por meio do conhecimento sobre o assunto, e também pela iniciativa do profissional para a atenção, conforme depoimento abaixo:

E valeu porque eu estou a meio caminho de fazer isso no outro hospital que eu trabalho. Já montamos um grupo, fizemos o projeto, foi aprovado pela direção [HEAS] e apesar de ainda não ter em nenhum hospital do Estado, o enfermeiro atuando em sala de parto, lá no HEAS eu já atuo; apesar disso não estar ainda registrado. (E₁₅)

A autonomia é uma característica conquistada, não é dada; nesse sentido, as enfermeiras precisam se colocar como protagonistas do processo, acreditando nas suas capacidades de assistência (CASTRO & CLAPIS, 2005).

Por outro lado, emergiram dos depoimentos as dificuldades em relação à autonomia, tais como impedimentos e preconceitos no exercício da prática da Enfermagem obstétrica, gerados pelas instituições de saúde e pela equipe médica:

A gente enquanto enfermeira obstetra vê que ainda existe muito preconceito em relação à atuação, principalmente dos médicos. Você dá a informação correta, e eles muitas vezes hostilizam aquilo, achando que a gente não tem conhecimento. É difícil, por que eles acham que a gente não sabe atuar. (E₄)

Às vezes, chegam alguns [partos] no período expulsivo. Então, eu vou para a sala, junto com a mulher que está parindo, mesmo sabendo que eu não vou poder assistir ao trabalho de parto. (E₈)

As enfermeiras ainda têm em sua atuação dificuldades por fatores socioculturais e institucionais, reconhecendo como barreiras a medicalização do parto, a hegemonia médica e a falta de autonomia profissional (op. cit, 2005).

Segundo Heller (1994), os preconceitos ou pré-juízos são juízos provisórios advindos dos juízos ultrageneralizados, sendo característicos da vida cotidiana, onde reagimos e resolvemos as situações singulares por

analogia às vivenciadas anteriormente, ultrageneralizando-as.

A autora (HELLER, 1994) destaca que, na prática, podemos dissolver essa analogia e conhecer o fenômeno singular, avaliando-o e compreendendo-o. Entretanto, o juízo provisório (de analogia) pode se cristalizar em preconceito, fazendo com que não atentemos para nenhum fato posterior que o contradiga; e conservado, poderá converter-se num dano irreparável, levando a um erro capaz de acarretar uma catástrofe na vida cotidiana.

Por similitude, os preconceitos da área Obstétrica, dos médicos para com os enfermeiros, geralmente são advindos dos juízos provisórios da ultrageneralização médica, que reage às práticas da Enfermagem utilizando-se da analogia às vivências anteriores e à História, relativas à representação do trabalho de Enfermagem como doméstico e manual, entendido como ato banal e repetitivo do cotidiano feminino, e à situação de subordinação da mulher ao homem, e da enfermeira ao médico, pelo trabalho executado a partir das ordens, sem conhecimento científico.

Seguindo o entendimento, os médicos podem quebrar essa relação por meio da aceitação de possibilidades para avaliação e compreensão da assistência de Enfermagem na área Obstétrica como parceira e motivadora, objetivando a não cristalização do preconceito e, por conseqüência, a não produção de danos e erros pela instituição e profissionais de saúde no desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar, principalmente na assistência à saúde direcionada à mulher.

A violência verbal representada pela represália médica em relação ao fazer da Enfermagem, percebida também como violência de gênero, moral, psicológica, profissional e institucional, foi explicitada no depoimento a seguir:

Eu, enquanto enfermeira obstetra, dentro de uma unidade de baixo risco, eu posso e sou capacitada para isso. Então fui realizar um toque na paciente, para saber como é que estava. E depois que eu fiz o toque, o médico entrou na sala e me chamou, falando assim: Você está aí ciscando em volta da paciente. Eu já estava vindo examinar. Você não tem nada que ter tocado [realizar o toque na paciente]. (E₈)

Para Costa (2005), a violência verbal, quando proveniente dos médicos, faz parte do jogo de poder e dominação existente no contexto de trabalho. É a mais sentida e a mais dificilmente superada pelos trabalhadores de Enfermagem, quando causada por alguém de sua equipe, visto que a identificam como inconcebível, pois vivenciam a mesma realidade contextual estressante e desgastante.

A violência manifestada verbalmente pode gerar grandes sofrimentos psíquicos, inclusive com repercussões no plano fisiológico, principalmente quando esta situação se dá repetitivamente.

O reconhecimento da prática profissional emergiu das expressões dos enfermeiros obstetras, também como uma implicação para a qualidade da assistência à saúde da mulher. Uma das questões que permeiam o universo da Enfermagem Obstétrica é justamente o reconhecimento de suas ações perante a instituição de saúde e à equipe de trabalho, intencionando a realização de sua assistência, principalmente em relação ao parto e nascimento, sem dificuldades para utilizar o conhecimento aprendido nos CEEO.

Antes do Curso, eu fazia [o parto], alguém prescrevia, eu ficava feliz, porque essa pessoa [profissional médico] prescrevia e assinava o meu parto. Após o Curso eu percebi que na Instituição eu não era reconhecida para fazer o parto. Após o Curso eu passei a querer que fosse reconhecida como enfermeira obstétrica. Passei a querer ter o direito de fazer o parto. Eu não quero depender de outras pessoas. Assim o parto que eu fizer, eu quero poder assinar. Fazer tudo, desde o acompanhamento até a prescrição, sendo reconhecida por isso dentro da minha Instituição. Eu quero ter o direito de poder fazer. (E₂)

Nós somos enfermeiras obstétricas, a gente tem esse título. Mas na prática, e com relação à equipe médica, não é reconhecida. (E₄)

As enfermeiras obstetras são reconhecidas como as profissionais mais apropriadas para a atenção à saúde da mulher no acompanhamento da parturiente no parto normal sem distócia e esse reconhecimento é extremamente necessário, visto que a profissão vem enfrentando grandes entraves para realizar essa assistência (ARAUJO & OLIVEIRA, 2006).

Entretanto, quando o enfermeiro obstetra refere-se ao reconhecimento, não objetiva somente a aceitação legal do exercício de sua prática em toda a plenitude, mas a aprovação e o respeito de seus colegas de jornada para a efetivação do trabalho em equipe, utilizando a multiplicidade de saberes da área obstétrica em prol da melhoria das condições de saúde da mulher.

Nos depoimentos dos especialistas, fica evidenciado o reconhecimento do enfermeiro obstetra pelo médico como consequência da apropriação do conhecimento:

E até as próprias médicas falam assim [para a cliente]: primeiro você vai ter que assistir o grupo; você precisa aprender com a enfermeira. Isso, assim, falado pelas médicas, eu acho isso importante: reconhecimento. (E₃)

Em termos dos nossos colegas de trabalho, tipo médico, eles hoje me vêem com outros olhos. Perguntam as minhas dúvidas. Tiram alguma dúvida comigo. Perguntam o que eu acho, e o que eles devem fazer. (E₁₂)

O trabalho em equipe é altamente benéfico para a melhoria da atenção à parturiente, desde que esses profissionais (médicos obstetras e enfermeiras obstetras) saibam definir atribuições e competências adequando à sua capacidade técnica (op. cit, 2006).

Algumas vezes, entretanto, o enfermeiro encontra descaso e dificuldade

de aceitação de suas ações na própria equipe de Enfermagem, identificando a falta de cumplicidade e o corporativismo de seus parceiros, diferentemente de outras categorias profissionais, como assinalou um entrevistado:

E há um tempo os próprios auxiliares pegavam o paciente, tomavam-no da minha consulta [marcando-o para outro profissional]. Agora elas mesmas fazem questão [de marcar a consulta para mim]. (E₃)

A autonomia do enfermeiro é prejudicada por conflitos decorrentes das intervenções dos membros da equipe de Enfermagem em suas condutas, como também, da percepção de que são testados pelos auxiliares e técnicos de Enfermagem quanto à sua competência profissional (BERTI et al., 2008).

No decorrer da análise das entrevistas, identificamos um depoimento bastante significativo acerca do entendimento da expressão “nível hierárquico profissional”, em que um egresso refere sentir-se, em determinados momentos, “quase no mesmo nível do médico” por causa de seu reconhecimento:

Você se sente quase que no mesmo nível do médico. Você vê que o médico confia em você. (E₃)

Embora significativo, o depoimento é preocupante, visto que em seu pensamento, o enfermeiro admite uma hierarquia legítima de poder entre as distintas áreas, e traz uma mensagem subliminar de inferioridade da Enfermagem em relação à Medicina.

Heller (1994) aponta que os contatos no cotidiano na divisão social do trabalho podem ser realizados entre ocupações de postos diferentes e estarem relacionadas às desigualdades envolvendo relações de superioridade e inferioridade. Portanto, leva-nos a inferir sobre até que ponto os enfermeiros obstetras se coadunam com esse entendimento e, por isso, não se mobilizam para fazer valer o seu reconhecimento, por verdadeiramente acreditarem que é uma área da saúde ainda subordinada e inferior à outra.

Isto demonstra o estigma ou preconceito gerado ainda dos primórdios da História da Enfermagem como profissão, e que perdura até os dias atuais, visto que para Geovanini et al. (2005), historicamente falando, as tarefas femininas, sempre tiveram menor prestígio social e sempre estiveram dissociadas do saber intelectual. Este mesmo raciocínio é válido quando se analisa a presença da mulher na Enfermagem e a subordinação da classe à categoria médica, essencialmente masculina.

As reflexões dos egressos relativas à sua prática e à assistência obstétrica médica também foram identificadas como implicações positivas para a qualidade da assistência, visto que propiciam inquietações e buscam respostas na formação, na profissão, nas políticas institucionais e nas propostas ministeriais.

Os questionamentos quanto à prática da Enfermagem Obstétrica são relativos à competência e autonomia baseadas nos princípios éticos e legais da Enfermagem, principalmente após a titulação dos CEEO, como relataram os entrevistados abaixo:

Já que hoje eu posso, eu devo, eu tenho direito de fazer o parto, porque a Instituição não me dá essa possibilidade? (E₂)

Apesar de uma autonomia que eu venho tendo, e que tem sido ofertada a cada dia, até mesmo agora com o lançamento do Ministério da Saúde com a campanha do Parto Normal, eu não me vejo nesse direito, para mim esse direito ainda está sendo negado. Para uma coisa que eu estou apta a fazer, que eu quero fazer, e não me é permitido fazer. Então para quê que eu fui treinada? É isso que me pergunto, entendeu? (E₈)

Eu fiz um Curso de Especialização numa Faculdade Federal, na UFRJ, que me habilitou em fazer parto em qualquer lugar do território nacional do Brasil e ninguém pode dizer que eu não posso tocar uma paciente. Isso o Curso me deu. Eu faço, eu sou habilitado, eu posso. Queiram ou não, eu posso. (E₁₆)

Entretanto, os questionamentos sobre a assistência obstétrica médica apontam para o descaso com a clientela. O enfermeiro obstetra, após os CEEO, adquiriu conhecimento para compreender e questionar as práticas utilizadas para uma maternidade segura, embasada nas recomendações da OMS (1996). A propósito, dois entrevistados relataram o seguinte:

Aqui se faz sistematicamente a episiotomia e por aí a gente verifica que algumas coisas precisariam ser reformuladas, mas, isso é aquela questão: eu me atualizei na questão como enfermeiro, a parte médica nem sempre. (E₇)

Um dia passei por uma situação que a paciente estava com muita dor, e ela falou assim: mas eu li que o serviço público de saúde dá anestésico para a gente sentir menos dor. Aí eu falei assim: É verdade. [a paciente questiona] Então aqui você não pode me dar um anestésico para eu sentir menos dor? Aí eu falei assim: Infelizmente aqui não é feito esse procedimento. E aí o médico veio, e conversou com ela: Não, aqui não tem isso não. Trabalho de parto é assim mesmo, tem que ser assim, e você vai sentir dor. (E₈)

Os depoimentos acima dão visibilidade às mudanças que os CEEO propiciaram, a partir dos conhecimentos e do comportamento dos enfermeiros, para uma visão mais crítica e consciente do seu papel na sociedade. Trata-se de uma postura diferente da alienação que, segundo Heller (2000), é comum à vida cotidiana e cristaliza os movimentos e as possibilidades de explicitação.

Percebemos que a realização dos CEEO, pelos enfermeiros, trouxe como resultado, de uma forma natural, a qualidade da assistência declarada pelos mesmos, provenientes da utilização desse conhecimento, da discussão das práticas e suas implicações, da compreensão ampliada das atividades, e da transmissão do conhecimento em geral, para a equipe de Enfermagem, como relataram os seguintes entrevistados:

Se você faz o Curso e se você sabe de tudo que acontece, se todas as informações são dadas em relação à gestação de alto risco, de parto normal, parto cesariana, aleitamento materno, a qualidade vem de uma maneira natural. A qualidade você acaba passando para a sua equipe, para as técnicas de Enfermagem, para os auxiliares. Essa qualidade acaba caindo para o grupo em geral. E todo mundo acaba ganhando com isso. A equipe toda. (E₄)

Ela te dá mais conhecimento, então a gente pode discutir determinadas práticas que são vistas, ao longo da nossa assistência, e eu acho que melhora e muito para paciente para qualidade. (E₉)

Eu sinto que o Curso instrumentalizou para ter uma visão mais ampliada das minhas atividades e conseqüentemente poder transformar a assistência com mais qualidade. Eu acho que isso resume tudo para mim. (E₁₁)

De acordo com Moura et al. (2006), a transformação na lógica da formação dos profissionais na área da saúde, por si só, não garante mudanças na qualidade dos serviços oferecidos à população. Esta assistência assume uma complexidade que vai além da qualidade dos profissionais que a executam.

Nesse sentido, continuam Lima e Moura (2005) ressaltando a responsabilidade dos serviços de saúde, que devem agir prontamente para eliminar ou minimizar os pontos estranguladores que, via de regra, obstruem a qualidade do trabalho e, conseqüentemente, da atenção à saúde da mulher.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa originou-se da necessidade de conhecer a prática profissional dos egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), objeto desse estudo, no intuito de identificar o percurso da prática e caracterizar a prática desses egressos, analisando as implicações para a qualidade da assistência nos serviços de saúde de atendimento à mulher.

Desta forma, buscamos ampliar as oportunidades de discussão acerca desta temática como política de qualificação profissional proveniente da EEAN e as possibilidades e limites da prática para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres brasileiras.

A decisão de utilizarmos como marco teórico a cotidianidade de Agnes Heller (1994), filósofa húngara neomarxista, foi fundamental para aprofundar as reflexões sobre a vida diária, o saber cotidiano e científico, a heterogeneidade do grupo social, o trabalho e as colisões da vida durante a prática profissional dos egressos, e oferecer suporte para as discussões e análise de suas implicações. Compreendemos em seus conceitos que na vida cotidiana se produzem as relações sociais entre homens, e é na cotidianidade que o indivíduo se insere na sociedade e se transforma, reproduzindo as atividades e as culturas existentes.

O caminho metodológico da investigação pautou-se numa abordagem qualitativa, com a finalidade de valorizar os dados subjetivos da pesquisa social frente à construção de uma realidade da prática profissional relacionadas ao percurso dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica e as circunstâncias socialmente condicionadas à essa prática.

Optamos pelo estudo de caso como método, na intenção de permitir um conhecimento mais amplo e detalhado da configuração e evolução das edições dos referidos Cursos, no período de 2000 a 2005, sob a coordenação e responsabilidade acadêmica da EEAN/UFRJ. Estes foram financiados por recursos públicos motivados pela implantação de um conjunto de ações norteadas por Portarias Ministeriais, com a finalidade de estimular os profissionais - enfermeiros - e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, em especial à assistência obstétrica.

Para a análise dos resultados, utilizamos como base as informações empíricas relevantes que emergiram dos depoimentos dos egressos dos CEEOs, classificando-as através das categorias temáticas propostas por Minayo (2000). Em seguida, estabelecemos articulações entre os dados coletados, a Teoria da Cotidianidade, e o pensamento de outros autores sobre a temática, que nos possibilitaram sustentar a análise científica e alcançar os objetivos propostos na presente pesquisa.

O perfil dos enfermeiros que concluíram os referidos Cursos de Especialização foi caracterizado a partir das variáveis relacionadas à idade, sexo, ano de conclusão do Curso, área e tempo de atuação no cenário da Enfermagem Obstétrica. Identificamos que 60% (12) dos profissionais egressos estavam na faixa etária entre 40 e 50 anos, indicando maturidade profissional na Enfermagem. Entretanto, este resultado revela um tempo reduzido de contribuição futura para a Enfermagem Obstétrica, o que requer estímulo aos jovens profissionais à qualificação na área e absorção nas atividades no mercado de trabalho.

Verificamos pela análise que 95% (19) dos egressos dos Cursos eram do sexo feminino, o que confirma o perfil de gênero da profissão de Enfermagem, majoritariamente feminino.

Em relação ao ano de conclusão do Curso, houve maior expressão para a turma de 2006, com resultado de 50% (10) entrevistados, considerando a facilidade de acesso a esse grupo pelo vínculo que mantém com a EEAN, ou ainda por participarem dos eventos da ABENFO-RJ. Isto demonstra o interesse na ampliação dos conhecimentos e na motivação por atualizações da prática, advindas da Instituição de Ensino formadora e da Associação que congrega profissionais das áreas Ginecológica, Obstétrica e Neonatal.

No que concerne à atuação dos profissionais entrevistados, verificamos que 100% (20) atualmente desenvolvem suas atividades de trabalho na área de conhecimento adquirido nos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, o que constata uma perspectiva positiva para a manutenção e estímulo dos enfermeiros à sua prática. Enfatizando os conceitos de Agnes Heller no saber cotidiano, certas aquisições científicas passam a representar o saber científico (da teoria) que é englobado pelo pensamento cotidiano (da prática), na sua própria estrutura. Este pensamento expressa uma aquisição do saber científico do cotidiano dos enfermeiros egressos para os saberes da prática, implicados no pragmatismo da vida cotidiana que se convertem em seu norteamento.

Importante foi verificar o tempo de atuação dos participantes após a conclusão dos Cursos, em que obtivemos uma frequência maior para o período compreendido entre 1 e 10 anos, o que representou 75% (15) dos entrevistados. Desse resultado, verificamos que 10% (02) dos especialistas iniciaram a sua inserção na prática Obstétrica sem vivência profissional anterior direcionada à saúde da mulher. Isso indica que o Curso de Especialização contribuiu para o direcionamento desses profissionais no sentido da atenção à população feminina.

Foram três as categorias temáticas que emergiram das informações empíricas dos resultados da pesquisa, a saber: Categoria 1 – o percurso da prática profissional dos

enfermeiros egressos dos CEEO da EEAN; Categoria 2 – a prática profissional dos enfermeiros dos CEEO; 3 – As implicações da prática profissional para a qualidade da assistência à saúde da mulher. A síntese de cada categoria é apresentada a seguir.

Categoria 1 - Em relação ao percurso da prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEO da EEAN, observamos que os conhecimentos adquiridos foram aplicados na área de saúde da mulher, tanto na docência como na assistência. Os setores de prática, em sua maioria, foram direcionados à área perinatal, como: pré-natal, maternidade, centro obstétrico, pré-parto, sala de parto e alojamento conjunto. Os cargos ou funções exercidos, por vezes em várias jornadas de trabalho, foram de enfermeiro, enfermeiro docente, supervisor de Enfermagem e enfermeiro obstetra. A inserção na área da saúde da mulher ocorreu, emergindo dos depoimentos pontos positivos, como a ampliação do horizonte profissional, a atualização do conhecimento adquirido na formação, e novas experiências; e contrapondo, pontos negativos, como a inadequação ao cargo de enfermeiro obstetra, decepção em não exercer na prática a atividade direcionada à assistência à saúde da mulher, falta de aproveitamento de profissionais qualificados na área específica e dificuldades de mudar a assistência.

Os resultados apontaram à satisfação pessoal dos egressos, demarcada prioritariamente pela obtenção do título de especialista e pelo conhecimento adquirido, revelando maior segurança nas ações e articulações junto à equipe de trabalho e com possibilidades de ampliação na atenção à saúde da mulher. Os relatos ressaltaram a formação profissional baseada nas políticas públicas de saúde e nas produções científicas da área Obstétrica, na legislação pertinente e na qualidade da formação recebida, que em muito contribuíram para a sustentação, análise e discussão da prática profissional da área.

Categoria 2 - No que diz respeito á prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEO, constatamos que as ações de Enfermagem Obstétrica vivenciadas são a preceptoría, a chefia de Enfermagem, a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, a atenção às urgências e emergências obstétricas e as práticas utilizadas baseadas em evidências. Em contrapartida, emergiu dos depoimentos o contraponto negativo das ações, justamente a limitação ou bloqueio das mesmas, proveniente das instituições de saúde, advindos da falta de políticas institucionais, da mínima utilização dos profissionais capacitados e da inadequação dos recursos físicos e materiais para uma atenção de qualidade a ser desenvolvida. Também é válido considerar as colisões procedentes dos médicos e/ou das equipes médicas, o que inviabiliza as mudanças de paradigma relativas à atenção à saúde da mulher sugerida pelo Ministério da Saúde, trazendo redução do retorno dos investimentos, insatisfação profissional e prejuízos para a qualidade da assistência à clientela.

Em relação às contribuições da formação oferecidas pela EEAN (re)modelando as ações na prática dos enfermeiros egressos dos CEEO, emergiram das entrevistas o conhecimento adquirido por meio do acréscimo de informação, da atualização e do aprimoramento, como também a segurança embasando as ações administrativas e assistenciais, os questionamentos das práticas de saúde e a inter-relação com a clientela por meio do cuidado, visando o atendimento de qualidade e à redução tanto dos procedimentos invasivos desnecessários, como da morbimortalidade materna e perinatal.

Categoria 3 - Quanto às implicações da prática profissional dos enfermeiros egressos dos CEEO/EEAN para a qualidade da atenção à saúde das mulheres, emergiram dos depoimentos conseqüências identificadas como positivas. A integralidade da assistência, advinda também da reflexão pessoal e profissional, estimulada pelos Cursos, geradora de aprimoramento da prática; e a avaliação da clientela, qualificando o cuidado, surgiram nos depoimentos. A autonomia também foi destacada, obtida por meio da titulação, do respaldo

legal e do conhecimento e iniciativa profissional. A limitação foi identificada pelos preconceitos provenientes da Instituição de saúde e da equipe médica por meio da violência verbal e de suas derivações, o que gerou implicações negativas para a qualidade da atenção e sua prática.

O reconhecimento profissional foi representado pela aceitação legal do exercício da Enfermagem, e também pela aprovação e respeito da equipe no seu local de trabalho, apesar do descaso e da dificuldade de aprovação de alguns de seus membros. O pensamento engessado sobre hierarquia e inferioridade da Enfermagem em relação à Medicina, surgiu como ponto contraditório à questão, o que requer discussões e aponta para outros estudos. As reflexões dos egressos relativas à sua prática profissional e da assistência obstétrica médica apontaram para a capacidade crítico-reflexiva em relação ao atendimento dispensado às mulheres.

A qualidade da assistência emergiu dos depoimentos, de forma natural, como resultado da prática profissional qualificada por meio da utilização do conhecimento e discussão das ações, do entendimento ampliado das atividades e da transmissão do saber adquirido para a equipe de Enfermagem.

Portanto, conclui-se que seriam necessárias estratégias para possibilitar uma assistência de qualidade à mulher, e ao fortalecimento da identidade, da legitimidade da prática profissional e da autonomia do enfermeiro obstetra, através não só da reformulação das políticas de formação de recursos humanos na área, mas também, em relação a qualificação oferecida pelos CEEOs, que deveriam estimular à postura política e à militância pelas questões pertinentes, ampliando desta forma a visão crítica para o pensar e o fazer.

Uma atualização permanente dos egressos, e uma constante retroalimentação na formação dos especialistas, e por consequência, nas propostas dos Cursos de Especialização, utilizando a prática real vivenciada, em conjunto com a política ministerial direcionada à saúde da mulher.

E quanto a prática, realizada pelas egressas, deveria ser sem interferências institucionais, com mais autonomia para o seu pleno exercício, e apoio na implantação e implementação das ações em saúde da mulher, oferecendo subsídios para a atuação com qualidade e a possibilidade da transformação da realidade da clientela, por meio da integralidade do cuidado.

Diante do exposto, da constatação da importância dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica para os enfermeiros que atuam na área da saúde da mulher, e da certeza de que os objetivos da pesquisa foram alcançados, fica a expectativa de que os enfermeiros obstetras busquem o aprimoramento profissional como forma de propiciar à sua clientela uma assistência coerente com aquela que a sociedade espera da Enfermagem, em especial por atender aos pressupostos científicos e pelo amparo legal de que dispõem estes profissionais para exercerem eficientemente as suas atividades laborais em prol da saúde da mulher e seu conceito.

REFERÊNCIAS

ABEN (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM). Posicionamento da Associação Brasileira de Enfermagem sobre a relevância social e científica da experiência brasileira de implantação da política de centros de parto normal. Agosto, 2005.

ALBUQUERQUE, G. L.; PIRES, D. A construção de uma nova forma de representação profissional - um desafio no "Projeto Político-Profissional da Enfermagem brasileira". *Rev Bras Enferm*, v. 69, n. 2, p. 228-232, mar-abr., 2006.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio-jun., 2005.

ARAÚJO, D.V. *Formação de força de trabalho em saúde: contribuição para a prática educativa em enfermagem*. 2006. 105p. [Dissertação] João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba.

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

BARROS, L. M.; SILVA, R. M. da; MOURA, E. R. F. Autonomia de la enfermera que assiste el parto normal en Brasil. *Invest Educ Enferm*, v. 25, n. 2, p. 44-51, 2007.

BATISTUTA, P. A maternidade segura: o que é isto? Amigas do Parto, 2008. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac017.html>>. Acessado em: 20 de março de 2008.

BERTI, H. W; BRAGA, E. M; GODOY, I; SPIRI, W. C; BOCCHI, S. C. M. Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 184-191, março-abril, 2008.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação*. Portugal: Porto, 1994.

BONADIO, I. C.; RIBEIRO, S. A. O.; RIESCO, M. L. G.; ORTIZ, A. C. L. V. Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas escolas de enfermagem do Brasil. *Nursing*, São Paulo, n. 8, p.25-29, jan, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº. 167, de 9 de janeiro de 2007(b). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0>. Acesso em 24 de novembro de 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas* / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008(b).

BRASIL. Conselho Federal de Educação (CFE). Resolução nº. 14 de 1977. Fixa condições de validade dos certificados dos cursos de aperfeiçoamento e especialização para o Magistério Superior. Brasília: Leis, decretos etc., v. 205, p. 487-88, 1979.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Nota técnica. – Brasília: CONASS, 2005(a).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei N.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília; 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº. 163 de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra e aprova o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar. *Diário Oficial da União*, 183, 1998(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal - manual técnico*. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Resolução nº 196*: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº. 985, de 05 de agosto de 1999*. Dispõe sobre a criação dos Centros de Parto Normais. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acesso em 28 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.815 de 29 de maio de 1998. Inclui nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o Grupo de Procedimentos e a Assistência ao Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra. *Diário Oficial da União*, 103, de 2 jun., Seção 1, p. 47-8, 1998(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras / [Maria Auxiliadora da Silva Benevides *et al.*], 2005(b). [Série F- Comunicação e Educação em Saúde].

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: MS, 2004(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007(a). [Série A- Normas e Manuais Técnicos].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007(c). [Série C- Projetos, Programas e Relatórios].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa para Saúde: desenvolvimento e inovação para o SUS: 22 a 24 de outubro de 2007: relatório final / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008(a). [Série C- Projetos, Programas e Relatórios].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica. *Critérios para elaboração de projetos de curso de especialização enfermagem obstétrica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000(a).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O desafio de construir e implementar políticas de saúde - relatório de gestão 2000-2002*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2004 - uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Qualisus - política de qualificação da atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(c).

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Datasus Tabnet: nascidos vivos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 de março 2008(c).

BRUGGEMANN, O M. O cuidado no processo do nascimento: reflexões sobre a atuação da enfermeira. 2003.
Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn203bruggemann.htm>>. Acesso em: 08 de abril de 2007.

CAMARGO, T. B.; MEIER, M. J.; LACERDA, M. R.; SARQUIS, L. M. M.. O conhecimento sócio-político e o enfermeiro: reflexão. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 7, n. 3, 2008.

CARVALHO, A. C. de. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) 1926-1976. *Documentário*. Brasília, 1976.

CASTRO, J. C; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, nov.-dez., 2005.

CEDIM-RJ (CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DA MULHER). *A luta pela emancipação da mulher*, 2003.
Disponível em: <<http://www.cedim.rj.gov.br/conquist.htm>>. Acesso em: 09 de agosto de 2007.

CFSS (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE). Saúde das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

COELHO, E. A. C.; SILVA, C. T. O; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan-mar., 2009.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). *Lei nº. 7.498*, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>
Acesso em 27 de março de 2007.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). *Decreto nº. 94.406*, 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº. 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=65>>
Acesso em 27 de março de 2007.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). *Resolução nº. 223* de 03 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7053§ionID=34>>. Acesso em 07 de agosto de 2007.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). *Resolução nº. 305* de 25 de abril de 2006. Dispõe sobre a Regulamentação e Responsabilidade do Enfermeiro em Centro de Parto Normal/Casa de Parto. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7133§ionID=34>>. Acesso em: 07 de agosto de 2007.

CORDEIRO, A. L. A. O. ; CRUZ, E. A. Curso de especialização em enfermagem sob a forma de residência da Universidade Federal da Bahia. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 14, n. 1, p. 67-71, abr., 2001.

COSTA, A. L. R. C. *As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público*. [Tese de Doutorado] Ribeirão Preto, 2005.

CREMERJ (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA). Situação das maternidades se agrava nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro. *Jornal do CREMERJ*, 2008. Disponível em: <<http://www.cremerj.com.br/jornais/mostraMateria.php?idJornal=65&idMateria=891>>. Acesso em: 04 de junho de 2008.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 62-68, 2001.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competência: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. *Revista Formação*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 27-38, maio, 2001.

DINIZ, C. S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001. p 180.

DINIZ, C. S. G. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada. In: *Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000. pp: 36-44.

FILHO, W. D. L.; LUNARDI, G. L.; PAULITSCH, F. S. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra-equipe de enfermagem: relato de experiência. *Rev.Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 63-69, julho 2007.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. de C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar., 2001.

GAUTHIER, J. H. M.; TYRRELL, M. A. R.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. M. *O objeto do estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa em enfermagem. Pesquisa em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. *História da Enfermagem: versões e interpretações*. 2. ed. São Paulo: Revintes, 2005.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R.; CERVEIRA, M. A. C.; TORRES, Z. F. Pólos de capacitação em saúde da família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: UNICAMP, 2002. p. 103–26.

HELLER, A. *Sociologia de la vida cotidiana*. 4. ed. Barcelona: Ediciones Península, 1994.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

ICM (International Council of Midwives - Confederação Internacional de Parteiras). Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, 2002. Disponível em: <www.abenfo.org.br>. Acesso em: 28 de agosto de 2007.

IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA E ECONOMIA APLICADA). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *O idoso brasileiro no mercado de trabalho*. Ana Amélia Camarano. Texto para discussão n^o. 830. Rio de Janeiro. out/2001.

KALINOWSKI, C. E. *O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso*. [dissertação] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. *R. de Pesq.: cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 93-99, 1./2. sem., 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU-EDUSP, 2001.

MALVAREZ, S. M.; AGUDELO, M. C. C. *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n^o 39. Washington (DC): OPS; 2005.

MAMEDE, M. V. (Coord); DOTTO, L. M. G.; OLIVEIRA, M. E. de; BRUGGEMANN, O. M.; RIESCO, M. L. G.; GUALDA, D. M. R.; ARANTES; S. L. Minuta do concurso para certificação e titulação em enfermagem obstétrica e neonatal. ABENFO-Nacional: São Paulo, outubro, 2008.

MARTINS, C. A.; PEREIRA, S. V. M. Qualidade da assistência obstétrica e perinatal em hospital amigo da criança: experiência de uma maternidade – Anápolis/GO. *Esc. Anna Nery. R. Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 451-463, dez., 2002.

MARTINS, C; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006, jul-set; 15(3): 472-8.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E.; ONOKO, R. (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 71-112.

MERIGHI, M. A. B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 644-653, set.-out., 2002.

MERIGHI, M. A. B.; GUALBA, D. M. R. *Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. Diagnóstico e tratamento*. 2002. Disponível em: <[http://apm.org.br/revistas/d_tratamento/dt_7ed2/rdt7\(2\)](http://apm.org.br/revistas/d_tratamento/dt_7ed2/rdt7(2))>. Acesso em: 15 de março 2008.

MICHAELIS 2000. *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 2000. 2 v.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

MINAYO, M.C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 5, p. 661-665, set.-out., 2006.

MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M.; SANTOS, E. K. A.; OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; GREGÓRIO, V. R. P.. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 482-491, jul.-set., 2008.

MOURA, A.V.; MARIA, I. M. N.; AMÂNCIO FILHO, A.; TELLES, J. L. O trabalho em saúde no contexto hospitalar: processos e necessidades como subsídios para a formação profissional. *Esc Anna Nery R Enferm*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 509-513, dez., 2006.

MOURA, M. A. V. *A qualidade da assistência à saúde da mulher gestante: possibilidades e limites*. 1997. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

MOURA, M. A. V.; WOLF, L. R. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Esc. Anna Nery Rev Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-85, ago, 2004.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *burn-out* e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, março-abril, 2005.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisa em Administração*, São Paulo, v.1, n. 3, 2. semestre, p. 40-45, 1996.

NOWROJEC, S. População e direitos reprodutivos. Perspectivas feministas do Sul. Rio de Janeiro: REDE DAWN MUDAR, 1994.

NUNES, I. M.; MOURA; M. A. V. A atenção ao parto como espaço de poder. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 340-346, 2004.

O INFORMATIVO DO DECIT. Ministério da Saúde. Série Resultados de Pesquisa. n. 6, Março de 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 27 de janeiro de 2008.

OBA, M. das D. do V. *Pré-Natal: uma assistência integral ou fragmentada?* São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 1996.

OLIVEIRA, R. D. As mulheres, os direitos humanos e a democracia. 1998. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/revista/numero06/dirmulher.htm>>. Acesso em: 22 de março de 2007.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Saúde materna e neonatal/unidade de maternidade segura saúde reprodutiva e da família. Genebra: OMS, 1996.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). *Serviços de enfermagem e obstetrícia: orientações estratégicas 2002-2008*. Genebra: OMS, 2002.

OSAWA, R. H. Casa de parto de Sapopemba: o direito da mulher ao parto humanizado. *Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 42, n. 1, jan./fev., 2000.

PROGIANTI, J. M.; LOPES, A. S; GOMES, R. C. P. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. *Rev Enfer UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set.-dez., 2003.

PROJETO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. DEMI/EEAN/UFRJ, 2000 - impresso

REHUNA (REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO). Carta de Campinas – ato de fundação da rede pela humanização do parto – rehuna. Amigas do Parto. 13 de fevereiro de 2007. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=397&Itemid=35>. Acesso em: 10 de abril de 2008.

SACRAMENTO, M. T. P. *Cursos de especialização em enfermagem obstétrica no Rio de Janeiro: temáticas e vivências das egressas e das coordenadoras*. Rio de Janeiro, 2005. 112 p.x. Tese (Doutorado Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery. 2005.

SANTOS, F. R. dos; TYRRELL, M. A. R. A assistência à mulher no pré-parto parto na perspectiva da maternidade segura. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 46-53, abr., 2005.

SANTOS, S. S. C. Currículos de enfermagem do Brasil e as diretrizes - novas perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 361-364, jul/ago, 2003.

SCHIRMER, J. Assistência ao parto: novas medidas adotadas pelo Ministério da Saúde. *Acta Paul Enf*, São Paulo, Número Especial, Parte I, p. 214-221, set/dez, 2000.

SCHIRMER, J. Editorial – Enfermagem: parceria indispensável para o sucesso das políticas públicas de saúde. *Acta Paul Enf.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 5, jul./set., 2003.

SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *REME – Rev Min Enf*, v. 10, n. 3, p. 240-246, jul./set., 2006.

SIHD (Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado). Percentuais de Cesarianas – Rio de Janeiro. Competência: 11/2007. MS/DATASUS, 2008. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/SMS_AIHCES_1107.pdf>. Acesso em: novembro de 2008.

TORNQUIST, C. S. O Parto Humanizado e a REHUNA. In: Anais do II Seminário Nacional. Movimentos Sociais, Participação e Democracia. Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS. Florianópolis, UFSC, 25 a 27 de abril de 2007.

TRIVINOS, A. M. S. Introdução a pesquisa em ciências sociais, In: CABRAL, I. E.; TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, julho, 2005.

TYRREL, M. A. R.; SANTOS, A. E. V.; LUCAS, E. A. J. C. F. Ensino de Enfermagem Obstétrica no Brasil: (des)acertos 1972-1996. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 6, p. 677-681, nov./dez., 2005.

TYRRELL, M. A. R. Discurso proferido durante a celebração dos 80 Anos da Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, em 19 de fevereiro de 2003.

TYRRELL, M. A. R. *Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político e inserção da enfermagem*. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery.

TYRRELL, M. A. R.; ARAÚJO, C. L. F. Qualidade da assistência obstétrica sob o enfoque multiprofissional. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, maio/ago., 2003.

TYRRELL, M. A. R.; SANTOS, T. C. F. Setenta anos de vida universitária da Escola de Enfermagem Anna Nery: uma breve reflexão. *Esc Anna Nery R Enferm*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 138-42, mar., 2007.

TYRRELL, M. A. R.; SILVA, A. C. L.; PINTO, I. V. A.; MARQUES, M. C. S. A Saúde da Mulher e o Saber Acadêmico de Enfermagem: Tendências e Prioridades dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. In: 11º Pesquisando em Enfermagem, 2004, Rio de Janeiro. Anais do 11º Pesquisando em Enfermagem. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2004. p. 01-02.

VIANA, L. de O. *A formação do enfermeiro no Brasil e as especialidades: 1920-1970*. Rio de Janeiro, 1995. 168p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery. 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 (Resolução nº 196/96 - Conselho Nacional de Saúde)

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “A Prática Profissional dos Enfermeiros Obstetras Egressos da Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery: Implicações para a Qualidade da Assistência”, que tem como um dos objetivos caracterizar a prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN). Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método o estudo de caso.

A pesquisa terá duração de 2 anos, com término previsto para dezembro de 2008.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada por meio de um pseudônimo, que lhe será dado aleatoriamente. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na instituição que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada, que será gravada em fita magnética, com a sua autorização, possibilitando a sua posterior transcrição.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensação financeiras. Não haverá riscos, de qualquer natureza, relacionados à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em saúde da mulher.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros de equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e suas participação, agora ou a qualquer momento.



 Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Pesquisadora Responsável EEAN/UFRJ – Orientadora
 Cel: (021)8284-3432
 e-mail: maparecidavas@yahoo.com.br



 Bianca Dargam Gomes Vieira
 Pesquisadora -Mestranda
 Cel: (021)9639-9800
 e-mail: biadargam@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA: (21)2293-8148

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO, estando de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

APÊNDICE B
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA
ANO 2008

De: Bianca Dargam Gomes Vieira

Para: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/ Hospital Escola S. Francisco
de Assis (HESFA)

Assunto: Carta de Apresentação de Material

Eu, Bianca Dargam Gomes Vieira, aluna do Mestrado em Enfermagem da EEAN/UFRJ, junto com Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Professora Doutora em Enfermagem da EEAN/UFRJ, enviamos para apreciação do CEP EEAN/HESFA o projeto de dissertação intitulado "A Prática Profissional dos Enfermeiros Obstetras Egressos da Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery: Implicações para a Qualidade da Assistência".

Informamos que a defesa de projeto de dissertação ocorreu no dia 13 de novembro de 2007.

Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 2008.



Bianca Dargam Gomes Vieira
Pesquisadora -Mestranda
Cel: (021)9639-9800
e-mail: biadargam@gmail.com

Data de recebimento no CEP: ____ de _____ de 2008.

APÊNDICE C
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2007

De: Bianca Dargam Gomes Vieira – Mestranda em Enfermagem em Saúde da Mulher da EEAN/UFRJ

Para: Profa. Dra. Neiva Picinnini - Coordenação de Pós-Graduação *Lato-Sensu*

Assunto: Autorização para pesquisa em documentos

Solicito à Coordenação de Pós-Graduação *Lato-Sensu* do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil dessa Instituição de Ensino a autorização para ter acesso a relação nominal de alunos matriculados e contatos dos Enfermeiros que realizaram o referido curso em turmas oferecidas desde 1998. Tal pedido se justifica pelo fato destes dados fazerem parte da minha Dissertação intitulada: A Prática Profissional dos Enfermeiros Obstetras Egressos da Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery: Implicações para a Qualidade da Assistência, orientada pela Profa. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura, que tem como um dos objetivos caracterizar a prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN).

Vale ressaltar que o projeto encontra-se em fase de elaboração e será encaminhado ao CEP da EEAN para apreciação no momento oportuno. Esclareço que anunciarei o resultado da apreciação do CEP a essa Coordenação assim que o tiver.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,


Bianca Dargam Gomes Vieira
Pesquisadora -Mestranda
Cel: (021)9639-9800
e-mail: biadargam@gmail.com

APÊNDICE D
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À COORDENAÇÃO DO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2007

De: Bianca Dargam Gomes Vieira – Mestranda em Enfermagem em Saúde da Mulher da EEAN/UFRJ

Para: Profa Dra Maria Antonieta Rubio Tyrrell e Profa Dra Cláudia Santos - Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

Assunto: Autorização para pesquisa em documentos

Solicito à Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil dessa Instituição de Ensino a autorização para ter acesso à relação nominal de alunos matriculados e respectivos contatos dos enfermeiros que realizaram o referido curso; em turmas oferecidas a partir de 1998. Tal pedido justifica-se pelo fato desses dados fazerem parte da Dissertação de Mestrado intitulada: A Prática Profissional dos Enfermeiros Obstetras Egressos da Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery: Implicações para a Qualidade da Assistência, orientada pela Profa. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura, que tem como um dos objetivos caracterizar a prática profissional dos enfermeiros egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN).

Vale ressaltar que o projeto encontra-se em fase de elaboração e será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EEAN para apreciação após defesa de projeto e aprovação pelos membros examinadores. Esclareço, ainda, que anunciarei o resultado da apreciação do CEP a essa Coordenação, após concluir o relatório final.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,


Bianca Dargam Gomes Vieira
Pesquisadora -Mestranda
Cel: (021)9639-9800
e-mail: biadargam@gmail.com

APÊNDICE E
ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista nº ____

I Parte - Dados gerais:

- a) Idade: ____ anos
- b) Sexo: () Feminino () Masculino
- c) Ano de conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica: _____
 Atua nessa área? () Sim () Não
 Em caso afirmativo: Há quanto tempo? ____ anos ____ meses

II Parte - Dados específicos da Pesquisa:

1. Após o Curso de Especialização você aplicou seus conhecimentos na área da Saúde da Mulher?
 () Sim () Não
 Em caso afirmativo: Em qual Instituição? _____
 Indique o(s) setor(es): _____
 Cargo ou função: _____
2. De que forma o Curso de Especialização contribuiu para a sua formação?

3. Qual(is) a(s) prática(s) profissional(is) desenvolvida(s) após à sua formação como Enfermeira Obstetra?

4. De que maneira o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica contribuiu/contribui em sua prática para a qualidade da assistência à saúde da mulher?

5. Quais as implicações da sua especialização com a prática profissional exercida para a qualidade da assistência à saúde da mulher?

6. Como você descreve o percurso de sua prática profissional ao concluir o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica?

APÊNDICE F
CRONOGRAMA / DIÁRIO DE COLETA DE DADOS

TURMA/ANO	ENTREVISTADO	DIAMÊS	LOCAL	HORA
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				

ANEXO A
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA EEAN/UFRJ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA



Protocolo nº 06/2008

Título do Projeto: A Qualidade da Prática Advinda da Formação das Enfermeiras Obstetras Egressas da Escola de Enfermagem Anna Nery

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Pesquisadora: Mestranda Bianca Dargam Gomes Vieira

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 15/02/08

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 26 de fevereiro de 2007.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2007

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora CEP-EEAN/HESFA

Profa. Dr.ª Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora do CEP, EEAN e HESFA
 SIAPE 0361706