



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Beatriz Barco Tavares

Enfermeiras Obstetras Atuantes em Hospitais
do Departamento Regional de Saúde – DRS
XV- São José do Rio Preto/São Paulo

São José do Rio Preto
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Beatriz Barco Tavares

Enfermeiras Obstetras Atuantes em Hospitais
do Departamento Regional de Saúde – DRS
XV- São José do Rio Preto/São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do Título de Doutor no Curso de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Eixo temático: Medicina e Ciências
Correlatas.

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

São José do Rio Preto
2007

Tavares, Beatriz Barco
Enfermeiras obstetras atuantes nos hospitais do
Departamento Regional de Saúde DRS XV – São José do Rio
Preto/São Paulo / Beatriz Barco Tavares
São José do Rio Preto, 2007
128 p.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio
Preto – FAMERP
Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

1. Enfermagem obstétrica;
2. Enfermeira obstetra;
3. Especialização;
4. Ensino.

Beatriz Barco Tavares

Enfermeiras Obstetras Atuantes em Hospitais
do Departamento Regional de Saúde – DRS
XV- São José do Rio Preto/São Paulo

Banca Examinadora

Tese para Obtenção do Grau de Doutora

Presidente e Orientadora: **Profa. Dra. Zaida Aurora S. Geraldes Soler**

2º Examinadora: **Profa. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi**

3º Examinadora: **Profa. Dra. Janine Schirmer**

4º Examinador: **Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani**

5º Examinadora: **Profa. Dra. Josimercci Ittavo Lamana Faria**

Suplente: **Profa. Dra. Maria José Clapis**

Profa. Dra. Isaura dos Santos

São José do Rio Preto, 20/06/07

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iv
Lista de Figuras.....	v
Lista de Tabelas e Quadros	vi
Lista de Abreviaturas	viii
Resumo.....	x
<i>Abstract</i>	xii
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Geral	18
2.2. Específicos.....	18
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	19
3.1. Área de Abrangência do Estudo – O Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV)	20
3.2. População.....	24
3.3. Aspectos Éticos.....	25
3.4. Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5. CONCLUSÕES.....	87
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
7. APÊNDICES	106
8. ANEXO	127

- ✓ Ao Mauricio, pelo seu amor e companheirismo, que me incentiva e me faz crescer.
- ✓ Ao Nicolas e à Gabriela por terem se tornado pessoas maravilhosas, pelo amor e carinho, e em especial pelo abraço “com sentimento”.
- ✓ À Maria, minha mãe, pelo seu amor e a sua força que possibilitou o início da minha caminhada.
- ✓ Às minhas irmãs, Elza e Valquiria, que sempre estão presentes na minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que, em algum momento, contribuíram para realização deste estudo, em especial,

- ✓ À Professora Doutora **Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler**, minha orientadora, que sempre me ajudou a crescer, com sua sabedoria e humildade, e me orientou nesta caminhada.
- ✓ Às **enfermeiras obstetras** participantes do estudo, pela atenção e receptividade, e que representem um recomeço da história da enfermagem obstétrica na região da DRS XV
- ✓ À **Ana Maria N F Sabino**, por sua amizade, e pela ajuda na troca de experiências sobre nossos avanços e dificuldades, partilhando das reflexões desta tese.
- ✓ Às **Dras. Maria de Fátima e Josimerci**, atuais coordenadoras do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP, pelo apoio e incentivo.
- ✓ Às docentes do Departamento de Enfermagem Especializada, **Ângela, Ana Maria, Daise, Dóris, Lúcia, Lígia, Márcia, Marli, Maria da Graça, Maria Rita, Roseli, Sarita** pelo apoio e estímulo para mais uma conquista.

- ✓ Às vizinhas de “office” **Kátia e Silvia**, pela paciência de saber ouvir e incentivar esse crescimento.

- ✓ Ao **Prof. Dr. Azoubel**, pela disposição em auxiliar o crescimento intelectual dos integrantes desta faculdade.

- ✓ Aos **docentes e funcionários** do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP, em especial as secretárias **Sônia e Suzana** pela colaboração.

- ✓ Ao **Dr. Humberto Liedtke Junior e Dr. Moacir Fernandes de Godoy**, diretores da FAMERP, pela possibilidade da construção desta tese.

- ✓ À **Dra. Isabel Cristina Bonadio**, orientadora do meu mestrado, que me iniciou na carreira acadêmica.

- ✓ À **Dra. Miriam Merighi** que forneceu suas pesquisas para o desenvolvimento do projeto desta tese.

*“Não podemos aguardar que os tempos se modifiquem e
nós nos modifiquemos juntos, por uma revolução que
chegue e nos leve em sua marcha.
Nós mesmos somos o futuro.
Nós somos a revolução.”*

Beatrice Bruteau

Lista de Figuras

Figura 1. Localização geográfica da região do DRS XV no Estado de São Paulo. (Fonte: Dados fornecidos pelo DRS XV).....	23
Figura 2. Localização dos hospitais do DRS XV, com atendimento à saúde mulher, e das enfermeiras obstetras neles empregadas.....	24
Figura 3. Pós-graduação <i>Lato Sensu</i> e ano de conclusão das enfermeiras obstetras do estudo.....	45
Figura 4. Facilidades e dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras obstetras após a especialização.....	80
Figura 5. A assistência prestada a gestante pelas enfermeiras obstetras: São José do Rio Preto, 2006.....	83
Figura 6. A assistência prestada a parturiente pelas enfermeiras obstetras: São José do Rio Preto, 2006.....	84

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1.	Distribuição dos hospitais do DRS XV, destacando os leitos obstétricos, financiamento do SUS, total de enfermeiras e de enfermeiras com especialização em Enfermagem Obstétrica. São José do Rio Preto, 2006.....	32
Tabela 2.	Distribuição dos hospitais com leitos obstétricos e enfermeiras obstetras atuantes na região do DRS XV. São José do Rio Preto, 2006.....	35
Tabela 3.	Distribuição das enfermeiras obstetras segundo a idade e a situação conjugal. São José do Rio Preto, 2006.....	36
Tabela 4.	Distribuição das enfermeiras obstetras do estudo segundo o setor de atuação e atividades desenvolvidas. São José do Rio Preto, 2006.....	41
Tabela 5.	Distribuição das enfermeiras obstetras segundo ano de graduação e instituição de ensino superior. São José do Rio Preto, 2006.....	43
Tabela 6.	Distribuição das enfermeiras obstetras segundo como conseguiram o 1º emprego e quanto tempo após a graduação. São José do Rio Preto, 2006.....	46
Tabela 7.	Distribuição das enfermeiras obstetras segundo dificuldades relatadas no 1º emprego. São José do Rio Preto, 2006.....	50
Tabela 8.	Distribuição das enfermeiras obstetras segundo setor que atuou no primeiro emprego e o tempo de atuação. São José do Rio Preto, 2006.....	53

Tabela 9.	Distribuição das enfermeiras obstetras segundo o motivo da mudança do 1º emprego e o tempo que permaneceu. São José do Rio Preto, 2006.....	54
Tabela 10.	Distribuição das enfermeiras obstetras segundo o motivo de realizar a especialização em Enfermagem Obstétrica e se atuam na área da saúde da mulher. São José do Rio Preto, 2006.....	57
Tabela 11.	Habilidade para atuar nas unidades que atendem a mulher durante o ciclo grávido puerperal, segundo o conhecimento adquirido na especialização de enfermagem obstétrica. São José do Rio Preto, 2006.....	73
Quadro 1.	Ano de conclusão da especialização em Enfermagem Obstétrica, Instituição de Ensino Superior (IES) formadora, número de enfermeiras formadas, duração do curso, tipo de financiamento e de investimento por aluna. São José do Rio Preto, 2006.....	61
Quadro 2.	Instituição de Ensino Superior de realização do curso de especialização, experiências na assistência à parturiente, partos realizados com e sem episiorrafia e média de partos por aluna. São José do Rio Preto, 2006.....	67
Quadro 3.	Aspectos positivos e negativos relatados pelas enfermeiras obstetras deste estudo, da experiência de aprendizado em sala de parto na especialização em Enfermagem Obstétrica. São José do Rio Preto, 2006.....	70

Lista de Abreviaturas

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras
CC	Centro Cirúrgico
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DRS XV	Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Epsio	Epsiotomia
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FEF	Fundação Educacional de Fernandópolis
FEJAÚ	Fundação Educacional “Dr. Raul Bauab” de Jaú
GO	Ginecologia e Obstetrícia
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pronto atendimento
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SOBEC	Sociedade Brasileira de Enfermeiras de Centro Cirúrgico
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto, período de dilatação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UMC	Universidade de Mogi das Cruzes
UNIARARAS	Fundação Hermínio Ometto da Faculdade de Enfermagem de Araras
UNIBAN	Universidade Bandeirantes de São Paulo
UNIFEV	Centro Universitário de Votuporanga
UNIMAR	Universidade de Marília
USC	Universidade do Sagrado Coração de Bauru
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Introdução: Este estudo tem por base as discussões atuais sobre a formação e atuação de enfermeiros com especialização em Enfermagem Obstétrica no Brasil, considerando particularmente as deficiências no processo de atenção ao nascimento e parto na região do Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV), de São José do Rio Preto, São Paulo. Objetivo: Caracterizar e Identificar a formação e inserção profissional de Enfermeiras Obstetras atuantes em hospitais da região do DRS XV. Casuística e método: É um estudo descritivo-exploratório entre enfermeiras obstetras que atuavam nos hospitais dessa região, subdividida em seis microrregiões, com área de abrangência estimada de 200 km². Resultados e Discussão: Foram encontrados 43 hospitais no DRS XV, sendo que 42 (97,7%) possuem atendimento obstétrico, disponibilizando 469 leitos obstétricos, principalmente na microrregião de São José do Rio Preto (47,5%). Atuam nesses hospitais 451 enfermeiros, 31 (6,9%) com especialização em Enfermagem Obstétrica, constituindo a população do estudo, 4 enfermeiras obstetras atuam em dois hospitais e destas, 2 não consentiram em participar da pesquisa, totalizando uma amostra de 25 enfermeiras obstetras; 48% casadas; 96% residentes no mesmo município de trabalho; 52% graduadas na FAMERP; 80% com formação como enfermeiras entre os anos de 1996 a 2002; 52% conseguiram o primeiro emprego no primeiro mês após a graduação; 64% fizeram a especialização em Enfermagem Obstétrica por gostar da área; 84% concluíram esta especialização entre os anos de 2001 e 2004; 76% fizeram a especialização na FAMERP; 44% fizeram curso financiado pelo Ministério da

Saúde e 48% auto-financiado; a maioria realizou uma média de 21 partos normais durante a especialização; 72% destacaram como aspecto positivo do curso de especialização a boa qualidade dos campos de estágio e das supervisoras de sala de parto; 40% relataram como aspecto negativo a necessidade de deslocamento para São Paulo para estágio em sala de parto; 52% das enfermeiras obstetras desenvolvem algum tipo de atividade na assistência à mulher; 30,7% relataram dificuldades na interação profissional com obstetras; 61,5% não realizam partos; a maioria tem mais atuação no período pós-parto e na atenção ao recém-nascido. Conclusão: Foram várias as dificuldades relacionadas à inserção da enfermeira obstetra na região do DRS XV, porém encontraram-se enfermeiras obstetras que conseguiram emprego por ter a especialização. São necessárias mais pesquisas nesta região para avaliação da assistência da enfermeira obstetra na visão da cliente e dos outros profissionais da equipe obstétrica, de forma a subsidiar ações que permitam maior participação da enfermeira obstetra na atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, segundo suas competências e qualificações técnicas e legais.

Palavras-Chave: 1. Enfermagem obstétrica; 2. Enfermeira obstetra; 3. Especialização; 4. Ensino.

Introduction: The present study is based on the present discussions related to the academic education and to the performance of registered nurses with specific educational program – *Lato Sensu* post-graduation program in Obstetric Nursing – in Brazil, taking into account specially the lacks in the process of medical attention to childbirth and birth in the region of the XV Regional Department of Health (XV RDH), São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. Objective: To characterize and to identify the Obstetric nurses' academic education and professional insertion working at hospitals under the XV RDH jurisdiction. Method: It is a descriptive-exploratory study among obstetric nurses working at hospital of this region, which is subdivided into six microregions comprising an estimated area of 200 km². Results and Discussion: It was found 43 hospitals in the XV RDH jurisdiction. Forty two out (97.7%) of 43 hospitals offered obstetric care with 469 beds, 47.5% are located especially in the microregion of São José do Rio Preto. In these hospitals work 451 nurses; 31 nurses (6.9%) with a *Lato Sensu* post-graduation program in Obstetric Nursing, who comprised the study population; 4 obstetric nurses work in 2 hospitals and 2 of them did not agree to participate. The total sample was composed of 25 female obstetric nurses; 48% were married; 96% live in the same county they work in; 52% were graduated from the Medical school of São José do Rio Preto – FAMERP; 80% had nursing academic education between 1996 and 2002; 52% got their first job on the first month after graduation; 64% had majored in Obstetric Nursing because they like the subject; 84% concluded the post-graduation program in Obstetric Nursing between 2001 and 2004; 76% had

majored from FAMERP; 44% attended a course supported by the Brazilian Health Ministry, and 48% self-financed their courses; the majority have performed an average of 21 normal childbirths during the time they were attending the post-graduation program in Obstetric Nursing; 72% have highlighted as a positive aspect of the post-graduation program the good quality of clinical clerkship and the delivery room supervisors; 40% have reported as a negative aspect the necessity to travel to São Paulo city to attend clinical clerkship at delivery rooms; 52% of the obstetric nurses developed some kind of activity related to women's health services; 30.7% have reported difficulties to professionally interact with the obstetricians; 61.5% did not practice any childbirth; the majority of the nurses has worked more postpartally and in the care to the newborn infant. Conclusion: There were many difficulties related to the obstetric nurse professionally insertion in the XV RDH; however, we have found obstetric nurses who got the job due to the *Lato Sensu* post-graduation program in Obstetric Nursing. Further researches are needed in order to evaluate the assistance of the obstetric nurse through the view of the patient/client and of other professionals of the obstetrical team to subsidize actions that allow a larger participation of the obstetric nurse in providing medical attention to the women during the gravidic-puerperal cycle according to their professional competence and technical and legal qualifications.

Keywords: 1. Obstetric Nursing; 2. Obstetric Nurse (midwifery); *Lato Sensu* Post-graduation program; 4. Teaching

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O nascimento e o parto foram considerados por muitos séculos como “coisa de mulher”, um ato cultural mesclado de rituais, sentimentos e comportamentos peculiares, geralmente, compartilhado pelas mulheres, sendo que algumas se destacavam na arte de partejar, de aprender esse ofício com suas mães, parentes e amigas.⁽¹⁻³⁾

Essas mulheres eram chamadas de comadres, curiosas, benzedeiças, feiticeiras, abortadeiras e bruxas, sendo perseguidas em todo o mundo pelos profissionais médicos e por autoridades da Igreja Católica, além de serem tratadas, muitas vezes, de forma depreciativa, ressaltando-se aspectos de falta de higiene e de contribuir para o aumento dos índices de mortalidade materna e fetal em situações complicadas.⁽⁴⁻⁷⁾

O trabalho das parteiras tradicionais ainda existe em várias regiões do mundo, inclusive no Brasil, que em geral atuam de forma isolada, sem contar com apoio dos serviços de saúde, além do que a maioria não teve capacitação, não possui materiais básicos para a assistência ao parto e ganham pouco ou quase nada pelo seu trabalho, não se tendo registro desses partos e tão pouco do número de parteiras.⁽⁸⁾

O que tem chamado a atenção dos historiadores é que, o temor das mulheres ao parto institucionalizado foi muito grande ao menos até o final do século XIX, pois entendiam que se a parteira não conseguia resolver o parto algo muito sério estava ocorrendo. Ser internada em um hospital significava grande risco de morte materna e fetal, além das possibilidades de mutilações,

dores e sofrimento associados às infecções pós-parto. Muitas mulheres morreram por problemas ligados ao parto nas primeiras gestações antes dos 20 anos, o que aconteceu em maior ou menor grau, dependendo da região, do país e também da condição social e econômica das mulheres.^(1,7)

Em todo o mundo, só a partir do século XVII é que atenção masculina, por médicos, passou a ser mais fortemente direcionada ao nascimento e ao parto, tendo em conta o avanço das técnicas obstétricas e com o fortalecimento da obstetrícia como uma disciplina valorizada na área médica, principalmente após o advento do fórcepe, considerado exclusivo do médico.^(1,6)

No decorrer do século XX, com os avanços da biomedicina, da antibioticoterapia, da anestesia, da cirurgia, da hemoterapia e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizou-se mais amiúde a cesariana, que se tornou um procedimento que salvou muitas vidas, não havendo mais a necessidade de escolha entre a mãe ou o feto. Também, outro fato que destacou a cesariana como grande descoberta científica foi a substituição desse procedimento em relação ao fórcepe, que atemorizava muitas mulheres e até profissionais de saúde, principalmente da área de neonatologia.⁽⁹⁾

Em reuniões científicas, discussões e debates relativos à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal são colocados diferentes aspectos inter-relacionados que incluem a gestação, o parto, a fase puerperal e os cuidados com o recém-nascido. Nessas ocasiões destaca-se a resolução usual do parto por cesariana, a desumanização no atendimento obstétrico; as falhas na orientação e o apoio para a adesão, a promoção e a manutenção do

aleitamento materno; o aumento das taxas de morbimortalidade perinatal, neonatal e infantil; o desmame precoce e as intervenções obstétricas desnecessárias. São debatidos, enfim, a vulnerabilidade da mulher durante o período reprodutivo, correspondendo biologicamente à faixa de tempo entre a menarca e a menopausa, quando se faz possível a concepção. O intervalo dos 10 aos 49 anos é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período reprodutivo, havendo determinantes biológicos e sociais que buscam explicar as deficiências na atenção em saúde e as políticas públicas preconizadas, particularmente quanto à atuação dos profissionais na área obstétrica ⁽¹⁰⁻¹⁹⁾

As pesquisas, os debates e as ações de gestores de saúde com relação à morbidade/mortalidade de mulheres no período reprodutivo encerram temas relativos à evitabilidade das ocorrências se fossem tomadas medidas assistenciais adequadas, tendo-se como perspectiva salvaguardar e preservar a saúde e a vida da mulher, evitando também a desestruturação da família na falta de sua principal articuladora. ^(16,17,20)

A respeito do nascimento e do parto, ao longo das últimas décadas, em todo o mundo e, principalmente, no Brasil, verificou-se que, com a alegação de propiciar maior segurança para mãe e filho, médicos e hospitais tornaram-se os focos centrais na assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Tal fato evidencia-se no uso de várias práticas com a finalidade de intervir, monitorar e controlar o processo do nascimento, prejudicando a saúde da mulher e do conceito, além de aumentar os custos da atenção obstétrica. Inicialmente este modelo foi determinante para uma queda inicial dos

coeficientes de mortalidade materna e perinatal, mas também trouxe conseqüências como à exclusão de não médicos e do ambiente domiciliar no atendimento ao nascimento, além da diminuição da participação efetiva da mulher, enfim, a desumanização no processo do nascimento.⁽²¹⁻²⁴⁾

A medicalização e a institucionalização no processo do nascimento resultaram principalmente no aumento crescente de cesárea, e na falta de respeito e consideração no trato com a mulher nas fases gestacional, no parto e no período puerperal. As falhas de humanização no processo do nascimento e parto são reveladas na submissão das gestantes, das parturientes e das puérperas a normas e rotinas hospitalares, nas condutas inadequadas dos profissionais da equipe obstétrica e no ambiente intimidador do hospital, com suas características fria, asséptica, impessoal e cirúrgica.^(25,26)

Ao longo dos anos, em especial no Brasil, foram se acentuando as distorções no atendimento obstétrico, priorizando-se investimentos em procedimentos de alta complexidade, sem a correspondente melhoria de qualidade de atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Ante tal quadro, realizaram-se estudos e pesquisas de como reverter essa situação, aventando as possibilidades relacionadas à humanização na assistência obstétrica. Na apresentação de propostas de mudanças de comportamento profissional e institucional, é abordada a utilização de condutas que permitam maior participação e respeito com as mulheres, de forma a levar em conta seus direitos de vivenciar uma maternidade segura e prazerosa, unindo-se esforços não apenas para baixar os índices de cesarianas, mas também para minimizar os riscos para a mãe e para o neonato submetidos a tal parto.^(11,18,19,27)

Entre os esforços que estão sendo tentados como forma de melhorar a assistência ao nascimento no Brasil, destacam-se as propostas do Ministério da Saúde, entre elas o aumento de recursos financeiros para procedimentos que culminem no parto normal, o pagamento de analgesia no parto e, também, a recomendação de que enfermeiras obstétricas acompanhem o trabalho de parto e realizem o parto normal. ⁽²⁸⁻³¹⁾

A questão da atuação profissional da enfermeira obstetra de forma mais ativa e efetiva na atenção ao nascimento e ao parto, em parceria com a equipe obstétrica médica, tem merecido muitas discussões em várias partes do mundo e, particularmente, no Brasil que apresenta altos índices de cesárea. Ao longo do tempo foi sendo descaracterizada, desmerecida e até dificultada no meio médico a participação dessas profissionais na atenção institucionalizada ao nascimento e ao parto, principalmente em instituições hospitalares de regiões mais ricas do Brasil. No entanto, muitos pesquisadores têm ressaltado a importância da participação da enfermeira obstétrica na consecução do parto normal, em especial acompanhando a evolução do trabalho de parto, orientando a mulher quanto aos procedimentos para minimização dos desconfortos e incentivando sua participação nesse processo. ^(18,19,32,33)

Marsden Wagner, ex-diretor da Organização Mundial de Saúde (OMS) na área da mulher e da criança, destacou que para se conseguir uma assistência ao nascimento e ao parto humanizado, a enfermeira obstetra, matronas ou *midwives* tinham que ter autonomia, pois ao longo do tempo demonstrou-se que realizavam menor intervenção no processo do nascimento, o que ficou

evidenciado em países como Holanda, Nova Zelândia, Dinamarca, Suíça, Noruega.⁽³⁴⁾

No Brasil, ao longo do tempo foi ocorrendo a institucionalização e a medicalização na atenção ao parto, o que repercutiu em dificuldades na formação e na inserção de enfermeiras obstetras na atenção ao nascimento e ao parto, no aumento abusivo de cesáreas e na crescente desumanização da assistência à gestante, à parturiente e à puérpera. Enquanto nos países mais desenvolvidos, a atuação da parteira diplomada na atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal foram fortalecidas e reconhecidas em consonância com as ações médicas, delimitadas as atribuições de cada um, no Brasil foi ocorrendo paulatinamente um fenômeno de exclusão da enfermeira especializada em Obstetrícia para prestar assistência no processo de nascimento e parto, dificultando principalmente sua participação em sala de parto, delimitando suas ações a funções burocráticas e administrativas. Tal situação acabou por diminuir a realização de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, verificando-se uma diminuição de interesse nessa área e a mudança de cenários de prática profissional das enfermeiras obstetras.^(4,18,33)

Tal situação é explicada pelo aumento das escolas de medicina, muitas sem hospitais de ensino próprios, que se utilizam de instituições de saúde públicas e filantrópicas para prática, inclusive na área obstétrica, o que acabou por transformar a parturiente como “material de estudo”, especialmente, no aprendizado do parto. Também se verificou no Brasil, com o aumento do número de médicos e de estudantes de medicina, que houve necessidade de

se fazer “acomodações” no mercado de trabalho para a atuação médica. Isso acabou por criar, na área obstétrica, demandas desnecessárias de procedimentos, de alterações ambientais e estruturais, gerando aumento dos custos e prejuízos revelados nas décadas seguintes nos grandes índices de cesarianas, de aumento da morbimortalidade materna e perinatal e em deficiências da qualidade da assistência prestada, em especial à mulher de menor poder aquisitivo. Esses fatos passaram uma imagem negativa do Brasil para o resto do mundo, no que concerne à assistência a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. ⁽³⁵⁾

Quanto à participação da enfermeira obstetra brasileira na atenção ao nascimento, essa situação se agravou a partir da década de 90, pois com o novo currículo mínimo de enfermagem as habilitações foram extintas e a via de formação específica tornou-se a especialização. Como vários cursos de especialização nessa área foram extintos, por dificuldades de inserção da enfermeira obstetra na atenção ao parto, poucas instituições de ensino superior elaboraram propostas dessa natureza, verificando-se que entre as décadas de 70 e 90 formaram-se no Brasil 1756 enfermeiras obstetras. ⁽³⁶⁾

Tal percepção da realidade levou à cobranças de diferentes origens e modos, desde universidades, Instituições de Saúde, Organizações Não Governamentais (ONGs) e entidades de classe sobre a necessidade de formação e desenvolvimento, de programas de especialização, da enfermeira na área obstétrica e neonatal. O propósito é o de (re)iniciar um movimento sobre as evidências científicas das ocorrências que determinaram as distorções na atenção obstétrica, como meio de preencher lacunas entre a

prática do pensar e do fazer quanto ao processo de atenção ao nascimento e parto. Os resultados revelaram a necessidade de transformação do que se considera como base para a humanização da assistência ao parto e ao nascimento: da infelicidade para a felicidade; do trágico para o mágico; do ato médico para o processo fisiológico; do ato solitário para o ato solidário.⁽³⁷⁾

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) seguindo as recomendações da OMS tem tido como prioridade nos últimos anos, propiciar e valorizar as condições para a formação de enfermeiras obstetras, com o propósito de alcançar o aprimoramento da assistência ao nascimento e o acompanhamento do trabalho de parto, com vistas à diminuição das taxas de cesárea e à contribuição para a humanização da prática obstétrica. Tais iniciativas visam a redução dos elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal que ainda persistem em nosso meio, a despeito dos avanços tecnológicos na área obstétrica.⁽³⁸⁾

A mortalidade materna tem um caráter multifatorial, o que torna o seu controle uma tarefa difícil e demorada, tendo-se como elemento chave para melhora desse quadro oferecer condições adequadas de atenção profissional e institucional ao parto.⁽³⁹⁾ Em pesquisa realizada no primeiro semestre de 2002, em um conjunto de capitais de Estados brasileiros e no Distrito Federal, verificou-se que a taxa de mortalidade materna era 54,3 por 100.000 nascidos vivos, índices semelhantes aos encontrados no resto do país.⁽⁴⁰⁾

O plano de ação para a redução da mortalidade materna nas Américas fica sustentado em uma série de considerações dentre as quais se destacam:⁽⁴¹⁾

- a mortalidade materna como um fato evitável na maioria das vezes, já que suas principais causas são conhecidas, assim como os aspectos científicos e tecnologias adequadas para se alcançar sua redução;
- todas as mortes maternas representam um relevante problema social e de saúde pública;
- a maior vulnerabilidade da mulher durante o período reprodutivo;
- as precárias condições de vida e de saúde de um número considerável de mulheres nas Américas, o que aumenta os riscos de enfermidades e morte durante a gravidez, o parto e o puerpério;

Nesse contexto de discussão, a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras – Seção São Paulo (ABENFO-SP), juntamente com o Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP promoveram, em 1998, o primeiro Seminário Estadual Sobre o Ensino de Enfermagem Para a Assistência ao Nascimento e Parto, com o apoio do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. A intenção era encontrar estratégias que conduzissem ao fortalecimento da participação das escolas de enfermagem na capacitação de recursos humanos em saúde reprodutiva, especialmente de enfermeiras obstetras; preparo de profissionais com conhecimentos e habilidades em saúde reprodutiva de forma a contribuir com a redução do número de cesáreas, da morbimortalidade materna e neonatal.⁽³⁴⁾

Dentre as proposições da ABENFO Nacional para a formação de enfermeiras obstetras está a promoção em conjunto com Escolas de Enfermagem, de realização de cursos de especialização com a denominação de *Enfermagem Obstétrica*, com carga horária de 400 a 600 h, sendo 1/3 de parte teórica e 2/3 de prática, com conteúdo de obstetrícia fundamental, enfermagem obstétrica, enfermagem perinatal e metodologia de pesquisa.^(42,43)

Nas alegações sobre a necessidade de formação e maior inserção profissional de enfermeiras obstetras na atenção ao nascimento e parto destaca-se que esses profissionais entendem que o processo de humanização do nascimento visa a diminuição das taxas de cesáreas e uma melhor assistência à mulher que é a protagonista neste contexto. Nos últimos anos, no Brasil, várias tentativas foram feitas por sugestão de estudiosos, segundo resultados de pesquisas, por entidades profissionais e sociais, que repercutiram em imposição da política governamental para mudanças nessa situação de atenção obstétrica em nosso meio.⁽⁴⁴⁾

Entre as Políticas de Saúde nesse aspecto destaca-se que, em 1º de junho de 2000, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria no. 569/Gabinete do Ministério, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, tendo como meta proporcionar atendimento de qualidade às mulheres durante o período reprodutivo, prevendo a participação da enfermeira no pré-natal e no Programa de Saúde da Família, privilegiando regiões com índices maiores de cesárea.⁽²⁸⁾ Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, possui entre seus objetivos promover a atenção obstétrica e

neonatal, qualificada e humanizada por meio do fortalecimento do sistema de formação/capacitação de pessoal. ⁽²⁹⁾

Considerando que as mulheres brasileiras são as principais usuárias do SUS e que aquelas em idade reprodutiva, dos 10 a 49 anos, representam 65% do total da população feminina, em 2004 o Ministério da Saúde, elaborou a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* com os objetivos gerais de: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade femininas no Brasil; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. Ainda, teve entre os objetivos específicos promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, destacando como estratégias: construir parcerias pela redução da mortalidade materna e neonatal; qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; fortalecer o sistema de formação e capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal. ⁽⁸⁾

Cabe destacar também a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, com três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, concernentes a atenção à saúde da mulher, ficando como prioridade do Pacto pela Vida a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil. ⁽⁴⁵⁾

Nas reuniões científicas relacionadas à saúde da mulher é comum a crítica à alta incidência de cesárea no Brasil, apontando-se a região do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) e, particularmente, a cidade de São José do Rio Preto, como campeãs na realização desse procedimento

cirúrgico com índice de 85,2% em estudo publicado em 1987.^(18,46) Enquanto a recomendação da OMS é de que a taxa de cesarianas fique entre 10 a 15%, para a Secretária de Saúde do Estado de São Paulo o índice aceitável é de até 30%. O Estado de São Paulo apresentou em 1987 uma taxa de cesárea financiada pelo governo de 48%, enquanto que na cidade de São José do Rio Preto, nesse mesmo ano, esse procedimento cirúrgico foi de 85,2%.^(46,47)

A região e a cidade de São José do Rio Preto são citadas em várias publicações pelo número exagerado de cesáreas e a falta de participação da enfermeira obstetra na atenção ao nascimento e parto, mas ainda são poucas as pesquisas realizadas de forma mais abrangente, sobre a qualidade da assistência obstétrica e de atenção ao parto nessa área de abrangência. É comum ouvir de profissionais de saúde atuantes nesse meio que, em muitos hospitais da cidade a cesárea passou a ser quase que o parto exclusivo, mesmo quando o parto normal é desejado e até solicitado.^(18,19,47,48)

Em debates sobre a situação da atenção obstétrica na região e na cidade de São José do Rio Preto, várias alegações são feitas justificando esse cenário, tais como: proteger o binômio mãe/filho dos riscos de falhas de acompanhamento no trabalho de parto; que o obstetra não dispõe de tempo para controlar o trabalho de parto; que não há enfermeiras obstetras ou obstetrites em número suficiente na região para atuar no trabalho de parto e participar da avaliação das condições maternas e fetais. Atualmente esta alegação não é verdadeira, já que cerca de 50 enfermeiros da região foram formados em dois Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, organizados e coordenados por enfermeiras obstétricas vinculadas ao Curso

de Graduação em Enfermagem da FAMERP, no período de 2000 a 2004, sendo o primeiro financiado pelo Ministério da Saúde e o segundo auto-financiável. ⁽¹⁹⁾

Cabe informar que mais 34 enfermeiras obstetras serão formadas pela FAMERP, em julho de 2007, em curso vinculado à Diretoria de Extensão de Serviços à Comunidade desta Instituição de Ensino Superior, tendo em conta o interesse manifestado por enfermeiras e gestores de maternidades da região para a realização da Especialização em Enfermagem Obstétrica em nosso meio. Por meio de uma observação não sistematizada experiências positivas revelam a atuação profissional de ex-alunos prestando assistência obstétrica de forma integrada com a equipe médica. Inclusive algumas dessas enfermeiras obstetras incluem ações humanísticas na atenção às parturientes com uso de práticas alternativas aprendidas durante a especialização.

Com base nessas experiências, estamos mantendo um grupo de discussão e de estudos sobre a assistência prestada pela enfermeira obstetra em nosso meio, de forma a sistematizar pesquisas e formas de divulgação dos resultados obtidos, além de continuar a promover cursos de especialização nessa área. Tal situação permite, ao grupo de enfermeiras com qualificação em Obstetrícia que atuam nessa região, muitas reflexões e debates sobre os fatores envolvidos com a situação de atendimento à mulher na fase reprodutiva, particularmente quanto ao nascimento e parto no Brasil e na região de São José do Rio Preto. ^(19,49)

Isso fortalece estudos como esta pesquisa, que tem como foco central, revelar a situação da inserção e da atuação da enfermeira obstetra na região

de São José do Rio Preto, São Paulo, tendo por base documentos científicos de pesquisadores sobre o assunto apresentados nesta pesquisa; a percepção extraída ao longo dos anos de envolvimento com o exercício e o ensino na área de Enfermagem Obstétrica na região de São José do Rio Preto e a verificação de dificuldades de estágios de graduandos de enfermagem em unidades obstétricas e de atuação efetiva do enfermeiro obstetra em sala de parto, apesar da garantia de qualificação legal pelas atribuições definidas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

Nas discussões sobre a situação da atuação da enfermeira obstetra na região de São José do Rio Preto são debatidos os aspectos da necessidade de formação nessa área e sobre os tipos de financiamento para a realização dos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica. Vale informar que no ano de 2000, o Ministério da Saúde, área da Saúde da Mulher, financiou quatro cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica no Estado de São Paulo, estabelecendo convênios com a FAMERP, com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); com a Fundação Educacional “Dr. Raul Bauab” de Jaú (FEJAÚ) e com a Fundação Hermínio Ometto da Faculdade de Enfermagem de Araras (UNIARARAS). Ingressaram 88 enfermeiras nas quatro especializações, sendo aplicado um total de R\$ 431.056,00 (quatrocentos e trinta e um mil e cinqüenta seis reais), distribuídos da seguinte forma: FAMERP R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) com 24 alunos; EEUSP R\$ 81.580,00 (oitenta e um mil e quinhentos e oitenta reais) com 20 alunos; FEJAÚ R\$ 94.780,00 (noventa quatro mil setecentos e oitenta reais) com 20 alunos e UNIARARAS

R\$ 164.696,00 (Cento e sessenta e quatro mil seiscientos noventa e seis reais) com 24 alunos.⁽⁵⁰⁾

Conscientes do momento histórico que vivenciamos, da necessidade de mudanças na assistência ao nascimento e parto, esta pesquisa parte de inquietações à respeito da formação e da inserção profissional de enfermeiras com qualificação na área de obstetrícia na região do DRS XV e da percepção de que a assistência obstétrica é prestada quase que exclusivamente por médicos. Assim, questionamos qual é a atuação dessas enfermeiras na atenção ao nascimento e parto e se houve modificações das atividades profissionais e de inserção específica após a especialização em enfermagem obstétrica, enfim, o que essa especialização proporcionou para mudar efetivamente o cenário de prática na área de Obstetrícia. Com os resultados obtidos pretendemos obter subsídios para organizar cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica que contribuam para uma maior e melhor inserção da enfermeira obstetra na atenção ao nascimento e parto na região. Ante tais considerações, esta pesquisa tem os objetivos que se seguem.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Caracterizar e Identificar a formação e inserção profissional das enfermeiras Obstetras atuantes em hospitais da região do DRS XV.

2.2. Objetivos Específicos

1. Apresentar o perfil das enfermeiras obstetras, quanto a dados sócio-demográficos;
2. Apresentar dados de formação na enfermagem, de inserção na profissão e da trajetória profissional das enfermeiras do estudo;
3. Analisar dados de inserção e de formação na área de Enfermagem Obstétrica;
4. Verificar as competências adquiridas para atuação na área de Enfermagem Obstétrica durante o processo de ensino aprendizagem da especialização;
5. Apresentar dados de atuação profissional das enfermeiras do estudo após a especialização em Enfermagem Obstétrica, com ênfase na atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo de natureza exploratória, sobre a formação e a inserção de enfermeiras obstetras nos hospitais da região de São José do Rio Preto. Cabe esclarecer que, de início buscou-se informações sobre os leitos obstétricos e enfermeiras com especialização ou habilitação em enfermagem obstétrica atuando em hospitais do Departamento Regional de Saúde (DRS) XV.

3.1. A Área de Abrangência do Estudo – O Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV)

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo está organizada em 17 Regionais Administrativas (DRS), sendo a vinculada à região de São José do Rio Preto denominada como Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto XV (DRS XV), localizada ao noroeste do Estado de São Paulo, limitando-se com os Estados de Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, apresentado na Figura 1.

Está subdividida em microrregiões, atendendo uma grande demanda em saúde pública, no setor ambulatorial e hospitalar, nos níveis primário, secundário e terciário. O DRS XV é constituído das microrregiões que compreendem os seguintes municípios e os respectivos hospitais:

- ***Microrregião de São José do Rio Preto:*** conta com 223 leitos obstétricos, distribuídos em 17 hospitais localizados em 30

municípios (Adolfo, Bady Bassitt, Bálsamo, Cedral, Guapiaçu, Icém, Ipiruá, Jaci, José Bonifácio, Mendonça, Mirassol, Mirassolândia, Monte Aprazível, Nova Aliança, Nova Granada, Neves Paulista, Nipoã, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Planalto, Poloni, Potirendaba, São José do Rio Preto, Ubarana, Uchoa, União Paulista, Tanabi e Zacarias) sendo o município de São José do Rio Preto referência para os 101 municípios que compõem o DRS XV;

- **Microrregião de Jales:** distante cerca de 160 Km de São José do Rio Preto, compreende 16 municípios (Jales, Pontalinda, Dirce Reis, Palmeira D'Oeste, Marinópolis, Aparecida D'Oeste, São Francisco, Urânia, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, Aspásia, Santa Albertina, Mesópolis, Paranapuã, Dolcinópolis e Vitória Brasil) contando com 38 leitos obstétricos em 4 hospitais.
- **Microrregião de Catanduva:** distante cerca de 42 km de São José do Rio Preto abrange 19 municípios (Catanduva, Pindorama, Ariranha, Santa Adélia, Fernando Prestes, Itajobi, Marapoama, Elisiário, Ibirá, tabapuã, Novais, Paraíso, Pirangi, Ariranha, Palmares Paulista, Urupês, Irapuã, Sales e Novo Horizonte), contando com 100 leitos obstétricos em 6 hospitais.
- **Microrregião de Fernandópolis:** distante cerca de 120 Km de São José do Rio Preto compreende 13 municípios (Fernandópolis, Meridiano, Pedranópolis, Macedônia, Mira-Estrela, Indiaporã, Ouro Oeste, Populina, Turmalina, Guarani D'Oeste, Estrela D'Oeste, São

João das Duas Pontes e São João de Iracema), contando com 35 leitos obstétricos em 7 hospitais.

- ***Microrregião de Votuporanga***: distante cerca de 80 Km de São José do Rio Preto compreende 17 municípios (Votuporanga, Valentim Gentil, Parisi, Álvares Florence, Cardoso, Riolândia, Ponte Gestal, Américo de Campos, Cosmorama, Sebastinópolis do Sul, Macaubal, Nhandeara, Monções, Floreal, Gastão Vidigal, Magda e General Salgado), contando com 59 leitos obstétricos em 7 hospitais.
- ***Microrregião de Santa Fé do Sul***: cidade distante cerca de 200 Km de São José do Rio Preto compreende 6 municípios (Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste, Santa Clara D'Oeste, Rubinéia, Três Fronteiras e Nova Canaã), com 14 leitos obstétricos na Santa Casa de Misericórdia.

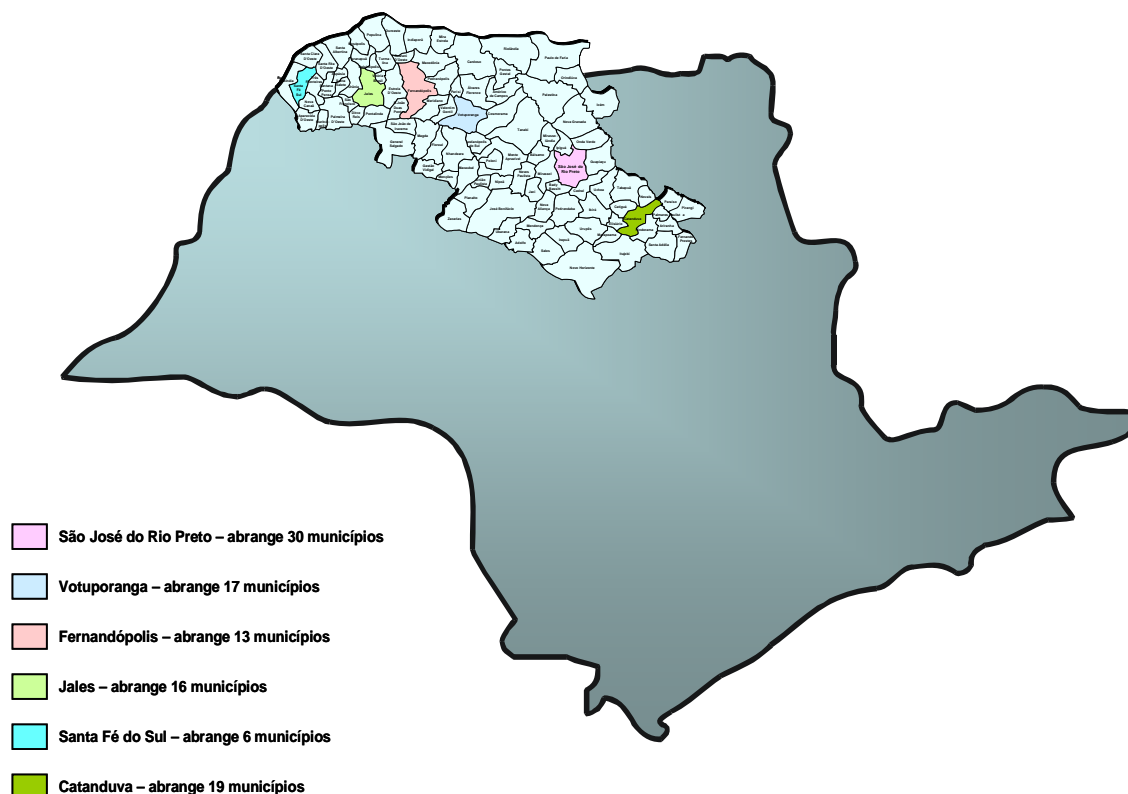
Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto – SP

Figura 1. Localização geográfica da região do DRS XV no Estado de São Paulo. (Fonte: Dados fornecidos pelo DRS XV).

Analisando-se os indicadores demográficos do DRS XV, pela estimativa populacional de 2007, segundo informes demográficos do site www.datasus.gov.br, verificou-se uma população total de 1.456.782 pessoas, sendo 744.432 mulheres. Utilizando-se os critérios de classificação da OMS, dentre as 744.432 mulheres residentes no DRS XV, 473.730 estão na faixa de idade reprodutiva dos 10 aos 49 anos. Ainda, levando-se em conta a faixa de idade entre 15 e 34 anos, considerado o período de maior fertilidade, observa-se um número estimado de 311.695 mulheres, correspondendo a 65,8% das mulheres em idade reprodutiva no município. De acordo com Sistema de

nos hospitais da região estudada, quatro (12,9%) atuavam em dois hospitais, reduzindo-se esse número para 27 e destas, duas não consentiram em participar da pesquisa, totalizando 25 enfermeiras obstetras incluídas no estudo. Foram atendidos os seguintes critérios de inclusão: ter formação específica na área de Enfermagem Obstétrica e aceitar por escrito participar da pesquisa, depois de esclarecidas sobre os objetivos do estudo.

3.3. Aspectos Éticos

Antes da coleta dos dados foi elaborado o projeto da pesquisa e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP, sendo aprovado, obedecendo a Resolução CNS 196/96, do Ministério da Saúde do Brasil, sobre pesquisa com seres humanos (Anexo 1).

3.4. Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

A primeira fase da coleta de dados ocorreu por meio do endereço eletrônico <http://cnes.datasus.gov.br>, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Esse cadastro é a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde e visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde nas esferas Federal, Estadual e Municipal. Assim, foram identificados os hospitais nos municípios descritos anteriormente e coletados os seguintes dados: o número de leitos obstétricos, o tipo de

financiamento dos hospitais, endereço e telefone para contatos. Esses dados foram coletados em janeiro de 2006.

Definidos os hospitais, fez-se inicialmente um contato telefônico, com as enfermeiras gerentes desses hospitais, solicitando-lhes informações sobre o número de enfermeiras atuantes em cada hospital, relacionando aquelas com especialização em Enfermagem Obstétrica, para posterior contato e entrevista. Obtidas tais informações, passou-se à segunda fase, agendando-se uma entrevista com as enfermeiras obstétricas identificadas em cada hospital do DRS XV, sendo os dados coletados no período de 15 de janeiro a 15 de fevereiro de 2006.

Cabe esclarecer que, antecedendo à segunda fase da coleta de dados, efetuou-se um estudo preliminar, no qual se constatou a necessidade de mudanças no instrumento inicialmente elaborado para coleta de dados da segunda fase, e afim de não perder informação e diminuir o tempo da entrevista resolveu-se gravar uma parte das perguntas. Após as alterações feitas no instrumento, efetuou-se um novo estudo para a verificação da adequabilidade e da aplicabilidade desse instrumento, realizando-se 6 entrevistas, constatando-se que as modificações feitas atendiam aos objetivos da pesquisa.

De posse desses dados, deu-se prosseguimento à segunda fase da coleta de dados da pesquisa. A pesquisadora agendou, via telefone, uma entrevista com as enfermeiras obstétricas identificadas e que consentiram em participar da pesquisa após serem esclarecidas sobre o estudo. Foi utilizado um instrumento elaborado para tal fim (Apêndice 1) composto das seguintes partes:

- I- dados sócio-demográficos (idade, estado civil, sexo e cidade que residia e trabalhava);
- II- dados de formação (faculdade de formação e ano de conclusão em Enfermagem e em Especialização);
- III- dados de formação específica em obstetrícia (faculdade em que cursou, ano de conclusão, financiamento, carga horária, o número de parto realizados no curso, aspectos positivos e negativos do aprendizado e avaliação de atuação);
- IV- dados do exercício profissional (1º emprego, dificuldades e facilidades de atuar como enfermeira, setor em que atua, motivo porque não atua em obstetrícia, unidades em que atua e as atividades já desenvolvidas junto à gestante, à parturiente, à puérpera e ao binômio mãe/filho).

Antecedendo a entrevista, a enfermeira leu o de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 2). Após o esclarecimento de suas dúvidas, assinou o termo.

Destaca-se que as respostas relacionadas ao item III do instrumento, os aspectos positivos e negativos do aprendizado na sala de parto durante a especialização de enfermagem obstétrica, a avaliação de seus conhecimentos adquiridos no curso e a habilidade para atuar com a mulher no ciclo grávido puerperal, foram gravadas com um aparelho de MP3 e depois transcritas (Apêndice 3).

As entrevistas foram individuais e aconteceram no período de março a agosto de 2006, em uma sala dos hospitais em que as enfermeiras obstetras

atuavam. As respostas anotadas foram lidas para as enfermeiras para validar as informações recebidas. Ressalta-se ainda que, no hospital da cidade de Novo Horizonte foram necessárias duas visitas, pois na primeira as enfermeiras não puderam atender a pesquisadora. As enfermeiras que trabalhavam na cidade de Estrela D' Oeste e Votuporanga preferiram ser entrevistadas na FAMERP, pois estiveram na instituição para participar de curso de capacitação.

Esses dados foram transcritos para uma planilha elaborada na versão Excel 2003, agrupados por sua especificidade, analisados e apresentados, na forma descritiva, com números absolutos, percentuais e em tabela, para melhor visualização. As respostas das perguntas abertas foram agrupadas em categorias de acordo com a semelhança.

Houve contato com o estatístico da FAMERP para saber da necessidade de realização de tratamentos estatísticos específicos referentes aos dados obtidos nesta pesquisa. Após análise do estudo obteve-se a informação que não seria pertinente análise estatística, por se tratar de uma população específica da região do DRS XV, e não de uma amostra.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se na região abrangida pelo DRS XV a existência de 43 hospitais, sendo que 42 (97,7%) faziam atendimento na área de Obstetrícia, com 469 leitos obstétricos, correspondendo a 236 (50,3%) de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De início, cabe esclarecer que na caracterização das enfermeiras obstetras atuantes, verificou-se que 25 (100%) enfermeiras tinham especialização em Enfermagem Obstétrica e consentiram em participar desta pesquisa. Os dados apresentados na **Tabela 1** destacam os hospitais de cada uma das micro-regiões do DRS XV, o total de leitos e tipo de financiamento e o número total de enfermeiras e enfermeiras obstetras atuantes em cada hospital, como segue:

- Nos 43 hospitais atuavam 451 enfermeiras, sendo que 31 (6,9%) tinham especialização em enfermagem obstétrica;
- **a microrregião de São José do Rio Preto**, com 17 hospitais, seis (35,3%) na própria cidade, com 223 leitos obstétricos (117 – 52,5% para SUS), tinham 290 enfermeiras empregadas (260 – 89,7% no próprio município, em especial no Hospital de Base, com 170 enfermeiras), sendo 24 (8,3%) com especialização em Enfermagem Obstétrica;
- **a microrregião de Jales**, com quatro hospitais, 38 leitos para obstetrícia (20 – 52,6% para SUS), com 10 enfermeiras atuando e nenhuma com especialização em Enfermagem Obstétrica;

- **a microrregião de Catanduva**, que abrange sete municípios contava com sete hospitais (três - 45,8% na própria cidade, porém um não possuía leito para obstetrícia), de um total 100 leitos obstétricos, 50% eram destinados ao SUS, com atuação de 92 enfermeiras, sendo cinco (5,4%) com especialização em enfermagem obstétrica (atuando três na cidade de Catanduva e duas em Novo Horizonte);
- **a microrregião de Fernandópolis**, com sete hospitais (dois - 28,6% na cidade) tinha 35 leitos para obstetrícia (17- 48,6% para SUS), contando com 26 enfermeiras (apenas uma- 3,8%) com especialização em enfermagem obstétrica, atuando na Santa Casa de Estrela D'Oeste ;
- **a microrregião de Votuporanga**, com sete hospitais, 59 leitos obstétricos (24 – 40,7% para SUS), 25 enfermeiras e apenas uma (4%) atuando na Santa Casa de Votuporanga com especialização em Enfermagem Obstétrica;
- **a microrregião de Santa Fé do Sul**, que abrange seis municípios, só havia um hospital para atendimento obstétrico, a Santa Casa de Santa Fé do Sul, com 14 leitos obstétricos (oito - 57,1% para SUS), sendo empregadas oito enfermeiras, nenhuma com especialização em Enfermagem Obstétrica.

Tabela 1. Distribuição dos hospitais do DRS XV, destacando os leitos obstétricos, financiamento do SUS, total de enfermeiras e de enfermeiras com especialização em Enfermagem Obstétrica. São José do Rio Preto, 2006.

	Hospital	Leitos		Enfermeiras	
		Total	SUS	Obstetra	Total
São José do Rio Preto	1. Santa Casa de Ibirá	12	01	--	02
	2. H. NS Mãe da Divina Providencia Jaci	06	01	--	01
	3. Santa Casa de José Bonifácio	12	06	--	02
	4. H. M. Mãe do Divino Amor na providência	08	06	02	05
	5. DF Multihospital Mirassol	04	00	--	03
	6. Santa Casa de Monte Aprazível	10	02	01	03
	7. Santa Casa de Nova Granada	10	05	--	06
	8. Santa Casa de Neves Paulista	02	01	--	02
	9. Santa Casa de Paulo de Faria	11	02	--	02
	10. Santa Casa de Potirendaba	07	05	--	04
	11. Santa Casa São Vicente de Paula	10	02	--	03
	12. Benef. Portuguesa (H. Infante D.Henrique)	10	10	03	15
	13. Hospital de Base	63	39	11	170
	14. Hospital Austa	09	00	02	30
	15. Hospital Ielar	19	19	00	07
	16. Hospital Santa Helena	04	00	00	06
	17. Santa Casa de Misericórdia Rio Preto	26	18	05	29
	TOTAL	223	117	24	290
Jales	1. Santa Casa de Jales	19	13	--	07
	2. Santa Casa de Palmeira D`oeste	07	05	--	01
	3. Santa Casa de Urânia	08	01	--	--
	4. Hospital Santa Tereza	04	01	--	02
	TOTAL	38	20	0	10
Catanduva	1. Hospital M Valle Pereira Tabapuã	03	01	--	02
	2. H Beneficente de Pirangi (José Pirondi)	08	01	--	01
	3. Santa Casa de Urupês	05	01	--	02
	4. Sta C de Novo Horizonte	32	19	02	04
	5. H S Domingos Catanduva	13	01	02	16
	6. H Escola Emílio Carlos Catanduva	00	00	01	20
	7. H Padre Albino de Catanduva	39	27	--	47
	TOTAL	100	50	5	92
Fernandópolis	1. Sta C de Estrela D`Oeste	06	02	01	04
	2. H. Municipal de Ouroeste João Veloso	02	01	--	03
	3. Casa de Saúde Indiaporã	08	01	--	02
	4. Unidade Mista/Santa Casa Macedônia	01	01	--	03
	5. Santa Casa de Populina	02	02	--	02
	6. Hospital das Clínicas de Fernandópolis	04	00	--	01
	7. Santa Casa de Fernandópolis	12	10	--	11
	TOTAL	35	17	1	26
Votuporanga	1. Santa Casa de Cardoso	11	04	--	01
	2. Santa Casa de Riolândia	07	01	--	02
	3. Santa Casa de Macaubal	03	01	--	01
	4. Hosp. São Domingos Nhandeara	08	02	--	04
	5. Sta Casa general Salgado	03	01	--	01
	6. Sta Casa de Votuporanga	15	13	01	14
	7. Casa de Saúde e Mater N. S. Aparecida	12	02	--	02
	TOTAL	59	24	1	25
1.	Santa Casa de Santa Fé do Sul	14	08	00	08

Fonte- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, <http://cnes.datasus.gov.br/> (janeiro/2006).

Na **Tabela 2** estão especificados os 190 leitos obstétricos distribuídos em dez hospitais que faziam atendimento na área de Obstetrícia, nas microrregiões de São José do Rio Preto (seis hospitais), Catanduva (dois hospitais), Fernandópolis e Votuporanga, com um hospital cada município. Verificou-se que 11 hospitais empregavam 31 enfermeiras obstetras, portanto se essas atuassem na área de Obstetrícia haveria a média de 6,1 leitos obstétricos por enfermeira. No entanto, tal resultado não é real, já que uma (3,2%) enfermeira obstetra atuava em hospital de Catanduva que não tinha leito obstétrico, e em outro hospital que poderia ter três leitos por enfermeira obstetra, elas atuavam em unidades diferentes da obstetrícia e em turnos diversos, de forma que não é possível determinar a razão de enfermeiras obstetras por número de leitos obstétricos disponíveis, nesta pesquisa

O fato da totalidade de participantes deste estudo ser do sexo feminino está de acordo com o que é usualmente observado na área de enfermagem e nesta especialização, particularmente. A atuação de mulheres na profissão de Enfermagem, principalmente na categoria de enfermeiras é uma característica histórica na enfermagem e mais especificamente na enfermagem obstétrica. Tal situação era mais marcante antes de 1990, como demonstrado em estudo realizado na década de 80, que enfatizava as dificuldades e preconceitos relacionados à formação e atuação do enfermeiro na assistência obstétrica, com alegação das instituições hospitalares de que as mulheres não aceitam ser assistidas por profissionais de enfermagem do sexo masculino. A autora deste estudo descreve que por volta de 1972 os alunos do sexo masculino começaram a realizar os estágios na atenção à mulher nas fases gravídica-

puerperal, porém “*nas atividades mais embaraçosas, como, por exemplo, o curativo da episiorrafia, o mesmo só observava uma colega*”. Discute-se que entre o senão alegado quanto à atuação do enfermeiro em obstetrícia, principalmente entre as mulheres de classe social mais abastada, ainda relaciona-se a questão da *sensibilidade* como uma natureza feminina, e das especificidades que percebem no trabalho de enfermagem na assistência ao parto pelos profissionais não-médicos, que desta forma devem ser do sexo feminino. ^(51,52)

Ainda hoje, apesar da afirmação de que não deve haver discriminação quanto à atuação do enfermeiro obstetra sempre são aventados senões quanto ao profissional homem da área de enfermagem na atenção obstétrica, particularmente o enfermeiro, o que é um paradoxo, pois muitas mulheres até escolhem o médico obstetra para seu atendimento. Não concordamos com as alegações apresentadas nesse enfoque e até temos conhecimento de enfermeiros que se especializaram em Enfermagem Obstétrica em nosso meio e realizam ações humanizadoras e têm grande envolvimento e reconhecimento de atuação na atenção ao nascimento e parto.

Tabela 2. Distribuição dos hospitais com leitos obstétricos e enfermeiras obstetras atuantes na região do DRS XV. São José do Rio Preto, 2006.

Micro Região	Hospital	Leito Obstétrico	Enfermeira Obstetra
São José do Rio Preto	Hospital Maternidade Mãe do Divino Amor na providência	06	02
	Santa Casa de Monte Aprazível	10	01
	Beneficência Portuguesa	10	03
	Hospital de Base	63	11
	Hospital Austa	09	02
	Santa Casa de Misericórdia de Rio Preto	26	05
Catanduva	Santa Casa de Novo Horizonte	32	02
	Hospital São Domingos	13	02
	Hospital Escola Emílio Carlos	--	01
Fernandópolis	Santa Casa de Estrela D`Oeste	06	01
Votuporanga	Santa Casa de Votuporanga	15	01
TOTAL	11	190	31

*Fonte Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, <http://cnes.datasus.gov.br/>

Estão na **Tabela 3** os informes relacionados à faixa etária e à situação conjugal das 25 enfermeiras obstétricas participantes desta pesquisa. Observa-se que a maioria (13 – 52%) tinha idade entre 24 a 29 anos e apenas três (12%) tinha 42 anos ou mais. Sobre a situação conjugal, as duas com idade igual ou maior que 42 anos eram divorciadas, enquanto as restantes eram casadas (12-48%) ou solteiras (11 – 44%).

Relacionando tais dados com outros estudos, verificou-se que uma faixa etária maior em outras pesquisas, como entre 92 ex-alunas do curso de Enfermagem Obstétrica da EEUSP, formadas entre 1980 e 1995, com 91,3% na faixa etária entre 30 e 44 anos ⁽⁵³⁾; em estudo na cidade de Sorocaba, entre enfermeiras que atuavam na assistência a gestantes, parturientes e puérperas, com 56,7% com idades entre 31 e 40 anos, sendo 62,2% eram casadas e em pesquisa entre enfermeiras obstetras que atuavam em 8 maternidades da cidade de São Paulo, observou-se que 59% tinham idade entre 24 a 35 anos. ⁽⁵⁴⁾

Vale esclarecer que nesta pesquisa as enfermeiras obstetras estudadas residiam no município onde trabalhavam, sendo que apenas uma (4,0%) residia na cidade de Mirassol, e atuava no hospital de São José do Rio Preto, com distância aproximada de 11 Km.

Tabela 3. Distribuição das enfermeiras obstetras segundo a idade e a situação conjugal. São José Rio Preto, 2006.

Idade	Situação Conjugal						Total	
	Solteira		Casada		Divorciada		N	%
	N	%	N	%	N	%		
24 a 29	9	36,0	4	16,0	--	--	13	52,0
30 a 35	2	8,0	4	16,0	--	--	6	24,0
36 a 41	--	--	3	12,0	--	--	3	12,0
42 ou +	--	--	1	4,0	2	8,0	3	12,0
Total	11	44,0	12	48,0	2	8,0	25	100,0

A **Tabela 4** mostra o setor de atuação e atividades que realizavam as 25 enfermeiras obstetras. Por meio desta tabela verifica-se que:

- oito (32%) enfermeiras tinham atuação relacionada à área de Obstetrícia, que abrangia ginecologia e obstetrícia (pré-parto, sala de parto, puerpério), e cinco (20%) com atuação geral, ou seja em hospitais de menor porte, com atuação em várias unidades, inclusive maternidade, totalizando 13 (52%) enfermeiras obstetras que prestam alguma assistência na área de obstetrícia. As restantes atuavam em setores gerais, centro-cirúrgico, UTI, clínica médica e emergência;
- o tempo de atuação nessas unidades variava de uma semana a 26 anos, com a média de 7,03 e desvio padrão de 6,58;
- 13 (52%) das enfermeiras obstetras estudadas realizavam concomitantemente atividades administrativas e assistenciais, sendo três (23,1%) na área de obstetrícia;
- das seis enfermeiras com atividades assistenciais, quatro (66,7%) atuavam em Obstetrícia;
- das seis enfermeiras com atividades administrativas, uma (16,7%) atuava na Obstetrícia.

Chama a atenção que várias enfermeiras obstetras não conseguiram se inserir na área de obstetrícia, o que condiz com relatos usuais de enfermeiras atuantes na região do DRS XV, afirmando que a atenção obstétrica fica restrita aos médicos que geralmente resolvem o parto por cesárea. Muitas mulheres nem entram em trabalho de parto, dificultando a contratação de enfermeiras

obstetras nas maternidades, pois os gestores não reconhecem a necessidade de contratação dessas profissionais, por não vislumbrarem a importância de sua atuação no preparo gestacional, acompanhamento no trabalho de parto e na fase puerperal, considerando que tudo pode ser resolvido pelo médico, contribuindo para o aumento dos índices de cesarianas, menor participação da mulher no ciclo grávidico-puerperal e desumanização na assistência obstétrica prestada.

Comparando essa questão com outros estudos, entre 92 ex-alunas do Curso de Enfermagem Obstétrica da EEUSP observaram-se os seguintes aspectos quanto à atuação: 50% de egressas de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica atuavam em obstetrícia, sendo 73,9% na assistência e 26,1% na docência. Apesar de 50% das enfermeiras obstétricas desse estudo atuarem na área, fica ressaltado na pesquisa que depois da década de 80 as dificuldades para a continuidade do trabalho como enfermeira obstétrica foram crescentes, em função da desvalorização dessa profissional ao longo dos anos, em decorrência da gradativa ocupação por médicos no campo da assistência ao parto.⁽³⁴⁾

Em pesquisa realizada entre 74 enfermeiras obstetras atuantes na cidade de Sorocaba, 47,2% indicaram atuar em administração hospitalar, enfermagem psiquiátrica e programa da saúde da família, o que é um paradoxo, pois há necessidade dessa profissional no campo da saúde materno-infantil. Registrou-se ainda nesse estudo uma enfermeira habilitada em Enfermagem Obstétrica que exercia apenas funções administrativas em uma Unidade Básica de Saúde.⁽⁵⁴⁾

Discute-se amiúde no âmbito de entidades de classe da Enfermagem, principalmente entre especialistas em Enfermagem Obstétrica a questão da inserção profissional da enfermeira obstetra com atuação mais efetiva na atenção ao nascimento e ao parto, em parceria com a equipe obstétrica médica. O foco dos debates é que ao longo do tempo, particularmente no Brasil, a atuação dessas profissionais foi sendo descaracterizada, desmerecida e até dificultada no meio médico, em especial na atenção institucionalizada ao nascimento e ao parto, principalmente em instituições hospitalares de regiões mais ricas do Brasil. Por outro lado, são relatadas as situações especiais de enfermeiras obstetras que atuam especificamente para certos médicos ou equipes obstétricas, que são valorizadas e reconhecidas profissional e financeiramente, dando-se ênfase ao trabalho que realizam no preparo e atendimento de gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, em consonância com os médicos, atendendo a clientela de grande poder aquisitivo.

Nos últimos tempos discute-se em reuniões científicas, debates, publicações e no âmbito de entidades governamentais e profissionais as distorções na assistência obstétrica, reveladas em altos índices de cesarianas, exagero de intervenções tecnológicas, excessiva medicalização e institucionalização do parto, que levam ao aumento da morbimortalidade materna e perinatal, além de desconsiderar a participação mais efetiva da mulher e de profissionais não médicos na atenção ao nascimento. Principalmente no Brasil, esta problemática está mais acentuada, sendo relatadas e até denunciadas as falhas e deficiências na atenção ao nascimento

e ao parto, em especial em alguns Estados, regiões, localidades e até em determinadas instituições hospitalares e certas equipes médicas favoráveis à cesárea e contra a atuação do enfermeiro obstetra.^(1,18,19,32,46,55)

É comum ouvir-se que a legislação brasileira é muito abrangente e fundamentada, mas geralmente as leis e normas não são cumpridas. Cabe tanto aos gestores quanto aos profissionais de saúde fazer cumprir programas e projetos considerados de maior relevância, pertinência e com possibilidade de mudar os indicadores de saúde, que são tão injustos e expõem a população mais necessitada a uma situação aviltante de atenção em saúde, incluindo a saúde da mulher.

Vários estudiosos da atualidade destacam os riscos da mulher em fase produtiva e reprodutiva e o quanto ela fica subordinada às ações de saúde propostas em programas, que constantemente, ficam confinados a papéis ou em gabinetes de burocratas e não se reproduzem em diminuição de agravos ou na melhoria da atenção nos serviços de saúde.^(13,19,56-64)

Nas últimas décadas, a característica de atenção obstétrica realizada no Brasil o colocou entre os “campeões” de cesárea no mundo, gerando maiores custos da assistência obstétrica, mas geralmente realizada de forma não igualitária e com a efetividade esperada. Ante tal fato, a partir da década de 70, alguns órgãos governamentais e grupos de classes profissionais, particularmente nas áreas de medicina e de enfermagem, passaram a discutir e a propor medidas de intervenção para minimização dessa problemática. Os principais focos de ação visavam à proposição e à implantação de Políticas Públicas de Atenção em Saúde da Mulher, atendendo também aos anseios e

prerrogativas apresentadas por movimentos feministas. Em tais debates ficam reveladas a vulnerabilidade da mulher no período reprodutivo e as deficiências e falhas de assistência durante os diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal, destacando a condição feminina atual, que não se restringe à procriação e à gestão doméstica, tendo seu papel social associado com a inserção no mercado de trabalho, que precisa conciliar as obrigações no lar, com os cuidados à sua saúde, com as alegrias e desconfortos relacionados à parturição, com uma participação mais efetivas nos cuidados à sua saúde e de sua família, nas decisões sobre seus direitos e escolhas no atendimento de suas necessidades e à própria condição feminina.^(19,56-59)

Tabela 4. Distribuição das enfermeiras obstetras do estudo segundo o setor de atuação e atividades desenvolvidas. São José do Rio Preto, 2006.

Setor de Atuação	Atividade						Total	
	Assistencial		Administrativa		Assistencial e Administrativa			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Obstetrícia*	4	66,7	1	16,6	3	23,1	8	32,0
Geral	1	16,6	2	33,4	7	53,8	10	40,0
Centro cirúrgico	--	--	2	33,4	1	7,7	3	12,0
UTI	1	16,6	--	--	1	7,7	2	8,0
Clinica Médica	--	--	--	--	1	7,7	1	4,0
Emergência	--	--	1	16,6	--	--	1	4,0
Total	6	100,0	6	100,0	13	100,0	25	100,0

***Obstetrícia**= Ginecologia e obstetrícia (pré-parto, sala de parto, puerpério); maternidade. **Geral**= hospitais menor porte que a enfermeira é responsável por todos os leitos/ou várias unidades.

Os dados da **Tabela 5** são referentes à Instituição de Ensino Superior (IES) de formação e ao ano de graduação em Enfermagem das 25 enfermeiras obstetras desta pesquisa. Verifica-se que 18 (72%) fizeram a graduação em IES que ficam na região do DRSXV, sendo 13 (52%) na FAMERP (São José do Rio Preto), quatro (16%) na Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF) e duas (8%) no Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV), enquanto as restantes são de outras localidades do Estado de São Paulo (Marília, Mogi das Cruzes e Ribeirão Preto) e do Paraná (Londrina e Maringá). Quanto ao ano de graduação a maioria das enfermeiras do estudo graduou-se no período de 1996 a 2002 (20-80%).

Este resultado condiz com a realidade brasileira que em 2003, apresentava 178 (53,3% dos cursos do país) Cursos de graduação em enfermagem, na região sudeste do Brasil.⁽³⁵⁾

Quanto ao tempo de formação, em um estudo desenvolvido com 39 enfermeiras obstetras que atuavam em oito maternidades de São Paulo, 71,7% tinham de 1 a 6 anos de formação.⁽⁶⁵⁾

Segundo informações fornecidas pelas enfermeiras deste estudo, nenhuma realizou algum outro curso superior anterior à graduação de enfermagem e três (12,0%) enfermeiras tinham o curso de auxiliar de enfermagem e atuavam nessa categoria enquanto se graduavam, sendo que foram contratadas no mesmo hospital como enfermeiras e atuam até hoje. Tal fato pode ser considerado um estímulo para que os profissionais da equipe de enfermagem se qualifiquem e algumas enfermeiras quando se matriculam em curso de especialização em Enfermagem Obstétrica mencionam que têm oferta

de trabalho nessa área ou já atuam e precisam se qualificar para regularizar sua situação na instituição hospitalar, no âmbito das atividades que executam na área obstétrica.

Tabela 5. Distribuição das enfermeiras obstetras segundo ano de graduação e instituição de ensino superior. São José do Rio Preto, 2006.

Instituição de Ensino Superior	Ano de Graduação							
	até 1989		1990 a 95		1996 a 2002		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
FAMERP	--	--	1	4,0	12	48,0	13	52,0
FEF	1	4,0	--	--	3	12,0	4	16,0
UNIMAR	--	--	--	--	1	4,0	1	4,0
UMC	2	8,0	--	--	--	--	2	8,0
UNIFEV	--	--	--	--	2	8,0	2	8,0
UEL	--	--	--	--	1	4,0	1	4,0
EERP/USP	--	--	1	4,0	--	--	1	4,0
UEM	--	--	--	--	1	4,0	1	4,0
Total	3	12,0	2	8,0	20	80,0	25	100,0

FAMERP = Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; **Unimar** = Universidade de Marília; **UMC** = Universidade de Mogi das Cruzes; **UNIFEV** = Centro Universitário de Votuporanga; **FEF** = Fundação Educacional de Fernandópolis; **UEL** = Universidade Estadual de Londrina; **EERP/USP** = Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e **UEM** = Universidade Estadual de Maringá.

Na **Figura 3** estão dados sobre especializações realizadas pelas enfermeiras obstetras desta pesquisa, segundo o ano de realização de cada curso de especialização. Além de Enfermagem Obstétrica, algumas enfermeiras tinham formação após a graduação, em especialização ou aprimoramento, em pediatria, centro-cirúrgico, administração, acupuntura e neurocirurgia. Informa-se que oito (32,0%) enfermeiras realizaram pós-graduação *Lato Sensu*, sendo que sete (87,5%) foram anteriores à especialização em Enfermagem Obstétrica. Chama a atenção que uma

(12,5%) enfermeira realizou residência em centro cirúrgico, anterior à especialização em Obstetrícia, e em 2006 fez especialização em Acupuntura com a intenção de atuar com parturientes, conforme afirmação da própria enfermeira.

As atividades profissionais desenvolvidas e as exigências para atuar em locais específicos levaram duas (25,0%) enfermeiras a realizarem a especialização, uma, em 1997, em Centro Cirúrgico e a outra, em 1998, em Administração.

A questão da busca da especialização após a graduação em Enfermagem foi verificada em pesquisa realizada na cidade de Sorocaba, entre as enfermeiras obstetras, verificando-se que 33,8% possuíam pós-graduação em outras áreas. Entre as outras especializações/habilitações realizadas, as mais citadas pelas enfermeiras deste estudo foram: Saúde Pública e Administração Hospitalar.⁽⁵⁴⁾

A implantação de cursos de pós-graduação, em nível de aprimoramento, aperfeiçoamento e especialização é colocada como de grande importância e de respeito aos preceitos éticos profissionais na enfermagem. Discute-se que são primordiais para atender as exigências de inserção no mercado de trabalho, de maior qualificação para manutenção no emprego e atendimento de melhor qualidade aos usuários da saúde, em campos específicos de atuação. Ainda, que as transformações socioeconômicas da clientela, os avanços técnicos científicos que visam a melhoria da assistência, impulsionados pela globalização tornam necessário a educação permanente e a formação mais qualificada em área específica de atuação. Tudo isso é percebido, mesmo que

de forma não sistematizada ou confirmada por pesquisas, pelo aumento que temos percebido na procura por cursos de especialização em enfermagem, no âmbito da FAMERP.

Em muitas discussões, relativas às recomendações das diretrizes curriculares para formação do enfermeiro, são apontadas uma tendência contrária a especialização, o que conflita com as recomendações dos fóruns internacionais sobre a concepção de saúde na perspectiva da promoção e da integralidade. Para atender o mercado de trabalho o Conselho de Enfermagem, em 2002, já reconhecia 37 especialidades, enquanto que o Ministério do Trabalho, por meio da Classificação Brasileira de Ocupação reconhece só 12 títulos.⁽⁶⁶⁾

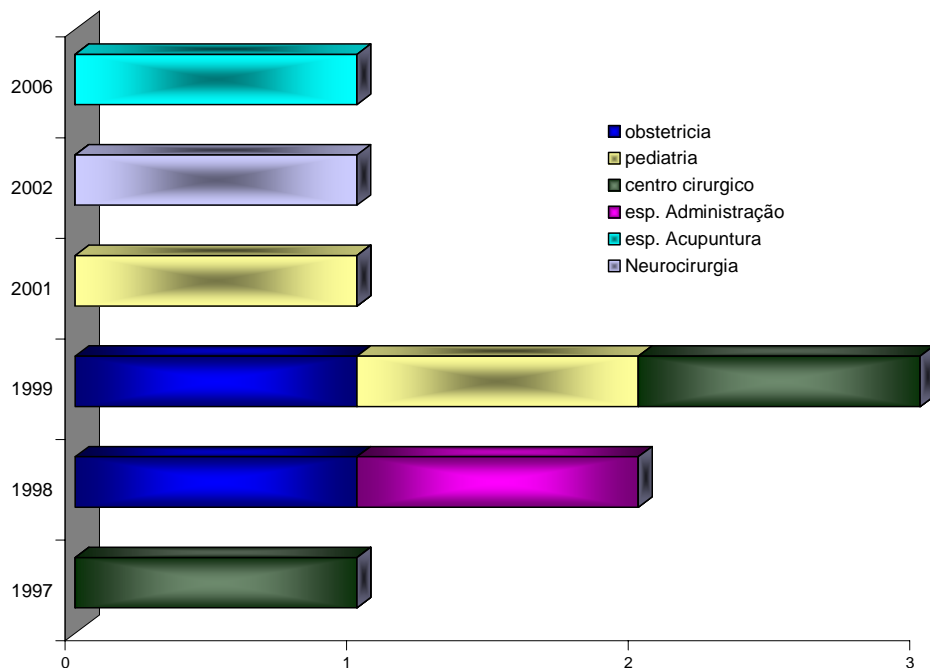


Figura 3. Pós-graduação *Lato Sensu* e ano de conclusão das enfermeiras obstetras do estudo.

Na **Tabela 6** estão os relatos das enfermeiras obstetras deste estudo sobre como obtiveram o primeiro emprego e quanto tempo, em meses, após a graduação. Verifica-se que a maior parte das enfermeiras (14- 56%) conseguiu o primeiro emprego enviando currículo e submetendo-se ao processo seletivo da instituição, seguida de cinco (20%) que foram indicadas, enquanto as restantes alegaram motivos como ter aprimoramento na área ou já atuar no hospital.

Nota-se nessa Tabela que a maioria (13 -52%) conseguiu trabalho logo após se graduar, no primeiro mês, seguidas de igual número (seis – 24%) que conseguiram emprego após dois a seis meses e seis (24%) após sete meses de formadas.

Tabela 6. Distribuição das enfermeiras obstetras segundo como conseguiram o 1º emprego e quanto tempo após a graduação. São José do Rio Preto, 2006.

Como Obteve o 1º. Emprego	Tempo Após a Graduação (meses)						Total	
	Até 1		2 a 6		7 ou +		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Enviar currículo e submeter-se à seleção	6	46,2	5	83,3	3	50,0	14	56,0
Ter aprimoramento	--	--	--	--	3	50,0	3	12,0
Atuar no hospital	3	23,1	--	--	--	--	3	12,0
Ser Indicada	4	30,7	1	4,0	--	--	5	20,0
TOTAL	13	100,0	6	100,0	6	100,0	25	100,0

As dificuldades relatadas pelas enfermeiras obstetras deste estudo ao iniciar a atividade laborativa na Enfermagem são apresentadas na **Tabela 7**. Também, de forma descritiva, são apresentados os motivos alegados pelas enfermeiras deste estudo como facilidades para começar a atuar profissionalmente na Enfermagem. A maior dificuldade referida por dez (40%) enfermeiras deste estudo no início da sua atuação profissional foi a **Liderança**.

Desde a implantação da nova lei de exercício profissional da Enfermagem no Brasil, em 1986, e do novo currículo mínimo, em 1994, destaca-se a necessidade de preparo e de qualificação do enfermeiro para as questões gerenciais, que inclui a liderança, o que está definido das atribuições privativas do enfermeiro brasileiro, como líder da equipe de enfermagem.

A liderança é considerada um recurso importante no processo de cuidar do ser humano e de gerenciar pessoas e, pelas características de atuação do enfermeiro precisa ser bem desenvolvida nessa profissão. Assim, as competências relacionadas à liderança, envolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes, constituem-se em requisitos profissionais imprescindíveis, porém a assunção dessas habilidades exige ousadia, muita disposição, coragem e liberdade criativa.⁽⁶⁷⁾

Em um estudo realizado com enfermeiras de um hospital público de Minas Gerais, constatou-se que 65% das enfermeiras revelaram um descontentamento em relação ao processo ensino-aprendizagem no enfoque da liderança, declarando desespero para o desempenho da função de líder. Em seus relatos registram falhas no processo ensino aprendizagem da liderança em enfermagem, abrangendo tanto falhas na teoria, quanto falta de modelos de

liderança e de oportunidades para vivenciar situações práticas. No cotidiano de trabalho, os enfermeiros referem tentar suprir essas falhas por meio das experiências vividas.⁽⁶⁸⁾

As oito (32%) enfermeiras deste estudo que referiram não ter tido dificuldades no seu primeiro emprego, alegaram como motivo: três (37,5%) realizaram aprimoramento nessa mesma unidade, ou seja, atuaram durante um ano na área para depois serem contratadas; três (37,5%) eram funcionárias da unidade e ao concluir a graduação foram efetivadas como enfermeiras, uma (12,5%) acredita que foi por ter realizado estágio extracurricular e uma (12,5%) referiu que a “boa graduação” foi suficiente para ela não ter dificuldades para ser enfermeira.

Na descrição das facilidades das enfermeiras deste estudo sobre seu desenvolvimento profissional no primeiro emprego foram citados os seguintes motivos:

- *Realizar boa Graduação/ Credibilidade da faculdade*
- *Ter realizado o aprimoramento/ “Trainee”*
- *Realizar estágio extracurricular*
- *Atuar no hospital*
- *Gostar da profissão*
- *Interação com Enfermeiras/gerente*
- *Organização do hospital*
- *Ter facilidade em saúde pública*
- *Ter facilidade de relacionamento*
- *Por ser da cidade*

- *Ter determinação*
- *Estudar, ler muito*

A essência da atuação do enfermeiro é cuidar e organizar a assistência de enfermagem; é o contato com o outro, cuidando e também gerindo equipes, preocupando-se com a delegação das funções, uma vez que como coordenador da equipe de enfermagem busca resolver conflitos, praticar a equidade na tomada de decisões, nortear-se pela ética e lei do exercício profissional, orientar novas condutas, que haja participação de seus pares na construção de planos e projetos. Enfim, o enfermeiro deve servir de modelo junto à equipe de saúde e da enfermagem, sendo líder e não chefe, para conseguir ter maior satisfação profissional, em especial nas atividades compartilhadas com a equipe de enfermagem.⁽⁶⁹⁾

Neste estudo duas (8,0%) enfermeiras informaram ter sentido facilidade em trabalhar por *gostar da profissão*. O gostar daquilo que faz é algo muito importante, principalmente quando o objeto de trabalho é o cuidado ao ser humano, que propicia satisfação no desempenho do trabalho. A satisfação é um fator que pode favorecer a produtividade e ainda agregar valores ao indivíduo para que se mantenha motivado. Os fatores motivacionais e de satisfação são intrínsecos e cada pessoa pode ter necessidades distintas, requerendo-se vários aspectos para o seu atendimento, dentro da possibilidade organizacional.⁽⁷⁰⁾

Tabela 7. Distribuição das enfermeiras obstetras segundo dificuldades relatadas no 1º emprego. São José do Rio Preto, 2006

DIFICULDADES	N	%
Administrar/Liderar equipe	10	40,0
Nenhuma	8	32,0
Falta de reconhecimento	3	12,0
Desconhecimento das políticas de saúde	2	8,0
Atuar na área de afinidade	1	4,0
Falta de destreza técnica	1	4,0
Total	25	100,0

Na **Tabela 8** as enfermeiras obstetras deste estudo informam o setor que trabalharam no primeiro emprego e qual o tempo de atuação. Verifica-se que a maior parte atuou em setores que foram definidos como Geral (nove – 36%), e outros setores (cinco – 20%), são os seguintes setores: unidade de internação, plástica, oncologia, queimados e geriatria. Ainda três (12%) atuaram em Unidade Básica de Saúde (UBS) e apenas duas (8%) atuaram em ginecologia e obstetrícia. Quanto ao tempo de atuação a maior parte das enfermeiras ficou no primeiro emprego pelo período de até um ano (12 – 48%) e apenas duas (8%) com atuação em setor geral permaneceram por mais de 11 anos no primeiro emprego.

O tempo de permanência do enfermeiro em um setor de trabalho tem a ver com vários aspectos. Verificou-se em uma pesquisa que, 27% dos enfermeiros eram atuante há mais de uma década na instituição, ressaltando-se que a experiência profissional alcançada, o envolvimento institucional e a

estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma instituição.⁽⁷⁰⁾

A questão de que muitas enfermeiras obstetras atuam em área não diretamente relacionada com a saúde da mulher na fase gravídica puerperal é destacada em uma pesquisa, com o seguinte relato *"...durante estes anos no exercício da prática da enfermagem obstétrica, percebo que muitos hospitais contratam enfermeiras obstétricas e estas acabam não direcionando suas atividades para área específica, pois quem acompanha o trabalho de parto e realiza o parto são residentes ou médicos... assim, as enfermeiras afastam-se de sua prática e são obrigadas pela instituição a exercer atividades de supervisão e gerenciamento, inclusive em outros setores, alheios à maternidade... esse fato tem-se tornado freqüente nos últimos anos, sendo motivo de decepções, frustrações e conseqüentemente insatisfações profissionais."*, das que não atuam na área 71,8% não trabalham em hospitais... 28,2% estão inseridas em clínica médica-cirúrgica, UTI e pediatria...27,2% não atuam na área por falta de vaga na obstetrícia no momento da admissão, são locadas em outra área onde permanecem...os motivos mais alegados pelas egressas para atuação fora de sua área de formação foram por necessidade de pessoal da instituição e a obrigatoriedade de rodízio entre as enfermeiras. Algumas enfermeiras atribuíram ter atuado em outros setores porque o hospital não lhes permitia fazer o parto normal e/ou por não haver vaga no centro obstétrico no momento da admissão".⁽³⁴⁾

No âmbito da atuação específica em Enfermagem Obstétrica e na atenção à saúde da mulher para enfermeiros especializados na área, são comuns em

debates atuais as questões de satisfação profissional, de possibilidade de inserção e de autonomia para atuação, tendo como respaldo a legislação profissional de enfermagem vigente, a qualificação obtida na formação e o direito ao exercício do trabalho, sem discriminação, segundo a Constituição Brasileira.

Com a Constituição Brasileira de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes de atenção humanitária, igualitária e integral, teve-se mais respaldo legal para o cumprimento de ações programáticas de maior avanço na atenção à saúde da mulher. Nesse contexto, foram propostas e, muitas vezes, implantadas ações envolvendo trabalho multi e interprofissional de atenção integrada em saúde, nas diferentes fases do ciclo vital humano, realizadas de forma mais abrangente, igualitária e de acesso mais amplo.^(19,,71-73) . No âmbito da saúde da mulher um aspecto valorizado nos últimos tempos é a atenção ao processo do nascimento, que envolve a gestação, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido, abrangendo ações inter-relacionadas, como o planejamento familiar, a sexualidade, a exposição da mulher no mundo do trabalho e no âmbito doméstico.^(10, 57,59)

No aspecto das distorções no atendimento obstétrico no Brasil são debatidas as questões de locais de atendimento, dos procedimentos realizados e da participação de profissionais não médicos na atenção ao nascimento e parto, como a enfermeira obstetra. O propósito é alcançar maiores índices de parto normal e humanização do nascimento, como tem sido revelado em experiências de países desenvolvidos, principalmente na Europa, com índices

grandes de partos domiciliares ou em centros de parto normal, com atendimento de mulheres com baixo risco obstétrico e necessidade de atenção em nível primário, proporcionado por enfermeiras obstétrica/obstetizes, com retaguarda de médicos obstetras e da instituição hospitalar de referência. Esse modelo, muito diferente do parto institucionalizado que ocorre no Brasil, mostra resultados satisfatórios e índices epidemiológicos alentadores, sem contar com a satisfação demonstrada pelas mulheres e seus familiares/acompanhantes que passam a ver o nascimento com uma ótica mais humanística e vislumbrar o papel relevante da mulher neste contexto.^(19,32,46,74-77)

Tabela 8. Distribuição das enfermeiras obstetras segundo setor que atuou no primeiro emprego e o tempo de atuação. São José do Rio Preto, 2006.

Setor	Tempo de atuação (anos)										Total	
	Até 1		2 a 4		5 a 7		8 a 10		+ 11			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geral	5	20,0	1	4,0	--	--	1	4,0	2	8,0	9	36,0
GO	--	--	--	--	1	4,0	1	4,0	--	--	2	8,0
CC	2	8,0	--	--	--	--	--	--	--	--	2	8,0
UTI	1	4,0	--	--	1	4,0	--	--	--	--	2	8,0
UBS	2	8,0	--	--	1	4,0	--	--	--	--	3	12,0
PA	1	4,0	1	4,0	--	--	--	--	--	--	2	8,0
Outros	2	8,0	2	8,0	--	--	1	4,0	--	--	5	20,0
Total	12	48,0	4	16,0	3	12,0	3	12,0	2	8,0	25	100,0

Geral= hospitais menor porte que a enfermeira é responsável por todos os leitos/ou várias unidades; **GO**= Ginecologia e Obstetrícia; **CC**= Centro Cirúrgico; **UTI**= Unidade de Terapia Intensiva; **UBS**= Unidade Básica de Saúde; **PA**= Pronto atendimento – **Outros**=Unidade de internação, plástica, queimados, oncologia.

Observa-se na **Tabela 9** que das 25 enfermeiras obstetras deste estudo, 16 (64%) mudaram do primeiro emprego, enquanto as outras nove (46%)

enfermeiras atuam até hoje no primeiro emprego. O tempo de atuação no primeiro emprego variou de 5 a 26 anos, com média de 11,6 anos. Sobre as 16 enfermeiras que deixaram o primeiro emprego, 11 (68,7%) permaneceram por pouco tempo, até 12 meses. Os motivos para deixarem o emprego foram principalmente por ter arrumado novo emprego com mais vantagens (dez - 62,5%), enquanto igual número das restantes (duas -12,5%) mudou de cidade, o hospital fechou ou foram cursar especialização.

Tabela 9. Distribuição das enfermeiras obstetras segundo o motivo da mudança do 1º emprego e o tempo que permaneceu. São José do Rio Preto, 2006.

Motivo de Mudança	Tempo de Atuação (meses)						Total	
	Até 12		13 a 24		25 ou +		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Novo emprego	7	43,75	2	12,5	1	6,25	10	62,5
Mudar de cidade	1	6,25	--	--	1	6,25	2	12,5
Hospital fechar	1	6,25	--	--	1	6,25	2	12,5
Cursar especialização	2	12,50	--	--	--	--	2	12,5
Total	11	68,7	2	12,5	3	18,7	16	100,0

Verifica-se pela **Tabela 10** que, das 25 enfermeiras obstetras deste estudo, 16 (64%) escolheram fazer a especialização em Enfermagem Obstétrica porque gostavam, “tinham paixão” pela área, enquanto as restantes fizeram a especialização por já atuar na área, por gostar de atuar com recém nascido (a opção principal era neonatologia - três 12%), porque a faculdade oferecia a especialização, mas não gostou, e por ter passado na seleção de especialização gratuita, financiada pelo Ministério da Saúde. Destas

enfermeiras 13 (52%) atuam na área da saúde da mulher, muitas com atividades que abrangem a humanização do nascimento.

A propósito, muitas enfermeiras que gostam de atuar na área da saúde da mulher e com recém-nascidos buscam a especialização em Enfermagem Obstétrica, o que vem se fortalecendo nos últimos anos pelas discussões no Brasil à respeito da autonomia da enfermeira obstetra em assistir a mulher de baixo risco obstétrico durante o ciclo gravídico-puerperal e de realizar o parto normal. Ao contrário do que é divulgado freqüentemente, a enfermeira obstetra brasileira tem condições legais de assistir ao parto normal, tendo em conta a Lei do Exercício Profissional que a normatiza:⁽⁷⁸⁾

- a realização do parto normal sem distócia como de competência da obstetrix ou enfermeiro obstetra, bem como de especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher, incluindo acompanhamento da evolução do trabalho de parto e assistência à parturiente e ao parto normal;
- identificação das distócias obstétricas e tomadas de todas as providencias necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis para garantir a segurança do binômio mãe e filho;
- realização de epsiotomia, epsiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber;
- acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

Sem dúvida, devem-se considerar as diferenças de formação e as articulações profissionais de não médicos na atenção ao parto, como a enfermeira obstetra, e os aspectos e circunstâncias que contribuíram para o número excessivo de cesarianas, de hospitalização e o afastamento da enfermeira Obstetra/obstetrix da atenção ao nascimento e o parto, o que exige o conhecimento de aspectos fundamentais da historicidade do processo do nascimento no mundo e no Brasil, considerando-se os principais argumentos apresentados pelos grandes estudiosos desse assunto.

A proposta de humanização da assistência obstétrica na atenção ao nascimento e parto vem ao encontro de duas grandes demandas das mulheres e da sociedade brasileira na atualidade. A primeira pela oferta do sistema público de saúde de serviço que não seja utilizado apenas por quem não tem qualquer outra opção e o direito de ter uma maternidade mais segura e prazerosa. A humanização do parto e do nascimento oferece à mulher a possibilidade de ser a protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico, tornando-se uma experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com as expectativas das mulheres. Tal assistência pode ficar demonstrada em um plano de parto previamente elaborado e participação de profissional não médico. A inclusão da enfermeira obstetra na assistência ao nascimento e parto evidenciou resultados que ocorrem em países desenvolvidos, em especial da Europa, verificando-se que sua presença possibilita a utilização de medidas terapêuticas não medicamentosas, capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e

de oferecer um cuidado mais integral, dando o necessário suporte emocional à mulher e à sua família.^(19,59, 79-86)

Tabela 10. Distribuição das enfermeiras obstetras segundo o motivo de realizar a especialização em Enfermagem Obstétrica e se atuam na área da saúde da mulher. São José do Rio Preto, 2006.

Motivo	Atuação na Saúde da Mulher				Total	
	Não		Sim		N	%
	N	%	N	%		
Gosto/Uma Paixão	9	36,0	7	28,0	16	64,0
Por atuar na área da saúde da mulher	1	4,0	3	12,0	4	16,0
Completar o conhecimento, pois gosta de atuar com recém-nascido (RN)	1	4,0	2	8,0	3	12,0
Especialização a faculdade oferecia, mas não gostei	1	4,0	--	--	1	4,0
Passei na seleção (MS)	--	--	1	4,0	1	4,0
Total	12	48,0	13	52,0	25	100,0

MS = Ministério da Saúde

No **Quadro 1** são apresentados dados referentes às Instituições de Ensino Superior (IES), ano de conclusão, tempo (em meses) de duração do curso e valor referência por aluno (em reais) e tipo de financiamento, das enfermeiras deste estudo, quanto à Especialização que cursaram em Enfermagem Obstétrica, verificando-se que:

- o ano de conclusão desta especialização variou de 1978 a 2004, sendo que a maioria teve tal formação nos anos de 2001 (duas enfermeiras), 2002 (11 enfermeiras) e 2004 (oito enfermeiras) totalizando a formação de 21 (84%) enfermeiras obstetras;

- A IES que mais formou enfermeiras obstetras incluídas neste estudo foi a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP (19 – 76%), o que era de se esperar, pois este estudo foi realizado na região de São José do Rio Preto (DRS XV);
- O tempo de duração dos cursos variou de 12 meses (na Universidade Federal da Paraíba – UFPB, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP e FAMERP); 15 meses (Universidade do Sagrado Coração de Bauru – USC e FAMERP); 24 meses (EEUSP) e 30 meses (Universidade Bandeirantes de São Paulo – UNIBAN);
- Sobre o financiamento e valor do curso por aluno, com estimativa em reais, constatou-se que o curso de 1978, ministrado na UFPB, federal, a enfermeira não soube informar o custo para a universidade, assim como do curso ministrado na EEUSP, em 1990; um curso, em 2002 foi ministrado na FAMERP, com financiamento do Ministério da Saúde (MS), com custo estimado em R\$4.500,00 por aluno. Os outros cursos ministrados foram auto-financiados, da seguinte forma, em 1997 na UNIBAN (valor de R\$14.400,00 por aluno); EEUSP, em 2000 (valor de R\$4000,00 por aluno); USC em 2001 (valor de R\$5250,00 por aluno) e FAMERP, em 2004 (valor de R\$5.250,00 por aluno).

Atendendo aos anseios de entidades de classe e ante à situação da atenção ao nascimento e ao parto no Brasil, com altos índices de cesáreas, atendimento medicalizado, hospitalocêntrico, com muitas intervenções

obstétricas desnecessárias e alto custo da assistência obstétrica, no ano de 2000, foram oferecidos quatro cursos de especialização em enfermagem obstétrica no Estado de São Paulo, em convênio com o Ministério da Saúde. Foi aplicado um total de R\$ 431.056,00 (quatrocentos trinta um mil e cinquenta seis reais), distribuído da seguinte forma: FAMERP com 24 alunos (R\$4500,00/aluno); EEUSP com 20 alunos (R\$ 4079,00/aluno); FEJAÚ com 20 alunos (R\$4700,00/aluno); UNIARARAS com 24 alunos, (R\$6862,33/aluno).⁽⁵⁰⁾

Porém, cabe mencionar que o custo dos cursos financiados pelo MS é maior, pois deve ser acrescido os 20% que as IES têm que oferecer em contrapartida no convênio, quando elabora um projeto financiado pelo governo, geralmente a contrapartida refere-se à oferta de salas de aula, materiais didáticos e equipamentos.

Outros dados informados pelas enfermeiras obstetras deste estudo e que não estão apresentados graficamente, revelam que todas eram associadas ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN –SP, o que é um resultado esperado, uma vez que é obrigatório para poder trabalhar e também todas contribuíam com o Sindicato dos Enfermeiros, por terem o desconto automático na folha de pagamento

Um aspecto bastante debatido no âmbito profissional é que uma entidade de classe mostra a força da categoria dentro de uma sociedade, representa e luta pelos direitos dos associados, revelando que quanto maior o número de associados maior é a força da associação de classe.. Na enfermagem obstétrica, a ABENFO, no entanto, é comum a queixa dos dirigentes dessa entidade quanto à falta de associados e de envolvimento com as questões da

especialização e exercício da profissão, verificando-se pelo site da ABENFO/SP, em 2006, apenas 163 associados.

Nesta pesquisa apenas três (12,0%) enfermeiras estavam associadas a outras entidades de classe, com a finalidade de atualização com o desenvolvimento da profissão (Associação Brasileira de Enfermagem ABEn, Sociedade Brasileira de Enfermeiras de Centro Cirúrgico SOBEC e ABENFO), correspondendo a uma enfermeira em cada entidade.

Já em estudo realizado entre enfermeiras obstetras da EEUSP, observou-se que 67,4% das egressas que atuavam na área obstétrica eram filiadas à ABENFO. Embora a ABEn e a ABENFO sejam entidades com finalidades sócio-culturais, elas têm buscado encontrar caminhos mais adequados para qualificar os profissionais da área de enfermagem em geral, inclusive nas diferentes especialidades.⁽³⁴⁾

Quadro 1. Ano de conclusão da especialização em Enfermagem Obstétrica, Instituição de Ensino Superior (IES) formadora, número de enfermeiras formadas, duração do curso, tipo de financiamento e de investimento por aluna. São José do Rio Preto, 2006.

Ano de Conclusão	IES	Número de Enfermeiras	Tempo (meses)	Financiamento e Valor por aluna (em reais)
1978	UFPB	1	12	Federal
1990	EEUSP	1	12	(Sem informação)
1997	UNIBAN	1	30	Autofinanciável 14.400,00
2000	EEUSP	1	24	Autofinanciável 4.000,00
2001	USC	2	15	Autofinanciável 5.250,00
2002	FAMERP	11	12	4.500,00 (MS)
2004	FAMERP	08	15	Autofinanciável 5.250,00

UFPB= Universidade federal da Paraíba; **FAMERP**= Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; **EEUSP** = Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; **USC**= Universidade do Sagrado Coração de Bauru; **UNIBAN** = Universidade Bandeirantes de São Paulo, **MS**= Ministério da Saúde.

Chama a atenção no **Quadro 2** a diferença de experiências de atenção ao parto, segundo os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica feito pelas enfermeiras deste estudo. Cabe esclarecer, no entanto, que algumas enfermeiras declararam que já faziam partos quando fizeram à especialização. De qualquer modo, os resultados quanto às atividades desenvolvidas durante a especialização deixa claro a falta de homogeneidade entre as oportunidades de acompanhamento e a realização de partos normais, maiores entre as enfermeiras que cursaram especialização na cidade de São Paulo,

principalmente na EEUSP, em 1990 (média de 240 partos), em 2000 (média de 250 partos), enquanto na UFPB a aluna realizou 50 partos, em 1978, 42 partos pela enfermeira formada pela UNIBAN, em 1997, 21,5 (2002) e 21,6 (2004) entre as enfermeiras formadas pela FAMERP e, apenas 3,5 partos das enfermeiras formadas pela USC de Bauru, em 2001.

O modelo de atenção ao nascimento no Brasil, em relação aos países mais desenvolvidos, como da Europa, mostra muitas similaridades e até maiores problemas dadas às condições geográficas do país, suas diferenças na situação econômica e social da população e a diversidade de regiões e culturas, mostradas nas particularidades e especificidades nas formas de atuação no contexto da atenção ao parto e ao nascimento.

No Brasil Colonial a atenção ao nascimento e ao parto era realizado por outras mulheres, com participação eventual de voluntários da Igreja Católica, sem participação médica, com fins caritativos. Na época do Império, com a vinda da Família Real Portuguesa, em 1808, são trazidas parteiras francesas que se distribuem pelas principais províncias, realizando além da atenção ao nascimento, outras práticas curativas. Como em outras partes do mundo, o parto era considerado em ato natural, vivenciado no contexto familiar e com a ajuda de outras mulheres. A intervenção médica era solicitada nas complicações e vista com muito temor tanto pelo médico, por não conhecer com maior profundidade a técnica do partejar, quanto pelas mulheres, que ressaltavam o aspecto moral na exposição de suas partes pudendas e entendiam que a necessidade do médico significava que havia problemas para ela, seu filho ou para ambos.^(9,87,88)

Na leitura dos dados sobre o atendimento obstétrico na época que antecederam à organização de maternidades e avanços no campo da formação obstétrica, assim como de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, os médicos geralmente não questionavam a perícia das parteiras na resolução do parto normal, inclusive na realização de manobras obstétricas. Até médicos de tempos modernos ressaltam com admiração a perícia dessas mulheres, obtida nas centenas de milhares partos que realizaram e o fato que só elas dão contas de uma situação sanitária injusta de ausência de médicos e de profissionais qualificados para atender gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, além de promover ações relacionadas à anticoncepção e à concepção. Em algumas regiões e localidades brasileiras destacam a necessidade de captar essas profissionais para reconhecer precocemente as anormalidades e ter uma referência de atenção hospitalar e profissional qualificada, fatos que têm ocorrido principalmente a partir da década de 1950, em algumas regiões rurais, agrestes e ribeirinhas, particularmente no norte e nordeste do Brasil.^(4,89,90)

Considerar as diferenças regionais e as peculiaridades de cada extrato cultural social, nas diferentes partes do mundo constitui Projetos da OMS e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com vistas a conhecer a realidade dos nascimentos em todo o mundo. Principalmente no foco humanitário, com apoio de entidades mundiais, busca-se dar efetividade a programas e ações propostas em nível governamental, enfatizando-se a necessidade de uma maior participação no enfoque de responsabilidade social, integrando a universidade aos problemas comunitários que fazem parte da

história de vida e de saúde do povo brasileiro, inclusive sobre o nascimento e parto. Muitos projetos dessa natureza estão sendo financiados para despertar o interesse e a sensibilidade dos estudantes para a realidade social de muitos brasileiros, para que se sensibilizem para uma postura mais humanística, e um comprometimento profissional mais humano e aberto ao aprendizado e ao reconhecimento das potencialidades, dificuldades e diferenças.⁽¹⁹⁾

A formação e atuação da obstetrix e da enfermeira obstétrica no Brasil mostra uma estreita relação com a história de capacitação de parteiras junto ao ensino médico, assim como com o ensino e exercício profissional da enfermagem, ressaltando-se os principais fundamentos da legislação de ensino e de exercício dessas profissões em nosso meio.

A confederação Internacional das Parteiras reconhece que as enfermeiras obstétricas podem receber conhecimento e habilidades por vários caminhos educacionais. O modelo adotado pelo Brasil é a formação específica na área através dos cursos de pós-graduação “*Lato Sensu*”, desenvolvidos por instituições de ensino, podendo diferir quanto a conteúdos, carga horária, habilidades desenvolvidas, público alvo, entre outros aspectos.^(52,91,92)

Outro destaque é em relação à realização de parto com epsiorrafia, quando se verifica que as enfermeiras da FAMERP realizaram menos, o que está de acordo com o preconizado por pesquisadores da atualidade, pois nos últimos anos vários trabalhos foram realizados demonstrando as vantagens de não realizar epsiotomia/epsiorrafia.^(93,94)

Os critérios definidos pelo Comitê de Especialistas de Enfermagem Obstétrica (ABENFO), e da Coordenação técnica do Ministério da Saúde (MS),

para realização dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, foram apresentados no III Seminário Estadual Sobre o Ensino de Enfermagem para Assistência ao Nascimento e Parto, em 2001. Os financiados pelo Ministério da Saúde devem ter carga horária de 400 a 600 h, com duração de seis a 12 meses, com realização de no mínimo 20 acompanhamentos do trabalho de parto, parto e pós-parto, porém muitas vezes não é possível fazer o acompanhamento do trabalho de parto, pois prestam assistência a parturiente no período expulsivo. Já nos cursos autofinanciáveis a carga horária pode ser estendida até 1200 h, com duração de seis a 12 meses ou mais, devendo ser realizados de 20 a 50 partos normais.^(37,42,43)

Discutindo a questão como enfermeira obstetra, acreditamos que a competência na atuação no nascimento e no parto desenvolve-se com a prática e com maior envolvimento e estudos, no aperfeiçoamento na área. De modo geral, o número de partos em si não demonstra competência para realização de outros, apesar de ser um parâmetro mínimo necessário para avaliação. É importante sublinhar que cada Instituição de Ensino Superior deve definir em seu projeto pedagógico qual o modelo de formação que considera adequado, respeitando-se as recomendações emanadas de órgãos de classe, de outros centros formadores com maior experiência e os dispositivos éticos e legais relacionados.

Cabe lembrar que os cursos financiados pelo Ministério da Saúde, de início, tinham a finalidade de dar o título a enfermeiras que já atuavam na área, ou seja, enfermeiras com prática na assistência a mulher no ciclo gravídico-

puerperal. Esse motivo levou os especialistas exigirem um menor número de atendimento à mulher, inclusive quanto ao número de partos.

Enfim, são várias as sugestões e as reflexões sobre a formação de enfermeiras obstetras ou de não médicos de nível educacional superior, para atenção ao nascimento e ao parto de menor risco obstétrico, principalmente no Brasil, com altos índices de cesáreas e de deficiências na humanização do nascimento destacadas no mundo todo. Cabe às entidades de classe da enfermagem, particularmente à ABENFO, às obstetras e às enfermeiras obstetras, assim como gestores de IES em enfermagem e órgãos públicos comprometerem-se com a formação de melhor qualidade de enfermeiras obstetras e obstetras no Brasil.⁽¹⁹⁾

Como as mudanças dentro do sistema de saúde são lentas e a avaliação desses efeitos não é perceptível imediatamente, as propostas têm que ser recebidas e avaliadas durante todo o processo. Nesse cenário, destaca-se o Curso de Obstetrícia, da Escola de Artes, Ciências e Humanidade da Universidade de São Paulo, na zona leste de São Paulo, que iniciou sua primeira turma em 2005, com 60 vagas e duração de oito semestres, para formação de obstetras com perfil e competência para participar ativamente das transformações necessárias ao modelo assistencial e ao quadro epidemiológico da saúde materna e perinatal, a primeira turma com previsão para a conclusão em 2008.⁽⁹⁵⁾

Quadro 2. Instituição de Ensino Superior de realização do curso de especialização, experiências na assistência a parturiente, partos realizados com e sem episiorrafia e média de partos por aluna. São José do Rio Preto, 2006.

IES	Assistência a parturiente		Parto		Média de parto
	TP	Expulsivo	Sem epsio.	Com epsio.	
UFPB	Sem inf.	Sem inf.	35	15	50
UNIBAN	39	3	12	30	42
EEUSP/1990	200	40	70	170	240
EEUSP/2000	250	--	150	100	250
USC	3,5	--	--	3,5	3,5
FAMERP/2002	21,5	2,3	13,2	8,3	21,5
FAMERP/2004	19,0	3,8	12,7	9,9	22,6

IES= Instituição de Ensino Superior; **UFPB**= Universidade federal da Paraíba; **FAMERP**= Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; **EEUSP** = Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; **USC**= Universidade do Sagrado Coração de Bauru; **UNIBAN** = Universidade Bandeirantes de São Paulo; **TP**= trabalho de parto, período de dilatação; **epsio**= episiotomia.

Pelo **Quadro 3** observa-se que as enfermeiras obstetras deste estudo, destacaram como aspectos positivos no aprendizado em sala de parto as, qualidades do campo de estágio e a competência dos supervisores. Já como aspectos negativos ressaltaram a necessidade de deslocamento para a cidade de São Paulo (dez - 40%) e o fato de não conhecerem a supervisora, o que as deixava intimidadas (seis - 24%), além de pouco tempo de estágio, com possibilidade de realizar poucos partos (seis - 24%).

Na avaliação de dois Cursos de Especialização em Obstetrícia no Rio de Janeiro, financiados pelo MS, destacam-se dificuldades semelhantes. As egressas enfatizaram que a carga horária do curso é insuficiente, e a

dificuldade para desenvolver suas habilidades na assistência ao parto normal, não conseguindo na maioria das vezes os 20 partos normais que são os critérios quantitativos determinados pelo MS e ABENFO.⁽⁴³⁾

Cabe informar que as enfermeiras formadas na FAMERP eram e são ainda deslocadas para realizar o parto normal em maternidades da cidade de São Paulo, principalmente no Amparo Maternal, sendo supervisionadas por enfermeiras obstétricas da própria instituição, remuneradas pelo curso para acompanhar no máximo quatro alunos. Na região de São José do Rio Preto não há possibilidade de realizar ao menos os 20 partos normais preconizados como o mínimo, pois como já mencionado, a cidade e a região são destacadas como campeãs na realização de cesáreas^(9,37).

A propósito, o primeiro curso ministrado na FAMERP seguiu um longo caminho até o estabelecimento do convênio com o Ministério da Saúde, mas só podia incluir enfermeiras vinculadas ao SUS, o que restringia a participação de outras enfermeiras com interesse na área, mas atuando em hospitais particulares. Considerando que a maioria das enfermeiras formadas no curso financiado não atuava em Centro Obstétrico e, algumas nem na área obstétrica, optou-se por organizar outro curso autofinanciado em 2004, de modo a incluir enfermeiras da região ou não, com interesse na área e com maiores possibilidades de inserção profissional no atendimento obstétrico de baixo risco, na humanização do nascimento e na interação multiprofissional na área obstétrica.

Os cursos ministrados na FAMERP autofinanciáveis têm grande demanda local, regional e até nacional e a preocupação primordial da coordenação é a

capacitação para a atenção ao parto normal humanizado. Ao longo do tempo buscou-se uma parceria com o Amparo Maternal, em São Paulo, que é o campo de estágio mais utilizado e se mostrou como muito adequado na formação para atuação no parto normal. Esclarece-se também que entre as enfermeiras interessadas em fazer a Especialização em enfermagem Obstétrica na FAMERP, oriundas da cidade, da região, de outras cidades de São Paulo e, até de outros Estados, muitas vezes são mencionados no processo de pré-inscrição os aspectos positivos que estão sendo veiculados sobre o curso, por enfermeiras que já cursaram esta especialização na FAMERP ou indicados por médicos que atuam com enfermeiros especializados nessa IES.

Quadro 3. Aspectos positivos e negativos relatados pelas enfermeiras obstetras deste estudo, da experiência de aprendizado em sala de parto na especialização em Enfermagem Obstétrica. São José do Rio Preto, 2006.

Aspectos Positivos	Total*	
	N	%
Campo de estágio excelente, com muitas oportunidades, com protocolo, com atuação da enfermeira obstetra	18	72,0
Supervisora de estágio competente dominava o assunto, conhecia a rotina do hospital	4	16,0
Conteúdo teórico do curso muito bom, somado às qualidades do campo de estágio.	3	12,0
Total	25	100,0
ASPECTOS NEGATIVOS		
Distancia do campo de estágio, pois tinha que ir para São Paulo, muito cansativo	10	40,0
Não conhecer a supervisora do estágio, elas desconheciam o que tínhamos aprendido, não tinham paciência	6	24,0
Pouco tempo de estágio, pouco parto	6	24,0
Grupo de estágio com muitas alunas, experiência de óbito do recém-nascido.	3	12,0
Total	25	100,0

Na **Tabela 11** estão apresentadas informações das enfermeiras obstetras do estudo quanto às percepções que têm do conhecimento adquirido durante a especialização em Enfermagem Obstétrica, em diferentes áreas, como segue:

- quanto ao pré-natal a maioria relatou maior dificuldade de aprendizado (15 – 60%), principalmente por pouca prática;
- sobre o acompanhamento de pré-parto 14 (56%) informaram não haver dificuldades, principalmente por terem tido boa teoria e prática;

- à respeito do aprendizado em sala de parto 13 (52%) relataram que não tiveram dificuldade, destacando que tiveram boa teoria e prática nesse aspecto;
- no que tange ao aprendizado da fase puerperal 23 (92%) informaram que não tiveram dificuldades, em especial pela boa teoria e prática que receberam;
- na área de neonatologia 20 (80%) consideraram que não tiveram dificuldade de aprendizado no curso, pelos bons fundamentos teóricos e práticos recebidos, principalmente.

Cabe destacar alguns relatos das enfermeiras deste estudo quanto às dificuldades e às facilidades no curso: sobre o aprendizado em pré-natal, dez (40,0%) enfermeiras obstetras informaram ter boa base teórica, mas pouca prática, uma (4,0%) enfermeira obstetra tinha dificuldade, por que não gosta de atuar em pré-natal; duas (8,0%) enfermeiras que atuam em pré-parto e sala de parto são do mesmo hospital, e informaram ter tido bom conteúdo, mas pouca prática durante a especialização de obstetrícia; também realizaram juntas a especialização. Porém declaram que *“a gente faz o parto por que sabe que se precisar é só chamar o Dr, isso dá segurança”*; na atuação em sala de parto a dificuldade é decorrente da não realização de parto após a especialização; acreditam que precisam estudar e ter mais prática com supervisão e, ainda no parto, a dificuldade em realizar episiorrafia foi citada por quatro (16,0%) enfermeiras obstetras; sobre o atendimento na neonatologia, três (12,0%) enfermeiras obstetras informaram a pouca prática no atendimento a RN grave, e uma (4,0%) nunca atuou junto a RN. Destaca-se também que dentre as 19

(84,0%) enfermeiras sem dificuldade para atuar, tiveram teoria e prática boa, duas (10,5%) informaram não ter dificuldade, desde que *esteja acompanhada do médico*.

Constatou-se que das 25 enfermeiras obstetras deste estudo 13 (52%) atuavam prestando assistência à mulher, correspondendo a seis (46,2%) que trabalhavam em unidade de GO, que inclui admissão, pré-parto, sala de parto, alojamento conjunto e ainda ginecologia e berçário. Dessas enfermeiras obstetras, quatro (66,6%), exerciam atividade assistencial e administrativa, enquanto cinco (38,5%) enfermeiras obstetras desenvolviam atividade assistencial e administrativa em hospitais nos quais eram responsáveis por todos os setores, que denominaram como “Geral”. Ressalta-se que duas (15,3%) enfermeiras obstetras foram contratadas para prestarem assistência especificamente na unidade de alojamento conjunto.

Em estudo realizado com enfermeiras que atuam na área da saúde da mulher, constatou-se que a maioria das enfermeiras exerce atividades assistenciais e administrativas, na cidade de São Paulo 67,5%, em Campinas 60%, em Sorocaba 77,5% e em Ribeirão Preto 71,8%.⁽⁹⁶⁾

Em relação ao início do curso de especialização em enfermagem obstétrica verificou-se que, sete (53,8%) enfermeiras já atuavam nas unidades quando realizaram a especialização, enquanto que seis (46,2%) foram contratadas posteriormente, principalmente, por serem enfermeiras obstetras.

Tabela 11. Habilidade para atuar nas unidades que atendem a mulher durante o ciclo grávido puerperal, segundo o conhecimento adquirido na especialização de enfermagem obstétrica. São José do Rio Preto, 2006.

Habilidades	Conhecimento						Total	
	Boa teoria, pouca prática		Teoria e prática boas		Boa teoria; atuava no setor			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré-natal								
Sem dificuldade	1	4,0	3	12,0	6	24,0	10	40,0
Com dificuldade	9	36,0	6	24,0	--	--	15	60,0
Total	10	40,0	9	36,0	6	24,0	25	100,0
Pré-parto								
Sem dificuldade	2	8,0	10	40,0	2	8,0	14	56,0
Com dificuldade	--	--	11	44,0	--	--	11	44,0
Total	2	8,0	21	84,0	2	8,0	25	100
Sala de parto								
Sem dificuldade	1	4,0	9	36,0	3	12,0	13	52,0
Com dificuldade	3	12,0	9	36,0	--	--	12	48,0
Total	4	16,0	18	72,0	3	12,0	25	100,0
Puerpério								
Sem dificuldade	--	--	18	72,0	5	20,0	23	92,0
Com dificuldade	--	--	2	8,0	--	--	2	8,0
Total	--	--	20	80,0	5	20,0	25	100,0
Neonatologia								
Sem dificuldade	--	--	19	84,0	1	4,0	20	80,0
Com dificuldade	3	12,0	2	8,0	--	--	5	20,0
Total	3	12,0	21	92,0	1,0	4,0	25	100,0

O título de enfermeira obstetra trouxe facilidades e dificuldades relatadas pelas 13 (52%) enfermeiras que desenvolvem suas atividades na saúde da mulher, como está demonstrado na **Figura 4**, esclarecendo que cada enfermeira declarou mais de uma facilidade e/ou dificuldade. Destaca-se que

uma facilidade não apresentada nessa figura é que seis (46,2%) enfermeiras conseguiram emprego por terem o título de enfermeira obstetra. Relataram como facilidades, a aquisição de conhecimento e de segurança para atuar (46,2% das contratadas após a especialização) e reconhecimentos dos profissionais de saúde (11,1% daquelas que já atuavam no setor). Como dificuldades destacaram problemas de relacionamento com médico (30,7% daquelas que foram contratadas após a especialização) e entre as que já atuavam na área sobrecarga de trabalho (16,6%) e a não realização do parto (11,1%).

Enfermeiras, com formação em obstetrícia pela EEUSP, relataram que tiveram conhecimento técnico e científico para atuar, inclusive 27,1% destacaram que o curso proporcionou desenvolvimento de pesquisa; 4,4% ressaltam que o curso proporcionou mais autonomia, reconhecimento e segurança para discutir condutas, oportunidade de trabalhar em setor específico e diferenciação entre as demais enfermeiras, além de abrir portas para o trabalho como profissional liberal e para trabalhar em unidade específica sem ficar fazendo rodízio com outros setores. ⁽³⁴⁾

As causas de insatisfação relatadas por enfermeiras obstetras são frequentemente a sobrecarga de atividades decorrente da necessidade de assumir outras unidades do hospital, da falta da credibilidade do trabalho, da falta de autonomia, da realização de atividades administrativas, baixo salário e a falta de interação com os outros profissionais, aspectos também identificados entre as enfermeiras obstetras deste estudo. ⁽⁵⁴⁾

Em estudo realizado com enfermeiras obstetras verificou-se que 36,7% delas tinham dois empregos, alegando baixa remuneração, além do que se mostravam insatisfeitas com as atividades que realizavam; pouco prestígio profissional e principalmente pela não realização do parto.⁽⁶⁵⁾

Ao realizar uma pesquisa com enfermeiras obstetras, obstetrites e médicos, os autores constataram que existia um conflito de papéis, pois algumas atividades são tanto de competência médica quanto da enfermeira obstétrica, gerando uma disputa de poder entre os profissionais. A situação ficava agravada pela falta de protocolo das atividades, pelas características da estrutura organizacional, pela sensação das enfermeiras obstétricas de estarem com sobrecarga de trabalho, além de haver um clima tenso entre médicos e enfermeiras obstetras dentro de algumas unidades.⁽⁹⁷⁾

As facilidades destacadas nesta pesquisa são condizentes com as relatadas por outros pesquisadores, que ressaltam que a competência técnica da enfermeira é um facilitador das relações entre os profissionais. Assim, afirmam os autores que grande parte dos obstáculos no relacionamento médico-enfermeira obstetra ocorrem em função da falta de (re)conhecimento por partes dos médicos do papel e competência da enfermeira obstetra na assistência ao parto. Tais obstáculos podem ser superados quando a sua situação se consolidar na equipe obstétrica, ao longo do tempo. Também deve haver conscientização de toda a equipe de enfermeiras da importância da competência e experiência profissional na superação dos obstáculos para a atuação da enfermeira obstetra.⁽⁹⁷⁾

A Organização Mundial de Saúde, em 2002, descreveu as estratégias para o fortalecimento dos serviços de enfermeiras e parteiras, para serem realizadas de 2002-2008. Afirmam que essas profissionais muitas vezes têm condições de trabalho inadequadas, com falhas na distribuição de atividades, além de serem alocadas em setores de forma inapropriada, prejudicando a qualidade de assistência da saúde. Sugerem fortalecer os serviços de “parteiras” para promover à melhoria da qualidade de atenção a saúde no nascimento e parto. ⁽⁹⁸⁾

Entre outros aspectos que levam à insatisfação na atuação de enfermeiras obstetras no Brasil, estão:

- o fato de não participarem diretamente da assistência ao parto, após o término de sua capacitação na área de Enfermagem Obstétrica;⁽⁴³⁾
- muitos médicos percebem a atuação da enfermeira obstetra como enfrentamento na tomada de decisões, principalmente no que diz respeito à realização do parto normal. Geralmente existe uma dificuldade na aceitação do papel das enfermeiras obstetras pela equipe médica, em especial pelo desconhecimento da legislação profissional que normatiza a atuação da enfermeira obstetra, o que tem gerado situações de conflito no trabalho em equipe;⁽⁹⁹⁾
- reação de alguns médicos à presença de enfermeiras obstetras diretamente na assistência ao parto. No Rio de Janeiro resultou no pronunciamento do Conselho Regional de Medicina sobre a questão, com a publicação de uma resolução que colocava sob responsabilidade do profissional médico toda a assistência obstétrica

praticada dentro do hospital, inclusive as que eram realizadas por enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco. Tais medidas têm o objetivo claro de, em última instância, pressionar o médico para que ele não abra espaço na assistência ao parto de baixo risco para enfermeira obstetra. Para poder enfrentar essa disputa, a assistência ao parto de baixo risco por enfermeiras obstetras é apresentada como uma diretriz de política de saúde na assistência perinatal, levando em conta que a assistência prestada pelas enfermeiras obstetras acontece mais na atenção voltada para o cuidado humanizado, com uso de recursos alternativos para condução do trabalho de parto, que foram encaradas inicialmente pelos médicos como pouco científicas e inapropriadas. Outro motivo de estranhamento entre os profissionais foi a assistência ao parto em posições verticalizadas, diferentes das usualmente utilizadas pelos médicos, sendo necessário que as enfermeiras obstetras conquistassem a confiança dos obstetras nesse contexto. Assim, há o enfrentamento com as condutas mais intervencionista adotadas pelos médicos para revelar a prática mais humanística da enfermeira obstetra;⁽⁷⁹⁾

- em estudo com discentes e docentes de medicina sobre a humanização na obstetrícia, observou-se que os alunos contestam a participação das enfermeiras obstetras, sendo nítido o estranhamento com técnicas alternativas ...“não precisa nem mais ser médico para exercer a obstetrícia...para que estudar seis anos de

medicina?” ...Apesar de diversos aspectos terem sido apresentados, o comentário entre os alunos fixam-se na retirada do uso sistemático da analgesia “Isso aqui é um retrocesso! Como é que negam acesso a uma tecnologia moderna de alívio à dor?” A ciência evoluiu... ;⁽⁸⁰⁾

- quanto ao papel desempenhado pela enfermeira obstetra na atenção ao parto, os alunos entendem que representa um cerceamento do campo de atuação e de sua autonomia profissional...a noção de parto natural, expressão associada à humanização da assistência, assume conotação negativa, sendo ligada a idéia de precariedade e retrocesso, que se contrapõe a noção de uma assistência moderna, na qual os avanços tecnológicos da cultura ocidental são incorporados...na sala de aula uma professora da disciplina afirma ser a equipe ideal para o parto um obstetra, um neonatologista, um anestesista, excluindo a enfermeira obstetra, afirmando depois... “O primeiro passo para humanizar a assistência é oferecer analgesia para a paciente”...o professor enfocando as rotinas do parto normal, enfatiza a prescrição médica:...dieta zero, potencialmente qualquer paciente em trabalho de parto pode ser submetida a uma cesárea de urgência ..., coloco soro, porque caso seja necessária uma cirurgia...hoje em 2005, no século 21, o que se prescreve é duplo bloqueio...raqui e peridural contínua....eu não passo mais do que 4 horas num parto...faço episiotomia e episiorrafia.....Não tece qualquer comentário acerca de potenciais efeitos adversos das intervenções

propostas, contribuindo para se construir a concepção de que são inócuas;⁽⁸⁰⁾

- Isso não ocorria até a década de 80, quando havia boa interação e respeito profissional entre médicos obstetras e obstetrites/enfermeiras obstétricas, estando bem definido o papel profissional de cada um. Inclusive muitos médicos foram “iniciados” na atenção ao parto normal de baixo risco por obstetrites, assim como muitas obstetrites passaram a atuar em equipes de obstetras famosos, participando da atenção a gestantes, parturientes e puérperas inclusive de classe sócio-econômica elevada;⁽¹⁹⁾
- O professor Álvaro Guimarães Filho publicou, na Revista Brasileira de Enfermagem, o seguinte: (195?, Rev Bras de Enfermagem p.321-30): *“Nós iremos estudar a Enfermagem Obstétrica sob o ponto de vista médico, ou seja, precipuamente, o que cumpre ao médico na colaboração com a enfermeira, para que esta possa desempenhar todo o seu dever...”* *“A assistência é feita em colaboração, porém cada profissional tem seus deveres e atribuições, e os únicos que tem direito são os assistidos.”* *“A enfermeira cabe:...assistir ao parto normal...”* *“No parto o médico comprova a normalidade e aguarda vigilante qualquer intercorrência eventual...”*

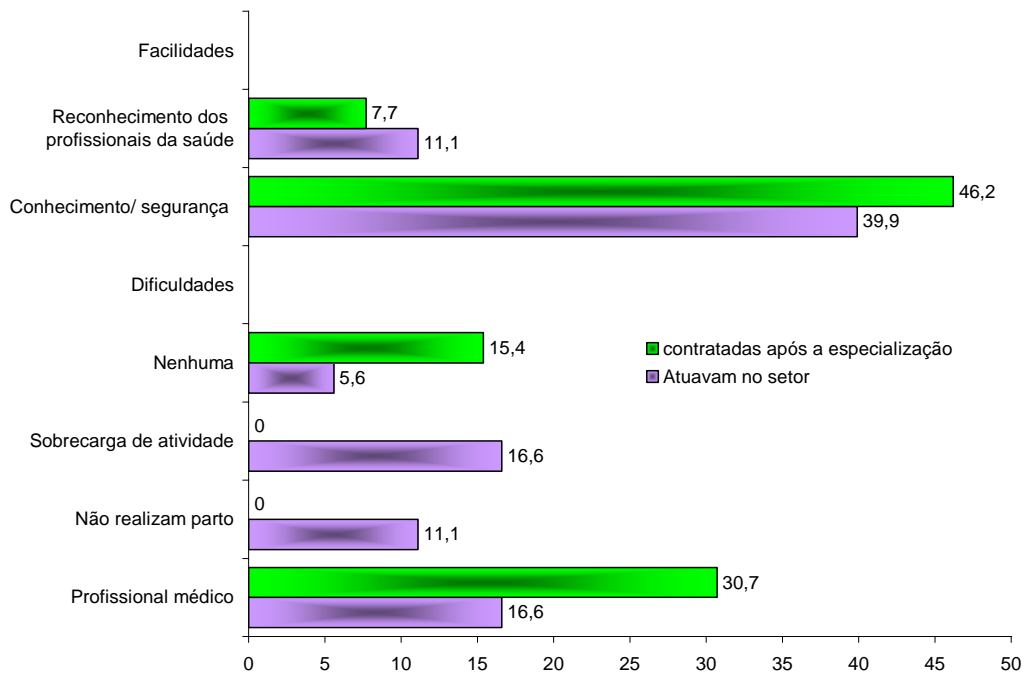


Figura 4. Facilidades e dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras obstetras após a especialização.

Nas **Figuras 5 e 6** estão destacadas as assistências prestadas às gestantes (**Figura 5**) e às parturientes (**Figura 6**) pela enfermeira obstetra estudada. Quanto à assistência à gestante os procedimentos menos realizados foram: coleta de Papanicolaou, solicitação de exames; indicação terapêutica protocolada; avaliação de resultados de exames; mensuração da altura uterina e verificação do peso. Os procedimentos mais citados como realizados sempre ou muitas vezes pela maior parte das enfermeiras obstetras foram anamnese/histórico, palpação uterina, verificação da pressão arterial, cardiotocografia, orientação individual à gestante e ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Com relação à atenção a parturientes observou-se que 100% não auxiliam cesárea, o que está correto, pois não é atividade de competência da enfermeira obstetra e a maioria nunca faz amnioscopia, prescrição de

ocitocina, amniotomia, solicitação de exames, anestesia local, epsiotomia e episiorrafia, preenchimento do partograma e o parto em si. Oito (32%) enfermeiras informaram que não realizam parto e uma (7,7%) enfermeira informa realizar poucas vezes, somente quando acontece um expulsivo, pois a mesma não realiza anestesia local, epsiotomia e episiorrafia. Ainda, chamou a atenção que das três que realizavam o parto, duas realizam *porque tem o médico sempre por perto, pois elas não tem segurança para assumir sozinha*.

É uma contradição relevante, pois consideravam que tinham experiência suficiente na assistência ao parto, ambas sempre trabalharam nesse hospital, e que os 3 e 4 partos que realizaram durante a especialização foi suficiente para o aprendizado. Como modificar a assistência dessa profissional que não conhece outra realidade e que sempre trabalhou nessa instituição? A experiência na assistência ao parto durante a especialização deve ser compreendida não só como uma extração de um feto, mas como uma reflexão de como é o processo do nascimento; entender que a mulher tem o papel principal nesta hora e que precisa compartilhar das decisões sobre o seu corpo, e esse aprendizado é lento e contínuo.

Entre 80 enfermeiras que atuam na área da saúde da mulher em São Paulo 45,2% realizam o parto normal, em Campinas 3,2% das 70 enfermeiras, em Sorocaba 43,7% das 40enfermeiras, em Ribeirão Preto 13,6% das 103 enfermeiras, ainda os pesquisadores detectaram que na cidade de São Paulo 12,3% auxiliam a cesárea e em Ribeirão Preto 2,3%.⁽⁹⁶⁾

Das 39 enfermeiras obstetras que atuavam em oito maternidades de São Paulo, 51,2% realizavam o parto esporadicamente (na ausência do médico ou

no período expulsivo), e 46,3% realizavam o parto rotineiramente, são enfermeiras que atuam no Hospital Universitário da USP, mas 2,5% nunca realizavam parto.⁽⁶⁵⁾

Mesmo com os problemas atuais, a assistência ao parto e ao nascimento de baixo risco fundamenta-se na atenção prestada por enfermeiras obstetras, cuja formação está voltada para o suporte emocional e o atendimento da mulher e do recém-nascido. As enfermeiras obstetras no Centro de Parto Normal de Itapeverica da Serra, além de realizarem o parto normal, prestam a assistência a parturiente, estimulam a ingestão hídrica, realizam monitoramento fetal pela ausculta intermitente, usam o partograma, encorajam o parto em atmosfera favorável, permitem a interação entre mãe e filho e ainda estimulam o contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento, o aleitamento precoce na primeira meia hora após o nascimento, o vínculo afetivo com a secção do cordão umbilical pelo acompanhante; previnem a hipotermia do recém-nascido, favorecem a dequitação fisiológica com exame rotineiro da placenta e de membranas ovulares; esclarecem o acompanhante sobre condutas e procedimentos, assim como os estimulam para que participe em todo momento do trabalho de parto e parto.⁽¹⁰⁰⁾

Com relação à realização de parto normal pela enfermeira obstetra fica claro que além da formação, é necessária uma política institucional que valorize essa profissional, e que permita o desenvolvimento das atividades de sua competência, em harmonia com a equipe de saúde, para proporcionar uma melhor assistência à mulher nesse processo tão importante na sua vida.

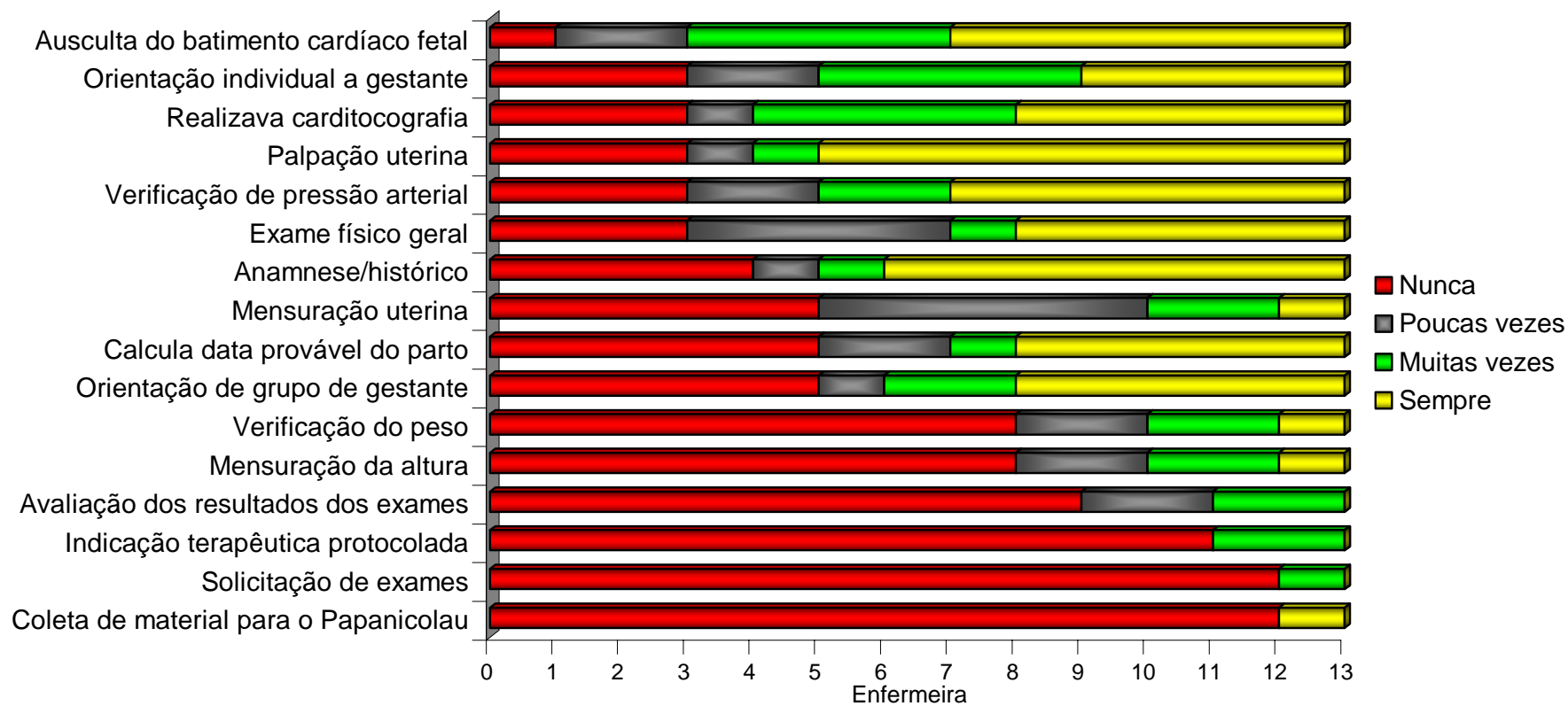


Figura 5. A assistência prestada a gestante pelas enfermeiras obstetras. São José do Rio Preto, 2006.

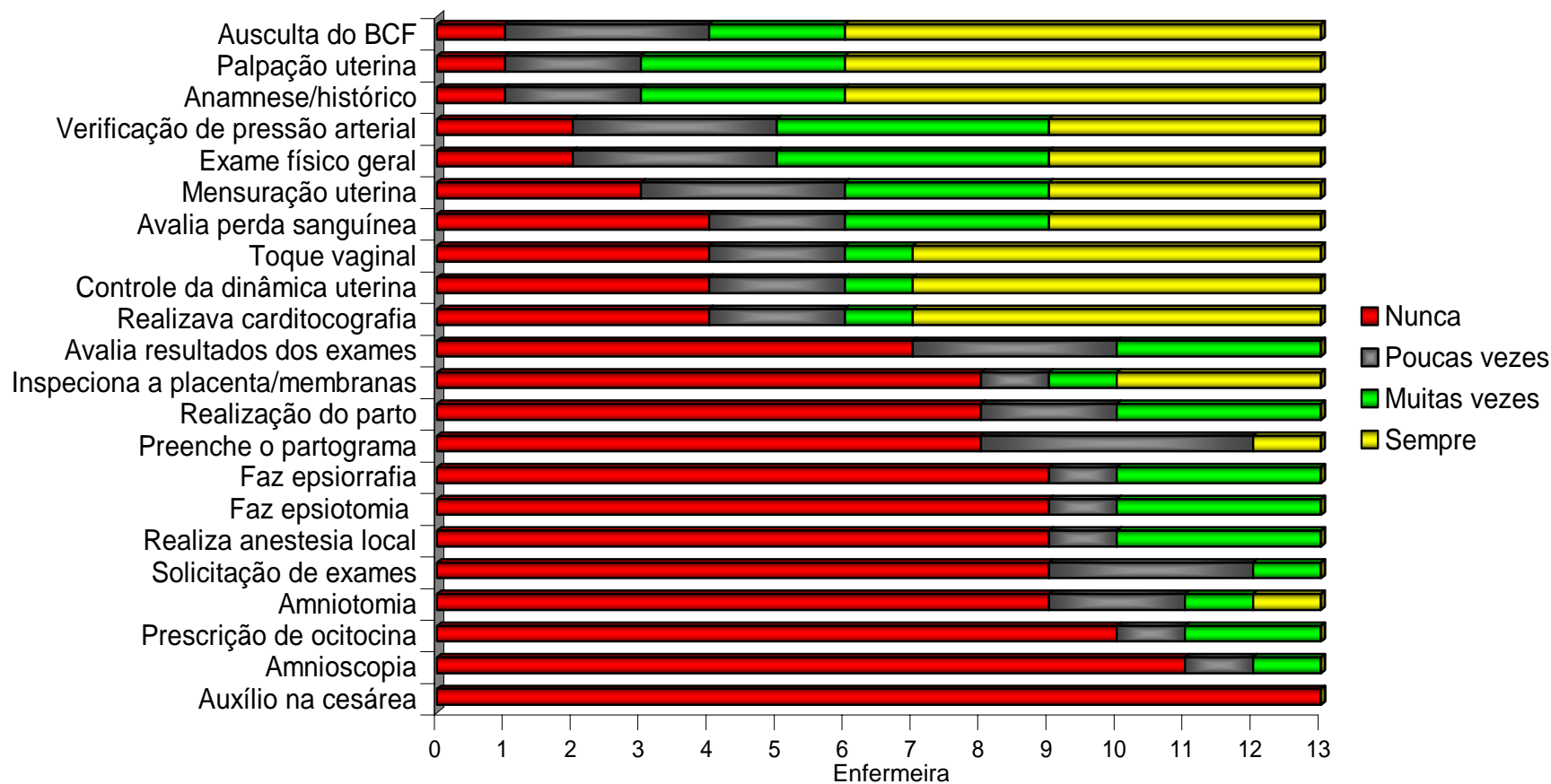


Figura 6. A assistência prestada a parturiente pelas enfermeiras obstetras. São José do Rio Preto, 2006.

Por fim, verificou-se que nos dados relatados pelas enfermeiras obstetras à respeito da atuação que prestam ao binômio mãe-filho, que realizavam avaliações da puérpera quanto à involução uterina, loquiação, da incisão cirúrgica, da interação mãe filho, auxílio ao aleitamento natural, avaliação das mamas e orientações relativas à mulher e ao recém-nascido, além de realizar muitas vezes o exame físico do recém nascido. A intensidade dessas atividades variou quanto à presença ou não do binômio na unidade de atuação.

De acordo com esse resultado, independente de ser enfermeira obstetra, as atividades assistenciais ao binômio mãe-filho mais realizadas pelas enfermeiras da cidade de Campinas foram avaliações da puérpera quanto à involução uterina (79,0%), loquiação (79,0%), da incisão cirúrgica (77,4%), da interação mãe filho (69,3%), auxílio ao aleitamento natural (74,2%), e orientações relativas à mulher e ao recém-nascido (72,6%).⁽⁹⁶⁾

Cabe ressaltar que das 12 (48%) enfermeiras obstetras deste estudo que não atuam na saúde da mulher atualmente, as seguintes informações: duas (16,7%) informaram que não querem trabalhar nessa área, pois não gostam; uma (8,3%) realizou a especialização para atuar com mais qualidade na assistência ao recém-nascido (RN), pois atua em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal; uma (8,3%) realizou a especialização porque no momento era o curso que a faculdade oferecia, mas não gostou da área; as outras dez (83,3%) informaram que gostariam de atuar na área da saúde da mulher, em especial no âmbito da obstetrícia, mas não têm oportunidade nesse aspecto. Destas, 50% gostariam de trabalhar em sala de parto, 20% principalmente em

unidade de puerpério, 20,0% no pré-natal e 10,0% no Programa de Saúde da Família na prevenção da saúde da mulher.

Na formação e atuação profissional na Enfermagem Obstétrica é preciso valorizar todos os aspectos dessa especialidade, pois, caso contrário, pode-se correr o risco de ressaltar só o parto, deixando outras formas de assistir peculiares à especialidade em segundo plano, como no caso de atender a gestante, a parturiente, a puérpera e o recém-nascido.⁽³⁴⁾

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

Os dados obtidos nesta pesquisa junto às enfermeiras obstetras estudadas, a partir dos objetivos propostos, permitiram concluir que:

- Há deficiências na disponibilização de leitos obstétricos e de atuação profissional das enfermeiras obstetras nos hospitais do DRS XV;
- A maioria escolheu a formação específica na área de Enfermagem obstétrica, por gostar de atuar na atenção à saúde da mulher e em neonatologia;
- As enfermeiras obstetras relataram várias dificuldades no processo de formação na Especialização em Enfermagem Obstétrica;
- As enfermeiras obstetras destacaram aspectos positivos de teoria e prática na especialização em Enfermagem Obstétrica, na maioria dos cursos oferecidos;
- Números semelhantes das enfermeiras obstetras tiveram formação em curso de especialização financiado pelo Ministério da Saúde (MS) ou autofinanciado;
- A FAMERP foi à instituição de ensino superior que formou a maioria das enfermeiras obstetras atuantes no DRS XV;
- A maioria das enfermeiras obstetras que atuava na área da saúde da mulher tinha pouca inserção profissional na assistência ao nascimento e parto normal;
- A maioria das enfermeiras obstetras atuantes na área da saúde da mulher destacam dificuldades para atuação, reconhecimento,

interação com médico e inserção profissional na Enfermagem Obstétrica, na região do DRS XV;

- Na especialização em Enfermagem Obstétrica realizada na região do DRS XV não há condições de utilizar como campo principal de prática em sala de parto os hospitais dessa região, pelo número insuficiente de partos normais realizados;

Ante os resultados obtidos neste estudo, entendemos que deve haver uma formação adequada segundo os preceitos éticos e legais da enfermagem e no enfoque da enfermagem obstétrica, além das recomendações emanadas de órgãos de classe e entidades governamentais e órgãos nacionais e internacionais, Além disso, o enfermeiro obstetra deve se preparar continuamente na atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, enfatizando a utilização de ações de humanização nos cuidados com gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, de forma a alcançar maior qualificação e reconhecimento profissional na área, com maiores possibilidades de inserção na profissão.

Tal filosofia de formação e atuação profissional pode contribuir, na região do DRS XV, para o alcance de maiores índices de parto normal, de ações humanísticas no processo reprodutivo, de aumento na adesão e manutenção da amamentação, na implantação de Bancos de Leite Humanos, na estruturação de hospitais amigos da criança e em projetos vinculados ao Humaniza-SUS.

Outras pesquisas nesse contexto podem contribuir para o aprofundamento das discussões como, por exemplo, a avaliação da assistência

das enfermeiras obstetras na visão da cliente e mesmo dos outros profissionais da equipe e indicar estratégias de maior participação deste profissional na atenção à mulher enquanto gestante e parturiente, segundo suas competências e qualificações técnicas e legais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osava RH. Estudo das representações sociais do parto entre enfermeiras de maternidades do município paulista [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1990.
2. Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença/ Martins Fontes; 1978.
3. Kitzinger S. A experiência de dar a luz. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
4. Riesco MLG. Que parteira é essa [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
5. Riesco MLG. Enfermeira obstetra: herança de parteira ou herança de enfermeira? *Rev Latinoam Enf* 1998; 6 (2):13-15.
6. BRENES AC. História da parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública* 1991; 7(2):135-49.
7. Mendonça LG. Parteiras em Londrina (1929- 1978) [dissertação]. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2004.
8. Brasil. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Ano V, 2004.

9. Rezende J. *Obstetrícia*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
10. Campestrini S. Amamentação: aspectos antropológicos. *Rev Bras Enfermagem* 1992; 45(4):285-9.
11. Waldron I. Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Soc Science Med* 1993; 36:451-62.
12. Siqueira AAF, Tanaka ACA. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. *Rev Saúde Publ* 1986; 20:274-9.
13. Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. *Rev Saúde Publ* 1998; 20:274-9.
14. Campbell AA. *Manual para el analisis de la fecundidad*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1986.
15. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. 5ªed. Rio de Janeiro: Editora Médico-Científica; 1999.
16. Viana LAC. Características da mortalidade das mulheres (10 anos e mais) residentes em Diadema/SP- 1985/1986. [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP; 1990.
17. Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998.

18. Tavares BB. Expectativas de primíparas de São José do Rio Preto quanto ao tipo de parto e o conhecimento de indicação de cesárea. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
19. Soler ZASG. CEHPAN: Centro Humanizado de Preparo e Assistência ao Nascimento—uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo. [livre-docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005
20. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
21. Tornquist CS. Humanização do parto: entrevista com Davis-Floyd. Rev Estud Feministas 2002; 10(2):389-97.
22. Ministério da Saúde (BR). Documentos da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1975.
23. Escuder MML, Venâncio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. Rev Saúde Publ 2003; 37(3):319-25.
24. Organização Mundial de Saúde (OMS). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: Declaração Conjunta OMS/UNICEF; 1989.
25. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev Estud Feministas 2002; (2):483-92.

-
26. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Publ* 2003;19(Supl 2):5419-27.
 27. Belitzky R. Nascimento por cesariana em instituições brasileiras. CLAP/OPS/OMS;1988.
 28. BRASIL. Portaria no. 569 de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da Republica Federativa do Brasil]*. Brasília, DF: 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4-6.
 29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher: princípios e diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
 30. Cesariana. *Diário da Região, São José do Rio Preto*, p. 6, 30 de maio de 1998.
 31. Ministério da Saúde (Br). Portaria Ministerial n.2.815 de 29 de maio de 1998. D.O.U.- Seção I, de 02/06/1998.
 32. Osava RH. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstétrica. *J Bras Ginecol* 1996; 106(11/12):422-7.
 33. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos.

- [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.
34. Merighi MAB. Enfermeiras obstétricas egressas da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
35. Amâncio Filho A, Vieira ALS, Garcia ACP. Oferta das Graduações em medicina e em enfermagem no Brasil. Rev Bras de Educação Médica. 2006; 30(3); 161-170.
36. Bonadio, IC; Andreoni, S; Gonzalez Riesco, ML; Ortiz, ACLV Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas Escolas de Enfermagem do Brasil. Nursing (São Paulo) jan. 1999; 2(8):25-9.
37. Tyrrell, MAR, Santos, R da S. Enfermagem Obstétrica: transpondo os limites da Enfermagem e da Saúde Reprodutiva. In: 3º. Seminário Estadual Sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 2001; São Paulo. Anais. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, 2001. p.13-30.
38. Tsunehiro MA, Riesco MLG, Bonadio IC. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para a assistência ao nascimento e parto. In: 1º Seminário sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1998; Ribeirão

- Preto. Anais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998. p.25-34.
39. Cecatti JC, Calderón I de MP. Intervenções benéficas durante o parto para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol obstet.* 2005; 27(6):357-65.
40. Laurenti R, Jorge MHP de M, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(4)449-60.
41. Mamede, M. Seminário sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto In: Seminário sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1998; Ribeirão Preto. Anais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998. p.11-13.
42. Tyrrell, MAR. A qualificação e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para assistência ao nascimento e parto. In: Seminário sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1998; Ribeirão Preto. Anais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998. p. 14-18.
43. Sacramento, MTP; Tyrrell, MAR. Vivências das Enfermeiras nos Cursos de Especialização Em Enfermagem Obstétrica *R Enferm UERJ* 2006; 14(3):425-33.

44. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(6); 960-7.
45. BRASIL. Portaria no. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da união [da Republica Federativa do Brasil]*. Brasília, DF: 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.
46. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Públ* 1996;30(1):19-33.
47. Chiaravalloti MSdeM. Cesárea no município de São José do Rio Preto em 1992: estudo exploratório sobre sua ocorrência. [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1996.
48. Souza NG. Tipo de parto entre mulheres residentes no município de Neves Paulista-SP. [qualificação mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; abril 2005.
49. Sodré TM. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
50. Schirmer, J Formação da Enfermeira Obstetra: Contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. [Livre Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

-
51. Tsunechiro, MA. O estudante de enfermagem do sexo masculino: Um problema para o ensino de enfermagem obstétrica? Rev. Esc. Enf. USP 1980, 14(3):281-285.
 52. Riesco, MLG; Fonseca, RMGS da. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. Cad. Saúde Pública 2002, 18(3):685-698.
 53. Merighi MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia Social. Rev Latinoam Enf 2002; 10(5):644-53.
 54. Gardenal, CLC; Parreira, I; Almeida, JM de; Pereira, VM Perfil das enfermeiras que atuam na assistência a gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999) Rev Latino Americana de Enfermagem 2002, 10 (4):478-84.
 55. Collaço VS. Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura; 2002.
 56. Turnbull A, Tindal VR, Beard RW, Robson G, Dawson IM, Cloake EP, *et al.* Report on the confidential inquiries into maternal deaths in England and Wales, 1982-1984. Rep Health Soc Sub 1989; 34:1-166.
 57. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
 58. Tanaka ACD. Situação da mortalidade materna no Brasil. In: Simpósio

-
- Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna com ênfase na gravidez na adolescência, 1992. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
59. Bessa LF Ação educativa: uma perspectiva para a humanização do nascimento? [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
60. Organização Mundial de Saúde. Saúde Reprodutiva e da família- Maternidade Segura- assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: MS/SESA/JICA; 1996.
61. Centro de Documentação da Comissão para Igualdade e para os Direitos das Mulheres. IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres. Especial Mulher. Enfermagem 1997; 7:31-8.
62. Sabino AMN. Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, São José do Rio Preto/SP-1999-2001 [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2003.
63. Godoy SR. Mortalidade materna: em busca do conhecimento. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
64. Haddad N, Silva MB. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres Bem idade reprodutiva (15 a 49 anos), no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995. Acta Bras Cardiol 2000; 75(5):369-74.
65. Merighi, C; Merighi, MAB. A atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. REME 2003, 7 (1):2-8.

-
66. Pierantoni CR, Varella TC. Classificação Brasileira de Ocupações- 2002 perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com foco na enfermagem. *Formação*. 2002; (6) 55-69.
 67. Higa EdeFR, Trevizan, MA. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):59-64.
 68. Simões, ALdeA; Fávero, N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2000; 8(3):91-96.
 69. Balsanelli, AP; Cunha, ICKO. Liderança no contexto da enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2006; 40(1):117-22.
 70. Martins, C; Kobayashi, RM; Ayoub, AC; Leite, MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm* 2006, 15(3):472-8.
 71. Ministério da Saúde (BR). Programa de Assistência à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 1983.
 72. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, *et al.* Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2000.
 73. Trevisan MdoR, De Lorenzi DRS, Ésber NMdeAK. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO* 2002; 24(5):293-299.

-
74. Câmara MFB, Medeiros MMA. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia 2000; 2(2). Disponível <http://fen.ufg.br/revista>.
 75. Sakala C. Midwifery care and out-of-hospital birth sittings: how do they reduce unnecessary cesarean births? *Rev Soc Sci Med* 1993; 37(10): 1233-50.
 76. Ziegel EE, Cranley MS. *Enfermagem Obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
 77. Davim RMB, Bezerra LGdeM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev Latinoam Enf* 2002; 10 (5): 727-32.
 78. Brasil. Lei nº.7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e de outras providências. D.O.U. Seção 1; 26/06/86.
 79. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política na humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10 (3): 669 -705.
 80. Hotimsky, SN; Schraiber, LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 639-649.
 81. Carneiro LM. Humanizar é preciso. *J Rede Feminista Saúde* 2000

-
- maio;(20). <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr20-livia.html>
82. Diniz SG. Dossiê Humanização do Parto. Rede Feminista de Saúde. Rede Nacional Feminista de saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo; 2002.
83. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75(Sup 1):S73-9.
84. Domingues SRMS. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da maternidade Leila Diniz [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2002.
85. Murray I, Wilcock A, Kobayashi L. Obstetrical patient satisfaction *J Health Care Mark* 1996; 16: 54-7
86. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359:12681-5.
87. Rezende J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1969.
88. Rezende Jde. *Obstetrícia Fundamental*. 9ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2003.
89. Hoga LAK. *Inovação da assistência e preservação da tradição: um olhar transcultural das casas de parto de São Paulo e Osaka [livre-docência]*.

- São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
90. Jucá L, Moulin N. Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez; 2002
91. Riesco MLG, Tsunehiro MLG. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Estudos Feministas* 2002; 10:449-459.
92. Riesco MLG. Perspectiva para a formação e qualificação profissional. In: 2º Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1999; Sorocaba. Anais. Sorocaba: Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba; 1999. p.58-75.
93. Romero JAR Indicaciones Actuales de La Episiotomia. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 2004; 52(2).
<http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v52n2/v52n2ac1.htm>
94. Carroli G, Belizan J Episiotomia en el parto vaginal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006
<http://cochrane.bireme.br/cochrane/main.php?lang=&PHPSESSID=a94710e5e7bc1632bd5ee3b32af7ac71>
95. Universidade de São Paulo. A universidade e as profissões. Pró-reitoria de cultura e extensão universitária. 2006.

-
96. Bonadio, IC; Nakano, AMS; Riesco, MLG; Shimo, AKK; Pereira, VM; Schneck, CA; Koiffman, MD. Experiências de inserção institucional da enfermeira obstétrica na assistência à saúde da mulher no estado de São Paulo. In: 3º. Seminário Estadual Sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 2001; São Paulo. Anais. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, 2001. p.49-69.
97. Bonadio, IC; Koiffman, MD; Minakawa, MM; Oliveira, MAFde. Da relação conflituosa ao respeito mútuo: A consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. 8º. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, maio
98. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2002, Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería. http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/strategic_directions_es.pdf
99. ARAUJO, NRdeAS; Oliveira, SCde. 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., 2006, 11(1):31-38.
100. Machado, NXdeS; Praça, NdeS. Centro de Parto Normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(2):274-9.

7. APÊNDICES

Apêndice 1
Instrumento de coleta de dados

Data ____/____/____

Nº. _____

I - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECOMONICO

1. Qual a sua idade? _____
2. Qual o seu estado civil? _____
3. Qual a cidade que você mora? _____
4. Qual(is) a(s) cidade(s) que você trabalha atualmente? _____
5. Em Qual(is) setores que você atua nestas cidades? _____
6. Há quanto tempo você atua nestes setores? _____
7. Quais as atividades que você desenvolve? _____
8. Quais as entidades de classe da Enfermagem que você é associada?
Porque?
() COREn _____
() ABEn _____
() ABENFO _____
() Sindicato dos enfermeiros _____
() Outra (s) – especifique _____

II DADOS DE FORMAÇÃO

9. Em qual a Faculdade de Enfermagem que você se graduou?

10. Em que ano? _____
11. Você fez outra graduação ou curso técnico profissional? () NÃO () SIM, se
sim
12. Qual (is)? _____
13. Em que ano de concluiu? _____
14. Qual o motivo da sua inserção? _____
15. E porque saiu desta área profissional? _____
16. Você fez outra especialização ou aperfeiçoamento na enfermagem?
() Não () Sim
17. Especifique qual (is), ano de conclusão? _____
18. Motivo de interesse nesta área profissional? _____

III. FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM OBSTETRÍCIA:

19. Você fez Habilitação ou especialização em obstetrícia? _____

20. Em que faculdade? _____
21. Que ano concluiu? _____
22. Como foi o financiamento de sua especialização em Enfermagem Obstétrica?
() **Sem Custos** () do Ministério da Saúde () Escola Estadual () Escola Federal
- () **Particular - auto financiável** - Valor mensal pago? _____
23. Quanto tempo durou o curso? _____
24. Durante a especialização, qual o n°. de partos que vc realizou? _____
25. Quantos partos sem episiotomia? _____
26. Quantos partos com episiotomia? _____
27. Quantos partos você atendeu só no período expulsivo? _____
28. Quanto trabalho de parto você acompanhou? _____

Gravar

29. Fale os aspectos positivos sobre sua experiência de aprendizado em Sala de Parto durante a sua especialização. E os aspectos negativos.
30. Fale como você avalia seus conhecimentos e habilidades para atuação profissional nas seguintes áreas:
- na atuação junto a gestantes/pré-natal; no acompanhamento de parturientes na admissão e durante o trabalho de parto; na realização de parto normal; na atuação em unidade de puerpério; na atuação em neonatologia – cuidados com o recém-nascido

IV. DADOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

31. Fale sobre sua trajetória profissional como enfermeiro (a) desde seu 1º emprego.

Instituição	Unidade	Tempo de Trabalho	Motivo da saída
-------------	---------	-------------------	-----------------

- 32 Quanto tempo após a graduação em Enfermagem você obteve o 1º emprego?
33 Como conseguiu?
- 34 Fale os aspectos facilitadores e dificultadores na sua inserção profissional como enfermeira.
- 35 Qual o motivo de fazer a habilitação/especialização em Enfermagem Obstétrica? **(Quem não atua na área da saúde da mulher responde até 38 se atua responde a partir da 39).**
- 36 Se você não atua na área da obstetrícia, explique qual/is motivos?
- 37 Você gostaria de atuar na área da saúde da mulher? () Não, explique _____
() Sim, Fale os setores que você escolheria para atuar _____
- 38 Quais as atividades que gostaria de desenvolver neste(s) setores?

39 Se atua, quanto tempo após a conclusão da habilitação/especialização em Enfermagem Obstétrica você obteve o 1º emprego na área de obstetria ou de atenção à saúde da mulher?

40 Como conseguiu?

41 Fale os aspectos facilitadores na sua inserção na área de obstetria ou de atenção à saúde da mulher. E os dificultadores.

42 Fale como a especialização em obstetria contribuiu na sua carreira/atuação profissional.

43 Quanto tempo trabalha como enfermeira obstétrica? _____

44 Classifique quais as atividades que você desenvolve na assistência a mulher.

Assistência á gestante	Classificação			
	Nunca	As vezes	Muitas vezes	Sempre
Anamnese/histórico				
Calcula data provável do parto				
Exame físico geral				
Verificação de pressão arterial				
Mensuração da altura				
Verificação do peso				
Mensuração uterina				
Palpação uterina				
Ausculata do batimento cardíaco fetal				
Realizava carditocografia				
Orientação individual a gestante				
Orientação de grupo a gestante/preparação para o parto				
Coleta de material para o Papanicolau				
Solicitação de exames				
Avaliação dos resultados dos exames				
Indicação terapêutica protocolada				
Assistência á parturiente				
Anamnese/histórico				
Exame físico geral				
Verificação de pressão arterial				
Mensuração uterina				

Palpação uterina				
Ausculata do batimento cardíaco fetal				
Realizava cardiotocografia				
Controle da dinâmica uterina				
Toque vaginal				
Amniotomia				
Amnioscopia				
Solicitação de exames				
Avalia resultados dos exames				
Preenche o partograma				
Prescrição de ocitocina				
Realização do parto				
Realiza anestesia local				
Faz episiotomia				
Faz episiorrafia				
Inspeciona a placenta e membras				
Avalia perda sanguínea				
Auxílio na cesárea				
Assistência ao binômio mãe/filho				
Avaliação da involução uterina				
Avaliação da loquiação				
Avaliação da incisão cirúrgica				
Avaliação da interação mãe-filho				
Auxílio a amamentação				
Avaliação das mamas				
Exame físico do recém-nascido				
Orientações á puérpera				

Apêndice 2
Termo de Consentimento

Eu, Beatriz Barco Tavares, enfermeira obstétrica, professora do Curso de Graduação de Enfermagem da FAMERP, estou inserida no programa de pós-graduação em nível de doutorado. Estou desenvolvendo uma pesquisa, sob orientação da Profa Dra Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler com as seguintes finalidades: identificar as enfermeiras obstetras que atuam no DRS XV, em que unidades estão atuando e quais as atividades desenvolvidas junto a mulher durante o ciclo grávido puerperal. Solicito sua participação nesta pesquisa, ficando ciente do seguinte:

1. Será mantido o sigilo quanto sua identidade e sigilo nas respostas fornecidas;
2. Você tem a liberdade de participar ou não desta pesquisa, ou deixar de responder qualquer perguntar, ou mesmo querer retirar-se da mesma, sem que isso lhe acarrete nenhum prejuízo;
3. Os dados coletados serão usados para o desenvolvimento da minha tese, e será divulgado em meios científicos, na forma escrita ou apresentação oral.
4. Esclareço também que a parte da entrevista que será gravada e depois transcrita.

Após ler este termo, e ter sido esclarecido minhas dúvidas, eu _____, concordo em participar do estudo.

Qualquer dúvida entregue em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FAMREP (CEP) pelo telefone 3201-5700, ramal 5813, ou o ramal 5816 para falar comigo.

Data ____/____/____

Assinatura do Sujeito

Assinatura do pesquisador

Apêndice 3

Transcrição das entrevistas

Relatos das Enfermeiras do Estudo Quanto a Aspectos Positivos e Negativos da Experiência de Aprendizado em Sala de Parto na Especialização em Enfermagem Obstétrica.

.	Positivos	Negativos
1	As supervisoras do estágio que facilitaram por que tinham muito domínio do serviço.	Ter que viajar para fazer estágio, era muito cansativo.
2	... acompanhamento da enfermeira obstétrica o acompanhamento constantea equipe de enfermagem, a equipe de enfermeiras do local, a colaboração das parturientes... ajudar a evolução do parto... o dia-a-dia ali, o acompanhamento, a vivência da situação, porque até então agente só tinha ouvido falar, mais o acompanhamento, viver a realidade foi muito importante.	O prazo, o tempo, que agente tinha uma quantidade de horas pra ficar na instituição, no local e o tempo era muito pouco... a distância também interferia um pouco...a viagem e a distância era longa, chegava cansada, tinha que trocar a roupa já e ir pra sala de parto.
3	Deixar a gente à-vontade, nós mesmos assumirmos o parto, não teve muita dificuldade com a equipe, de estar interferindo nas nossas condutas, assim a gente ficava bem à-vontade com a nossa docente... os protocolos que tinha nas instituições facilitava bastante pra agente tomar mais iniciativa, fazer as coisas por nós mesmos eu acho que facilitou bastante, pelo número de partos também eu acho que facilitou bastante o aprendizado que era um atrás do outro.	Ai, eu acho que muita coisa saiu negativa porque a gente deveria ter feito mais partos, que agente fez muito pouco, como agente era bastante aluna, agente tinha o tempo meio restrito, acho que deveria ter sido mais tempo... ter aproveitado mais nesse campo.
4	... ter a oportunidade de fazer esses partos, essa facilidade era positivo...lá o campo era aberto para fazer os partos, não tinha nada que te impedia, isso ajudou muito.	Ahhh eu não sei falar os negativos. .. no Amparo, as vezes as enfermeiras ficavam com um pouco de ciúmes, notava que elas ficavam meio assim, então ai dificultou um pouco...
5	O contato, a habilidade que você adquire por ser tudo muito rápido, por ser uma situação de risco e não meu caso era muito... é pela agilidade e o contato com a mãe, uma coisa que me chamou muita atenção foi contato do nascimento é uma das coisas que até hoje me apaixona, eu acho que não tem sensação igual em lugar nenhum principalmente para quem esta fazendo o parto, é um lado mais humano, você acaba vendo a vida de outro jeito depois que você consegue colocar alguém no mundo...	Eu acho que a falta de alguma estrutura ... infelizmente a pessoa chega muito desinformada na sala de parto... tem gente que não tem noção do que vai acontecer...é tudo muito novo então eu acho que é um aspecto negativo.
6	...o que facilitou foi o conteúdo teórico que	Ahh! muito... faltou campo de estágio,

	<p>eu acho que foi bom, durante a especialização... em alguns dos hospitais, a gente teve uma certa facilidade de estar em contato com algumas enfermeiras que estavam lá, todas assim com bastante experiência, que puderam ajudar a gente bastante, ensinando bastante coisa...</p>	<p>só em São Paulo, aqui na região, infelizmente nenhum campo. ..eu acho que foi pouco parto, eu acho que 20 (vinte) partos que era estipulado não dá pra você ter assim muito o que aprender né, depende se você faz 20 ou 3 você não pode dizer que aprendeu fazer aquilo, então eu acho que foi pouco, só 20 partos não dá pra gente aprender bem. E também eu achei que foi pouco assim em termos de supervisora pra estar acompanhando nos partos, né, porque muitas vezes era uma para quatro alunos,né, então praticamente a gente assim tinha que esperar uma fazer o parto, aí a gente via assim que tinha um monte de nenê nascendo e a gente não podia fazer, só a hora que a enfermeira estivesse junto, então isso eu achei também que foi um ponto negativo. A parte de pré natal ficou assim muito jogado porque cada um fazia o que quisesse, não teve uma explicação boa, ta indo fazer..., não teve supervisão disso. A duração do curso também acho que foi pouco, um ano só, talvez se fosse dois anos, o número de partos poderiam ter sido maiores, hum é só.</p>
7	<p>Nossa eu acho que foi muita coisa, o Amparo foi um campo de estágio excelente, tivemos assim, professoras ótimas e lá... e acho que tudo.... na parte teórica eu acho que dá um embasamento, mas você tem que aplicar mesmo né, então eu acho que o pessoal foi muito colaborativo, as docentes, mesmo as enfermeiras que trabalhavam lá, os pacientes, assim outra cabeça se comparado aqui ao interior, então ajudou muito o estágio lá.</p>	<p>Lá, eu acho que a maior parte... porque eu passei por seis professoras, mas duas delas além de não ter paciência, foi bem no começo do estágio, que nós pegamos essas duas, então não tinha paciência, achava que a gente tinha que saber tudo, a gente ia fazer pergunta às vezes era até meio irônica, então isso que dificultou no começo, pelo menos pra mim foi que eu fui bem apreensiva pra lá , porque cada um acaba adaptando do seu jeito, de fazer parto, mesmo episio, anestesia, é muita coisa diferente, tem que ter uma boa seleção das pessoas, que tenham realmente a capacidade de estar passando e ensinando legal, porque essas duas no começo deu impacto, um pouco de medo mesmo.</p>
8	<p>Ali você vê muita assistência mesmo, o franco trabalho de parto, tem um cuidado com a paciente com a gestante com a</p>	<p>Muitas vezes, já teve um lá no estágio, eu já peguei uma vez só um caso assim o recém-nascido ir a óbito, que</p>

	<p>parturiente no caso, lida com uma vida que é o recém-nascido, e é muito gratificante, vê um recém-nascido nascer, esta acompanhando, para quem gosta de obstetrícia é muito prazeroso isso, na minha opinião.</p>	<p>isso é uma coisa muito desagradável como também a mãe, que é uma coisa que agente não espera assim, pq a obstetrícia é uma coisa muito boa, só que tem este lado, pode acontecer disso, então é muito assim, isso é um lado negativo eu acho que aconteceu lá uma vez só mas pode acontecer.....</p>
9	<p>O que me ajudou muito foi que eu tinha um conhecimento e os professores que eu tinha lá e os materiais, e os lugares para ficar já tinha ate o hotel esquematizado foi ótimo.</p>	<p>Quando tinha que viajar e tinha que dar plantão.</p>
10	<p>o respeito que eu achei super interessante, as pessoas que não tinham a especialização mas que tinham toda a vontade de acompanhar essas mulheres que muitas vezes nem tinham familiares pra estar junto, dando incentivo sempre estar tendo a oportunidade de uma pessoa da família estar acompanhando, né e principalmente a experiência de estar convivendo com essas pessoas, a experiência de cada uma delas, então como eu falei a gente observava alguém fazer, ajudando um ao outro e então assim foram “n” experiências positivas e eu nunca tinha tido uma experiência tanto como especialização como principalmente direto com a gestante, principalmente no trabalho de parto que antigamente tinha tanto mito e tanta coisa, e as vezes as mulheres chegavam lá e falavam assim...onde as mães ganham nenê...neste corredor....ahh mas não ouvi ninguém gritar...porqueporque não precisa necessariamente gritar para ter um trabalho de parto, desde que ela seja bem orientada, bem acompanhada, o trabalho de parto pode ser tranqüilo, então muitas vezes a gente tirava esse mito, essa culpa essa coisa de dor e de medo, de problema, de parto difícil, então nessa convivência a gente foi aprendendo como é possível ter um parto tranqüilo, desde que seja bem acompanhada e bem orientada também.</p>	<p>Talvez o pouco tempo né...eu fiquei lá quinze dias direto, então nós fazíamos plantões de 24, lá teve uma época que o berçário estava fechado, super lotado, a gente não podia admitir pacientes pelo risco desses bebês precisarem ter cuidados intensivos, então a gente teve uma época, não tinha tanta oportunidade de trabalho de parto, mas mesmo assim a gente conseguiu fazer o mínimo que era discriminado para a Graduação, então de repente o tempo de experiência para poder estar capaz, tranqüila para fazer sozinha, não, eu saí dali observando vários trabalhos de parto mas com uma insegurança pra te falar estou pronta para fazer sozinha. Então um pouco de insegurança ainda tenho porque o nº de partos apesar de ter sido vinte, tem que fazer acompanhada, é um número pequeno pra dizer estou pronta.</p>
11	<p>Experiência da minha supervisora de estágio ajudava muito, e a parte teórica foi muita boa, quando eu fui para especialização não tinha experiência, utilizei muito a experiência da minha</p>	<p>Acho que quando alguma turma não fechava o estágio, e aumentava o número de alunos para supervisora e isso era ruim.</p>

	supervisora isso foi o mais importante.	
1 2	Na sala de Parto, eu acho que como enfermeira obstetra a gente pode ver como é que um enfermeiro vai atuar, a experiência do parto, quando ele é bem natural, quando ele vai acontecendo naturalmente.... experiência, as situações com as pacientes é um elo muito mais forte de humanização dentro da sala.	Os partos a maioria já tava no período expulsivo, então a gente não teve tempo pra estar acompanhado, ter mais experiência... Como a gente tava fazendo estágio em São Paulo com pessoas não conhecia, não tinha intimidade, realmente me prejudicou porque eu não tinha noção nenhuma de sala de parto, eu tinha experiência mais era teoria, né.... tive um pouco dessa dificuldade, se fosse um professor mais próximo, a gente já conhecia que tivesse mais tempo de poder estar tendo contato.... eu acho que de negativo em relação...foi só isso, do resto não tive nada de negativo só aprendi, tive experiência no parto, a única coisa que eu senti foi isso de não ter uma dificuldade, uma distocia pra eu estar identificando e...
1 3	Os aspectos positivos é aquela questão de estar num ambiente onde a obstetrícia acompanha o paciente, os partos são realizados de uma forma humanizada, o aprendizado que elas passaram pra gente, e ver a atuação, a maneira que... o respeito que é dado a uma enfermeira da obstetrícia dentro do Amparo Maternal.	O aspecto negativo do estágio foi ter que sair aqui da nossa região, sair de Rio Preto pra conseguir um local que abrisse esse estágio pra nós e mesmo indo pra São Paulo... quer dizer o primeiro Hospital que nós fizemos estágio ainda era pouco parto normal, foi um período meio perdido, só o Amparo que foi a parte mais efetiva da coisa, foi onde eu me apaixonei pela obstetrícia.
1 4	O grande fluxo de paciente tinha lá totalmente diferente de Rio Preto, a enfermeira atua em todos os partos e não só no expulsivo, positivo o fluxo e atuação da enfermeira lá.	O tempo curto, a viagem que é estressante e cansativo, então fica cansada ficar o dia inteiro, e as vezes a receptividades de alguma enfermeiras de lá, pq a gente precisa delas, mas foi só isso.
1 5	Olha, me acrescentou muito o estágio da sala de Parto, eu atuo na área mais não tinha noção, hoje consigo tocar melhor, a pessoa fala ahh! Ta em tal posição, eu já sei, consigo visualizar aquilo, aquela aula que a gente teve de anatomia de bacia, achei que me acrescentou demais. Amparo foi maravilhoso se eu tivesse oportunidade eu faria o Amparo de voluntariada, porque foi ótimo, elas deram uma liberdade enorme pra gente.	De campo de estágio, campo eu só achei assim que o primeiro hospital que nós fomos não foi tão rico quanto o Amparo, porque eu acho que o então assim o negativo foi aquela semana que nós ficamos lá, aquele primeiro no Santa Marcelina.
1 6	o campo é extremamente favorável, o fato de você ver só enfermeira obstetra, você vê a realidade como é, vivencia, elas são	o fato delas assim... não terem acesso ao que nós aprendemos aqui, então aconteceu comigo uma situação da...

	<p>extremamente experientes, mesmo quem estava nos acompanhando e a gente acompanhava o trabalho das outras, a gente ficava muito a vontade e aprende muito, aprende em horas o que você demora dias pra entender lendo, o aprendizado lá é muito grande, muito bom, estar lá foi extremamente favorável pra mim, pra crescer e mesmo assim para entender tudo porque a gente via o processo... como elas conduziam com aquela calma, com aquela tranquilidade, entrar naquele lugar, não ter analgesia e não ver aquela cena assim...Ninguém gritando, não ter estresse era difícil de entender, então vivenciar tudo isso foi muito bom.</p>	<p>enfermeira ... ela não é assim de muitos elogios, mas um dia na sala de parto ela perguntou pra que tava comigo, eu tava terminando um parto, ela perguntou quem ta aí com você?...Ahh! É a ...?...Ahh, eu vou entrar no parto, mas eu queria entrar com ela porque ela é boa...E saiu... acho que isso deixou a outra meio enciumada, já tinha feito várias suturas, e estava tranqüila naquela sutura e depois daquilo ela meio que me massacrô na sutura, ela falou que eu não sabia pegar na pinça, que aquilo tava torto e o acompanhante tava ali do lado, então assim eu quis sumir né, eu tinha acabado de sair de uma sutura, de uma laceração enorme assim...Então eu sabia o que eu tava fazendo, não tava insegura, era uma sutura pequena e ela começou a falar que eu pegava torto, que se fosse na época dela eu ia levar um tapa na mão, umas coisas assim...Onde eu tinha aprendido a segurar na pinça daquele jeito, então eu não sei se foi da situação, ela perguntou quem tinha ensinado, então eu não sei se foi à situação que provocou, se foi...Porque eles não sabem o nosso processo como funciona, então esses entraves tinham..Vocês estão prontas ou é esse o primeiro contato?...Tudo o que vocês já viram, aconteceu da gente chegar lá e ter visto praticamente tudo, mas tinha...acho que essa foi a primeira dificuldade, mas no geral não tiveram assim, o campo é realmente muito bom, eu gostei muito.</p>
1 7	<p>Amparo eu amei, adorei tudo, era uma coisa dinâmica, gostosa, era aquilo que eu queria fazer, queria viver, se eu pudesse, largava tudo e ia fazer estágio no Amparo Maternal, chegava lá feliz, saía de lá feliz, voltava e tinha assim vontade...na época eu trabalhava na Maternidade tinha total abertura, acompanhava o trabalho de parto, era a enfermeira que acompanhava, alguns partos normais fazia e eu queria trazer muito das coisas que eu via no Amparo, eu queria levar pra Maternidade então</p>	<p>Era assim à distância porque na época eu morava em Araçatuba, então a distância era muito difícil, fiz a especialização todinha assim, pedindo folga, gastando folga, não fui liberada, mesmo trabalhando na Maternidade não fui liberada, tinha o gasto, a passagem essas coisas, o lugar pra ficar, essa era a parte assim que eu tinha mais dificuldade, o resto seria a parte negativa, não tem muito a ver assim com o estágio, então a dificuldade de estar vindo.</p>

	assim...aqueles banhos, aquelas técnicas foi assim a parte boa.	
18	Eu gostei muito de conseguir acompanhar a parturiente, e orientar o que ia acontecer e junto quando ia fazer o parto elas ajudavam, tinha uma interação muito grande, no caso eu fazendo o papel de obstetra junto com ela, e as professoras deixava muito à vontade para fazer isto, lá em SP elas tinham este conceito de que para você por uma paciente na sala, você tinha que orientar ela antes o que ia acontecer na sala de parto, então você orientava, acompanhava no pré, orientava na sala vai acontecer assim, você vai ficar nessa posição, pode precisar fazer episio, e na hora do parto elas ajudavam muito por que sabiam o que ia acontecer, mesmo sendo da periferia, não tendo orientação nenhuma. Então o que eu gostei na sala de parto foi a humanização com ela, elas ajudavam, era raro o parto que tinha alguma complicação.	Se tive alguma complicação, a gente não podia atuar, chamava o médico, precisa esperar rodar mais até chegar na posição de sair, não podia tinha que chamar o médico.
19	Eu não vi novidade porque já era meu ramo, eu achei normal, assim o que eu achei lá em São Paulo, é que as mulheres tinham muito apoio, muita segurança, então não tinha aquela “chorera”, aquele “griteiro”, porque elas estavam preparadas para aquilo, elas estavam calmas, tranquilas, eu achei ali muito humano.	De negativo as vezes tinha uma professora assim que a gente ficava com medo de perguntar, então é por isso que eu te falei que lá a gente fazia o parto assim com muito medo, não tinha aquela segurança, tinha medo que estava errando
20	O lugar, na Paraíba tinha grande quantidade de parturiente.	Falta de estrutura, falta de oportunidade por que nós tínhamos que dividir os partos com os residentes da medicina.
21	Eu acho que as supervisoras lá, dava todo o apoio pra gente, explicava tudo, deu pra aprender bem	Na sala de parto?...As vezes elas ficavam assim um pouco nervosas com a atitude, no primeiro estágio você não tem aquela noção, elas ficaram um pouco nervosas e falaram mais alto, isso que é ruim.
22	ahh, eu acho que foi assim a facilidade de estar lá, professor, tirar dúvidas.	De negativo foi o nº de partos, ficava no pré parto, no controle, pacientes internados, enfermaria, a gente tinha isso daí, o que não tinha era o parto, o que nós saímos beneficiados nessa especialização foi isso, que a gente já tinha a prática daqui, mais aí...lá se fosse uma pessoa que não sabe nada, elas nunca fizeram parto, foram pra lá, elas saíram de lá sem aprender e não exercem hoje porque não aprenderam,

		então pra nós o ponto negativo foi esse.
2 3	Os pontos positivos?...A teoria ajuda bastante, esse é um ponto positivo, se sente mais segura, eu acho que é só.	a quantidade de partos pouca, mesmo porque a gente era turma grande e você tinha que dividir com outro
2 4	Positivo é que a gente podia atuar, ver as enfermeiras obstétricas atuando mesmo na prática e só elas, por exemplo, chamando o médico só quando tivesse alguma intercorrência então deu para atuar mesmo, então foi mais positivo.	a gente ter que se deslocar, poderia ter tido a oportunidade de estar atuando aqui em Rio Preto, agora lá eu fiz tudo no Santa Marcelina, lá eu achei que foi tudo muito bom, não teve nada de negativo
2 5	Eu acho que é muito vago um curso de graduação à parte de obstetrícia, aprendi muito à parte de humanizar, a importância disso que ajuda muito porque antes de eu fazer a pós, eu deixava a mulher lá deitada, não podia levantar, esse é um tabu dos médicos e depois que eu vi que isso tudo era desvantagem pra mulher, então eu acho que ficou mais humanizado, assim a mulher ficou mais próxima, a segurança da gente	Eu acho que assim que na parte que eu fui é que tinha algumas pessoas que tipo assim, queria mais, passar na tua frente, então às vezes a gente tava ali acompanhando, mas por ter aquela coisa de ter que fazer os vinte partos, uma tomava da outra, então só isso que eu achei assim mais, ou aquela que...tipo assim perdeu alguma coisa e queria pegar a outra, só isso que teve de negativo.

Habilidade para atuar nas unidades que atendem a mulher durante o ciclo grávido puerperal, segundo o conhecimento adquirido na especialização de enfermagem obstétrica.

Respostas	
1	Pré-natal, o conhecimento foi muito bom, mas na pratica eu não tive nenhuma experiência. Não seria fácil atuar. Para atender a parturiente, a teoria e a pratica que tive na especialização, me ajudaram muito, mas eu fiz a especialização para cuidar melhor do neonato. Então se precisar eu acho que faço o parto, também sem dificuldade, mas eu quero sair deixar a mulher e ir cuidar do RN, no puerpério tudo bem, e o RN é o que eu faço, é a minha paixão.
2	Eu teria que rever hoje, se eu fosse a partir de hoje voltar a fazer o que eu já fiz, teria que rever meus conceitos, rever a referência bibliográfica, a gente já está fora da área há um tempo, e teria que voltar e fazer todo um processo de atualização. Conseguiria, mais com uma certa dificuldade, o atendimento, a admissão até daria pra fazer hoje, mais já a evolução do parto, até o acontecimento do mesmo teria que ser com acompanhamento e atualização. Não teria condições de fazer sem um acompanhamento. No puerpério já daria pra fazer, Neonatologia, eu não teria condições de fazer sem atualizar os conhecimentos.
3	Eu nem sei, porque agente não tem condições de estar atuando com essas gestantes. Eu imagino que poderia fazer muita coisa no pré-natal, e assim, eu acho que habilidade é bem favorável pra desempenhar o serviço, pra você desempenhar a função. E junto a parturiente a especialização me deu bastante base, deu tudo que eu precisava, mais falta praticar, já perdi um monte de coisa, depois que eu sai da especialização, eu sai com uma bagagem ótima pra realizar todos os pré-natal, trabalho de parto em si, o parto e depois o puerpério, deu uma

	<p>bagagem muito boa, mais por falta de estar praticando agora tenho dificuldade, se for pra assumir um parto assim, principalmente com episio que eu não tive oportunidade de fazer muitos, acho que vou ter muita dificuldade, eu falo no parto, mais no acompanhamento até que não, mais no parto em si, apesar que as variedades de posição, tudo isso por falta de contato os talvez dificulte, ver se a cabeça do neném está em um ponto ou no outro, alguma coisa assim. No puerpério, não tem problema, já tive aprimoramento e o cuidado com o RN também não tenho problema...</p>
4	<p>No Pré-natal faz tempo que eu já fiz especialização, acho que teria que estar dando uma estudada novamente, só que eu lembro que na residência, fiz muito pré-natal, mas se hoje eu teria que estudar. Parturiente, ai fica mais fácil né, pq agente fez muito parto lá é mais prático, acho que fica mais fácil. Parto, faz tempo que eu não faço, mas não acho que é difícil. Puérpera, não tenho dificuldade, já atuo. RN Ahhh não lembro muito não, teria que rever, se for assim um que nasce bem, tudo bem, mas se tiver intercorrência, não lembro muito não.</p>
5	<p>Pré-natal, muito bom, pq o contato que eu tive foi com um fluxo grande, e eu acho que o contato da enfermeira com a gestante deixa ela mais a vontade para fazer perguntas e até mesmo no curso tive a grande oportunidade para tirar várias dúvidas. Parturiente, também muito bom por que é uma coisa que você decora, é meio instinto, são todos os sinais, eles não mudam e você vai desenvolvendo, e o que eu falei da habilidade né, tem que ter um certo, além do conhecimento, tem que ter, agente brinca, um sexto sentido. Realizar parto Uma tranqüilidade, eu tenho uma certa tranqüilidade, foi uma dificuldade que eu tive, era um medo que tinha por que é uma hora muito delicada, e hoje tenho uma certa tranqüilidade, não me apavora, muito pelo contrario fico eufórica para alguém falar esta nascendo um bebe, e agora??? Essa é uma frase que eu mais adoro. Puerpério Tranqüilo, uma área de amamentação foi uma área que eu cuidei bastante, lá agente não tinha retorno do puerpério, era mais pré-natal e só puerpério imediato, e tardio nem tanto e o mediato elas iam para outra área, e o contato que eu tinha era de curiosidade, de ir atrás por que depois do parto queria ir ver como ficou o nenê depois que nasceu. Recém-nascido, tbém deu para tirar de letra, quando fui fazer a especialização já tinha feito um curso de reanimação neonatal, e lá tinha um pediatra de plantão mas a maioria das vezes não dava tempo para chegar e quem recepcionava era eu, até mesmo o curso exigia um quantidade de recepção de rn, mesmo parado com apgar baixo...</p>
6	<p>Pré natal, pois então... Se fosse assim a minha experiência que tive no curso, eu acho que eu não saberia fazer uma evolução em pré natal, se eu sei é devido ao dia a dia de trabalho, né, porque você pode ver e acaba fazendo quase uma consulta de pré natal quando a gestante interna, mesmo pra estar fazendo agora o SAE, porque a gente faz mais perguntas agora do que antes, eu acho que com o SAE a gente tá aprendendo muito mais agora do que antes. Então hoje eu acho que conseguiria tá atendendo no pré-natal, mas se eu falasse assim, quando eu fiz o curso, não dá. Eu acho que não tenho tanta dificuldade em estar evoluindo trabalho de parto, mesmo porque depois que eu fiz a especialização pude trabalhar com isso, agora o parto sei também, a única dificuldade seria episiotomia, do resto, assim em vista de outras enfermeiras que fizeram especialização e só ficaram aqui no Hospital de Base, não puderam ter essa chance, mas graças a esses dois trabalhos que eu tive é que eu sei evoluir um trabalho de parto. Na Neonatologia, se for ver a gente tem muito mais cuidado com o nenê do que com o puerpério, porque a abertura hoje em dia do pediatra é maior, então a gente pode estar fazendo exame físico, avaliando o nenê, algumas decisões acaba tomando mesmo sem comunicar, depois comunica, então foi bom</p>

	acho que posso atuar bastante pelo menos aqui no Hospital de Base.
7	<p>Olha, o Pré natal ficou bastante falho, então não me considero apta a trabalhar no pré natal, porque a parte prática nós não tivemos, de 10 que tinha no papel, a gente tinha que buscar, que ir atrás aprender e fazer sozinha, então tenho bastante dificuldade. Eu não me sinto capaz de pegar uma gestante e falar vou acompanhar o pré-natal dela completo, não tenho.</p> <p>No Trabalho de Parto, olha agora que já passou um tempo que eu já estou distante, acho que primeiro eu ia ter que relembra tudo, mas quando terminei os vinte e sete partos, já tinha conseguido fazer super bem o toque, ver a dilatação, tava super bem, apta mesmo, eu acho que tava legal já pra sair de lá e começar a trabalhar, mas agora que já faz praticamente dois anos que estou fora, pra voltar teria um pouquinho de receio, não muito, porque eu acho assim que vinte e sete partos é pouco, eu sei é pouco, mas eu tenho a noção básica, eu acho que eu estaria um pouco segura sim. Durante o parto, eu acho que depois de uns quatro ou cinco partos junto com uma outra pessoa me sentiria segura, porque os últimos partos eu tava super bem, nos últimos partos eu fiz sozinha, então eu acho que uns quatro ou cinco partos já dá uma treinada, eu acho que eu teria segurança sim. No puerpério, eu me dou bem, porque eu trabalhei um ano, fiquei um ano e pouquinho aqui na GO do 4º andar, aqui também eu tive uma assistência legal de puerpério, já acompanhava as pacientes, então eu acho que orientação, amamentação, tanto no puerpério mediato quanto no imediato, então acho que no puerpério até hoje eu tenho uma boa habilidade porque de vez em quando eu cubro o 5º andar, lá no convênio, eu tenho uma prática legal com puerpério. Neonatologia, eu acho que por conta de estar de vez em quando cobrindo o 5º andar...geralmente assim eu não tenho muita dúvida não, às vezes uma coisinha ou outra que aparece de diferente com o RN que eu nunca vi, mas o RN normal bem, tranquilo.</p>
8	<p>Oh em questão no pré-natal, quando eu fiz o curso já trabalhava em saúde pública, então para mim no pré-natal me ajudou, eu fazia um pouquinho junto com a médica, ai depois eu fui fazer o estágio, mas é difícil por que estava na área hospitalar em outro setor então é complicado, mas eu acho que para mim até hoje tenho um pouco de dificuldade no caso de agilidade. Admissão, parturiente, ah isso eu sei por que eu fiquei 2 anos e ½ na Santa Casa de Votuporanga, então lá eu ficava só nesta parte, eu admitia, evoluía, eu fazia o parto era tudo eu, por que eu era a enfermeira obstetra, os médicos deixavam para mim, eu que ligava quando estava nascendo, Oh to levando para sala, eles confiavam em mim. Fiz muitos partos sem episio, muitas vezes primigesta, eu vou fazer sem, por que eu sei que da para fazer, por que todos médicos tem aquela cabeça de fazer com episio, e agente sabe que pode sem episio, já fiz em primigesta também. Eu cuidava das puérperas dava orientações necessárias com elas e com o recém-nascido dava as todas orientações.</p>
9	<p>Pré-natal, o conhecimento foi muito bom, mas na pratica eu não tive nenhuma experiência, Parturiente, a teoria e a pratica que tive na especialização, me ajudaram muito e hoje eu realizo sem problema. Parto, também sem dificuldade, no puerpério e RN é o que eu mais faço hoje e não tenho nenhuma dificuldade.</p>
10	<p>Em questão de orientação, quanto ao pré natal e evolução no trabalho de parto, observar alguma coisa que obstáculo está tendo, tenho uma segurança e falar Dr. vem que não dá pra esperar mais, mas de repente na conclusão em si de um expulsivo, sozinha eu tenho insegurança de ocorrer uma distocia de percurso, de finalização de parto, que às vezes por ventura ainda pode acontecer. No puerpério – Eu não acompanhei tanto as intercorrências, mas a gente procura ter uma boa resolutividade, aqui a gente tem essa segurança, eles confiam bastante</p>

	<p>na gente, eles aprenderam a acreditar no que a gente fala, porque antigamente a gente falava uma coisa e aí ...ahh ta...."faz de conta que é assim"... agora não, você fala, dr. olha ta acontecendo isso....ahh ta e o que você acha? Muitas vezes eles pedem nossa opinião, muitas vezes o plantonista da GO quando sabe que sou eu, ele diz ...ahh não quero que chama o plantonista, avalia você e depois me liga, eles já tem confiança de ter um respaldo nosso, se está a gente aqui, eles se sentem um pouco mais tranquilos, mesmo no puerpério, dr.... está acontecendo isso e isso...ahh, então o que você sugere, muitas vezes a gente entra numa conduta com eles e tem uma resolução, bem mais rápida, então a gente antecipa o que está acontecendo pra eles e muitas vezes a urgência mesmo, a gravidade dificilmente acontece. Aqui a gente faz em alojamento conjunto, geralmente no caso da cesárea, o máximo que o bebê fica na sala de primeiros cuidados, é o tempo da recuperação da mãe, três horas, caso o bebê está um pouco ansioso, agitado, a gente liga na recuperação pra estar liberando um pouco pra ter os primeiros contatos, dando a iniciativa da amamentação logo nas primeiras horas mesmo e no caso de parto normal, que é a nossa idealização, que ainda não é um número muito grande, mas de qualquer forma a mãe acaba a episiorrafia já vem para o quarto, o bebê também, então muitas vezes a gente evita qualquer tipo de coisas agressivas com o bebê, complemento, aspiração, lavagem, desde que seja realmente necessário, faz uma intervenção se não tenta fazer o mais humanizado sem interferência possível.</p>
1 1	<p>Tranquilo, por que eu tenho experiência hoje, alguns anos depois da especialização, se tiver que atuar, tranquilo eu sou apaixonada pela área, e posso atuar em qualquer área, atuei 11 anos como enfermeira obstétrica em SP.</p>
1 2	<p>No parto eu não tenho dificuldade de fazer...mas na conduta, segurança, eu fiquei muito insegura e na episio, como fiz pouco, então eu ainda tinha dúvida, eu não sei assim cem por cento, eu achei que eu tive muita dificuldade no começo achei que eu tava muito crua ainda. Pré Natal eu tava bem, porque eu já trabalhava no meio, então eu já tinha bastante experiência, bastante conhecimento teórico, já me sentia segura fazia até sozinha os pré natais, nas dúvidas né, eu tinha os médicos que estavam me ajudando, então eu era muito mais segura no pré natal do que pra fazer um parto. Trabalho de Parto, também não tive problema, estava bem segura, a única dificuldade era quando o bebê estava muito alto, eu não alcançava porque minha mão era pequena, a partir do momento que já estava conseguia sentir eu não tinha dúvida nenhuma, eu conduzia bem, chamava o médico na hora correta, nessa parte eu estava bem segura... fiz muitas vezes. Puerpério, também não tive problema, eu sempre trabalhei com isso até antes de fazer especialização, não tive problema nenhum de avaliar o RN.</p>
1 3	<p>Hoje depois de três anos fora do pré natal, não...não daria, eu teria que rever muita coisa, estudar mesmo pra depois ir para o pré natal. No trabalho de parto dá porque ainda eu fico aqui na obstetrícia então, desde quando eu terminei, a parte de acompanhar parturiente a gente faz. O parto dá, eu acho que dá, eu ainda tenho técnica pra fazer numa boa porque inclusive aqui de vez em quando a gente faz. Tranquilo atuar no puerpério, apesar de que puérpera e RN é uma coisa, aleitamento materno é um procedimento, é difícil eu acho que a cultural da mãe ultimamente esta muito difícil, o grupo de gestante não esta atuando no pré natal, na rede pública, porque esta mais complicado o aleitamento materno pra nós...eu achei.</p>
1 4	<p>No pré-natal, eu precisaria estudar, fiz a especialização não atuei, mas preciso estudar. Com a parturiente, também precisaria estudar. No parto seria mais importante estudar, mais do que no pré-natal, por que o pré-natal eu atuei aqui e lá no estágio, no parto eu tive pouca oportunidade, que foi o meu limite máximo,</p>

	<p>então antes de eu fazer parto eu precisaria fazer um acompanhamento. Puerpério, aí a faculdade em si já deu bagagem. RN, também não, por que para mim é mais tranquilo, por que eu fiz 2 anos de aprimoramento em pediatria, a minha preocupação seria mais na hora do trabalho de parto e no pré-natal.</p>
1 5	<p>No pré natal, eu acredito que dá para atuar tranquilamente né, o que eu tenho ainda um pouco de dificuldade é na indução, no trabalho de parto, aí eu tenho um pouco de dificuldade às vezes porque aqui a gente acaba não tendo tanta oportunidade por causa do plantonista médico, que esta junto o tempo todo. No parto a mesma coisa tá! A gente aqui pelo menos comigo, só pega o parto no período expulsivo, nascendo...nascendo você apara o bebê, mais assim evoluir, fazer...a gente não tem uma oportunidade. No puerpério, eu tenho total liberdade, por isso que me identifico mais com o puerpério, tem total autonomia, lida com a puérpera e é lógico que tem algumas normas do hospital, mas como o plantonista fica mais no trabalho de parto a gente acaba comandando mais o puerpério. Também! A gente tem uma equipe de pediatras muito bons, que eles dão total ouvido pra gente, quer dizer, é um trabalho em equipe mesmo, apesar da gente ter outros profissionais da mesma área, mais assim a atuação é tranquila.</p>
1 6	<p>No pré natal eu me sinto assim...eu tenho hoje uma segurança porque eu trabalhei dois anos em Saúde Pública e aí eu organizei um pouquinho a Saúde da Mulher nesse serviço, então trabalhando, eu aprendi um porquinho mais...é um pouquinho diferente na prática do que a gente viu, porque eu achei que era mais fácil, mais tranquilo o pré natal do que o parto, e não é porque a adesão ao pré natal é complicado, o parto não, ela tem que estar ali porque vai nascer, então ela vai né, e no pré natal não, além de você ter os problemas familiares, de você ter que cuidar dela ali e em casa, de trazer pra unidade, o fator econômico e sócio-econômico e tudo mais é a aceitação por parte da equipe médica, então na unidade que eu tava, consegui que eu fizesse a primeira consulta com a desculpa de que preencheria a ficha que estava ficando incompleta, então assim eu consegui fazer a primeira consulta, então eles achavam que era um favor eu preencher a ficha e aí a coordenadora era uma enfermeira, então a gente fez esse acordo porque eu queria né, mas a aceitação é difícil, eles entenderem que você sabe o que tá fazendo e que vai tocar, que você tem competência pra isso, é difícil assim...até que eles confiem no seu trabalho e vejam alguns resultados, é difícil mas depois que você consegue esse espaço assim...é uma delícia, confiam bastante, é gostoso. Eu acho que tranquilo...eu acho que...eu sempre quis fazer, eu entrei...eu fui fazer enfermagem pra fazer obstetrícia, não sabia nem aonde eu ia fazer, mais eu queria fazer obstetrícia, então eu gosto assim...eu me vejo na UTI, gosto de cuidar e tal...mas eu gosto de estar em trabalho de parto com parturiente então pra mim é tranquilo, mesmo que a situação seja estressante, eu consigo conduzir bem, num parto, ruptura uterina, algumas coisas que já aconteceram, parece até engraçado mais eu me sinto confiante e é lógico que se eu tivesse...eu passei pouco tempo na prática mesmo, foi um ano e meio trabalhando e quanto mais tempo você trabalha mais segurança você tem naquilo que você faz e isso vem com o tempo, mas por gostar muito então eu assim...me sinto bastante segura, pra mim é tranquilo e extremamente prazeroso né. Parto também, eu posso estar cansada o tanto que for, as cinco horas eu dava plantão noturno, as vezes cinco, seis horas da manhã tivemos esse milagre de nascerem seis bebês, quatro cesáreas e as vezes eu tinha que ajudar em alguma coisa e fora o hospital, que eu era responsável por todo o hospital e aí vinha um ou dois partos normais e eu ficava conduzindo fora, eu tava quebrada, mais aquela sensação de pegar, de ouvir o choro, de estar ali. Puerpério, também é bem tranquilo, aqui a gente é bastante assessorado por causa do Programa do</p>

	<p>Governo então você tem um pediatra, quando não um bom anestesista também do lado e que ajuda a conduzir qualquer intercorrência, então acaba tendo uma equipe boa e quando eu trabalhava em Nova Granada, fazia o parto, a gente admitia o bebê, se acontecesse alguma coisa era tudo ali, quando não fazíamos o parto, nós fazíamos tudo, então essa realidade é um pouco mais difícil assim...isso traz uma angustia, uma agonia, com medo de que possa acontecer alguma coisa, então essa sensação é ruim...então quando você tem uma equipe já dá uma tranquilidade da própria situação porque se tem algum problema com o bebê, você já sabe que vão conduzir, que você vai cuidar ali daquela situação, mas no geral não tenho não, como eu nunca fui enfermeira de setor, eu sempre trabalhei geral, então eu acabava fazendo um pouco aqui, um pouco ali, você acaba que trabalhando em tudo, mas as aulas principalmente de reanimação neonatal que tiveram, também ajudaram bastante, te dá uma noção maior, a gente teve uma aula boa com o cardiologista, foi muito legal na época eu usei bastante, tirei muita dúvida, eu ligava bastante no HB,...olha não estou escutando o bebê, tem alguma coisa errada, não tinha pediatra o tempo todo, eu tinha orientação até por telefone, então...mais assim, é a experiência eu acho que quando você vivencia a situação...</p>
1 7	<p>O pré natal é o seguinte, nunca fui muito fã assim dessa parte de Saúde Pública, o que eu gosto é ali, hospital, de acompanhar o trabalho de parto, fazer o parto, acompanhar o POI imediato, a parte de orientação de grupo, eu acho que nunca foi a minha praia, eu acho que eu tenho muita dificuldade pra fazer e o pessoal me desanima muito porque você fala, fala, fala e é como falar com as paredes, eu tenho impressão de que ninguém me ouve, então isso me dá muito desânimo, e agora o hospital não, você vai e faz. Hoje se eu tivesse que acompanhar o trabalho de parto, eu acho que tem um ano, quase dois anos longe, sem fazer nenhum parto, eu precisaria pegar de novo, fazer pelo menos um estágio de uma semana, uma coisa assim pra voltar ao ritmo. Puerpério é tranquilo, não teria problema nenhum porque a gente embora seja de cesárea, acompanha o puerpério inteirinho, e cuidar do RN numa boa, não tem problema nenhum.</p>
1 8	<p>Pré-Natal, eu teria que lembrar técnicas, alguma orientação mais detalhada, mas lá em SP eu fazia até amnioscopia, fazia tudo, fazia toque, auscultava, fazia as medidas, se tivesse indicação encaminhava para o pré-parto. E uma coisa que eu não esqueço era que uma professora dava um copo com água e açúcar para todas parturientes. Parturiente, parto, eu acho que no começo se tivesse alguém para me acompanhar eu faço. Puerpério, gosto, acho que é muito bom é muito valido. Aqui na Santa Casa, eu fiz puerpério, fazia consulta ambulatorial, fazia orientação ambulatorial, era muito bom, tinha fitas que eu trouxe de SP, cartazes, eu tinha uma salinha bem montadinha, era muito gostoso, depois caiu por água, pararam de fazer orientação. Me parece que eles estão voltando mas não sei como é que esta. RN, eu acho que é o que eu saio melhor hoje, por que trabalho no HB na assistência e aqui na Santa Casa eu acompanho todos os RNs das cesáreas.</p>
1 9	<p>Pré-natal Eu iria tranquila, porque eu já trabalhei em Postinho de Saúde, a gente tinha muito esse relacionamento de estar orientando. tinha grupinho de gestante, se bem que era a turma da Faculdade que fazia, isso não era nenhuma novidade pra gente né, eu já pensei muito isso, enfiar a cara, assim uma hora falar pra essas gestantes no consultório, vem cá, vamos conversar, aqui escondidinho...porque que você não faz um parto normal?...porque o dia que elas ficam grávidas, elas já marcam o dia da cesárea delas, então isso é um desgosto que eu tenho assim profundo na minha vida, eu não posso sair de lá e falar...vou arrumar serviço onde eu possa fazer parto, porque eu não posso...Eu acho que</p>

	<p>eu não teria muita dificuldade no trabalho de parto, de início que eu precisava, aquele medo...depois eu acho que eu dominaria bem, porque antigamente quando a gente era atendente, a gente fazia parto sozinha, sem o apoio do médico, sem o apoio do pediatra, aí depois nós mesmos fomos cortando isso porque era uma responsabilidade muito grande e naquela época as pessoas trabalhavam, sabiam no que elas mexiam porque não tinha teoria, é que elas sabiam o que estavam fazendo, aí nós paramos com isso, aí foi cortado, hoje precisa ser o pediatra, graças a Deus né, precisa ter o médico junto, era muito sofrido pra nós aqui sozinha, principalmente porque eu trabalhava a noite, então era muito parto sozinha, era um medo terrível e hoje eles tiraram isso tudo da gente, eu fui toda feliz começar a ensinar uma auxiliar a fazer dinâmica uterina, aí o Coren passou por lá e...não, não pode...então você vai desanimando de tudo né, eu acho assim eu não estou lá vinte e quatro horas, nós somos em três enfermeiras, então se o Coren souber disso que uma auxiliar vai lá ouvir um BCF, que eu acho que não tem nada de mais, desde que ela tivesse uma orientação...olha se ele bater assim, você vai pensar assim...mas eles não dão essa oportunidade pra gente estar orientando o técnico, o auxiliar, então você fica assim de mãos atadas. Cuidar da puérpera e do RN é tranquilo...tranquilo</p>
2 0	<p>No pré-natal não sei, mas tenho tranquilidade para atender tudo aqui no hospital, mas o número de parto é pequeno, mas é tranquilo o puerpério o RN.</p>
2 1	<p>O Pré Natal?...Bom, o pré-natal a gente teve durante o curso né, teve um bom embasamento, só que...é a mesma coisa eu acho...que eu também não tenho contato, mas pelo conhecimento acho que daria, se tivesse oportunidade de estar atendendo por todo o conhecimento que a gente teve durante o curso, daria pra estar atendendo numa boa. Trabalho de Parto a gente fez lá quinze partos, eu acho que precisaria mais, eu iria me sentir um pouco insegura em estar pegando um parto, tudo assim...eu acho que teria que ter mais oportunidade de estar fazendo mais partos supervisionados, eu necessitaria. O RN...Eu acho que pouco contato com o recém nascido precisaria mais também. Ai e agora, o puerpério a gente acompanhava lá, acaba sendo mais simples, muito mais simples do que nos trabalhos de parto, eu acho que seria mais fácil o puerpério.</p>
2 2	<p>Eu já trabalhei com pré natal, eu tive uma experiência de Saúde Pública que eu trabalhei no Programa da Saúde da Família e o médico com quem eu dividia o Programa, nós dividíamos né, então eu fiz...eu trabalhei com pré natal e tudo, tranquilamente, fiz domicílio. Trabalho de parto, tranquilo! E o parto tranquilo! Mais a gente tem que ter o respaldo do médico, porque se não tiver não dá certo, tem coisas, tem momentos que assim você não consegue dar conta de fazer, que é necessário o auxílio médico, porque uma não consegue que nenê desce, pára a contração, vai que você precisa ter o respaldo dele ali. Eu tenho que ter alguém de respaldo pra mim, se fosse pra mim trabalhar num lugar onde eu não tivesse respaldo médico eu não trabalharia. RN, com o respaldo do pediatra também, faço a admissão tranquilamente, aspiro, tudo, só não vou fazer socorro de urgência, não vou fazer entubação, apesar de que nós fizemos o curso pela sociedade, nós aprendemos a fazer entubação, tudo, inclusive eu sou uma das melhores, mas porque a gente faz, a gente trabalha bastante com isso, mas a gente tem a segurança que tem um auxílio, porque se a gente liga e falar vem! Eles já sabem...O Puerpério também!</p>
2 3	<p>Dá, sem problema nenhum, a gente realmente se sente segura porque tem por trás um médico qualquer anormalidade que a gente percebe, a gente já liga, comunica com ele, que ele já vem imediatamente, mas se fosse pra você na época, na época que a gente fez o curso, tinha alunos que falavam a respeito de você ganhar mais, tudo...porque estava fazendo o curso, mas existe aquele</p>

	<p>problema, você ganha mais porque você ta fazendo especialização...falavam mais sei lá como ia pagar, mas se você não tiver o médico atrás disso, aí é complicado, nós fazemos desse jeito porque nós temos o médico, porque se não...eu tenho um médico, ele é aposentado, é o Dr. J M, ele fala assim...que parto no geral, desde pré parto até o nascimento é uma caixinha de surpresas...com certeza...então a partir disso, até hoje com a experiência que eu tenho, porque mesmo...a gente...eu comecei fazer o curso eu já sabia fazer parto, com a experiência que a gente tem e com o passar do ano, você leva uma gestante pra sala de parto, você se concentra na gestante, concentra naquilo que você sabe, se concentra em Jesus, em Nossa Senhora, em tudo que te dá apoio, porque é uma caixa de surpresa, bem! as vezes o feto ta na fase expulsiva e não desce, não desce, não desce...você pega chama o médico rapidinho, aí rápido ele já chega e já ajuda, não acha ruim, qualquer hora que for...Aí é mais fácil trabalho em equipe...Trabalho em equipe, e mesmo pra receber o recém nascido de repente nasce, ta um pouquinho gemente, o pediatra vem imediatamente, não acha ruim, no final eles até agradecem, obrigado viu! Obrigado e vai todo mundo embora numa boa, tranqüilo, eu gosto disso, a gente trabalha desse jeito, mas se fosse pra você assumir sozinha, não sei se eu teria dificuldade de...mais aí tipo assim, o Sus pagaria o parto para a enfermeira e não para o médico!...Só que aí ela não pode ser registrada...Então aí você tem que ter quinhentos mil partos e tem que trabalhar em quinhentos mil lugares....Não! tem que ter retaguarda se não é complicado...É complicado, porque é um ser que ta vindo né, é muita responsabilidade. Ontem eu fiquei com uma das 8 h foi nascer só 12:40...olha você tem que jogar a paciente em cima, ela segura na mão...você não sai, fica aqui comigo! Então é por isso que é complicado né, você tem que ter muita paciência, mas ao mesmo tempo, é uma profissão legal porque quando nasce o nenê, você se sente tão assim contente, feliz, sei lá eu, pelo menos uma coisa de bom você fez...com certeza...é isso.</p>
2 4	<p>No pré natal, eu acho que foi pouco que teve assim de... prática né, mas pelo o que eu vejo como elas chegam eu acho que eu poderia atuar muito melhor com elas entendeu. Com relação ao parto e tudo, aí é quase 100% e tem umas até que chegam sem ter feito os exames mesmo sabe, então eu acho que eu atuaria pelo que eu aprendi mais a especialização, eu acho que daria para fazer um bom trabalho. Admissão e trabalho de parto, tranqüilo! Muito, eu gostaria até de atuar mais, falta um pouco de tempo devido eu estar fazendo o hospital inteiro e por ser um volume assim vamos dizer de no máximo duas por dia e o médico obstetra aqui de plantão só pra isso, então acaba ficando, embora eu tenha conseguido já atuar bastante aqui sabe, principalmente quando chega já expulsivo, no próprio quarto ou consultório ou quando ta tendo uma cesárea e o obstetra sai, aí eu vou acompanhando, eu já fiz pelo menos uns dez, mais mesmo assim de quatro anos até aqui, mais é pouco é muito pouco. O parto também! Sem problema, tranqüilo, gostoso! Puerpério também! Muito, eu percebo assim que o pessoal tem um pouco, eu não sei, falta de tempo ou preguiça de ta lá explicando, atuando, porque eu percebo que eu vou e tudo que falo pra elas e explico é muito satisfatório, percebo que elas falam...ai ninguém tinha me falado isso até agora sabe...principalmente em relação ao aleitamento materno.</p>
2 5	<p>Eu as vezes atuo que nem na Santa Casa quando interna alguma gestante, ou alguma já em trabalho de parto, eu que...as enfermeiras que fazem o pré parto, então a gente evolui, qualquer coisa a gente fala para o médico, melhorou muito, muito mesmo. Porque assim...não tinha uma certa noção de DIP, de toque, você escutava, você sabia a quantidade, mas você não sabia se tava certo ou não tava, eu acho que satisfatório, muito bom. Pré natal, assim eu não fiz, mas eu</p>

acho que assistência é bem melhor pelo fato também de ser mais próximo da gestante porque que nem, eu não atuo mas elas me procuram, muitas vezes que nem, as vezes colegas assim que eu tenho mais amizade, que sabe que eu fiz, as vezes eu comento o que a gente aprendeu ou não, elas estão procurando, que nem, teve uma colega minha que tava fazendo pré natal com uma ginecologista super seca e não falava, ela perguntava e tinha dúvida e ela não falava, ela me procurou, eu escutei, eu expliquei, então eu acho assim que a confiança é maior pelo fato da gente dar mais atenção. Já o parto, assim pelo fato da gente não fazer, que ainda tem essa barreira, eu precisaria ta tendo um treinamento pra estar lembrando por fazer tempo e não estar atuando e a gente só aprende mesmo praticamente né e ainda mesmo você fazendo, as vezes aparece uma surpresinha assim pra gente ta as vezes aprendendo na hora. Olha, a dificuldade que eu tenho, não é dificuldade, mas assim é só no parto, mais assim no puerpério, amamentação não! Satisfatório.

8. ANEXO

Anexo 1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 193/2005

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º **4378/2005** sob a responsabilidade de Beatriz Barco Tavares, com o título "A inserção da enfermeira obstétrica nos hospitais do DRS XV - São José do Rio Preto/São Paulo", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 08 de agosto de 2005.

Prof.ª Dr.ª Patrícia Maluf Cury
Coordenadora do CEP/FAMERP


Prof. Dr. Antonio Carlos Feres
Coordenador do CEP - FAMERP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)