

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
PROGRAMA ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE CURSO DE
DOUTORADO**

THALITA ROCHA OLIVEIRA

**A TRANSIÇÃO DA INSERÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM SALA DE
PARTO DE HOSPITAL DE ENSINO COMO ESTRATÉGIA DO PROJETO
APICEON PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: um estudo
de caso**

NITERÓI, RJ
2023

THALITA ROCHA OLIVEIRA

**A TRANSIÇÃO DA INSERÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM SALA DE
PARTO DE HOSPITAL DE ENSINO COMO ESTRATÉGIA DO PROJETO
APICEON PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: um estudo
de caso**

Tese apresentada ao Doutorado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde.

Linha de pesquisa: O Cuidado no Contexto Sociocultural

Orientador: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves

Niterói, RJ
2023

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

O48 Oliveira, Thalita Rocha.

A transição da inserção de enfermeiras obstétricas em sala de parto de hospital de ensino como estratégia do projeto Apice On para a ressignificação do parto e nascimento : um estudo de caso/ Thalita Rocha Oliveira. – Niterói: [s.n.], 2023.

341 f.

Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) -
Universidade Federal Fluminense, 2023.

Orientador: Prof. Valdecyr Herdy Alves.

1. Enfermeiras obstétricas. 2. Hospitais de ensino. 3. Salas de parto. 4. Serviços de saúde materno-infantil. 5. Política de saúde.
I. Título.

CDD: 610.7367

Bibliotecário responsável: Ana Claudia Felipe da Silva CRB-7: 4794

THALITA ROCHA OLIVEIRA

A TRANSIÇÃO DA INSERÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM SALA DE PARTO DE HOSPITAL DE ENSINO COMO ESTRATÉGIA DO PROJETO APICEON PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: um estudo de caso

Tese apresentada ao Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde.

Linha de pesquisa: O Cuidado no Contexto Sociocultural

Aprovada em 20 de outubro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves (Presidente)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora S. Mendes Gomes (1º Examinadora)
Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira- IFF/Fiocruz

Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias (2º Examinador)
Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira- IFF/Fiocruz

Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira (3º Examinador)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof^a. Dr^a. Bianca Dargam Gomes Vieira (4º Examinador)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues (1º Suplente)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^a. Dr^a Cristina Portela da Mota (2º Suplente)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Niterói
2023

Dedico esta tese à você, Luísa Rocha Xavier de Oliveira. Minha filha, minha vida, minha força ígnea. Por você, eu caminho na direção do crescimento pessoal. Por você, eu caminho na direção da aspiração profissional. Somos firmes, resistentes e sólidas, somos Rocha.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao Cósmico, à Luz Divina, a Deus por proteger-me, por guiar-me em caminhos seguros, por sustentar-me nos momentos necessários e pelas bênçãos consagradas em minha vida.

À minha família. Minha mãe, Leila Maria Rocha Oliveira, que me proporcionou, desde pequena, entrar em contato com a profissão Enfermagem. Sim! Quando criança, passava tardes ajudando na elaboração de escalas de serviço e visitando a maternidade de um Hospital Federal do Rio de Janeiro e, isto associado à sua imagem de profissional responsável e comprometida me moldaram, enquanto enfermeira, refletindo estas qualidades na minha carreira. Mas para além do exemplo profissional, tenho em você, profunda admiração pelas lutas e conquistas, as quais tornaram-se exemplo para mim em como ser mulher e mãe. À minha querida irmã, Rachel Rocha Oliveira, que através de muitas conversas e apoio uma à outra, seguimos na busca pelo melhor de nós! Amo vocês!

Agradeço ao meu marido, namorado e amigo Rogério C. Sá de Oliveira. Pelas tantas horas que deixei de estar ao seu lado, pelas ausências neste percurso de 3 anos e meio. Deixamos de compartilhar muitos momentos juntos, mas agora o caminho está diante de nós para vivermos cada detalhe desta história. Obrigada pelo apoio, compreensão e participação nesta jornada do meu crescimento profissional. Agradeço também a sua família pelo carinho comigo, em especial a sua mãe, Sandra Ferreira Coelho, que em muitos momentos me transmitiu esperança.

Obrigada à Eneise, que acompanha minha família há 5 anos. Por seu cuidado, carinho e zelo com minha florzinha. Por tantas vezes que se fez presente na minha ausência.

Um agradecimento especial às minhas amigas da maternidade do IFF/Fiocruz, Adriana Peixoto, Luciana Fillies, Aricelle Santos, Fabiana Nogueira e Danielle Ciuffo, que presenciaram o surgimento desse desejo profissional e por vivenciarem esta jornada do doutorado comigo. Mas ainda e, principalmente, obrigada por nossos momentos de conversas sobre nossa vida pessoal, pelos abraços apertados em

momentos de angústia e choro, pelos sorrisos nos momentos de alegria e realizações, pelo nosso apoio e cumplicidade, que a verdadeira amizade permite umas às outras.

Devo dizer muito obrigada ao meu orientador, Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves, por seu acompanhamento intelectual, no desenvolvimento desta pesquisa, e pelos momentos ímpares de aprendizagem decorrentes dos nossos encontros de orientação. Considero importante resgatar a memória que minha aproximação com o senhor e a temática saúde da mulher, vêm desde a monitoria da disciplina de Saúde da Mulher no ano de 2005, passando pelo cargo de professora substituta no ano de 2008. Caminhos que se encontraram novamente no Curso de Doutorado e que permitiram aproximação com um professor, cujo discurso orienta-se pelo engajamento na luta por políticas de saúde em prol das mulheres, crianças, famílias e enfermagem. Agradeço também aos professores Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira, Profª. Drª Bianca Dargam G. Vieira e Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues, que de maneira semelhante, contribuíram com seus profundos conhecimentos e realizaram importantes questionamentos e pontuações no decorrer do desenvolvimento desta tese. Todos se constituem em exemplo de docência e me proporcionaram vivenciar experiências acadêmicas e relacionais, as quais me impulsionaram para a construção da minha identidade de Doutora.

Na figura deles, agradeço ao Grupo de Pesquisa de Pesquisa: Maternidade – Saúde da Mulher e da Criança da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ UFF-CNPQ/EEAAC/UFF, pela acolhida e pelo suporte que os integrantes proporcionam uns aos outros, na caminhada acadêmica. Como costumamos dizer: “Ninguém solta a mão de ninguém”. Obrigada às companheiras do Curso de Doutorado e integrantes do grupo de pesquisa, Márcia Vieira dos Santos, Paolla Amorim Malheiros Dulfe, Tatiana Callandrine e Ediane Andrade, parceiras no desenvolvimento de pesquisas e atividades acadêmicas, mas além disto, parceiras na construção de pontes para a vida.

Um especial agradecimento aos professores membros da banca de defesa, Profª. Drª. Maria Auxiliadora S. Mendes Gomes e Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias. Ao iniciar no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz, entrei em contato com um cenário não somente de assistência obstétrica especializada, no qual me insiro no cargo de Tecnologista em

Saúde Pública. Mas também, a partir deste momento, na minha vida profissional, ocorre aproximação com estes proeminentes pesquisadores no âmbito da saúde materno-infantil. Seja por meio de leituras de artigos científicos publicados por eles, seja na participação como ouvinte nas diversas palestras sobre o cuidado materno e neonatal divulgadas pelo IFF/Fiocruz ou por resgate de memórias dos meus preceptores do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da SMS/RJ que relatavam a nós os importantes acontecimentos históricos e políticos que permearam a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, liderados por estas notoriedades. Como é prazeroso ouvir a história das políticas de saúde das mulheres, a partir da fala de vocês!

Obrigada aos professores José Luiz Guedes e Elisiâne Lorenzine da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por seus vastos conhecimentos em métodos mistos transmitidos em curso sobre a temática e oferecido aos pós graduandos do GP: Maternidade- Saúde da Mulher e da Criança. À professora Bianka Sousa Martins Silva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por sua fundamental assessoria estatística no desenvolvimento da abordagem quantitativa desta tese.

Às enfermeiras obstétricas e médicos obstetras da equipe assistencial e da gestão da maternidade do IFF/Fiocruz, que gentilmente participaram desta pesquisa. Sem vocês, não seria possível compreendermos a vivência histórica da nossa instituição sobre um projeto político ministerial desenvolvido para o aprimoramento do cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia e, assim, produzir conhecimento científico.

A todos, muito obrigada!

O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo.

Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e reinvenção”

Paulo Freire

OLIVEIRA, Thalita Rocha. A TRANSIÇÃO DA INSERÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM SALA DE PARTO DE HOSPITAL DE ENSINO COMO ESTRATÉGIA DO PROJETO APICEON PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: UM ESTUDO DE CASO. Rio de Janeiro, 2023. 341p. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2023.

RESUMO

O Ministério da Saúde, ao longo de quatro décadas, empenha-se na formulação de proposições políticas que determinem avanços na atenção à saúde das mulheres sustentados por evidências científicas. Recentemente, em 2017, lança o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On). Propõe qualificar e reconfigurar os processos de atenção, gestão e formação em obstetrícia e neonatologia em 97 Hospitais de Ensino do país, cenários responsáveis pelo desenvolvimento dos futuros profissionais de saúde. O objetivo desta pesquisa é compreender a transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto a partir do Projeto Apice On em uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência, por meio da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Trata-se de um estudo de caso único, do tipo descritivo, sustentado pela abordagem do método misto, a partir do Projeto Incorporado Concomitante. No âmbito qualitativo participaram 10 enfermeiras obstétricas e 8 médicos obstetras assistenciais e gestores envolvidos na implantação desta política de saúde nesta Instituição de Ensino, localizada no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados fundamentou-se na entrevista semiestruturada aplicada nos meses de outubro de 2021 a abril de 2022 e, posteriormente, submetida a análise de conteúdo temática de Bardin, com apoio do software ATLAS.ti. Sob a vertente quantitativa as variáveis registradas no livro de indicadores obstétricos referentes ao período de maio de 2018 a junho de 2020 foram lançadas no software *Epi Info 7®* e submetidos a estatística descritiva via Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®. Os resultados qualitativos descreveram a percepção dos participantes sobre a trajetória de execução do projeto Apice On, as nuances que perpassaram a inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto e a compreensão do modelo colaborativo em obstetrícia em hospital de ensino. Alguns indicadores obstétricos elucidaram o alinhamento das práticas profissionais quanto às boas condutas obstétricas e neonatais descritas em diretrizes nacionais e internacionais. Mediante a correlação dos dados conclui-se que no campo da qualificação da gestão faz-se necessário ampliar fluxos comunicacionais organizacionais sobre as diretrizes políticas institucionais assim como utilizar os indicadores como ferramenta de avaliação e divulgação; no campo da qualificação da formação, resgatar preceitos da educação interprofissional entre os programas de residência médica em obstetrícia e ginecologia e de enfermagem obstétrica como caminho para se efetivar a longo prazo a prática colaborativa em obstetrícia; e no campo da qualificação da atenção considerar como imprescindível a plena atuação da enfermeira obstétrica, seja no acompanhamento a gestantes de risco habitual, seu escopo profissional, mas também na oferta de cuidado humanizado e vigilância necessária às mulheres com alto risco gestacional.

Palavras-chave: Enfermeiras Obstétricas; Hospitais de Ensino; Sala de Parto; Serviços de Saúde Materno Infantil; Política de Saúde.

OLIVEIRA, Thalita Rocha. **THE TRANSITION OF THE USE OF OBSTETRIC NURSES IN THE DELIVERY ROOM OF A UNIVERSITY HOSPITAL AS A STRATEGY OF THE APICEON PROJECT TO RESIGNIFY LABOR AND BIRTH: A CASE STUDY.** Rio de Janeiro, 2023. 341p. Doctoral thesis (Doctor of Health Sciences), School of Nursing Aurora de Afonso Costa, Federal University of Fluminense, 2023.

ABSTRACT

For four decades, the Ministry of Health has been trying to formulate policy proposals that determine advances in women's health care. These proposals are supported by scientific evidence. Recently, in 2017, it launched the Project for Improvement and Innovation in Care and Teaching in Obstetrics and Neonatology (Apice On). Its objective was to qualify and redesign the processes of care, management and training in obstetrics and neonatology in 97 teaching hospitals throughout the country. These hospitals are responsible for training future health professionals. Based on the Apice On project in a federal teaching, research and care institution, the aim of this study is to understand the transition of the obstetric nurse's role in the delivery room using Afaf Meleis' Transitions Theory. Based on the Incorporated Concomitant Project, this is a descriptive single case study using a mixed methods approach. The qualitative field comprised 10 obstetric nurses and 8 obstetricians and managers involved in the implementation of this health policy in this educational institution in the municipality of Rio de Janeiro. Data were collected through semi-structured interviews conducted between October 2021 and April 2022 and then subjected to thematic content analysis according to Bardin using ATLAS.ti.software. Regarding the quantitative aspect, descriptive statistics analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® by entering the variables recorded in the obstetric indicator book between May 2018 and June 2020 in Epi Info 7® software. Qualitative results described participants' perceptions of the Apice On project implementation, the nuances that permeated the obstetric nurse's insertion in the delivery room, and the understanding of the collaborative obstetric model in a teaching hospital. Some obstetric indicators clarified the alignment of professional practices regarding good obstetric and neonatal practices described in national and international guidelines. The correlation of the data allows us to draw the following conclusions: in the field of management training, the need to expand the flows of organizational communication about institutional policy guidelines, as well as the use of the indicators as a tool for evaluation and dissemination; in the field of training qualification, the importance of rescuing precepts of interprofessional education between medical residency programs in obstetrics and gynecology and obstetric nursing, as a way to achieve shared practice in obstetric and maternity care in the long run; in the field of care qualification, the relevance of considering the full role of the obstetric nurse as essential, both in monitoring pregnant women at normal risk, their professional scope, and in offering humanized care and the necessary vigilance to women at high gestational risk.

Keywords: Nurse Midwives; Hospitals, Teaching; Delivery Rooms; Maternal-Child Health Services; Health Policy.

OLIVEIRA, Thalita Rocha. **LA TRANSICIÓN DE LA INSERCIÓN DE ENFERMERAS OBSTÉTRICAS EN SALA DE PARTOS EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA COMO ESTRATEGIA DEL PROYECTO APICE ON PARA LA RENUNCIA DEL PARTO Y EL PARTO: UN ESTUDIO DE CASO.** Río de Janeiro, 2023. 341p. Tesis Doctoral en Ciencias del Cuidado en Salud, Escuela de Enfermería Aurora de Afonso Costa, Universidad Federal Fluminense, 2023.

RESUMEN

Desde hace cuatro décadas, el Ministerio de Salud del Brasil, si invierte en la formulación de proposiciones políticas que determinen avances en el cuidado de la salud de la mujer apoyadas en evidencias científicas. Recientemente, en 2017, puso en marcha el Proyecto de perfeccionamiento y Innovación en la Atención y enseñanza de la Obstetricia y Neonatología (*Apice On*). Se proponía cualificar y reconfigurar los procesos de atención, gestión y formación en obstetricia y neonatología en 97 Hospitales Universitarios del país, escenarios responsables en el desarrollo de los futuros profesionales de la salud. El objetivo de esta investigación es comprender la transición de la inserción de la enfermera obstétrica en la Sala de Partos del Proyecto *Apice On* en una Institución Federal de Enseñanza, Investigación y Asistencia, a través de la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis. Trata de un estudio de caso único, de tipo descriptivo, sostenido por el método mixto, a partir de Proyecto Concomitante Incorporado. En el ámbito cualitativo, participaron diez enfermeras obstétricas y ocho médicos obstetras y gestores involucrados en la implementación de esta política de salud en esta Institución de Enseñanza, ubicada en la ciudad de Rio de Janeiro. La recolección de datos se basó en la entrevista semiestructurada aplicada de octubre de 2021 a abril de 2022 y posteriormente sometida al análisis de contenido de Bardin, con el apoyo del software ATLAS.ti. Bajo el aspecto cuantitativo, las variables registradas en el libro de indicadores obstétricos para el período de mayo de 2018 a junio de 2020, fueron lanzadas en el software *Epi Info 7®* y sometidas a estadística descriptiva vía *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®*. Los resultados cualitativos describieron la percepción de los participantes sobre la trayectoria de implementación del proyecto *Apice On*, los matices que permearon la inserción de la enfermera obstétrica en la sala de partos y la comprensión del modelo colaborativo en obstetricia en un hospital de enseñanza. Algunos indicadores obstétricos han aclarado el alineamiento de las prácticas profesionales respecto de las buenas prácticas obstétricas y neonatales descritas en guías nacionales e internacionales. A partir de la correlación de los datos, se concluye que, en el ámbito de la cualificación de directivos, es necesario ampliar los flujos de comunicación organizativa sobre las directrices de la política institucional, así como utilizar indicadores como herramienta de evaluación y difusión; en el ámbito de la cualificación formativa, rescatar los preceptos de la formación interprofesional entre los programas de residencia médica en obstetricia y ginecología y de enfermería obstétrica como forma de hacer realidad a largo plazo la práctica colaborativa en obstetricia; y en el ámbito de la cualificación asistencial, considerar imprescindible el papel integral de la enfermera obstétrica, tanto en el seguimiento de las gestantes con riesgo normal, que es su ámbito profesional, como en ofrecer cuidados humanizados y la vigilancia necesaria a las mujeres con alto riesgo gestacional.

Palabras clave: Enfermeras Obstétrices; Hospitales de Enseñanza; Salas de Parto; Servicios de Salud Materno-Infantil; Política de Salud.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABENFO	Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica
APICEON	Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários
CAEO	Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPN	Centro de Parto Normal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EEAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EIP	Educação interprofissional
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
GEL	Grupo Estratégico Local
IFF/FIOCRUZ	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivo Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do desenvolvimento sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana em Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNH	Programa Nacional de Humanização
POA	Plano Operacional de Ação
PPGSCM	Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher
PQM	Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
REHUNA	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
RMM	Razão Mortalidade Materna
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SPSS

Statistical Program for the Social Sciences

SUS

Sistema Único de Saúde

UFF

Universidade Federal Fluminense

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais

UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro

WHO

World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas e produções selecionadas sobre o Projeto Apice On. SCIELO, LILACS, BEDENF, CAPES-CAFE, 2017-2022, f.33

Quadro 2 - Distribuição da bibliografia potencial de acordo com o ano, os autores, título e o local da publicação, f.33

Quadro 3 - Descrição do perfil da maternidade do IFF/Fiocruz nos últimos 7 anos, f.101

Quadro 4 - Composição dos profissionais da maternidade do IFF/Fiocruz, f.104

Quadro 5 - Unidades de registro emergentes das narrativas e as respectivas frequências de aparição das unidades de significação, f.113

Quadro 6 - Agrupamento das unidades de registro em Núcleos Temáticos, f.115

Quadro 7 - Núcleos temáticos para a elaboração das categorias, f.117

Quadro 8 - Caracterização dos participantes do estudo, f.125

Quadro 9 - Mixagem dos dados e produção de inferências entre os dados qualitativos e quantitativos, f.220

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características individuais e obstétricas de mulheres com idade gestacional ≥ 22 semanas submetidas a procedimentos obstétricos em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.209

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de partos em um hospital de ensino conforme o risco gestacional. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.210

Tabela 3 – Planilha de Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.210

Tabela 4 - Distribuição dos partos normais conforme a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.211

Tabela 5 - Profissional que assistiu o parto, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.211

Tabela 6 - Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas conforme a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020., f.211

Tabela 7 - Variáveis referentes às práticas recomendadas de cuidado no trabalho de parto e parto normal implementadas em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.212

Tabela 8 - Práticas recomendadas no nascimento por cirurgia cesariana em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.213

Tabela 9 - Prescrição de dieta líquida segundo a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.213

Tabela 10 - Método não farmacológico para alívio da dor segundo a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.214

Tabela 11 - Indicadores relacionados ao contato pele a pele entre recém-nascido e mães segundo tipo de parto, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.215

Tabela 12 - Indicadores relacionados a amamentação na 1^a hora segundo o tipo de parto, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.216

Tabela 13 - Indicadores relacionados ao clampeamento do cordão umbilical segundo o tipo de parto, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.217

Tabela 14 - Variáveis referentes às práticas não recomendadas no trabalho de parto e parto conforme grupo 1 e 3 de Robson em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.218

Tabela 15 - Indicadores relacionados à realização de episiotomia em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.218

Tabela 16- Indicadores relacionados ao momento de inserção do DIU com cobre em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020, f.218

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Índice de cesariana no país, f.43

Figura 1 - Diagrama representativo do processo de transição, f.90

Figura 2 - Diagrama processual do uso de método misto do tipo Projeto Incorporado Concomitante, com ênfase qualitativa, f.97

Figura 3- Fluxograma dos procedimentos básicos na implementação de um Projeto Incorporado, f.121

Fotografia I – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz, f.99

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 QUESTÕES NORTEADORAS	29
1.2 OBJETIVOS	30
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	30
2. REVISÃO DE LITERATURA	36
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CAMPO DO PARTO E NASCIMENTO: UM BREVE HISTÓRICO.....	37
2.1.1 O Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On).....	49
2.2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	57
2.3 TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA A PARTIR DA ESTRATÉGIA REDE CEGONHA	62
2.4 O HOSPITAL DE ENSINO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	66
2.5 O CUIDADO COMPARTILHADO NO CAMPO DO PARTO E NASCIMENTO....	71
2.6 OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO E INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES INSTITUCIONAIS.....	79
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	83
4. MÉTODO E TÉCNICAS	92
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	93
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	98
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	104
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	105
4.4.1 Etapa Qualitativa.....	105
4.4.2 Etapa Quantitativa.....	107
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	111
4.5.1 Etapa Qualitativa.....	111
4.5.2 Etapa Quantitativa.....	118
4.5.3 Etapa Mista: combinação dos dados.....	119
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	122
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	124
5.1 DADOS QUALITATIVOS.....	125
5.1.1 A maternidade do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.	127
5.1.2 A iniciativa: Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia (Apice On) em Hospital de Ensino.	132
5.1.2.1 O saber da equipe multiprofissional sobre o Projeto Apice On.....	132
5.1.2.2 Os caminhos percorridos durante a execução do Projeto Apice On.....	143
5.1.2.3 As estratégias definidas pelo Projeto Apice On para a sua execução.....	156

5.1.2.4 A inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto de Hospital de Ensino a partir do Projeto Apice On.....	165
5.1.2.5 As implicações do Projeto Apice On para a maternidade do IFF/Fiocruz.....	183
5.1.2.6 A qualificação profissional como aprimoramento da prática de cuidado segundo o Projeto Apice On.....	191
5.1.3 O modelo colaborativo em obstetrícia em Hospital de Ensino	197
5.2 DADOS QUANTITATIVOS.....	209
5.3 COMBINAÇÃO DOS DADOS POR INCORPORAÇÃO.....	219
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	231
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	274
8. REFERÊNCIAS.....	283
9. APÊNDICES	317
Apêndice A - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado	318
Apêndice B - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado.....	321
Apêndice C - Matriz de dados EPI INFO 7®.....	323
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	324
10. ANEXOS.....	328
Anexo A - Matriz de indicadores componente atenção do Projeto Apice On.....	329
Anexo B - Parecer Aprovação do CEP do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz....	337

I. INTRODUÇÃO

O modelo de atenção obstétrico com seu avanço técnico-científico estabelecido após a segunda Guerra Mundial é, tradicionalmente, conhecido pela legitimação do cuidado por meio de recursos tecnológicos e terapêuticos gerenciados pelo saber centrado no profissional médico. Nesse sentido, o poder masculino na ginecologia e na obstetrícia imperam nos procedimentos intervencionistas sobre o corpo feminino no âmbito hospitalar o que, por sua vez suprime com a autonomia da mulher sobre o próprio processo de parto e nascimento e o acesso aos seus direitos sexuais e reprodutivos (CHOURABI; CECHETTO; NJAINE, 2022; BACKES et al, 2021)

Desenha-se, então, um modelo de assistência obstétrica, com pouca adesão dos profissionais, em relação às boas práticas de assistência ao parto que, nesse modelo, reflete-se nos atuais índices elevados de cirurgias cesarianas de 39,6% em 1995, chegando a 57% em 2020 (BRASIL, 2020a), ficando em patamares distantes dos 5% a 15% do total de partos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BETRAN et al., 2021). O fato traz evidentes desdobramentos, tais como a razão da mortalidade materna que, em 2018, registrou 59,1 (BRASIL, 2020b), e em 2020 alcançou 74,9 óbitos para cada cem mil nascidos vivos (Observatório Obstétrico Brasileiro, 2020), meta distante daquela definida pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, que determina uma redução para 30 óbitos para cada cem mil nascidos vivos

Essa tendência não foi acompanhada por benefícios maternos ou perinatais significativos; pelo contrário, o aumento das taxas de cesáreas pode estar associado com o incremento da morbidade materna e perinatal, envolvendo riscos desnecessários para o binômio, já que mulheres submetidas àquele procedimento cirúrgico correm 3,5 vezes mais risco de morrer, possuem cinco vezes mais chances de contrair uma infecção puerperal, maior probabilidade de terem partos prematuros, além de resultarem em custos adicionais para os sistemas de saúde (BRASIL, 2017a; WHO, 2018a).

Assim, as crescentes taxas de partos cesáreos indicam um desafio para as políticas de saúde, pois o desenvolvimento da obstetrícia favoreceu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como uma doença e não como expressão de saúde, da fisiologia, dos aspectos emocionais, culturais e humanos, expondo mulheres e recém-nascidos a intervenções que deveriam ser

empregadas de maneira criteriosa (BRASIL, 2017a). Ou seja, a prática médica em alguma medida não acompanha o conhecimento científico acumulado e conquistado no mundo acadêmico (CHAVES, 2014).

Porém, ainda que de modo incipiente, a partir da redemocratização nacional começam a surgir questionamentos à interpretação médica vigente, centrada em questões de ordem física, ao modo fracionador e opressor do feminino diante do evento parto e nascimento. Grupos acadêmicos, grupos de movimentos feministas e representações governamentais, buscam novas reflexões na tentativa de resgatar a autonomia e a essência feminina, repensando as políticas voltadas à saúde da mulher e visando uma reorientação do modelo de atenção predominante.

Costa (2012) e Dias e Deslandes (2014) descrevem que, no início da década de 80, as instituições de saúde, a sociedade e os movimentos feministas mobilizavam-se para garantir o direito universal à saúde, através da Reforma Sanitária. Nesse contexto, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é formulado em 1983/84, tendo como núcleo o papel das mulheres como sujeitos de direitos e como eixo, a integralidade na orientação de seus objetivos e estratégias, tornando-se a primeira proposta oficial do Ministério da Saúde (MS) como referência para a humanização da assistência ao parto.

O citado Órgão Governamental tem evidenciado preocupação com este cenário obstétrico e, assim, vem formulando proposições e políticas que preencham as lacunas do modelo de atenção hospitalocêntrico e mediconcentrado, com vistas à mudança das condutas profissionais, como reflexo de amplas discussões sobre a medicalização do corpo feminino e o uso de práticas não recomendadas pela OMS.

E assim, caminhando nesse novo paradigma, o Ministério da Saúde implementa em 1996 o Projeto Maternidade Segura (BRASIL, 1996); em 2000, o Programa de Humanização do Pré Natal e do Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000) e em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001a), editando também a elaboração do Manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher” (BRASIL, 2001b), publicação cujo objetivo era disseminar conceitos e práticas de assistência ao parto entre profissionais de saúde, proporcionando a cada mulher o direito de cidadania de vivenciar a gestação e o parto, recebendo uma assistência humanizada e de qualidade. Finalmente, em 2004, surge

a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (BRASIL, 2004a) e a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b).

Outra estratégia decorrente deste percurso histórico para reafirmar e consolidar os programas de humanização, a partir da década de 90, foi o estímulo à inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto vaginal fisiológico, utilizando práticas baseadas em evidências científicas, a exemplo de alguns modelos europeus de assistência obstétrica. Assim, em 1998 foram assinadas duas Portarias, ambas do MS, que inseriram e regulamentaram a assistência por estas especialistas: a de n. 2815, de 29 de maio de 1998 e a de n. 163, de 22 de setembro de 1998 (BRASIL, 1998a; 1998b).

Portanto, há investimentos da OMS e do MS para a inclusão das enfermeiras obstétricas na assistência direta ao parto, a fim de enfrentar os altos índices de cesariana e mortalidade materna, entendendo que essa profissional atenderia às novas recomendações, implantando práticas baseadas em evidências científicas. Assim, a enfermeira obstétrica passou a ser reconhecida por estabelecer relações menos desiguais, possuir um conhecimento desmedicalizado, respeitar a fisiologia do parto e também a subjetividade e a autonomia da mulher, colocando em foco as relações entre profissionais e usuárias. Reflete-se o fortalecimento das enfermeiras obstétricas e das obstetras como profissionais importantes no processo assistencial, fortalecendo mudanças nas práticas obstétricas (BRASIL, 2017a; WHO, 2018b; CAMACHO; PROGIANTI, 2013; GOMES; SILVA, 2014; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Em seguida, vislumbrou-se a criação dos Centros de Parto Normal por meio da Portaria n. 985 de 5 de agosto de 1999 como caminho para a qualificação da atenção obstétrica no país. O referido documento governamental serviu como pré-requisito para o funcionamento dos CPN's, local com a garantia de assistência aos partos de risco habitual e pós-parto fisiológico, da admissão à alta por meio da atuação de enfermeiras obstétricas, o que possibilitou a significativa participação dessas profissionais em muitas maternidades que, até então, não contavam com suas presenças (MEDEIROS et al, 2016; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Por conseguinte, essa nova ideologia política favoreceu maior participação das mulheres, no desenho e avaliação dos Programas, liberdade de posições no parto, eliminação de práticas intervencionistas, a presença de acompanhante e o incentivo

aos Centros de Parto Normal (CPN) como cenários de atendimento, desde que constituídos por equipes multiprofissionais, com ênfase na valorização e inserção da enfermeira obstétrica (DINIZ, 2005; RATNER, 2009; GOMES; SILVA, 2014).

Em sua última política na área materno-infantil, na tentativa de melhorar a qualidade do atendimento à saúde da mulher, o MS divulgou a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituindo a Rede Cegonha no Brasil, que consiste numa rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro. Para isso, definiu o acolhimento da gestante com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; sua vinculação à unidade de referência ao parto, transporte seguro e boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011a). Tais estratégias acabaram por promover a implementação do novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto e nascimento e na organização da Rede de Atenção à Saúde Materna garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, com grande impacto na redução da mortalidade materna (BRASIL, 2013a).

Simultaneamente à execução da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde investiu na formação e redução do déficit estrutural das enfermeiras obstétricas através do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), parceria estabelecida entre MS e Ministério da Educação (MEC) no ano de 2012 por compreender que são profissionais alinhadas com as boas recomendações para a assistência obstétrica. Possui o objetivo de formar especialistas na modalidade residência para atuar no cuidado à saúde da mulher, no âmbito da saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério articulados com as políticas de saúde vigentes no SUS (PEREIRA et al, 2018; SILVA et al, 2020). A entidade governamental também investiu, a partir de 2014, nos cursos de aprimoramento para enfermeiras obstétricas, com intuito de ampliar a capacitação profissional a fim de fortalecer o modelo obstétrico humanizado no país (ZVEITER; PEREIRA, 2014). Incentivos que perpassam pela formação e capacitação das enfermeiras especialistas com impacto da sua prática de cuidado em mudanças dos cenários obstétricos.

Mas, apesar das inúmeras políticas públicas, com enfoque na atenção ao parto e nascimento, muitos profissionais e instituições ainda persistiam na replicação de

práticas desumanizadas, intervencionistas e sem evidências científicas, que se refletem na baixa qualidade da assistência obstétrica, conforme apresentado na pesquisa intitulada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela pesquisadora Maria do Carmo Leal, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizada em 2014.

No sumário executivo temático da pesquisa, Leal et al (2014a) apontam algumas recomendações a serem adotadas para reformar o modelo de atenção ao parto e nascimento: aos gestores, recomenda-se promover a educação permanente dos profissionais de saúde e ampliar a certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); aos *professionais*, utilizar as boas práticas obstétricas e neonatais; e às *Instituições de Pesquisa e Universidades*, reforçar o envolvimento e investimento dos hospitais de ensino na educação permanente, tendo em vista à formação de profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar e em equipe, aumentando a parceria e a colaboração.

Assim, considerando os apontamentos acima e entendendo a necessidade e a importância de uma efetiva iniciativa pública relacionada à formação e ao aprimoramento profissional, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), lança o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), em agosto de 2017, com a participação de 97 Hospitais de Ensino e o objetivo de melhorar a formação clínica e a gestão do cuidado em relação ao parto, nascimento e abortamento, utilizando um modelo baseado em evidências científicas, humanização, segurança e garantia dos direitos (LEAL, 2018).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) noticia, em sua página oficial, o apoio ao Projeto Apice On, que fortalece a Rede Cegonha por ser inovador e mudar o ensino através da prática, envolvendo professores, preceptores e responsáveis pela formação, segundo a Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO)¹.

O Projeto Apice On propõe, dentre outras medidas, a qualificação dos profissionais vinculados aos campos de atenção/cuidado ao parto e ao nascimento em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que

¹CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). “Cofen apoia o Projeto Apice On, que fortalece a Rede Cegonha”. Disponível em:
<http://www.cofen.gov.br/cofen-apoia-projeto-apice-on-que-fortalece-rede-cegonha_54332.html>. Acesso em: 20 ago. 2018.

atuem como unidade auxiliar de ensino no âmbito da Rede Cegonha, visando contribuir com a implementação e divulgação das práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, nos direitos e princípios da humanização, promovendo movimentos iniciais de mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a essas Instituições (BRASIL, 2017b).

Como resultados esperados, destacam-se, dentre outros, a redução das taxas de cesarianas, segundo a classificação de Robson, acolhimento e classificação de risco em obstetrícia implementados e partos normais de baixo risco, assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetizes (BRASIL, 2017b). Ademais, o avançar das décadas no desenvolvimento das políticas de saúde, demonstram a evidente e necessária inserção dessas profissionais na composição da equipe multidisciplinar que atua na atenção ao parto e nascimento, com a finalidade de difundir o uso das boas práticas recomendadas pela OMS e a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

A *praxis* da enfermeira obstétrica alinha-se à recomendação da *World Health Organization* (WHO, 2018b) ao promover experiências de parto positivas em um ambiente seguro, com apoio contínuo, assistidas por profissional com competências relacionais e técnicas adequadas que favorecem o parto fisiológico, condutas que contribuem para a nova Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030) ao garantir que mulheres e bebês não só sobrevivam às morbillidades do parto, mas também que o vivenciem em todo o seu potencial.

Enquanto enfermeira obstétrica desde 2008 e servidora federal, atuando de 2009 a 2014 em sala de parto de um hospital de Ensino da Rede Federal do Rio de Janeiro; a partir de 2014, como enfermeira obstétrica no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz e, atualmente, como co-gestora da Unidade de Produção (UP) Centro Cirúrgico Obstétrico tais evidências dos benefícios da presença da enfermeira obstétrica no parto e nascimento causam-me inquietação. Por meio de observações e da vivência, ao longo dos anos nestes cenários, percebi dificuldades para a formalização do exercício de um cuidado especializado e estruturado por estas profissionais, devido a um modelo hegemônico de assistência centrado na figura do médico e suas relações de poder, abrindo uma lacuna rumo ao trabalho interdisciplinar. À medida que também sou Coordenadora Adjunta do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica

do IFF/Fiocruz, para garantir um adequado processo de formação, o IFF/Fiocruz estabelece parcerias com as Maternidades e Centros Municipais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), para que as Residentes de Enfermagem estejam inseridas em campo prático de assistência em Enfermagem Obstétrica alinhado às recomendações nacionais. Isto acontece porque já está consolidada a atuação das enfermeiras obstétricas no Município do Rio de Janeiro, desde a década de 90 e por possuírem um perfil de clientela de gestantes de risco habitual, assim favorecendo o acompanhamento da gestação, parto e puerpério por essa profissional, que está legalmente capacitada e habilitada.

Ademais, em novembro de 2018, vivenciei a experiência de participar da 3^a turma do Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas com Enfoque no Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha- Ministério da Saúde/Projeto Apice On pela Universidade Federal Fluminense (CAEO/UFF). Através de metodologia de formação-intervenção-avaliação (SERAFIM; SOUZA, 2018), possibilitava às enfermeiras maior capacidade para intervenção nos modos de gerir e cuidar em saúde, oportunidade que surgiu a partir da inserção do IFF/Fiocruz no Projeto Apice On em março de 2018. Este curso potencializou a qualificação das enfermeiras obstétricas servidoras das instituições participantes nos processos de cuidado e gestão, com foco na atenção ao parto e nascimento e, assim, serem veículos disparadores da reconfiguração do modelo de atenção obstétrico em seus locais de trabalho.

Simultaneamente, a partir de 2018, a participação no Grupo de Pesquisas intitulado “Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança”, certificado pela UFF e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil, possibilitou-me repensar conceitos e práticas no campo obstétrico, emponderando-me, através da participação em eventos científicos, em atividades de educação em saúde e na construção desta tese, ampliando as discussões acerca do assunto.

Na prática diária da assistência à parturiente em hospitais de ensino, é possível observar resistência e posições conservadoras de muitos médicos obstetras, a respeito das evidências científicas na atenção perinatal, o que por sua vez determinam a permanência de condutas tecnocráticas e representam uma contrariedade do que se espera do ambiente acadêmico, que este seja o *locus* privilegiado para o avanço

do conhecimento e uso de melhores práticas. (RATTNER, 2009). Ademais, observa-se um certo “descrédito” na atuação profissional das enfermeiras obstétricas, ancorada em preceitos humanísticos, que implica em um redimensionamento de papéis e poderes na cena do parto, envolvendo o deslocamento da função principal (ou exclusiva) do obstetra para a enfermeira obstétrica. Esse movimento de transposição de sujeitos e cenários, gera disputas corporativas e de recursos tornando-se um campo de intensos conflitos. Além disso, pode levar à reflexão de que o trabalho em instituições hospitalares exige que seus profissionais sigam normas e rotinas, que podem não estar em consonância com as evidências científicas atuais, o que poderia ser um fator limitante à atuação da enfermagem obstétrica (DINIZ, 2005; SANFELICE et al, 2014).

Sem dúvida, ainda é um desafio ajustar profissionais e lógicas de serviço a respeito do princípio da integralidade em políticas para as mulheres, afinal, tanto universidades quanto instituições de saúde, formam seus profissionais fracionando o conhecimento e valorizando as subespecializações (COSTA, 2012).

Em contrapartida, o sucesso da atuação interdisciplinar na assistência ao parto foi constatado, em algumas pesquisas desenvolvidas por Medeiros et al (2016); Alvares et al (2018) e Oliveira et al (2019) em maternidades de hospitais de ensino, com atuação de enfermeiras obstétricas constatando-se resultados promissores no que tange às práticas demonstradamente úteis implementadas por estas profissionais. Sendo assim, o cuidado compartilhado, oferece subsídios para que gestores e profissionais de saúde avaliem a implantação desse modelo assistencial, a fim de definir estratégias que possibilitem a consolidação da humanização na atenção à mulher e ao recém-nascido.

Dias e Deslandes (2014) citam que alguns modelos de assistência, principalmente aqueles em vigor na Europa Ocidental, estão centrados nas necessidades das mulheres, com assistência às gestantes de baixo risco pela enfermeira obstétrica que lhes oferece melhor suporte emocional, cuidado mais efetivo e menos intervenções invasivas, sendo a presença do obstetra reservada aos casos de risco. Assim, esses modelos com atuação de enfermeiras obstétricas e obstetizes, possibilitam benefícios assistenciais às mulheres, sob seus cuidados e também experiências de nascimento positivas, redução de intervenções como episiotomia, anestesia peridural e partos instrumentais, constituindo-se em

importantes estratégias para a redução das taxas atuais de parto cesáreo (SANDALL et al, 2016; WHO, 2018a).

Entendendo que o Projeto Apice On como uma nova proposta do Ministério da Saúde para revitalizar e impulsionar o modelo humanizado de atenção obstétrica em Hospitais de Ensino, vale-se da qualificação, gestão e formação relativos ao parto e nascimento baseado em evidências científicas e ampliação da atuação de enfermeiras obstétricas no parto de risco habitual, delimitou-se como **objeto de estudo** *a transição da inserção da enfermeira obstétrica na Sala de Parto, a partir do Projeto Apice On em uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência.*

Nesse sentido, estabeleceu-se como pressuposto de tese: “A inserção de enfermeiras obstétricas em sala de parto de uma instituição de ensino a partir do projeto Apice On é um processo vivenciado ao longo do tempo e que nele perpassa o reconhecimento dos papéis de médicos obstetras e enfermeiras obstétricas, a vivência de desafios e avanços para atuação desta especialista como integrante de um modelo colaborativo, capaz de incrementar a implementação das boas práticas obstétricas a mulheres de risco habitual e alto risco, em uma instituição com perfil obstétrico diferenciado”.

1.1 QUESTÕES NORTEADORAS

Qual a percepção das enfermeiras obstétricas, médicos obstetras e gestores a respeito da transição da inserção em Sala de Parto das enfermeiras obstétricas em uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência a partir do Projeto Apice On?

Quais são os facilitadores e os obstáculos que permeiam a transição da inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto de risco habitual na maternidade de uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência que integra o Projeto Apice On?

1.2 OBJETIVOS

Geral:

- Compreender a transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto a partir do Projeto Apice On em uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência.

Específicos:

- Identificar como se deu a adesão da maternidade de uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência no Projeto Apice On;
- Descrever o processo de implantação das enfermeiras obstétricas na Sala de Parto da maternidade de um hospital Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência que integra o Projeto Apice On;
- Analisar a transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto de um hospital Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência, a partir da equipe de enfermeiras obstétricas e médicos obstetras que atua no campo do parto e nascimento;
- Mensurar os indicadores de qualidade do cuidado em obstetrícia e correlacionar com processo de transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto, após a participação da Instituição no Projeto Apice On, proporcionando sustentação teórica e o fortalecimento de ações institucionais.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Em 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou pesquisa de caráter nacional evidenciando que uma a cada quatro mulheres brasileiras relataram sofrer algum tipo de violência no parto. Já em 2014, a Pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela ENSP/FIOCRUZ, trouxe à tona para conhecimento de pesquisadores, profissionais de saúde e outros atores envolvidos com o parto e nascimento no Brasil, que tal acontecimento deveria ser perpassado por singularidades, especificidades, resgate do feminino e de autonomia. Todavia, esse evento ainda permanece impregnado por um excesso de intervenções médicas e farmacológicas, institucionalizadas, nos modelos de atenção predominantemente vigentes em nossa sociedade.

Leal et al (2014b) e Domingues et al (2014) apresentam em pesquisas realizadas, alguns dados da assistência obstétrica tradicional em serviços públicos e privados. No período de 2011 a 2012 a maioria das mulheres tiveram seus filhos por meio de cesarianas, correspondendo a 52% dos nascimentos no setor público e 88% no setor privado; menos de um terço do grupo de risco obstétrico habitual alimentou-se durante o trabalho de parto ou utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor; o uso de ocitocina e amniotomia ocorreu em cerca de 40% delas; 92% dos partos ocorreram em posição litotômica,

Recentemente, foram realizados estudos de avaliação da Rede Cegonha, os quais apontam que houveram melhores resultados para a oferta de boas práticas e redução das intervenções quando comparada ao estudo Nascer no Brasil de 2011 (LEAL et al, 2021), mas ainda permanecem baixos os percentuais de partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas, especialmente nas regiões centro-oeste e sul do Brasil (GAMA et al, 2021).

Este desenho obstétrico ainda aponta a necessidade de ampliação na incorporação de enfermeiras obstétricas em Sala de Parto, somando seu cuidado obstétrico junto à equipe médica, em atuação colaborativa, na medida em que sua *práxis* se alinha com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento (SOUSA et al, 2016). Nesse sentido, BRASIL (2017a) e a WHO (2018b) sinalizam a recomendação de que os gestores de saúde, as organizações e entidades de representação profissional e a esfera governamental desenvolvam esforços coletivos, visando proporcionar condições para a implementação de um modelo assistencial, que inclua enfermeiras obstétricas e obstetizes no cuidado obstétrico contínuo no pré-natal, parto e pós-natal, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e da maior satisfação das mulheres.

Conforme Sousa et al (2016), no Brasil muitas instituições aderiram ao trabalho integrado entre enfermeiras obstétricas e médicos na assistência ao parto, ratificando recomendações de políticas institucionais e públicas. Contudo, a eficiência e a eficácia deste modelo de atenção que dá ênfase a uma prática profissional multiprofissional ainda não são conhecidas de forma sistematizada. Ademais, muitas pesquisas sobre a assistência integral à saúde da mulher são produzidas, porém, ainda são poucas as que evidenciam o impacto provocado pela presença das enfermeiras obstétricas no campo do parto e nascimento (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013)

Assim, as reflexões sobre a mudança no modelo de cuidado obstétrico necessitam abranger os Hospitais de Ensino, cenários que apresentam um modelo de cuidado que exalta a hegemonia médica na configuração das relações interprofissionais, representam maior incorporação das práticas obstétricas não recomendadas, taxas elevadas de cesariana além do recomendável pela OMS e ínfima participação de enfermeiras obstétricas em atuação multidisciplinar (LOPES et al, 2019; MENDES; RATTNER, 2020; MENDES; RATTNER, 2021; OLIVEIRA et al, 2022).

Conforme o MS (2017b), ratifica-se a realização de pesquisas durante o desenvolvimento do Projeto Apice On, com o intuito de analisar o processo de implantação, desenvolvimento e resultados da estratégia de qualificação nos processos de atenção, gestão e formação relativas ao parto e ao nascimento. Logo, isso demandou maior aprofundamento teórico do processo político que foi vivenciado nesta instituição de ensino responsável pelo gerenciamento da plataforma de comunicação virtual, o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher e da Criança. Segundo o MS (2017b), essa plataforma possibilita a interação entre os participantes do Projeto Apice On, complementando as atividades presenciais de formação, acompanhamento e avaliação, sendo um importante recurso tecnológico para diminuir dificuldades e distâncias entre os encontros e potencializar a interação e o compartilhamento de experiências.

Ainda, Marques et al (2019) sinalizam que as estratégias de melhorias na atenção ao parto e nascimento como os mais recentes “Projeto Parto Adequado” uma parceria entre MS e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Projeto Apice On devem suscitar o monitoramento da implantação destes nas maternidades pelo Brasil, a fim de analisar os dados inéditos, que podem emergir, a partir da estruturação de novas práticas de cuidado às gestantes.

Em background, realizado no mês de maio de 2023, nas base de dados online Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Base de dados em Enfermagem (BDENF) via Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e base de dados Portal de Periódico CAPES-Via Café, foram utilizados os descritores “política de saúde”, “tocologia”, “hospitais de ensino”, “enfermagem obstétrica”, “sala de parto” e “serviços de saúde materno-infantil” consultados nos Descritores de Ciências em Saúde (DESC) e os critérios de

inclusão: artigos completos nos idiomas língua portuguesa, língua inglesa e língua espanhola publicados de agosto de 2017 a maio de 2023, recorte temporal definido, a partir da implementação do Projeto Apice On no cenário nacional. Ao aplicar o recurso de busca avançada, obtivemos o quantitativo de publicações relacionados no quadro abaixo.

Quadro 1: Estratégias de busca utilizadas e produções selecionadas sobre o Projeto Apice On. SCIELO, LILACS, BDENF, CAPES via CAFE, 2017-2022

Estratégias de busca	Bases de dados/Publicações				
	SCIELO	LILACS	BDENF	CAPES via CAFE	Achados
“Política de saúde” AND “Tocologia”	5	12	3	92	1
“Política de saúde” AND “Hospitais de Ensino”	19	14	-	76	2
“Política de saúde” AND “Enfermagem Obstétrica”	7	4	1	36	1
“Política de saúde” AND “Sala de Parto”	4	3	1	17	1
“Política de saúde” AND “Serviços de saúde materno-infantil”	7	33	13	41	0
Total	42	65	18	262	5

Fonte: elaborado pelo autor (2023)

Após análise de títulos, assuntos e resumos dos 387 artigos levantados na busca descrita acima, considerando os critérios de inclusão e excluídos os artigos duplicados foram identificadas quatro publicações que se relacionavam com a temática proposta para este trabalho.

Quadro 2: Distribuição da bibliografia potencial de acordo com o ano, os autores, título e o local da publicação.

Ano	Autores	Título	Local de publicação
2020	Yluska Myrna M. Brandão e Mendes; Daphne Rattner	Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice On: estudo de linha de base	Rev Saúde Pública. 54(23), 2020
2020	Clara Fróes de Oliveira Sanfelice; Cristiane Alves Tibúrcio; Juliana Virgínia Anastácio; Geiza Martins Barros	Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto Apice On: relato de experiência	Esc. Anna Nery. 24(2): e20190212, 2020

2021	Yluska Myrna M. Brandão e Mendes; Daphne Rattner	Cesarean sections in Brazil's teaching hospitals: an analysis using Robson Classification	Rev Panam Salud Publica. 45, e16, 2021.
2022	Maryelle Peres da Silva Santos; Beatriz Castro Souza Capelanes; Kátia Terezinha Alves Rezende; Mara Quaglio Chirelli	Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On	Ciência & Saúde Coletiva. 27(5):1793-1802, 2022

Fonte: elaborado pelo autor (2023)

Mendes e Rattner (2020) descrevem o perfil dos 97 hospitais de ensino participantes do Projeto Apice On; Sanfelice et al (2020) relatam as experiências práticas vivenciadas durante realização do Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO) do Projeto Apice On; Brandão e Rattner (2021) descrevem as cesáreas realizadas nos hospitais do projeto Apice On segundo a Classificação de Robson e Santos et al (2022) analisam os desafios da implantação e implementação deste projeto em hospital de ensino do Estado de São Paulo, sob a perspectiva da humanização da assistência obstétrica.

Logo, nenhum estudo abordou a inserção e atuação de enfermeiras obstétricas, na assistência a partos normais de risco habitual a partir de um dos resultados esperados pelo Projeto Apice On (Brasil, 2017b), o que por sua vez, justificou o desenvolvimento desta pesquisa e seu ineditismo ao apresentar a conjuntura de um modelo de transição institucional da assistência obstétrica, a partir do incentivo ministerial para atuação destas profissionais em sala de parto de Hospital de Ensino. Destaque, que até então, não havia sido contemplado em formulações políticas anteriores

Como contribuição desta investigação, destaco que o conhecimento, a descrição e a análise da implantação das enfermeiras obstétricas, na Maternidade do IFF/Fiocruz trazem à luz ações assistenciais e gerenciais vivenciadas, ao longo do projeto Apice On, e sugestiona potentes estratégias e articulações necessárias para um processo de transição de modelo de cuidado obstétrico, em hospital de ensino, cenário responsável pela formação das atitudes e práticas dos futuros profissionais que terão a rede de atenção, em saúde, como objeto de trabalho.

Pesquisa que pode servir de apoio e inspiração para as muitas maternidades existentes no país, principalmente, porque o IFF/Fiocruz, uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência, possui representatividade municipal, estadual e também nacional como referência assistencial do SUS e como um centro disparador

de políticas públicas, pois se constitui em órgão apoiador do Ministério da Saúde, no desenvolvimento, na coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, criança e adolescente, segundo Portaria n.4159, de 21 de dezembro 2010.

Um processo vivenciado com o projeto Apice On, que perpassou pelas esferas da assistência, formação e gestão, impactou em melhores resultados perinatais nesta instituição e, assim, contemplou a Subagenda Prioritária para Pesquisa em Saúde n. 8 (BRASIL, 2015a). Consta em seus subobjetivos o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas, que estudem a morbimortalidade associada à tecnologias utilizadas no parto e à efetividade da humanização da assistência ao parto e puerpério.

Para a academia e sociedade, este estudo buscou ampliar a proposta de divulgação do trabalho da enfermagem obstétrica, não somente no que tange à sua competência legal de acompanhamento de partos de risco habitual, mas também como importante componente da equipe multidisciplinar, com oferta de seu cuidado sensível e especializado a mulheres com alto risco gestacional, visto a necessidade de garantir segurança e qualidade da assistência obstétrica a este grupo de gestantes, que requerem acolhimento, resolutividade, vigilância e monitoramento de seu estado de saúde. Dessa maneira, através de uma prática interprofissional colaborativa, entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas, fundamentada na perspectiva da integralidade busca-se contemplar a complexidade e diversidade inerente à gestação e promover experiências humanizadoras, gratificantes e significativas de parto e nascimento para mulheres, pais e família, assistidos neste Hospital de Ensino, referência para mulheres de todo o Estado do Rio de Janeiro e, nacionalmente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CAMPO DO PARTO E NASCIMENTO: UM BREVE HISTÓRICO

A reprodução é incorporada em políticas específicas em saúde materno-infantil, a partir da segunda metade do século XX, associado ao cenário de avanço da industrialização nacional e da assistência médica, por meio da ampliação do complexo médico hospitalar. Desta forma, inicia-se um modelo tecnocrático, sustentado por práticas profissionais individualizadas, com uso de tecnologias curativas, centrado no profissional médico como condutor do processo e da tecnologia como superior ao corpo feminino, o qual era submetido a normas e rotinas rígidas sem considerar sua fisiológica evolução (MANDÚ, 2002; ROHDEN, 2006; FLOYD, 2001; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Consequentemente, a este paradigma do modelo tecnocrático de assistência, o parto durante o século XX deixou de ser um momento natural e fisiológico para ser um processo patológico, medicalizante e institucional. As condutas dos profissionais eram norteadas por tecnologias, intervenções, padronização de cuidados e resolutividade, numa compreensão da gestação e parto no seu aspecto mecanicista, reduzido no seu biologicismo sob a perspectiva de redução da morbimortalidade. Logo, a mulher deixou de ser o principal sujeito deste evento, passando, então, a ser subordinada e manipulável pelos “homens” que detinham o conhecimento científico.

Sob esta lógica, o parto e nascimento incorporaram esta linha de ações que não se respaldavam em boas práticas de cuidado à mulher e ao recém-nascido, com seu apogeu atingindo a década de 70. Porém, a partir da redemocratização nacional, no início dos anos 80, pesquisadores, profissionais atuantes na área da saúde da mulher e da criança, grupo de acadêmicos e a rede feminina de movimentos sociais, através de uma forte mobilização nacional opositora e questionadora da assistência médica prevalecente no Brasil, inicia caminhada rumo à nova forma de pensar e fazer saúde.

Tem-se de um lado a ciência vista como tecnologia a ser incorporada aos serviços para maior controle e previsibilidade do evento e, de outro lado, são acionados estudos científicos que contradizem esta visão e defendem que maior tecnologia não é similar à melhor assistência do parto, muitas destas intervenções praticadas indiscriminadamente (MENDONÇA, 2015).

Tornquist (2002) destaca que desde os primórdios, os movimentos pela mudança do modelo de atenção obstétrico têm buscado uma articulação com órgão

públicos ou vinculados à saúde coletiva. Este tipo de parceria proporcionou uma série de ações tanto no campo da saúde coletiva quanto no campo da saúde da mulher. Representa uma tendência dos movimentos sociais no Brasil, presente desde o período de redemocratização, no qual a interface com as políticas públicas tornou-se constante nas agendas.

No campo da Saúde Pública, Diniz (2005) cita que a crítica ao modelo tecnocrático se intensifica no Ano Internacional da Criança, em 1979, com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções e reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente e a elaboração da Carta de Fortaleza em 1985 resultante de Conferência entre a Organização Pan Americana em Saúde (OPAS) e escritórios regionais da OMS sobre tecnologia apropriada ao parto. Recomenda uma maior participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, liberdade de posições no parto, presença de acompanhantes, eliminação de práticas intervencionistas como enemas, tricotomias, amniotomias, abolição do uso de episiotomia de rotina e indução do parto.

Alinhado a estas novas recomendações, o Ministério da Saúde lança o primeiro manual em 1984, o PAISM: bases de Ações Programáticas elaborado por uma equipe multiprofissional do MS identificada com o movimento das mulheres e suas reivindicações. Assim, este manual procurava atuar em duas vertentes, quais sejam, expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integrais de saúde e identificar atividades chaves estabelecidas por critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência. Em suas diretrizes gerais previa-se a capacitação do sistema de saúde para o atendimento da população feminina, enfatizando ações no controle de doenças mais prevalentes, a exigência de uma nova postura profissional com foco no conceito de integralidade e a prática educativa permeando todas as atividades desenvolvidas favorecendo que a clientela se apropriasse dos conhecimentos necessários para o controle de sua saúde (OSIS, 1998).

Internacionalmente, movimento da OMS reunindo profissionais de diversos países realizou uma sequência de três conferências sobre o uso apropriado de tecnologias no parto, sendo uma delas, em 1985, na cidade de Fortaleza. Foi um “start” para a publicação de diversos manuais pela OMS e pelo Ministério da Saúde com destaque para incorporação das dimensões sociais e emocionais na atenção pré-natal e no parto e a proscrição das práticas obstétricas consideradas inadequadas,

não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto e até então de uso rotineiro, ressaltando a importância de garantir no momento do parto a integridade e privacidade da mulher (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Um passo seguinte nas consolidações de lutas pelos direitos sexuais e reprodutivos e humanização do parto temos a organização de um grupo de profissionais de saúde e também pesquisadores do assunto insatisfeitos com a prática obstétrica vigente. Carneiro (2015) cita a criação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) em 1993, que através da medicina baseada em evidências², criticavam as altas taxas de cesárea e um conjunto de procedimentos invasivos que se tornaram rotina de atendimento nos hospitais brasileiros.

No caminho da construção de Políticas que reforcem a necessidade de repensar a prática obstétrica de muitos profissionais a OMS em 1996 disponibiliza um guia prático de assistência ao parto normal que apresenta as melhores evidências disponíveis pró ou contra algumas práticas comuns instituídas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto com o objetivo de obter melhores resultados para mães e recém-nascidos e também para racionalizar padrões de trabalho em partos hospitalares (WHO, 1996). Este Guia Prático torna-se um marco histórico na oficialização e implementação de boas práticas de assistência ao parto para os defensores da humanização, na medida em que é formulado por conselheiros de Organismo Internacional e pautada em revisões sistemáticas.

Neste movimento de elaboração de políticas públicas, que reforçam práticas de cuidado às mulheres ancoradas em evidências científicas que geram bons resultados nos índices de morbimortalidade materno-infantil, em 1998 o MS incentiva a incorporação de enfermeiras obstétricas nas equipes hospitalares. Entendendo sua importante contribuição para redução do uso de intervenções e índices de cesarianas (VOGT; SILVA; DIAS, 2014), regulamenta a assistência ao parto por enfermeiras obstétricas no SUS através de duas portarias: a de n. 2815, de 29 de maio de 1998, incluindo os procedimentos para o parto normal sem distócia realizados por enfermeiras obstétricas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS); e a de n. 163, de 22 de setembro de 1998, que regulamentou a

² A medicina baseada em evidências se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica (LOPES, 2000)

assistência ao parto normal sem distócia, assistido por enfermeiras obstétricas no SUS (BRASIL, 1998a, 1998b).

Medida que reforça a atuação da enfermeira obstétrica no SUS foi a criação dos CPN's por meio da Portaria n. 985, de 05 de agosto de 1999, para atendimento das mulheres no ciclo gravídico puerperal. Pasche, Vilela e Martins (2010) e Silva et al (2022) citam que as estas profissionais são as responsáveis por todas as etapas de cuidado prestado às mulheres e seus bebês, investindo fortemente na mudança de modelo de atenção ao parto por meio de um cuidado humanizado que garante maior qualidade, satisfação das mulheres e redução das intervenções obstétricas.

Estas ações somam-se a medida ministerial que financiou 76 cursos de especialização em enfermagem obstétrica entre os anos de 1999 e 2004, possibilitando a formação de 1366 enfermeiras obstétricas em todo o país na tentativa de equalizar o déficit de profissionais existentes (LIMA et al, 2015; PEREIRA; NICÁCIO, 2014). A capacitação de enfermeiras obstétricas para a assistência materna e perinatal tornou-se ação prioritária das políticas públicas como um marco nacional (SENA et al, 2012).

Em 2000, através da Portaria n. 569 de 1º de junho é instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do SUS. O Programa executado pelas três esferas de governo tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS. Dentre seus princípios e diretrizes, consta a garantia à gestante o direito ao acompanhamento pré-natal adequado, saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; garantia de assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Uma parceria entre MS, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e ABENFO em 2001, possibilita elaboração do manual Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Esta publicação tem como objetivo disseminar conceitos e práticas de assistência ao parto entre profissionais de saúde proporcionando a cada mulher o direito de cidadania, o de vivenciar a gestação e o parto recebendo uma assistência humanizada e de qualidade. Para isto, o profissional deve estar sintonizado com novas propostas e

experiências, praticar a medicina baseada em evidências e reconhecer que gestação não é um processo predominantemente biológico e que a mulher é a condutora desta vivência (BRASIL, 2001b).

Em uma linha de reforço às ações e medidas já instituídas através de políticas anteriores que destacavam ações para a integralidade do cuidado obstétrico sustentado por evidências científicas, ainda era necessário atuar em alguns pontos que permaneciam comprometidos em sua implementação e que resgatavam os princípios e diretrizes do SUS, dentre eles: fragmentação do processo de trabalho e das relações interprofissionais; precária interação nas equipes; despreparo para lidar com a subjetividade dos atores envolvidos na assistência e na gestão; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; desrespeito aos direitos dos usuários; e modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, o MS implementa, em 2004, Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Para tanto, o PNH determina como prioridades para sua consolidação (1) redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; (2) informação a todo usuário do SUS sobre quem são os profissionais que cuidam da sua saúde e responsabilização dos serviços de saúde por sua referência territorial; (3) garantia, pelas unidades de saúde, de informações ao usuário, de acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e dos direitos do código dos usuários do SUS; e (4) garantia, aos trabalhadores e usuários, de gestão participativa nas unidades de saúde, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, a PNH contempla estratégias de integração inter-federativa, envolvimento das equipes de saúde na corresponsabilização para mudanças, foco na gestão, organização e qualificação dos processos de trabalho e o trabalho integrado em equipe multiprofissional como referência para o cuidado (SANTOS FILHO; SOUZA, 2022).

Em seguida, o MS, em 2004, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores

e estudosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional refletindo o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Considera ações com enfoque em gênero e em grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. Desta forma, este documento incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Traz também em pauta a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids, as portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004b).

No mesmo ano é aprovado pelo MS o Pacto nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em reconhecimento as altas taxas de Mortalidade Materna como violação dos Direitos Humanos, determinou ações estratégicas como garantia de que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços de saúde, reduzindo as peregrinações em busca de assistência; organizar o acesso, integrando os níveis de atenção; adequar a oferta de serviço de forma hierarquizada e regionalizada; qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal, ao abortamento inseguro; investir na qualificação de maternidades e hospitais que realizem partos e serviços de urgência às mulheres e recém-nascidos e instituir e apoiar ações de vigilância do óbito materno e infantil (BRASIL, 2004c)

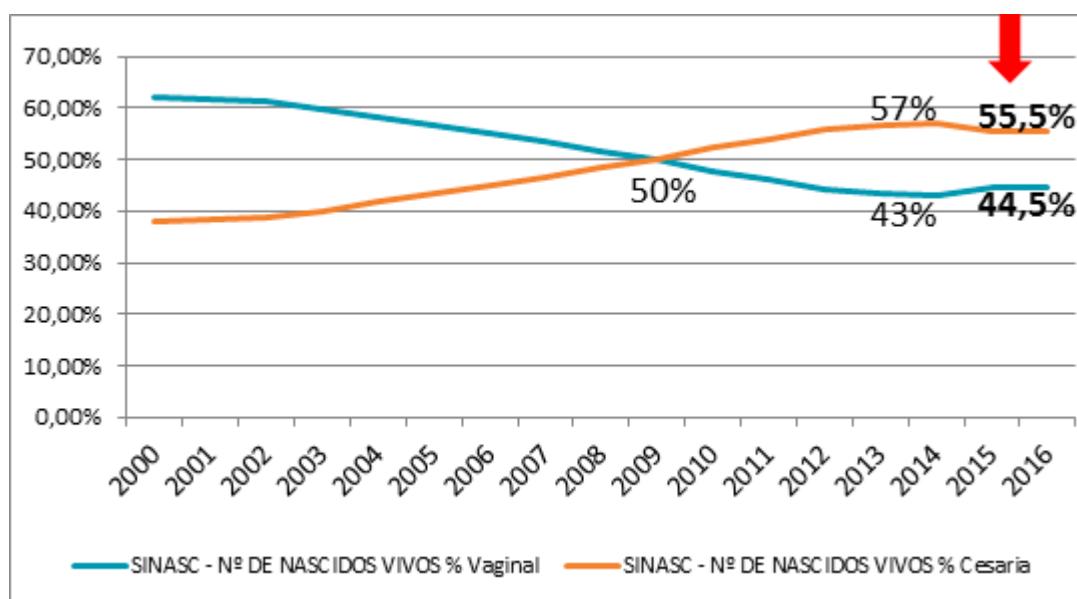
No avançar de políticas, leis e portarias que garantam direitos às mulheres no campo do parto e nascimento, em 2005 foi sancionada a Lei Federal 11.108 de 07 de abril que garante às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, nas unidades do SUS e Lei Federal 11.634 de 27 de dezembro de 2007 que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência.

Reforçando as ações governamentais no campo materno infantil com o objetivo de qualificar a atenção obstétrica e reduzir as desigualdades existentes nas taxas de mortalidade entre as regiões Norte e Nordeste, comparadas às outras regiões do país, foi lançado em 2009 o Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM). Por meio de um conjunto de ofertas

metodológicas e técnicas para promover mudanças na gestão e modelo de atenção ao parto e nascimento foram realizadas ações de qualificação da assistência obstétrica em 26 maternidades, as quais contavam com: oficinas; elaboração de planos estaduais, compostos por ações nos âmbitos da regulação de leitos obstétricos e neonatais; na vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao serviço onde se realizaria o parto e no direito a acompanhante de livre escolha da mulher na internação para o parto³. Segundo Gomes et al (2020), esta política pode ser compreendida como um antecedente da Rede Cegonha e representou uma estratégia para apoiar o processo de implementação e monitoramento das ações das maternidades participantes.

Inicia-se o século XXI com acesso à tecnologia e elaboração de normativas que garantem o parto e nascimento seguros e humanizados, por meio das melhores evidências científicas, com protagonismo feminino e integralidade do cuidado. Porém, estes avanços não refletiram na queda dos índices de cesariana, pelo contrário, evidenciam elevação conforme gráfico abaixo e se distanciam da recomendação da OMS, a qual cita que devem permanecer em torno de 10-15% (WHO, 2015).

Gráfico I: Índice de cesarianas no país



Fonte: Ministério da Saúde. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil>. Acesso em 09 outubro 2020.

³ <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-final-pqm/>

Para Charles et al (2015), os efeitos adversos da cesariana, como o aumento da morbidade severa e mortalidade, internação em UTI, uso de antibióticos, necessidade de transfusão, histerectomia e aumento no tempo de internação hospitalar, são evidentes e persistentes conforme apontam pesquisas. O incremento das taxas de cesariana, isoladamente, não resultou em efeito na redução da mortalidade perinatal, pelo contrário, este decréscimo pode ser explicado pela melhoria do cuidado pré-natal, ao uso de corticosteroides para maturidade pulmonar, melhorias no cuidado intensivo ao recém-nascido.

As elevadas taxas de cirurgias cesarianas trazem não somente repercussões maternas na razão de morbimortalidade, mas também fetais. A grande maioria das cirurgias acontecem sem uma indicação precisa, com ausência de mecanismos fisiológicos de adaptação ao nascimento implicando risco para o recém-nascido, com desfechos desfavoráveis representados em altas taxas de prematuridade associados a distúrbios respiratórios (CHAVES, 2014).

Ademais, outro aspecto de destaque e de pouca reflexão no campo das pesquisas se apresentou no estudo de Entringer, Pinto e Gomes (2019) sobre a análise de custo direto, as quais contribuem para a organização e gestão dos serviços de saúde e fundamentais para o desenvolvimento de políticas de saúde. Sua pesquisa comparou parto vaginal e cesariana eletiva sem indicação clínica em gestantes de risco habitual em três maternidades da região Sudeste. Sendo assim, a análise evidenciou que o procedimento cesariana possui um custo 38% superior ao do parto vaginal e que o principal direcionador destes custos foi o fator recursos humanos e, para o custo total considerando procedimento e permanência em alojamento conjunto, esse custo permanece maior para a cesariana, uma vez que este procedimento demanda um maior período de internação.

Os objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), findado em 2015, tinham em seu quinto objetivo reduzir em 70% a razão da mortalidade materna (RMM) no período de 1990 a 2015, porém o Brasil não atingiu esta meta, ficando em patamares de 50%. Em 2015, na Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável é formalizado os ODS, tendo como um dos objetivos reduzir a taxa de mortalidade materna global em 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030, sendo este um dos ODS norteadores das políticas nacionais e internacionais (BRASIL, 2018).

A RMM em 1994 era de 135,8 por 100 mil nascidos vivos e, em 1998, houve redução para 110,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A partir daí, houve queda acentuada até 2001 e após esse período a razão se mantém estável oscilando entre 75 e 80 até 2008. De 2009 em diante passa a oscilar no patamar entre 60 e 70, apresentando em 2016 a RMM de 64 mortes por 100 mil nascidos vivos e em 2019 55,3 mortes por 100 mil nascidos vivos. Com o cenário de pandemia e as desigualdades na oferta de atendimento e tratamento nas diversas regiões do país, registou-se em 2020 71,2 mortes maternas e em 2021 107,53 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o que representou um grave retrocesso. (BRASIL, 2019; UNFPA, 2022).

Os dados apresentados indicam o fenômeno definido como *paradoxo perinatal*. Diniz (2009) o descreve como aquele se caracteriza pela crescente oferta de recursos tecnológicos nos últimos anos para melhoria do cuidado em saúde, porém seu uso inapropriado não necessariamente beneficia os indivíduos e sociedade, visto os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Pasche, Vilela e Martins (2010) elucidam que este fato ocorre pelo fato de a maioria dos partos serem institucionalizados, com exceção de algumas regiões do Norte e Nordeste, sendo realizados por profissionais habilitados constituindo-se na maioria de médicos. Quanto maior o acesso à tecnologia, insumos e equipamentos médicos hospitalares, maior a presença de profissionais de saúde e regulamentações que não garantem a reversão das taxas citadas acima.

Neste contexto, Mendonça (2015) cita que, por um lado a ciência é vista como tecnologia a ser incorporada a serviço do controle e previsibilidade do evento, por outro são acionados estudos científicos que contradizem esta visão, ou seja, maior tecnologia não significa melhor assistência ao parto, onde muitas destas intervenções são praticadas indiscriminadamente.

Desta forma, apesar dos constatados avanços na assistência ao parto e nascimento ancorados por evidências científicas, associado por iniciativas ministeriais segundo portarias, normas e manuais, ainda persistem elevadas taxas de cesariana e a razão de morbimortalidade materna, com baixa adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, configurando-se como um desafio para a gestão pública. Logo a produção de documentos, seminários, campanhas, ou seja,

esta trajetória do MS tornou-se fundamental para a consolidação de políticas até a mais recente, Rede Cegonha (LEAL et al, 2019).

Considerando como insatisfatória a qualidade da atenção pré-natal, apesar da sua ampla cobertura; uma rede de serviços de apoio diagnóstico de exames de pré-natal que não atende completamente as necessidades dos municípios; uma fragmentação na organização da rede de serviços que garanta à mulher a referência e vinculação em uma maternidade; práticas de atenção e gestão à saúde conservadoras marcadas por intensa medicalização e intervenções desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, sem evidências científicas, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do MS que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

Para isto, define-se como objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e assim, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

No seu componente, parto e nascimento, a Rede Cegonha considera itens importantes a serem contemplados como práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, referenciadas no documento da OMS, de 1996 "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", ambiência das maternidades, garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal e o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2011a).

Brasil (2011b) cita que para estimular a adoção de boas práticas no parto e nascimento, a Rede Cegonha institui novo dispositivo de atenção à saúde materno-infantil, quais sejam, as casas da gestante, bebê e puérpera como unidades de cuidado Peri-Hospitalares e os CPN Peri e Intra Hospitalares redefinidos pela Portaria n. 11, de 7 de janeiro de 2015b. São unidades de atenção ao parto e nascimento da

maternidade/hospital, geridas por enfermeiras obstetras que realizam o atendimento humanizado, exclusivamente ao parto normal sem distócia, e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher, ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

A Rede Cegonha, em seu componente parto e nascimento, priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiras obstétricas, na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante e também a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde (BRASIL, 2011b).

Portanto, a partir dos propósitos da Rede Cegonha, procurava-se superar o modelo tecnocrático e seu impacto negativo nos resultados obstétricos e neonatais. Isto, por meio da identificação de questões centrais da assistência obstétrica como acesso aos serviços, a peregrinação de gestantes, a articulação entre pré-natal e maternidades, a identificação e manejo de situações de risco e a qualidade da atenção (GOMES et al, 2020).

No âmbito do Município do Rio de Janeiro, criou-se em março de 2011 o Programa Cegonha Carioca, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como uma estratégia para organização e qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento. Visava humanizar o atendimento nas urgências e emergências das maternidades do município, qualificar o processo de trabalho nos setores de emergência, instituir a classificação de risco mediante protocolo, contribuir para o atendimento oportuno e efetivo das pacientes, melhorar a rede de referência e contrarreferência, articulando a atenção básica e a hospitalar. Posteriormente, esta medida foi incorporada às diretrizes da Rede Cegonha (SÉ; PROGIANTI; PEREIRA, 2016; MAIA et al, 2019; LEAL et al, 2019)

Medida governamental para o fortalecimento das ações institucionais baseadas nas boas práticas de assistência ao parto e nascimento foi a publicação da portaria n. 1153 de 22 de maio de 2014, a qual redefine os critérios de habilitação da IHAC. Determina que os Hospitais Amigos da Criança, além de atenderem estratégias que garantam a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no âmbito do SUS, também devem desenvolver ações articuladas com a Atenção Básica, de modo a

informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento. Assim, a partir desta portaria, para os estabelecimentos de saúde serem habilitados como IHAC, elas deverão atender aos seguintes critérios: cumprir os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, cumprir a norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 horas por dia e livre acesso a ambos, cumprir o critério global Cuidado Amigo da mulher, que abrange dentre outras ações garantia à mulher a um acompanhante de sua escolha, oferta durante o trabalho de parto de líquidos leves, estímulo à deambulação, ambiente acolhedor e com privacidade, disponibilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor, ou seja, todas as boas práticas para assistência ao parto normal recomendadas pela OMS.

Nota-se mais uma ação governamental para fortalecer a inclusão das boas práticas de assistência ao parto e nascimento, considerado na portaria acima como Cuidado Amigo da Mulher.

Apesar do grande caminhar nas políticas públicas sobre atenção ao parto e nascimento, muitos profissionais e instituições persistem na replicação de práticas desumanizadas, intervencionistas e sem evidências científicas conforme apresentado em pesquisa realizada pela ENSP/Fiocruz: Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (LEAL et al, 2014a).

Observamos que a implantação da Rede Cegonha tem gerado mudanças efetivas nas instituições e profissionais envolvidos com a atenção obstétrica, na medida em que devem se adequar as propostas definidas a fim de serem credenciadas pelo Ministério da Saúde. E, conforme Leal (2018) em 2017, iniciou-se uma avaliação dessa iniciativa, pelas instituições acadêmicas Universidade Federal do Maranhão e Fiocruz, mostrando resultados promissores, com uma maior frequência de boas práticas e redução de intervenções desnecessárias, as quais foram retratadas na Edição Temática volume 26, n.3 do ano de 2021 da Revista Ciência e Saúde Coletiva “Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento: o papel da Rede Cegonha”.

2.1.1 O Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On)

O MS, em 2015, solicitou a realização de pesquisa específica nos hospitais de ensino vinculados à Rede Cegonha, a fim de avaliar a qualidade da assistência obstétrica nestas instituições, por compreender a importância da formação profissional vinculada a estes hospitais para a mudança do modelo de cuidado ao parto e nascimento e que toda dedicação para viabilizar esta mudança deveriam estar concentradas neste grupo de instituições. Constatou-se que as práticas de atenção ao parto e nascimento em hospitais responsáveis pela formação superior em obstetrícia ainda representam baixa incorporação das boas práticas baseadas em evidências científicas (VILELA, 2017).

Associou-se a este contexto, o retrato nacional da assistência obstétrica em instituições públicas e privadas apresentado pela pesquisa Nascer no Brasil desenvolvida pela Fiocruz em 2014. Nesse sentido, o MS, na luta para ratificar políticas que representam as mais atuais práticas baseadas em evidências e sua capilarização a todos os profissionais da ponta, lança em agosto de 2017 em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitários (ABRAHUE), Ministério da Educação e Cultura (MEC), IFF/Fiocruz e a UFMG como instituição executora, o Projeto Apice On.

Este Projeto visava à implantação de melhoria das práticas nas áreas da atenção obstétrica e neonatal em 97 hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. Preconizava a realização de ações de qualificação nas áreas de atenção ao parto, nascimento e abortamento, saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual. A ampliação da integração entre ensino e serviço de saúde se deu pela qualificação das práticas de cuidado e formação profissional, com foco na reorientação do modelo de atenção com práticas baseadas em evidências científicas⁴⁻⁵.

⁴ Fonte: <http://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/projeto-com-a-parceria-da-ebserh-ira-qualificar-a-atencao-obstetrica-e-neonatal>. Acesso em: 10 out. 2020

⁵ Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/ministerio-da-saude-lanca-projeto-de-qualificacao-do-ensino-em-obstetricia-e-neonatologia>. Acesso em: 10 out. 2020

Pasche (2020) cita que o Projeto Apice On foi um dos exemplos mais completos da ação da Rede Cegonha no campo da formação, pois se constituiu em importante agenda de mudanças na formação de profissionais de saúde ao apoiar instituições formadoras nas transformações da prática, as quais impactam em novas possibilidades de se formar e atuar em saúde obstétrica e neonatal.

Esta iniciativa foi constituída por uma rede de hospitais com atividades de ensino em todo o território nacional e teve como objetivo disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão, junto a estas instituições que se apresentam como espaços definidores dos modos de aprendizagem de práticas e a incorporação de modelos assistenciais (BRASIL, 2017b). Por isto, constituem-se em espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, especialmente na modalidade residência.

Possuía como objetivos específicos (BRASIL, 2017b):

- Qualificar o ensino e o exercício da obstetrícia e neonatologia, com base nas melhores evidências científicas, segurança e garantia de direitos;
- Promover a incorporação das Diretrizes Nacionais para o Parto Normal e as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana do MS;
- Fortalecer as ações de saúde sexual e reprodutiva com oferta de anticoncepção pós-parto e pós-abortamento;
- Implementar atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual;
- Implementar atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e aborto legal;
- Fomentar a articulação entre a gestão local do SUS e os hospitais com atividade de ensino, a fim de fortalecer a atuação em rede e a sustentabilidade das estratégias implementadas;
- Estimular o desenvolvimento de pesquisas de inovação relativas aos cuidados na atenção ao parto, nascimento e abortamento, saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual.

O desenvolvimento deste Projeto estabeleceu-se pela estratégia apoio institucional, a mesma utilizada pelo Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) e pela Rede Cegonha. Segundo

entrevista de Leal e Dias concedida a Bonan, Nakano e Teixeira (2019) estes citam que através do dispositivo do “apoio institucional”, um arranjo técnico político fundamental para a implementação da Rede Cegonha, estruturada por meio de diversas ações como recrutamento e treinamento dos apoiadores de serviço, elaboração de projetos com as maternidades para a implementação de boas práticas, projetos e financiamento de cursos de enfermagem obstétrica e de residência em enfermagem obstétrica para formação destas profissionais para mudança de estrutura.

Assim, no Projeto Apice On existia uma equipe de supervisores constituída por seis profissionais distribuídos nas regiões geográficas do país, sendo dois na região Sudeste, por esta ter o maior número de instituições participantes. Este supervisor era uma referência técnico-política para articulação e desenvolvimento das ações do projeto, em atuação conjunta e de suporte a um grupo de mediadores, apoiando-os no acompanhamento e nos movimentos de mudança deflagrados pelos coletivos dos hospitais. O mediador também era uma referência técnico-política para articulação e desenvolvimento das ações, junto ao Grupo Estratégico Local (GEL), equipes dos serviços dos hospitais. Sua atuação consistia no apoio à construção de alinhamentos conceituais e metodológicos, disparando com o GEL análises situacionais, diagnósticos e planos de ação e acompanhamento avaliativo. O GEL era constituído pelas seguintes representações: 2 representantes da coordenação de obstetrícia (médico e enfermeiro); 2 representantes da coordenação de neonatologia (médico e enfermeiro); 1 representante da coordenação de ensino e pesquisa; 1 supervisor do programa de residência médica, em Ginecologia e Obstetrícia; 1 coordenador do Programa de Residência, em Enfermagem Obstétrica, se houver; 1 representante indicado pela gestão do hospital para coordenar o desenvolvimento das ações do projeto e 1 representante da gestão local do SUS, compondo um grupo de 9 membros responsáveis diretos pela condução das ações locais e pela interlocução com as instâncias parceiras (MS e UFMG) (BRASIL, 2017b).

Uma plataforma de comunicação virtual, hospedada no Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/Fiocruz foi utilizada como importante recurso tecnológico e possibilitou a interação entre os participantes do Projeto Apice On de maneira complementar as atividades presenciais de formação, acompanhamento e avaliação.

A plataforma possui um ambiente público para compartilhamento de textos, notícias e dados sobre o andamento do projeto, e um ambiente privado, para uso dos GEL's na realização de videoconferências, ações de planejamento, monitoramento e avaliação, possibilitando também a integração entre equipes e os serviços⁶.

Dos resultados esperados do Projeto Apice On, em seus 3 componentes (BRASIL, 2017b), destacam-se:

No campo de qualificação Atenção

- Acompanhamento e redução das taxas de cesariana segundo a classificação de Robson, especialmente nos grupos 1 e 4⁷;
- Partos normais de baixo risco assistidas por enfermeiras obstétricas ou obstetritz;
- Implantação de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia;
- Acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, parto e puerpério;
- Parturientes com dieta livre, acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor incentivo à deambulação e partos em posição não litotômica;
- Abolição de práticas rotineiras como venoclise no trabalho de parto, amniotomia, ocitocina no 1º e 2º estágios do parto, episiotomia, aspiração de vias aéreas e gástrica do recém-nascido;
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical, além de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida garantidos;
- Utilização de aspiração manual intra-uterina (AMIU) pós-abortamento;
- Oferta de inserção imediata de DIU com Cobre no pós-parto e pós-aborto;
- Serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual.

⁶Fonte:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/projeto-apice-on-traz-inovacoes-para-os-campos-da-obstetricia-e-neonatologia>. Acesso em: 30 abr. 2021.

⁷ Escala de Robson: instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. Esse sistema classifica todas gestantes em um dentre 10 grupos que são mutualmente exclusivos e totalmente inclusivos. Os grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades: paridade, início do parto, apresentação fetal, idade gestacional, número de fetos. Fonte: Declaração da OMS sobre taxas cesáreas, 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas#:~:text=No%20documento%2C%20a%20OMS%20lembra,revis%C3%A3o%20dessa%20taxa%20considerada%20ideal>. Acesso em: 15 jul. 2021.

No campo de qualificação Ensino:

- Princípio da privacidade e confiabilidade dos direitos sexuais e reprodutivos, da autonomia e protagonismo das mulheres, descritos nos documentos orientadores dos programas de ensino do hospital;
- Estratégias educacionais elaboradas e divulgadas que possibilitem o aprendizado colaborativo entre grupos de estudantes numa equipe multidisciplinar;
- Boas práticas de atenção ao parto/nascimento e ao abortamento presentes nos conteúdos dos programas de ensino do hospital;
- Articulação entre atenção, ensino e trabalho integrado entre as equipes multiprofissionais;
- Pesquisas sobre inovações no ensino e no cuidado ao binômio mãe e bebê.

No campo da qualificação da Gestão:

- Estratégias de gestão compartilhada e de espaços de escuta das usuárias (os), familiares e acompanhantes.

Para que fosse instituído como resultado do Projeto Apice On, a atuação de enfermeiras obstétricas em partos de risco habitual, estruturou-se a partir de processos de formação-intervenção, pelo MS em parceria com a Escola de Enfermagem da UFMG e a Escola de Enfermagem da UFF, o Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO) (ALVES et al, 2020) e oferecido às enfermeiras obstétricas constituintes do quadro de funcionários das instituições participantes, indicadas pela gestão de cada serviço.

O CAEO teve como objetivo trabalhar na qualificação de enfermeiras obstétricas nos processos de cuidado e gestão com foco na atenção ao parto e nascimento. A estrutura do curso permitiu a atualização de conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes da enfermeira obstétricas para assistência ao parto e nascimento nos hospitais, maternidades e centros de partos normal aderidos ao projeto Apice On. O curso estruturou-se considerando uma carga horária de 132 horas/aula, em 14 dias, divididas entre atividades práticas e teórico-práticas. Foram previstas atividades de introdução a instrumentos de diagnóstico e planejamento e

Plano Operacional de Ação (POA) com visitas a hospitais como campo de prática, oficinas e rodas de conversa e atividades de avaliação. Assim, considerava-se o CAEO como um dispositivo para impulsionar mudanças no modelo de assistência ao parto e nascimento no país⁸.

Segundo Santos Filho e Souza (2020) a principal finalidade da formação-intervenção, uma estratégia pedagógica, é ampliar a rede de sujeitos aptos a intervir nos modos de gerir e cuidar através de uma qualificação para interferência na organização e gestão dos processos de trabalho, além de superar abordagens educativas centradas na transmissão de conhecimentos e desconectadas dos saberes advindos das experiências. Desta forma, este método investe numa formação que problematiza novos modos de cuidado e de gestão do trabalho, colocando em análise os modos tradicionais de trabalho e de gestão, discutindo aspectos envolvidos na segmentação da prática.

Depreende-se que a formação não se resume apenas na transmissão de conhecimento de forma unilateral, mas também no compartilhamento de experiências e vivências no ambiente de trabalho e as reflexões suscitadas destes encontros coletivos. Análises que perpassam pelos desafios, potencialidades e estratégias da enfermeira obstétrica como qualificadora do cuidado obstétrico e neonatal.

Operar com transversalidade na qualificação do enfermeiro para a inserção na atenção ao parto é trazer para a cena formativa os elementos que se cruzam na arena do trabalho, abrindo discussões que passam pelo preparo técnico, mas também pelas tradicionais relações de saberes e poderes que interferem na (não) aceitação-inclusão efetiva desse profissional na ótica do trabalho em equipe e, por outro lado, pela análise das macroforças que convergem para manutenção do modelo hegemônico de atenção e gestão (SOUZA FILHO; SOUZA, 2020, p. 81).

No decorrer do Projeto, foi lançado em 12 de abril de 2019, em comemoração ao dia da Enfermagem Obstétrica, o “CADERNO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: qualificação para o trabalho em equipe no cuidado ao parto e nascimento”, produzido pela Escola de Enfermagem da UFMG. Este material representa um dispositivo para impulsionar ações de mudanças na assistência ao parto e nascimento a partir das enfermeiras obstétricas, profissionais comprometidas com a criação de experiências de parto transformadoras

⁸ Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/aprimorandas>. Acesso em: 30 abr. 2021.

para as mulheres e suas famílias através de um cuidado que respeita a autonomia e o protagonismo das mulheres e que acredita no seu potencial fisiológico de parir⁹.

O Projeto Apice On também contou com a elaboração de dois Seminários, a saber: o primeiro, relacionado ao cumprimento e finalização da segunda etapa do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica (CAEO/MS/UFF/UFMG) e o segundo, como parte do processo de participação de cada Instituição no Projeto, onde foram apresentados os diagnósticos levantados através do POA, as estratégias implementadas, bem como os resultados alcançados.

No primeiro seminário, organizado pelas 13 enfermeiras obstétricas aprimorandas das três instituições participantes do Projeto Apice On localizadas no Estado do Rio de Janeiro, quais sejam, a Maternidade Mariana Bulhões, a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Maternidade do IFF/Fiocruz, aconteceu, no dia 15 de abril de 2019, no Fórum de Ciência e Cultura da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Nos dias 16 e 17 do mesmo mês foram realizadas visitas técnicas pelas mediadoras regionais nas maternidades participantes e reuniões com o GEL para compreender as especificidades de cada cenário e assim contribuir para melhoria da assistência obstétrica e neonatal destes serviços¹⁰.

No primeiro dia do seminário, foi apresentado as articulações do Projeto Apice On com as políticas públicas de saúde; a importância da formação-intervenção na reorientação do modelo de atenção obstétrico; as estratégias de gestão e os desafios para consolidação da enfermagem obstétrica no campo do parto e nascimento; o reflexo das boas práticas perinatais multidisciplinares nas instituições participantes (OLIVEIRA et al, 2019).

O segundo seminário foi realizado em cada hospital, no caso do IFF/Fiocruz em 24 de setembro de 2019, com a presença da supervisora da macrorregião Sudeste I, participação da direção da unidade, dos integrantes do GEL, dos gestores das Áreas de Atenção a Gestante, dos residentes da equipe multiprofissional, especialmente, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Residência Médica

⁹ Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/lancamento-do-caderno-do-curso-de-aprimoramento-em-enfermagem-obstetrica>. Acesso em: 30 abr. 2021.

¹⁰ Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/curso-de-aprimoramento-realiza-seminario-no-rio-de-janeiro>. Acesso em: 30 abr. 2021.

em Neonatologia e Residência de Enfermagem Obstétrica e profissionais de saúde, servidores da maternidade da instituição.

O seminário foi aberto através Palestra Magna proferida pela Professora Maria Auxiliadora Gomes sobre o Portal de Boas Práticas, como instrumento de capacitação profissional e uma possibilidade permanente de formação para os Grupos Estratégicos Locais (GEL). Além disso, foram apresentados e discutidos os indicadores de saúde perinatal da obstetrícia pelo Dr. José Paulo Pereira Jr. e da neonatologia pela Dra. Pércide Verônica da Silva Cunha. Foram apresentados também os avanços e desafios da implantação do Projeto ApiceOn no IFF/Fiocruz pelas Enfermeiras Obstétricas Luciana Bueno Fillies e Aricelle Ferreira dos Santos. No período da tarde, o convidado Dr. João Batista do Hospital Sofia Feldman contribuiu com a discussão sobre a condutas atualizadas em Hemorragia Pós-Parto¹¹.

De acordo com o cronograma de execução do Projeto, estava previsto para agosto de 2020 a mostra de experiências, avaliação, pesquisa e apresentação dos resultados do Projeto Apice On, pelas instituições participantes em todo o Brasil. Porém o mesmo ocorreu no mês de junho de 2020, num encontro virtual, devido ao contexto de pandemia pelo COVID-19. Foi marcado pela presença de todas as representações das instituições participantes a nível nacional, mediadores locais, supervisores e pela Prof. Dra. Kleyde Ventura de Souza, representando a UFMG e Dra. Sonia Leviori, supervisora da macrorregião Sudeste I. Neste encontro, foram apresentadas as ações desenvolvidas, a partir do diagnóstico traçado pelo POA de cada unidade, participante do projeto Apice On, considerando os quatros pilares: parto e nascimento, situação de violência sexual, situação de abortamento e planejamento reprodutivo; bem como, os resultados alcançados com a participação de cada Instituição considerando os desafios vivenciados no decorrer desta experiência para atingir as metas estabelecidas através do POA.

¹¹ Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/ii-seminario-Apice-On-do-instituto-fernandes-figueira>. Acesso em: 30 abr. 2021.

2.2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Município do Rio de Janeiro, sede do Hospital de Ensino, caso desta pesquisa, apresenta importante e singular história de construção e consolidação da enfermagem obstétrica desde o final da década de 1980, atravessada por muitos atores em cena até os dias atuais, em seus mais diferentes contextos de trabalho na saúde materno-infantil, desde o campo da assistência à gestão, bem como aqueles que compõem este cenário de investigação. Fez-se necessário um breve resgate histórico para melhor compreensão do processo de implantação de enfermeiras obstétricas em maternidade de Hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência, a partir do Projeto Apice On, objeto de estudo desta pesquisa.

Considerando o contexto político de democratização nacional e participação social refletidos na Reforma Sanitária, representa o marco pela luta à atenção integral a saúde da mulher, dois marcos históricos foram determinantes para a mudança do modelo de atenção ao parto nas maternidades do Município do Rio de Janeiro. O primeiro em 1985, os gestores públicos priorizaram a lotação em maternidades de enfermeiras concursadas e especializadas em enfermagem obstétrica, o que representou um marco para a época na obstetrícia hospitalar (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

O segundo marco ocorrido em 1986 foi a reforma estrutural da Maternidade Municipal Fernando Magalhães e em 1987 recebeu o status de Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães com a missão de se tornar referência para o atendimento de gestantes de alto risco, visto que o cenário epidemiológico da época, em que considerável porcentagem dos óbitos eram passíveis de redução com diagnóstico e tratamento precoce na gravidez e adequada atenção ao parto (PROGIANTI; MOURA; SANTOS, 2011)

Segundo estes autores, nesta maternidade o Projeto de Assistência de Enfermagem ao Parto foi implementado, em 1988, com o objetivo de reduzir os índices de asfixia perinatal atendendo às diretrizes governamentais. Assim, para o representante da Chefia médica de Obstetrícia, havia o interesse em implementar a assistência de alto risco alinhada às disposições incorporadas no modelo medicalizado, onde somente caberia à enfermeira o monitoramento e acompanhamento do trabalho de parto. Contudo, para o grupo de enfermeiras

obstétricas que constituíam aquele cenário representadas por sua Chefia de Enfermagem, Jane Márcia Progianti, o *habitus* destas representava-se na disponibilidade em partejar e ocupar o espaço de assistência direta ao parto hospitalar de baixo risco. Assim, algumas estratégias de luta neste campo estavam presentes como a aquisição de capital cultural na prática diária, a reprodução de um modelo medicalizado, a manifestação do seu *habitus* e o acompanhamento intensivo do trabalho de parto.

Paralelamente, aconteciam eventos Nacionais e Internacionais que reforçavam as práticas humanizadoras na atenção ao parto e nascimento. Em 1990, houve a Reunião Internacional da Eco 92 no Rio de Janeiro; em 1993 a criação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) e em 1994 a Conferência do Cairo, onde o governo brasileiro reafirmou os direitos de cidadania feminina. Isto ratificou a qualificação da assistência obstétrica e neonatal tornando-se ações prioritárias pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) (MOUTA, 2009).

Neste clima, em 1994, os gestores da Superintendência de Saúde Coletiva da SMS-RJ, oriundos de movimentos feministas e da REHUNA, desenvolveram estratégias para implantar a primeira iniciativa de um modelo de assistência humanizada ao parto e nascimento, o Projeto Curicica. Uma maternidade que se localizava na esfera federal dentro do Hospital Raphael de Paula Sousa, em uma área programática carente de leitos obstétricos e que passou por reformas em sua estrutura física atendendo aos princípios da humanização e da ambiência, passando a ser denominada Maternidade Leila Diniz (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

O projeto de reforma da maternidade do Raphael de Paula Souza contava com um projeto de um modelo diferente de parto e nascimento, através da ideia da possibilidade de um acompanhante e uma banheira no pré-parto. E durante o planejamento da futura maternidade, iniciava-se também uma série de movimentações de feministas históricas para a construção da saúde sexual e reprodutiva e uma costura política que fundamentava as novas práticas para a promoção do parto normal como a Lei do Acompanhante (BONAN; NAKANO; TEIXEIRA, 2019).

Estes autores citam que a inserção dos profissionais médicos e enfermeiras obstétricas deu-se associada à incorporação de valores do modelo humanizado mediante estratégias de treinamento por oficinas de sensibilização, o qual foi

intensamente vivenciado pela Enfermeira Obstétrica Jane Baptista Quitete Monteiro. Em consequência deste ativismo, foi reconhecida e nomeada como assessora da direção da maternidade em assuntos relacionados à enfermagem obstétrica e às práticas humanizadoras, em cargo comissionado de diretora da Divisão de Apoio Técnico. Esta, juntamente, com o corpo de enfermeiras obstétricas representado pelo Chefe de Enfermagem, Enfermeiro Neonatologista Fernando Rocha Porto, no período de 1996 a 1998 elaboraram o Projeto de Assistência ao Parto e Nascimento por Enfermeiros Obstetras e divulgaram amplamente em eventos científicos nacionais, como porta-vozes autorizadas pelos gestores da SMS-RJ, os resultados do promissor modelo humanizado implantado nesta maternidade. Movimento que representou importante conquista de espaço e posição no campo obstétrico hospitalar no Município do Rio de Janeiro.

Ainda, referenciam Mouta e Progianti (2009) que a conquista de espaço e posição no campo obstétrico na maternidade Leila Diniz não foram eficientes para superar as resistências da equipe médica plantonista, opositor a este modelo, pois discordavam dos princípios dos gestores e das enfermeiras obstétricas. Logo, este grupo exigiu da direção da maternidade que as lideranças de enfermagem fossem destituídas de seu cargo. Assim, estas enfermeiras foram alocadas no nível central da SMS/RJ, em posição estratégica de agentes disseminadores do modelo humanizado para toda a rede municipal.

Para Dias e Leal, em entrevista cedida a Bonan, Nakano e Teixeira (2019) este cenário de luta surgiu pelo conflito de responsabilidades pelo resultado, no qual o Conselho Regional de Medicina, através da produção de diversas resoluções na época, que estabeleciam que o chefe do plantão médico era o responsável pelo resultado da assistência das enfermeiras obstétricas, reforçando o papel de resistência dos profissionais médicos e uma lógica de divisão de papéis e responsabilidades.

Em 1997, ocorreu a 1º Conferência Intermunicipal de Proteção ao Parto e Nascimento, evento que discutiu questões da baixa qualidade da assistência obstétrica no município, gerando um termo de compromisso entre os secretários municipais do Estado do Rio de Janeiro para que garantissem a implementação das medidas preconizadas para a humanização da assistência ao parto e nascimento (PROGIANTI; PORFÍRIO, 2012).

Reconhecendo os resultados e as repercussões da atuação da enfermagem obstétrica para a qualidade do cuidado segundo princípios de humanização, do respeito à fisiologia do corpo feminino na parturição e seu protagonismo, a partir da experiência da Maternidade Leila Diniz, os gestores da SMS-RJ em 1998 expandiram este novo modelo de assistência às outras maternidades, processo associado à municipalização dos hospitais federais. Assim, sendo, iniciou-se o Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e à Parturiente na área Programática 3.3 que incluía os bairros de Irajá, Madureira, Pavuna e Anchieta. O projeto previa a inserção de enfermeiras nos serviços de pré-natal e na assistência ao parto nas maternidades Alexandre Fleming e Herculano Pinheiro, acreditando que esta seria a melhor estratégia para mudança do modelo vigente (MOUTA; PROGIANTI, 2009; PROGIANTI; PORFÍRIO, 2012; VARGENS, SILVA; PROGIANTI, 2017).

As integrantes deste Projeto eram a Coordenadora, Professora da Faculdade de Enfermagem da UERJ Maysa Luduvice Gomes e a Co-Coordenadora, a enfermeira Jane Baptista Quitete. Estas, juntamente com as chefias de enfermagem das maternidades, no caso da Alexandre Fleming, a enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe, realizaram processo de remanejamento e seleção das enfermeiras provenientes do concurso público de 1998 para atuarem especificamente nas salas de parto, momento em que a identidade social da enfermeira obstétrica foi reconhecida. Após composição das equipes, iniciou-se a capacitação destas enfermeiras mediante parceria entre a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Gerência do Programa de Saúde da Mulher, por meio de um Convênio de Cooperação Técnica e Científica n. 438. As oficinas de sensibilização ocorreram no Espaço Mulher da SMS-RJ, em sete encontros com as enfermeiras selecionadas, sob supervisão da capacitação teórica da Enfermeira Obstétrica Maysa Luduvice Gomes e capacitação prática para a assistência ao parto com a gerente do nível central enfermeiras Jane Quitete Monteiro e Elizabete Silva Rocha Cavalcante (PROGIANTI; PORFÍRIO, 2012).

Este cenário representa um conjunto de estratégias gerenciais por parte da SMS-RJ com objetivo de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, além de considerar a ambiência voltada para a humanização do parto nas maternidades municipais, a partir de preceitos políticos da época.

Neste contexto de reformulação do modelo de atenção obstétrico no Município do Rio de Janeiro, foi elaborada a proposta de criação de um grupo para a implantação da Casa de Parto na rede pública de saúde, localizada na Área Programada 3.3, no bairro de Realengo, por meio da Resolução n. 921/2002. Grupo este constituído por 11 enfermeiras da rede municipal e uma representante do campo acadêmico, a Professora Maysa Luduvice Gomes.

No ano de 2003, enquanto as estruturas da futura Casa de Parto eram construídas, duas enfermeiras obstétricas do grupo acima, Leila Gomes Ferreira de Azevedo e Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe, foram selecionadas pela secretaria de saúde para integrarem a primeira turma de capacitação no Curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Casas de Parto do Japão, mediante acordo de cooperação bilateral entre os dois países. Lá, tiveram aula teóricas e práticas por três meses, além de visitas técnicas, em diversas instituições onde puderam vivenciar o modelo japonês de assistência ao parto (PROGIANTI, PORFIRIO; PEREIRA, 2013).

Estas autoras comentam que a indicação destas duas enfermeiras foi uma ação estratégica para a criação da Casa de Parto, na medida em que ambas ocupavam posições gerenciais. A Enfermeira Leila Gomes Ferreira de Azevedo era a chefe do Centro Obstétrico da Maternidade Leila Diniz e a Enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe era a Chefe de Enfermagem da Maternidade Alexander Fleming. Assim, ao retornarem para o Brasil, foram inseridas no grupo de implantação da casa de parto e responsáveis por elaborar o Protocolo da Assistência da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Assim, inaugurada em 08 de março de 2004, através dos dispositivos legais Portaria/GM n.985 de 5 de agosto de 1999 que institui os Centros de Parto Normal (CPN) e a Resolução SMS/RJ n.1041 de 11 de fevereiro de 2004 que regulamenta seu funcionamento e destaca ser uma estratégia de ampliação, qualificação e humanização da assistência perinatal para a reversão do modelo de assistência obstétrico vigente em direção a um modelo de valorização dos aspectos sociais e emocionais do parto e nascimento. Configura-se como mais uma opção de assistência às gestantes de baixo risco, além de atuar em parceria com a maternidade de referência Alexander Fleming (PEREIRA et al, 2012; PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Por meio deste caminhar histórico, o Município do Rio de Janeiro se estabelece como referência na incorporação de enfermeiras obstétricas na assistência a partos

de risco habitual. Esse acontecimento representou a quebra da hegemonia médica e impulsionou o movimento de humanização do parto e nascimento, em âmbito municipal com expressão nacional (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

2.3 TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA, A PARTIR DA ESTRATÉGIA REDE CEGONHA

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 e o Rio de Janeiro foi o primeiro na implantação desta estratégia, através do Programa Cegonha Carioca, que visa reorganizar a rede de cuidados às mulheres e às crianças nas três esferas administrativas, além de prever o financiamento de reformas, ampliações e aquisições por meio do repasse de verbas da União e da participação privada, através de entidades benfeitoras de assistência social em saúde. Caracteriza-se também pela vinculação do pré-natal às maternidades, transporte, acolhimento e classificação de risco realizado por enfermeiras (PROGIANTI; PRATA; BARBOSA, 2015).

Segundo entrevista de Maria do Carmo Leal e Marcos Dias, pesquisadores no campo materno infantil, concedida a Bonan, Nakano e Teixeira (2019), a Rede Cegonha é lançada pela Área Técnica da Saúde da Mulher do MS, através da qualificação sustentada por apoiadores dos serviços, estratégia já utilizada no PQM para melhorar os indicadores de mortalidade materna e infantil dessas regiões através de experiências de qualificação das maternidades para mudar a prática, rotinas e processos de trabalho. Desta forma, através do dispositivo do “apoio institucional”, um arranjo técnico-político fundamental para a sua implementação, a Rede Cegonha é estruturada por meio de diversas ações como recrutamento e treinamento dos apoiadores de serviço, elaboração de projetos com as maternidades para a implementação de boas práticas, projetos e financiamento de cursos de enfermagem obstétrica e de residência em enfermagem obstétrica para formação destas profissionais, a fim de instituir a mudança necessária nas estruturas organizacionais.

Definida como uma das ações estratégicas da Rede Cegonha com caráter fortalecedor na implementação da enfermeira obstétrica para reestruturação da Rede de Atenção foi a elaboração do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Em parceria com o MEC, o MS por meio da publicação do Edital MS/ME n.21 de 5 de setembro de 2012, ofertou 156 vagas de residência

vinculadas a instituições de Ensino Superior, que garantem a certificação das enfermeiras para o exercício profissional da especialidade, em diversas regiões do país, com objetivo de capacitar enfermeiras no cuidado fundamentado pelas boas práticas, pelas evidências científicas, diretrizes do SUS e nas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, nos contextos de saúde reprodutiva, pré-natal, parto, nascimento e puerpério (LIMA et al, 2015; PEREIRA; NICÁCIO, 2014, PEREIRA et al, 2018; SILVA et al, 2020).

Outra medida para fortalecimento destas profissionais foi a oferta dos cursos de aprimoramento para enfermeiras obstétricas, com enfoque no componente parto e nascimento da Rede Cegonha, aconteceu mediante parceria com diversas instituições de ensino superior, dentre elas a UFMG, UFF e UFRJ no ano de 2013. Constituía-se em uma estratégia de qualificação profissional por meio de experiências vivenciadas de cuidado, que buscam o fortalecimento do modelo obstétrico humanizado, bem como a possibilidade de troca de saberes entre as Enfermeiras Obstétricas provenientes de diversos Estados do Brasil (ZVEITER; PEREIRA, 2014).

O MS implementou estes cursos estruturados em um estágio de 15 dias em serviços de referência, como a maternidade Sofia Feldman em Belo Horizonte e as maternidades do Município do Rio de Janeiro, com intenção de fortalecer as habilidades práticas destas profissionais e potencializar o comprometimento destas enfermeiras com as mulheres e suas famílias e assim, transformar o modelo atual de assistência considerando a potencialidade do fisiológico e da natureza feminina (SOUZA et al, 2019).

Os CAEO financiados pelo MS em parceria de execução pela UFMG e Hospital Sofia Feldman (MG) com primeira versão oferecida em 2013 (1º projeto) e nos anos seguintes as sequências CAEO II (2º projeto) e CAEO III módulos I (3º projeto) e módulo II (4º projeto). Tinha como um de seus objetivos qualificar no âmbito da prática e da teoria as enfermeiras obstétricas que já atuam em hospitais, maternidades e centros de parto normal a se inserirem no contexto assistencial do parto e nascimento. A terceira versão do CAEO possuía como ação principal qualificar e fortalecer enfermeiras obstétricas para atuarem na atividade de preceptoria dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Já o quarto projeto relacionava-se ao curso de aprimoramento desenvolvido no âmbito do Projeto Apice On, considerando

discussões da prática, os desafios em um contexto multidisciplinar e os modelos de atenção e gestão (VALLERINI, 2020).

Ainda, ressalta-se que as estratégias de capacitação e aprimoramento nos locais de serviço têm sido uma ferramenta utilizada pelas gestões das instituições considerando a necessidade de impulsionar diálogos e experiências que se aproximem da prática. A problematização dos processos de trabalho oportunizando análises, reflexões, diálogos, trocas de experiências e participação dos profissionais torna possível reduzir distanciamentos pedagógicos entre profissionais da atenção/cuidado, da formação e da gestão. Portanto, realizar movimentos de ensino-aprendizagem com base nas próprias situações de trabalho é fomentar recursos investidos nos encontros e diálogos, capazes de transformar realidades no cotidiano das instituições induzindo novos modos de produção de sujeitos/equipe (ALVES et al, 2020).

Interessante destacar que segundo Amorim e Gualda (2011), os cursos devem preparar seus alunos para atuar com outras categorias profissionais, associado a uma equipe multiprofissional instituído no modelo colaborativo, com atuação harmônica e com competências bem definidas entre seus constituintes, a fim de proporcionar a construção de uma nova cultura de atenção à saúde das mulheres.

Depreende-se a importância dos cursos de aprimoramento em enfermagem obstétrica. São canais de formação profissional especializados e meios de qualificação daqueles enfermeiros já especialistas. Abordam em seu processo de formação não só habilidades técnicas a serem desenvolvidas e conhecimentos científicos a serem atualizados, mas também habilidades relacionais e competências interpessoais para o exercício do cuidado obstétrico em equipe visando alcançar bons desfechos para a saúde materno-infantil.

Desse modo, observa-se um movimento propulsor no sentido de formação e qualificação de enfermeiras obstétricas para alcançar as necessidades das instituições em qualificar os modos de nascer através da atuação destas profissionais. Vargens, Silva e Progianti (2017) citam a relevância na implantação de enfermeiras obstétricas em instituições participantes da Rede Cegonha, que até então não contava com a atuação destas profissionais.

Ressalta-se que o exercício da enfermeira está regulamentado pela Lei n. 7498/1986, pelo Decreto n. 94.406/1987 e pela Resolução COFEN 516/2016. Esta

traz algumas considerações: normatiza a atuação e a responsabilidade da enfermeira, da enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência a gestantes, parturientes, puérperas e aos recém-nascidos nos serviços de saúde e CPN's; estabelece critérios para o registro de títulos de enfermeira obstétrica e obstetriz nos Conselhos Regionais de Enfermagem; emissão de laudos de autorização de internação hospitalar para o procedimento de parto normal sem distocia realizado pela enfermeira obstétrica, segundo Portaria n. 2815/1998; identificação de distocias obstétricas e tomada de providências de acordo com sua capacidade técnico-científica até a chegada do médico obstetra e acompanhar a mulher e seu recém-nascido da internação até a alta obstétrica.

Nesta compreensão da *práxis* da enfermeira obstétrica e seu impacto para a mudança de práticas assistenciais e qualificação da assistência obstétrica, instituições que contam com a presença e atuação dessas profissionais apresentam melhores resultados para as práticas demonstradamente úteis como deambulação, alimentação, posições verticalizadas, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, as quais resultam em maiores índices de parto normal e, por conseguinte, favorecem a redução de práticas intervencionistas como manobra de Kristeller, episiotomia, infusão de ocitocina e analgesia. Ademais, contribuem para a qualidade do cuidado neonatal através de maior incentivo em práticas como o contato pele a pele e a amamentação em sala de parto (GUIDA et al, 2017; ALVARES et al, 2018)

No entanto, é um cenário que ainda apresenta certos desafios a serem superados como os descritos na pesquisa desenvolvida por Bittencourt et al (2021). Revelou-se que a participação das enfermeiras obstétricas e obstetizes durante o parto vaginal de baixo risco apresentou grau de implantação não adequado em 38,4% das maternidades, principalmente, nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. Em mais de 80% das maternidades o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e estímulo a posições não-supinas durante o parto também apresentaram grau de implantação não adequado, assim como identificou-se alto percentual de maternidades com grau de implantação não adequado para as intervenções desnecessárias: amniotomia (87,1%); posição de litotomia (86,3%); uso de cateter venoso (63,5%); episiotomia (55,6%); manobra de Kristeller (18,5%) e uso de drogas uterotônicas (4,3%).

Com estes recentes dados, pode-se inferir o impacto na qualidade da atenção obstétrica e na reorientação do modelo tradicional proporcionado pela atuação das enfermeiras obstétricas. Mas há também necessidade de esforços coletivos para o estímulo na inserção e ampliação destas profissionais no campo do parto e nascimento, responsáveis em promover práticas de cuidado obstétrico baseado nas mais atuais recomendações nacionais e internacionais e, assim, evitar ações desnecessárias e intervencionistas, representadas por um modelo de cuidado tecnocrático. Sobretudo, destaca-se a reflexão sobre a necessidade do avanço, consolidação e fortalecimento de um modelo de assistência que considere a atuação multiprofissional, um modelo colaborativo para que novos modos de nascer se concretizem para as mulheres usuárias do SUS.

2.4 O HOSPITAL DE ENSINO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Os Hospitais de Ensino são definidos em Programas de Certificações através de Portaria Interministerial n. 285 de 24 de março de 2015c e da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (BRASIL, 2012), como todo hospital público ou privado, próprio ou conveniado a Instituições de Ensino Superior inscrito no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Estes estabelecimentos hospitalares para receberem a certificação devem atender alguns pré-requisitos como: ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais; dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento de saúde a Instituição de Ensino Superior, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de ensino e pesquisa; prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS.

Resgatando aspecto histórico para a consolidação destas instituições, a medicina flexneriana do início do século XX e seu impacto na especialização ampliou o escopo dos Hospitais de Ensino, tão antigos quanto o conceito de saúde surgido na Renascença. São instituições independentes, distante do perfil epidemiológico das populações, dominada pelos interesses de médicos especialistas, como veículo de experimentação de novas tecnologias, apresenta forte envolvimento em atividades de

ensino e pesquisa, alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerce um papel político relevante dada sua escala, dimensionamento e custos (MEDICI, 2001).

Ademais, os Hospitais de Ensino por serem serviços estruturados para atendimento de alta complexidade com utilização de tecnologia, o que faz com que o seu peso na despesa com saúde seja o dobro de sua participação no volume de atendimento. Logo, ocupam o ápice da pirâmide de um sistema hierarquizado, constituindo o nível terciário com atenção médica essencialmente curativa e pouca preocupação preventiva. Tal missão é declarada em seus estatutos, regimentos ou atas de fundação (CAMPOS, 1999; MEDICI, 2001).

Pasche (2009) e Carvalho et al (2013) corroboram , que a assistência em saúde para muitas destas instituições segue a lógica do modelo biomédico, com valorização do saber médico, que disciplina, ordena e controla o conjunto dos processos de trabalho; a especialização das ações; a visão fragmentada do cuidado pela lógica da seção e da unidade, com respectiva fragmentação dos processos; a falta da humanização e da integralidade da assistência; a submissão de outras categorias frente ao profissional médico; a ausência da interdisciplinaridade e trabalho em equipe produzindo relações hierarquizadas. Tudo isto geradora de baixa qualidade assistencial.

Segundo Campos (1999), a lógica estruturante destas unidades de saúde é a da especialização. Assume prioridade a ênfase do processo saúde-doença na gestão do trabalho com sua fragmentação em diversas especialidades e incorporação de tecnologia, com pouco cultivo da clínica trabalho-humano. Assim, estas apresentam um desenho organizacional com divisão em tantos serviços quantas são as suas especialidades médicas, constituindo-se um fator de dificuldade para a integração do ensino clínico.

Estas características se ancoram no modelo flexneriano surgido em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), a partir do *relatório Medical Education in the United States and Canada- A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, ou conhecido como o Relatório de Flexner. Foi o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá com importantes implicações para a formação médica e a medicina mundial, na primeira metade do século XX. A partir de então, impulsionou a origem do designado “modelo

biomédico”, introduzindo um modelo de racionalidade científica, compreendendo que o estudo da medicina deve estar centrado na doença de forma individual e concreta. O social, o coletivo, o público e a comunidade não são considerados para o ensino-médico e nem implicados no processo de saúde doença. Concepções que têm influenciado a organização dos serviços, a formação profissional e a produção de conhecimentos em saúde (FERTONANI, et al 2015; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Sendo assim, toda a teorização deste modelo, curativista, tecnocrático e hospitalocêntrico que nem sempre caminham ao lado de valores humanísticos, teve sua interface tanto nas Escolas de Formação Médica como na organização e estrutura dos Hospitais de Ensino.

Diante de tais características, Medici (2001) salienta a dispensabilidade dos hospitais universitários no sistema de saúde ao sinalizar que as atividades de saúde passam fortemente pela interdisciplinaridade das profissões e campos de conhecimento e pela mudança radical nas formas de atenção médica que se distanciam cada vez mais do conceito tradicional de hospital.

Porém, para Campos (1999), não se deve falar de uma inconveniência deste modelo organizacional, destes serviços de especialização necessários no país, porém vale pontuar a existência de uma inadequação destes hospitais para o ensino integralizado, constituindo-se em desafio para a formação. Assim, para o autor a reforma do ensino depende de uma reforma dos saberes e práticas que deveriam reorientar a clínica e a saúde pública, a fim de uma formação médica com capacidade de integração multiprofissional e que reconheça a inter-relação da determinação social, subjetiva e biológica dos processos saúde-doença.

Pagliosa e Da Ros (2008) e Vendruscolo et al (2020) ratificam que apesar das inúmeras contribuições do modelo flexneriano para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico trouxe uma visão reducionista aos programas educacionais. Por conseguinte, reservam pouco espaço para a dimensão social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde que vai muito além da medicina e seus médicos.

Assim, são primordiais a educação e o trabalho interprofissional para enfrentar a complexidade das necessidades de saúde dos indivíduos e da sociedade. Numa discussão mais abrangente, destaque deve ser dado à Educação Interprofissional, pois se considera que através desta, tanto os estudantes de diferentes cursos de

graduação e pós-graduação, como os profissionais inseridos nos serviços aprendem coletivamente e de forma dialógica, segundo uma perspectiva intencional com vistas ao trabalho colaborativo. (PEDUZZI, 2016; REEVES, 2016; BARBOSA et al, 2022).

Isto representa o SUS interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social orientado pelos princípios da integralidade, equidade, universalidade e participação social. Para o alcance deste cenário, muito há de se avançar na educação e prática interprofissional colaborativa, sendo necessário articulação de Instituições de Ensino Superior, instâncias governamentais para que as políticas de saúde e de educação incorporem a educação e a prática interprofissional no conjunto de suas propostas (PEDUZZI, 2016).

No campo obstétrico, as concepções que compõem este modelo engessado de cuidado e percepção do indivíduo, não poderiam deixar de ser diferente. Estudo de Hotimsky (2008) sobre análise de formação em obstetrícia, em duas escolas paulistas, aponta que maior destaque é dado ao desenvolvimento de conhecimentos científicos no processo de formação, a uma aprendizagem da construção e encenação de narrativas clínicas, privilegiando a transmissão oral do conhecimento em detrimento da escrita e registros e da consulta ao prontuário das mulheres. Tudo isto ancorado por uma visão patológica da fisiologia do parto, com condutas distantes e questionadas pelas evidências científicas.

Em consonância a este processo de formação, muitos programas de residência são vinculados a hospitais referência em alto risco, levando a uma visão distorcida da normalidade do parto, é um evento com potencialidade de erro fazendo-se necessário interferência para seu êxito. Assim, o ensino e a formação médica enfatizam a realização de cesáreas, formando médicos com deficiente desenvolvimento e exercício de habilidades clínicas para acompanhamento de parto normal sem intervenções cirúrgicas. (MENDONÇA, 2015; TESSER et al, 2015).

Pasche, Vilela e Martins (2010) referem que apesar da ampla divulgação do conjunto das práticas recomendáveis na atenção ao parto e nascimento no meio acadêmico, poucas instituições, dentre as quais os Hospitais de Ensino, têm respeitado a sua implementação nos serviços. Isto é dificultado ao passo que as escolas permanecem na replicação do ensino com práticas obstétricas obsoletas e

prejudiciais à boa evolução do parto e nascimento, caracterizando uma resistência ao que é seguro, benéfico e protetor às mulheres.

Ratificando, Diniz et al (2016) cita que as instituições formadoras permanecem em reproduzir práticas instituídas há décadas, não apresentando novos conhecimentos científicos aos seus alunos, há uma cultura disseminada do ensino do uso não-informado, não-consentido das vaginas das parturientes pelos alunos com finalidade de treinamento de habilidades, reforçado por uma cultura institucional. Assim, considera-se uma abordagem da mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de atuação.

É necessário que a formação médica incorpore o avançar dos paradigmas de atenção à saúde da mulher considerando a integralidade que exige. Os profissionais devem introjetar estas novas atitudes que visam a uma assistência multidisciplinar, com foco no trabalho em equipe e, assim, garantir a saúde e os direitos das mulheres e recém-nascidos (PEREIRA et al, 2018).

Estudo de Nagahama e Santiago (2008), ao identificar facilitadores e dificuldades na implantação do cuidado humanizado, também apontam que este modelo assistencial é marcado por dificuldades organizacionais e na estrutura física, pelas rotinas hospitalares, prática e posturas individuais dos profissionais, principalmente centrada na figura do médico, que associadas se apresentam como barreiras para a implantação de um modelo humanizado de assistência.

Com isso, importantes e inúmeros desafios para a gestão do sistema que estimulem a inserção de práticas humanizadas no cotidiano dos serviços de saúde se fazem presentes, tais como as mudanças preconizadas no sistema de saúde que continuam a preparar seus profissionais sob a ótica de um modelo intervencionista (PEREIRA et al, 2018).

Em contrapartida, num caminho atual, compreendido pela valorização e incorporação de novas evidências científicas no campo do parto e nascimento, Mendonça (2015) destaca que muitos profissionais-médicos iniciaram seus questionamentos à formação e prática vigente. Ao defenderem o parto normal, passasse por uma denúncia do sistema vigente e uma reflexão que procura desestruturar o que foi apreendido para então, reelaborar através de um suporte teórico.

Assim, conforme Campos (1999) faz-se relevante destacar a necessidade deste modelo organizacional dos hospitais de ensino agregar outros modelos de

atenção no processo de formação, como os dos centros de saúde, das equipes multidisciplinares, do trabalho comunitário, da recuperação do social e do subjetivo na clínica e da elaboração de uma estrutura que possibilite a existência de outros padrões na relação equipe de saúde/usuários.

2.5 O CUIDADO COMPARTILHADO NO CAMPO DO PARTO E NASCIMENTO

Vários sistemas de saúde no Brasil e outros países se organizam em um modelo de atenção sustentado por bases mecanicistas, estrutura rígida e formal, relações hierárquicas verticalizadas e pouco coletivas, concentrado em elementos formais. Este modelo causa estreitamento das relações e dificuldades de trabalho em equipe por meio da expressão de conflitos de interesse e desequilíbrios de poder, tornando-se então contestável com o crescimento do Capitalismo (BAIÃO; MACIEL; SANTOS, 2019).

Pasche (2009) cita que, tradicionalmente, a gestão na área da saúde foi elaborada sob uma visão taylorista, com uma racionalidade gerencial hegemônica, fundamentada no controle sobre operadores, hierarquização e fragmentação, centralização do poder e uso da função supervisão como uma medida reguladora e controladora do trabalho. Este modelo de gestão reflete em uma desumanização na saúde, com trabalhadores tratados como recursos e insumos e os usuários considerados como objetos, perdendo a significação do sentido do trabalho e do cuidado.

Corrobora com tal fato, Pesquisa de Carvalho et al (2013), ao evidenciar os valores e práticas que definem a cultura do hospital estreitamente relacionados ao seu modo de organização e gestão do trabalho adotado pela instituição. A cultura institucional apresenta elementos vinculados à rigidez da estrutura organizacional, centralização de poder; competição entre funcionários, individualismo, dificuldade de desenvolvimento de trabalho em equipe e falta de interesse no bem-estar dos trabalhadores e nas relações interpessoais.

Apesar de muitas instituições se caracterizarem desta forma, com um modelo de organização e gestão estruturado sob a ótica do controle do processo, departamentalização, centralização de poder e pouca participação, incentivo e

envolvimento dos trabalhadores nas decisões corporativas, novas possibilidades de gestão estão avançando.

Baião, Maciel e Santos (2019) referenciam que ampliando novos horizontes do modelo tradicional citado acima para elementos orgânicos como horizontalidade, participação, flexibilidade, gestão sustentável e colaboração, evidenciam-se modelos de atenção com foco em processos colaborativos. Este incentiva a comunicação e a participação ativa de todas as profissões envolvidas nos cuidados em saúde, na tomada de decisões clínicas com foco nas necessidades dos pacientes geradoras de eficiência, qualidade e potencialização dos cuidados. Para ser alcançado, em nível organizacional se dá por meio do diálogo institucionalizado e no propósito compartilhado; a nível de gestão é necessário mudanças que buscam descentralizar o poder e a autoridade em busca de estratégias compartilhadas de resolução de conflitos e com sistemas de informação simplificados.

A interdisciplinaridade é uma corrente que se iniciou no campo educacional, estendida para outras áreas e profissões se estabelecendo, a partir do contato e sociabilização do conhecimento, a fim de resolver situações complexas. No campo da saúde, os cuidados interdisciplinares envolvem diferentes campos engajados para que haja maior conhecimento e eficácia no tratamento de determinadas doenças. Logo, é necessário compreender a interdisciplinaridade como um valor subjetivo, que necessita ser reforçado, constantemente, até ser interiorizado nas práticas, rompendo hierarquias, para que efetivamente este modelo se concretize (REY; BIZERRIL, 2015)

Para a construção de novas perspectivas de reorganização, na estrutura dos serviços de saúde e seus processos de trabalho, deve-se englobar alguns conceitos como considerar que todo trabalho em saúde está disposto em rede, sustentado por modos de comunicação e interação; entender o adoecimento humano como um fenômeno complexo, o qual exige integração e articulação entre múltiplos territórios de saberes e práticas e a produção da saúde como ampliação da autonomia do outro (PASCHE, 2009).

Adicionalmente, Scherer, Pires e Schwartz (2008) citam que mudanças recentes indicam possibilidades de práticas colaborativas com impacto na prática assistencial como a criação do SUS e da Estratégia Saúde da Família, estímulos às mudanças na formação fomentados pelo Ministério da Saúde e da Educação, experiências de formação de equipes com atuação interdisciplinar, nas quais se

verifica movimento inicial de redução do corporativismo médico e maior valorização das práticas de diversos profissionais de saúde.

Deste modo, trago compreensão do modelo colaborativo no campo obstétrico, segundo Vogt, Silva e Dias (2014) e Downn, Finlayson e Fleming (2010) como aquele que representa a integração do médico e da enfermeira obstétrica, além de outros profissionais na equipe como a doula. A enfermeira obstétrica assume os cuidados a mulheres de risco habitual, garantindo possibilidade de referência imediata ao médico obstetra assim que a enfermeira identifique distórias na evolução do trabalho de parto e parto. No caso de mulheres que apresentem alguma patologia, o trabalho destes dois profissionais ocorre em estreita colaboração, o que favorece os aspectos fisiológicos e emocionais da parturição proporcionados pela enfermeira obstétrica e à possibilidade de atendimento imediato pelo obstetra em casos de risco. Assim, constrói-se o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico da parturição, mesmo naquelas que necessitem de um atendimento com maior complexidade.

Alguns países como a Nova Zelândia, o Japão e o Canadá apresentam modelos de assistência obstétrica que institucionalizaram a enfermeira obstétrica e a midwife no cuidado às mulheres em trabalho de parto e parto, cada um destes conferindo níveis de autonomia diferenciados para atuação desta profissional. Outros países como a Holanda apresentam uma atuação complementar entre médicos obstetras, enfermeiras obstétricas e midwives, em que a assistência a partos de risco habitual é realizada por estas profissionais, em centros de parto normal ou no domicílio, recorrendo a atenção especializada em ambiente hospitalar em casos de complexidade. Já em outros países como na Austrália e França, a atuação é conjunta e interdependente entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas, no mesmo espaço físico dentro das maternidades. No modelo britânico, as midwives e médicos obstetras possuem papéis bem definidos. As primeiras são responsáveis pelo cuidado de mulheres e bebês durante a gestação, parto e puerpério, com os nascimentos acontecendo cerca de 75% com estas profissionais e, os últimos são envolvidos somente quando ocorrem complicações (PERDOCK et al, 2016; PINTO, 2020). Contudo, no Brasil, quase a totalidade dos partos normais é realizada nos hospitais (98,4%), principalmente, por profissionais médicos obstetras (88,7%) (LOPES et al, 2019).

A seguir, apresento importantes resultados que traduzem a relevância da prática colaborativa no campo do parto e nascimento, propulsor do melhor cuidado obstétrico, aquele que se traduz nas evidências científicas, na humanização da assistência e na interdisciplinaridade.

Internacionalmente, pesquisa randomizada realizada por Mc Lachlan (2015) identificou que os efeitos dos cuidados primários conduzidos por midwives sobre a experiência de nascimento são indutoras no fortalecimento do sentimento de confiança pelas mulheres em sua própria capacidade de dar à luz, contribuindo, assim, para maiores taxas de partos vaginais espontâneos. O acompanhamento por esta profissional neste modelo de assistência gera impacto também sobre a gestão da mulher na dor do parto, o que favorece melhor experiência e contribui para menores taxas de analgesia epidural.

A comparação entre a assistência obstétrica no modelo colaborativo e modelo tradicional em 4 maternidades no Município de Belo Horizonte apresentou os seguintes dados: no modelo colaborativo houve menor utilização de ocitocina 50,2% *versus* 65,5% no modelo tradicional; ruptura artificial das membranas em 54,3% no modelo colaborativo *versus* 65,9% no modelo tradicional; 16,1% de taxa de episiotomia no modelo colaborativo *versus* 85,2% no modelo tradicional e maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no modelo colaborativo com 85,0% *versus* 78,9% no modelo tradicional. Este resultado é considerado positivo e aponta para a potencialidade do modelo colaborativo na redução das intervenções em obstetrícia (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Côrtes et al (2015) apresenta em pesquisa sobre os parâmetros a serem avaliados, após a implementação de intervenções educativas sobre as melhores práticas na assistência obstétrica em um centro de parto normal no Município de São Paulo, houve redução na prescrição de ocitocina em 80% das parturientes, a deambulação, banho de chuveiro e a massagem durante o trabalho de parto foram os métodos não farmacológicos para alívio da dor mais empregados após a intervenção com variação de aumento entre 25-31%. A posição semissentada, sentada ou de cócoras foi adotada pela maioria das mulheres após a intervenção. Os resultados mais relevantes para estes desfechos são representados pela atuação quase que exclusiva da enfermeira obstétrica e por seu empenho na implementação das práticas baseadas em evidência, demonstrando um maior conhecimento e maior interesse em

comparação ao corpo médico que participaram em menor quantitativo da oficina de intervenção, apontando que a educação permanente é primordial para melhoria do cuidado.

Em estudo de Sousa et al (2016) sobre práticas de assistência ao parto em maternidades que possuem atuação da enfermeira obstétrica conjuntamente com médicos no Município de Belo Horizonte, apontou-se que a atuação multidisciplinar favorece o estabelecimento de um cuidado pautado em práticas que são demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas no trabalho de parto e parto segundo WHO (1996). Das mulheres assistidas 54,6% tiveram acesso à dieta livre; 96,0% deambularam; 74,2% tiveram acesso à métodos não farmacológicos para alívio da dor; 95,4% estiveram na presença de seu acompanhante e 77,4% das mulheres foram acompanhadas em seu trabalho de parto através do partograma. Apenas 8,4% das mulheres sofreram episiotomia; 81,4% receberam infusão de ocitocina e 67,1% sofreram amniotomia, dados que podem refletir tanto a influência do modelo tecnocrático na prática dos profissionais, inclusive da enfermeira obstétrica, como também a autonomia médica, responsáveis pela prescrição medicamentosa.

Já em pesquisa de Vargens, Silva e Progianti (2017) analisaram as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas em maternidades no Município do Rio de Janeiro, onde a inserção destas profissionais em Sala de Parto iniciou desde 1998, num forte contexto nacional pela humanização do parto e nascimento. Identificaram-se dados do ano de 2013 de duas maternidades da rede, 59,70% dos partos foram acompanhados por enfermeiras obstétricas; adoção de posições verticalizadas em 78,95%; estímulo à livre movimentação em 37,29% dos partos; utilização de massagens e água morna para alívio da dor em 34,80% e 23,48%, respectivamente; cuidado empregado pela enfermeira obstétrica que favorece à fisiologia do parto e a humanização e apenas 5,24% de ocorrência de episiotomia, uma prática intervencionista que reflete um processo de transição.

Contudo, apesar das fortes evidências apresentadas, estudo desenvolvido por Gama et al (2016) que buscou descrever a participação das enfermeiras na assistência obstétrica a partos de risco habitual em 266 maternidades, evidenciou que apenas 16,2% dos partos vaginais foram assistidos por esta profissional. As boas práticas foram significativamente mais frequentes nos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas, tais como oferta de dieta, mobilidade durante o trabalho de

parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e uso do partograma, enquanto algumas intervenções como anestesia, posição de litotomia, pressão do fundo do útero e episiotomia foram usadas com menor frequência nas maternidades que contavam com a atuação da enfermeira obstétrica. Ademais, nas maternidades que incluíam uma enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento, a incidência de cesariana foi menor.

Estudo de Amorim et al (2019) retrata que as enfermeiras obstétricas promovem assistência baseada nos princípios da humanização e das boas práticas, atuando com autonomia por meio do conhecimento e competência no desenvolvimento da assistência. O apoio institucional é um facilitador e provedor desta autonomia através de protocolos e educação continuada. Já a atuação em equipe multidisciplinar, com relações conflitantes entre elas e outras categorias profissionais, em especial o médico obstetra, influenciam negativamente a assistência integral, qualificada e humanizada e dificultam o trabalho harmônico da equipe. Apesar disto, as decisões são tomadas em conjunto reconhecendo a importância do envolvimento de diferentes profissionais, entendendo que há uma nova perspectiva do cuidado na área da saúde, segundo uma abordagem de trabalho colaborativo.

Os altos índices de práticas obstétricas benéficas para mulheres e recém-nascidos apresentados nas pesquisas acima advêm da assistência da enfermeira obstétrica, com sua *práxis* representada pelo respeito à fisiologia do nascimento, ao protagonismo feminino, ao conhecimento científico, inserida em um modelo de atuação colaborativo.

Infelizmente, conforme cita Chaves (2014), instituições que apresentam boas práticas de cuidado obstétrico com desfechos favoráveis, com equipes de plantão e trabalho colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos na atenção ao parto, ainda é um cenário que representa uma pequena parcela na atenção pública no nosso país e menor ainda no setor privado.

É fato que a inserção e atuação da enfermeira obstétrica contribui para o alcance da melhoria e qualidade da assistência à saúde da mulher e, por conseguinte, reduzir taxas de partos cesarianos ao estimular a fisiologia e o parto normal. Contudo, para que as ações desta profissional gerem impacto faz-se necessário rever a configuração das maternidades e suas práticas obstétricas que desrespeitam a

fisiologia da mulher e, ocasionalmente, a inclusão de enfermeiras obstétricas nesta assistência é geradora de conflitos (AMORIM; GUALDA, 2011).

Na seara dos desafios enfrentados para atuação destas profissionais nos serviços de saúde, pesquisa de Pereira e Nicácio (2014), Monticelle et al (2008) e Gama et al (2021) apontam a desvalorização profissional, precárias condições de trabalho, pouco reconhecimento e autonomia profissional, resistência dos profissionais médicos e um modelo de atenção biomédico predominante nas instituições, necessidade permanente de qualificação profissional, baixa contratação pelos hospitais públicos e menor ainda nos privados e aos salários pouco atrativos que distancia da realidade de muitos países europeus, onde esta profissional assume protagonismo no acompanhamento da gestação e do parto nos sistemas de saúde.

No que tange à autonomia, Pasche (2009) retrata de uma maneira reflexiva que as diferenças presentes em uma mesma organização, quais sejam, as salariais, as condições e regimes de trabalho e as normas administrativas tornam evidentes distintas relações de poder. Estas produzem uma realidade paradoxal, pois enquanto uns experimentam espaços de autonomia e liberdade, a maioria convive com limitações, com a força do poder administrativo e seus instrumentos de controle e submissão como principal forma de relação com a instituição.

Sena et al (2012) cita que a presença da enfermeira obstétrica neste cenário configurado até então pela soberania de atuação médica, é geradora de conflito e embate entre as categorias, com dificuldade de inserção desta profissional e uma efetiva implantação da política de humanização, na medida em que o processo de desmedicalização representa a perda do poder médico.

Este delicado campo de atuação gerador de tensões é refletido por Tesser et al (2015), ao citar que os médicos e suas associações apresentam grande preocupação com a realização de partos de risco habitual por enfermeiras obstétricas e obstetizes ao alegarem que a assistência por estas profissionais podem ser causadoras de danos e maior risco para mães e seus filhos, apesar de recomendações internacionais.

Não podemos deixar de considerar também no campo obstétrico, as diferenças regionais que interferem na atuação da enfermeira obstétrica na assistência a partos de risco habitual devido ao quantitativo de profissionais médicos. Sabe-se que os grandes centros urbanos apresentam mais profissionais médicos e enfermeiras

obstétricas para o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal, a divisão das atribuições e responsabilidades acaba sendo afetada e geradora de desgastes nas relações de trabalho.

Na região Norte do país, apesar de possuir menor volume de partos, quase metade dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiras, o que também foi observado nos municípios do interior, correspondendo a 46%. Logo, ao se distanciar dos grandes centros urbanos, a chance de uma mulher ser assistida por uma enfermeira obstétrica no momento do parto aumenta. Já na região Centro-Oeste e Sul identificou-se a menor frequência, com 19,6% e 18,5% respectivamente. Isto porque a distribuição de médicos no Norte do país é uma proporção de 1,12 médicos/100.000 habitantes, enquanto no Sudeste esta razão foi de 2,81/100.000 habitantes (GAMA et al, 2021)

No campo das dificuldades de implementação deste modelo colaborativo, Sousa et al (2016) salientam que este é um desafio envolvendo esforços conjuntos de profissionais de saúde, gestores e sociedade. Para a inserção da enfermeira obstétrica, é fundamental o apoio institucional, o compromisso dos gestores com as políticas públicas, a reestruturação de seus serviços, a capacitação dos profissionais e aprimoramento da qualidade da assistência e atuação comprometida com os preceitos legais da profissão.

Cabe destacar que a integração entre equipe multiprofissional, a qual exige o conhecimento e a valorização do trabalho do outro, assim como a adesão e a comunicação na relação entre os sujeitos, a valorização dos profissionais, são dificuldades apresentadas pelos gestores em saúde, mas extremamente importantes para que se alcance a integralidade da assistência à saúde e a construção de um projeto que seja compartilhado por todos (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

No sentido do avanço de um modelo que contemple atuação multidisciplinar em obstetrícia, com objetivo maior de humanização do cuidado e redução de danos e intervenções desnecessárias Tesser et al (2015, p.8) conceitua que:

A prevenção quaternária da violência obstétrica no Brasil pode se dar através da urgente reforma das práticas obstétricas, com inserção de outros profissionais habilitados no cuidado ao parto de risco habitual e utilizando boas práticas obstétricas [...] a atuação dos médicos obstetras especialistas seria importante e otimizada em casos de risco não habitual e como segunda linha de cuidado, acionada quando necessário.

É necessário refletir neste campo das relações multiprofissionais desencontradas que desfocam o objetivo maior, quais sejam, a qualidade e segurança da assistência obstétrica e a vivência do parto e nascimento de forma singular com práticas profissionais respaldadas nas evidências científicas se articulando, conjuntamente, em prol da saúde da mulher e do bebê.

2.6 OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO E INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES INSTITUCIONAIS

As organizações são constituídas por pessoas, os trabalhadores agentes destas organizações, com seus valores pessoais, que se constituem como componentes da cultura das organizações e contínuas interações impulsionadoras de processos dinâmicos (ROCHA et al, 2014).

Quanto aos tipos de organização Vos et al (2011) definem que, tradicionalmente, os hospitais têm uma organização funcional estruturada a partir de indivíduos e suas áreas de especialização, agrupados em departamentos, atuando de forma independente. O seu funcionamento rege de acordo com os princípios da gestão científica, ou seja, a eficiência pode ser melhorada pela divisão do trabalho de forma que seja atribuído a cada indivíduo uma atividade especializada e repetitiva. Por conseguinte, devido a esta falta de coordenação entre os departamentos, geralmente este tipo de organização luta com problemas de adaptação e eficiência nos processos, os quais afetam a qualidade da prestação de cuidados.

O autor faz um contraponto ao citar a organização orientada a processos como aquela em que o processo é multifuncional, estruturado e composto por um conjunto de atividades destinadas a produzir resultados. Portanto, ele se concentra na organização ideal do processo articulando as diferentes disciplinas envolvidas na prestação de cuidados para alcançar objetivos comuns. Além disso, um projeto de organização orientado para o processo é caracterizado por uma organização menos hierárquica, na qual as pessoas possuem mais responsabilidade, aumentam as capacidades de tomada de decisão e agem com maior autonomia e flexibilidade.

Contribuindo, Rocha et al (2014) citam que existem basicamente dois tipos de cultura organizacional, segundo seus valores e práticas relacionados ao modelo de organização e gestão do trabalho. O primeiro refere-se àquelas organizações que se

orientam para o trabalho, apresentando estruturas rígidas, centralização do poder, forte especialização, formalização das relações com consequente dificuldades de comunicação e controle dos processos e seus trabalhadores. Já as culturas organizacionais que são orientadas para os resultados e para seus trabalhadores, tornam evidente a redução dos níveis hierárquicos, há o compartilhamento das decisões, uma valorização do bem-estar e da satisfação dos indivíduos. Porém, as instituições de saúde no Brasil, em grande, parte são representadas pelas primeiras, ou seja, organizações que apresentam uma administração engessada que dificultam os processos de mudança.

Esta pode ser entendida, a partir de dois pontos, enquanto processo planejado ou processo emergente. O desenvolvimento organizacional enquanto mudança planejada é desencadeada pela alta gestão, sendo posteriormente a sua implementação distribuída pelo restante da organização. No segundo caso, a mudança emergente, consiste no aparecimento de novos padrões organizativos em consequência da adaptação às contingências locais e na ausência de um programa pré-estabelecido, proporcionando um feedback imediato àqueles que a conduzem (REGO; RODRIGUES; ARAÚJO, 2016)

Pode-se compreender que os processos de transição nas instituições de saúde afetam as suas estruturas organizacionais a fim de alcançarem desenvolvimento motivacional de seus trabalhadores, melhores resultados em cuidados e gestão em saúde.

Nesse sentido, destaco o conceito de inovação definido por Queiroz, Albuquerque e Malik (2013) como aquele processo pelo qual as organizações utilizam sua capacidade e recursos para o desenvolvimento de uma tecnologia, um novo produto, um novo serviço ou sistema e novas formas de trabalho que atendam às demandas dos usuários.

Ampliando definições, segundo os autores acima, as intervenções na estrutura organizacional incluem mudanças nas relações de autoridade, nas alocações de trabalho, nos sistemas de remuneração, de comunicação e em outros aspectos da interação formal entre as pessoas da organização. Assim, mudanças no processo de produção ou na prestação de serviços tendem a produzir inovações na estrutura organizacional. Enfatiza-se também que as inovações podem alterar o

comportamento ou as crenças dentro de uma organização, por meio de técnicas como educação e treinamento.

Considerando aspectos que envolvem mudanças e transições nas instituições, Rossi e Lima (2005) comentam a importância de compreender que os profissionais podem tanto reproduzir quanto modificar os processos de trabalho e os modelos de assistência, possibilitando uma ruptura de processos institucionalizados, transformando o processo de trabalho em lugar estratégico de mudança, indo na contramão de certos tipos de organização que objetivam controlar o autogoverno dos indivíduos, com receio de que haja alguma alteração na lógica de seu funcionamento.

Assim, entende-se que instituições que apresentam uma estrutura organizacional mais horizontal e orgânica tendem a ser mais adeptas das inovações e sua eficácia está condicionada pela forma com as quais as lideranças trabalham com aspectos da gestão de pessoas, que favoreçam trabalhos em equipes multidisciplinares, flexibilidade das funções, polivalência dos membros organizacionais, autonomia, comunicação e aprendizagem. Tudo isto, porém, não ocorre sem profunda transformação do contexto sociocultural das instituições (QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013).

Sobre a importância da comunicação na vivência do processo de mudança de uma organização, Rego, Rodrigues e Araújo (2016) destacam que o conhecimento dos objetivos de uma organização, interfere na motivação dos profissionais. Desta forma, permitir que o profissional participe ativamente do processo de mudança, com o conhecimento, clareza e definição de seus objetivos, faz com que se sinta motivado pois sua contribuição é necessária. Portanto, o líder possui este papel fundamental em manter uma comunicação clara e atualizada junto a sua equipe, informando todos os elementos, o propósito do grupo e as ações a serem tomadas.

Ademais, neste contexto os gestores devem objetivar o pleno desenvolvimento de seus trabalhadores e investir em educação continuada como uma ferramenta necessária para a quebra de paradigmas no trabalho relacionadas a ações de cuidado, assim como se responsabilizar pela integração e socialização da equipe favorecendo os aspectos cooperativos do trabalho (ADORNO et al 2017; BIER et al 2019). Em suma, o gestor equilibra suas atribuições, enquanto líder, pois tenta compatibilizar os objetivos organizacionais e individuais, ser o garantidor do cumprimento das normas estabelecidas, promover empoderamento dos

colaboradores mediante motivação, construção de um ambiente que favoreça o trabalho interdisciplinar e a oferta de capacitação (REGO; RODRIGUES; ARAÚJO, 2016; BIER et al 2019).

Por outro lado, destaca-se também como um desafio para a gestão dos serviços de saúde considerar o conjunto de demandas e necessidades de modo que os interesses e as necessidades do grupo de trabalhadores sejam contemplados, o que por sua vez exige um processo de negociação permanente. Entendendo que neste processo, os sujeitos trabalhadores, podem pertencer a diferentes serviços e trabalharem juntos por compartilharem os mesmos valores, buscando a eficiência e a eficácia de seu trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2008).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa tem como referencial teórico que sustenta o objeto de estudo, a Teoria das Transições da enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis.

Segundo descrição da carreira acadêmica pela Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia¹², Afaf Meleis nasceu no Egito e inspirada por sua mãe, uma enfermeira e educadora que criou programas de pós-graduação em todo o Oriente Médio, Dra. Meleis sabia que, se quisesse fazer a diferença, precisava da educação certa. Ela obteve seu diploma de bacharel em Enfermagem na Universidade de Alexandria, o primeiro programa de bacharelado em Enfermagem do Oriente Médio. Foi para a Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA) nos Estados Unidos através de bolsa Rockefeller, local de obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Decidida a seguir a carreira acadêmica e de pesquisadora, Meleis permaneceu na UCLA e se inscreveu no programa de Doutorado em Psicologia médica e social. Após conquistar seu PhD, a Dra. Meleis passou os 34 anos seguintes como membro do corpo docente da Universidade da Califórnia, atuando no Programa de Doutorado para enfermeiras.

Desde 2002, a convite, Afaf Meleis é reitora de Enfermagem na escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia, onde mantém dois centros de pesquisa. Dentro eles, o *Center for Global Women's Health* com equipe multidisciplinar de professores e alunos, por meio da educação e práticas clínicas para melhorar a saúde das mulheres em todo o mundo através da igualdade e justiça social.

Durante sua vida acadêmica na Universidade da California, Dra Meleis publicou em 1985 livro premiado “*Theoretical Nursing- Development and Progress*” sobre sua Teoria das Transições e que serve como guia para professores e alunos de Doutorado mundialmente. Outra grande obra publicada em 2010 foi *Transitions Theory- Midle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. É autora de sete livros, mais de 180 artigos e mais de 40 capítulos de livros.

Após breve histórico profissional de Ibrahim Afaf Meleis, descreveremos a seguir os principais pressupostos constituídos em sua Teoria das Transições.

¹² Afaf I. Meleis, PhD, DrPS (hon). Professor of Nursing and Sociology and Dean Emerita. Disponível em: <https://www.nursing.upenn.edu/live/profiles/69-afaf-i-meleis>. Acesso em: 20 set. 2020.

Teve sua origem, a partir de questionamentos sobre a natureza das transições nas experiências humanas vivenciadas, desenvolvendo-se como um conceito para a enfermagem após 1985 (MELEIS¹³, 2012 apud LIMA et al, 2016, p.2)

Para Chick e Meleis (1986), o processo de transição refere-se às continuidades e descontinuidades nos processos de vida dos seres humanos; uma passagem ou movimento de uma condição ou local para outro; num sentido de movimento, desenvolvimento, de fluxo associado a ele, emergindo um significado de transição como um fenômeno contínuo, mas limitado.

Transição é uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças. Esses percursos ocorrem ao longo do tempo e tem um sentido de fluxo e movimento, guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações (MELEIS, 2010, p.1).

Lima et al (2016) ratificam que a Teoria das Transições descreve, comprehende, interpreta e explica fenômenos específicos da enfermagem que ocasionam alterações significativas na vida por meio de mudanças nos processos, papéis ou estados que geram modificações de comportamento e uma nova definição de si no contexto social.

Corroborando Meleis¹⁴ et al (2000 apud Guimarães e Silva, 2016, p.1), essa Teoria resultou de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes, impulsionando a passagem de um estado (lugar ou condição) estável para outro, também estável, requerendo dos envolvidos a incorporação de conhecimentos, alteração de seu comportamento e mudanças na definição de *self*. Assim, o processo de transição fundamenta-se pela singularidade, diversidade, complexidade e diversas dimensões que geram significados variados e determinam a percepção de cada indivíduo sobre o que vivenciam.

No que concerne à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos, quais sejam: desenvolvimental, situacional, de saúde-doença e organizacional (MELEIS¹⁴ et al, 2000 apud GUIMARÃES; SILVA, 2016, p.2; CHICK; MELEIS, 1986;

¹³ MELEIS, Afaf Ibrahim. Theoretical nursing: development and progress. 5.ed. Philadelphia (US): J.B.Lippincott, 2012

¹⁴ MELEIS, Afaf Ibrahim; SAWER, Linda; IM, Eun-Ok; MESSIAS, Hilfinger; SCHUMACHER, Karen. Experiencing Transitions: Na emerging Middle-range theory. Avvances in Nursing Science, v.23, n.1, 2000, p.12-28.

COSTA, 2016), assim como podem ocorrer, simultaneamente, durante um determinado período de tempo a nível individual ou familiar. São elas:

- Desenvolvimental: relacionadas a mudanças de ciclo vital;
- Situacional: estão associadas à acontecimentos que implicam em alterações de papéis;
- Saúde-doença: quando ocorre alteração no estado de bem-estar para o estado de doença;
- Organizacionais: ocorrem no contexto do ambiente dos clientes e são geradas, a partir de mudanças a nível do contexto social, político, econômico ou intraorganizacional.

Logo, a partir das conceituações supracitadas, descreverei com maior natureza de detalhes o tipo organizacional por relacionar-se ao objeto de estudo proposto nesta investigação. Este tipo de transição, representa mudanças em ambientes institucionais caracterizadas por uma reorganização estrutural das instalações, a introdução de novos programas, adoção de novas políticas, mudanças em posições de lideranças com novos padrões de pessoal e implementação de novos modelos de cuidado e novas tecnologias (SANTOS et al 2015; COSTA, 2016).

No que se refere às propriedades das transições, Costa (2016) e Santos et al (2015) em suas pesquisas realizaram levantamento sobre os conceitos da teórica e identificaram que apesar do processo de transição ser vivenciado de maneira diferenciada, ele se constitui nas mesmas propriedades, que se relacionam em complexidade e dinamismo. Tais propriedades são descritas a seguir:

- Ser consciente: associa-se à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição e descreve o conjunto esperado de respostas e percepções dos indivíduos que vivenciaram transições similares e o nível de conformidade entre os processos e as respostas. A consciência é uma característica definidora da transição, na medida em que a ausência desta pode significar que o indivíduo não iniciou o processo de transição.
- O engajamento é o nível de envolvimento no processo de transição. É importante destacar que o nível de consciência descrito acima influencia o engajamento, não podendo acontecer sem a existência deste. O nível de envolvimento de um indivíduo que está consciente das mudanças físicas,

emocionais, sociais ou ambientais será diferente daqueles que não vivenciaram tais mudanças.

- Mudança e diferença. Apesar de semelhantes, não representam sinônimos de transição. Todas as transições envolvem mudanças, porém nem todas relacionam-se a transições. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilibrador, a perturbações nas relações e rotinas, ideias, percepções e identidades. A mudança constitui-se em suas dimensões, a saber: a natureza, a temporalidade, perceber a importância da gravidade, das pessoas, da família, dos padrões sociais e da expectativa.
- Eventos e acontecimento crítico que são desencadeados pelas mudanças experenciadas, pois a maioria das transições relacionam-se a eventos marcantes na vida das pessoas, associado a uma conscientização das mudanças e diferenças e também a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência da transição.
- O período de experiência é caracterizado por movimentações e fluxos ao longo do tempo que devem ser acompanhados pelos enfermeiros.

Devido a esta característica de vivência e movimento na sua relação com o tempo, a transição pode ser pensada como uma desconexão com o passado, uma experiência do tempo que pode se estabelecer a curto ou longo prazo (CHICK; MELEIS, 1986). Acrescentando, Costa (2016) descreve que o tempo de transição envolve o evento inicial marcador até que a harmonia e a estabilidade sejam novamente experimentadas. Este período é necessário para experimentar diferentes estratégias e padrões de respostas e favorecer a incorporação em seu próprio conhecimento.

Infere-se que as transições são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e o movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida e que se manifesta em todos os indivíduos. (SANTOS et al 2015, p. 157)

Assim, a transição é um fenômeno pessoal e não estruturado, os processos e resultados das transições são relacionados a definições e redefinições de si mesmo e da situação pela qual a pessoa está experimentando a transição. Além disso, apesar

deste processo, não ser experimentado uniformemente pelos indivíduos, mesmo que muitas circunstâncias sejam semelhantes, há uma estrutura geral presente no processo de transição que consiste em pelo menos 3 fases: entrada, passagem e saída.

Cabe destacar para compreensão do processo de transição que se identificam fatores facilitadores e inibidores como condições que podem influenciar a experiência no processo. Logo, na Teoria das Transições deve-se considerar os “facilitadores” e os “inibidores” das condições que envolvem a transição, os quais incluem significados pessoais, crenças, atitudes culturais, condições socioeconômicas, comunitárias, preparação e conhecimento (MC EWEN, 2016).

Ainda descrevendo as condições pessoais e ambientais que são facilitadoras ou dificultadoras para alcançar um processo de transição saudável, Costa (2016) aponta que as condições pessoais compreendem os significados, as atitudes e crenças culturais, o estado socioeconômico, a preparação e o conhecimento apoiados nas dimensões comunitárias e sociais que podem contribuir ou não para os processos e os resultados da transição. Já os inibidores podem ser descritos como recursos insuficientes para suportar uma situação, suporte inadequado, conselhos não solicitados ou negativos, informação insuficiente ou contraditória, bloqueio por estereótipos ou presenciar a negatividade de outros.

Nesse sentido é interessante pontuar que:

Preparar-se antecipadamente para uma mudança facilita a experiência de uma transição, considerando que a falta dessa preparação possa inibir esse percurso. Pode ser útil para gerir a transição a preparação e o conhecimento sobre o que esperar durante a mudança e quais estratégias usarem no processo da transição. As consequências da falta de preparação e compreensão tornam-se imediatamente evidente quando o indivíduo é surpreendido com determinada situação. (COSTA, 2016, p.141)

Para compreender o processo de transição, valorizando a experiência vivida pelo indivíduo, é necessário atender a alguns padrões de resposta, que podem ser indicadores processuais e de resultado.

Os indicadores de processo particularizam a necessidade de o indivíduo sentir-se e *manter-se integrado* em um determinado contexto. Assim, as relações estabelecidas com o meio, família, amigos e profissionais de saúde tornam-se fonte de informação privilegiada. A *resposta interação*, apresenta-se pela relação

estabelecida entre o cliente em transição e o cuidador. *Sentir-se situado* é sentir-se parte integrante do contexto em que se encontra inserido, sendo este fundamental na medida em que a transição envolve a ressignificação e a reformulação sobre o ambiente, uma adaptação ao meio envolvente, que por sua vez, proporciona *desenvolvimento de confiança e coping*. Esta acontece quando se experiencia a transição com um conhecimento mais aprofundado e maior compreensão dos aspectos essenciais (LIMA et al, 2015)

Quanto aos indicadores de resultados da finalização do processo de transição, podem surgir dois domínios: domínio de novas competências (maestria) e desenvolvimento de uma fluida identidade integrativa, uma habilidade. O papel da maestria caracteriza-se pelo domínio de novos comportamentos e competências exigidos diante de novas situações para gerir uma transição. Assim, a finalização saudável de uma transição é determinada pelo grau em que os indivíduos demonstram domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerenciar as novas situações (COSTA, 2016).

Chick e Meleis (1986) referenciam que os significados atribuídos aos eventos de transição variam entre pessoas, comunidades e sociedades e, assim, influenciam o resultado. Essas características surgem, a partir das diferenças na percepção dos eventos de transição e podem influenciar as ações e respostas aos eventos.

Complementando, para Meleis¹³ (2012 apud Lima et al, 2016, p.3), deseja-se que a estabilidade dos sujeitos nas relações e nos papéis sociais no evento experienciado, seja o reflexo da sua própria redefinição.

O processo de transição é essencialmente positivo, considerando-se uma importante característica, pois a conclusão de uma transição significa que a pessoa assumiu um estado maior de estabilidade em relação ao seu estado anterior. A transição concluída, significa então, que o potencial de desorganização e interrupção associado à circunstância precipitante foi encontrado (CHICK; MELEIS, 1986).

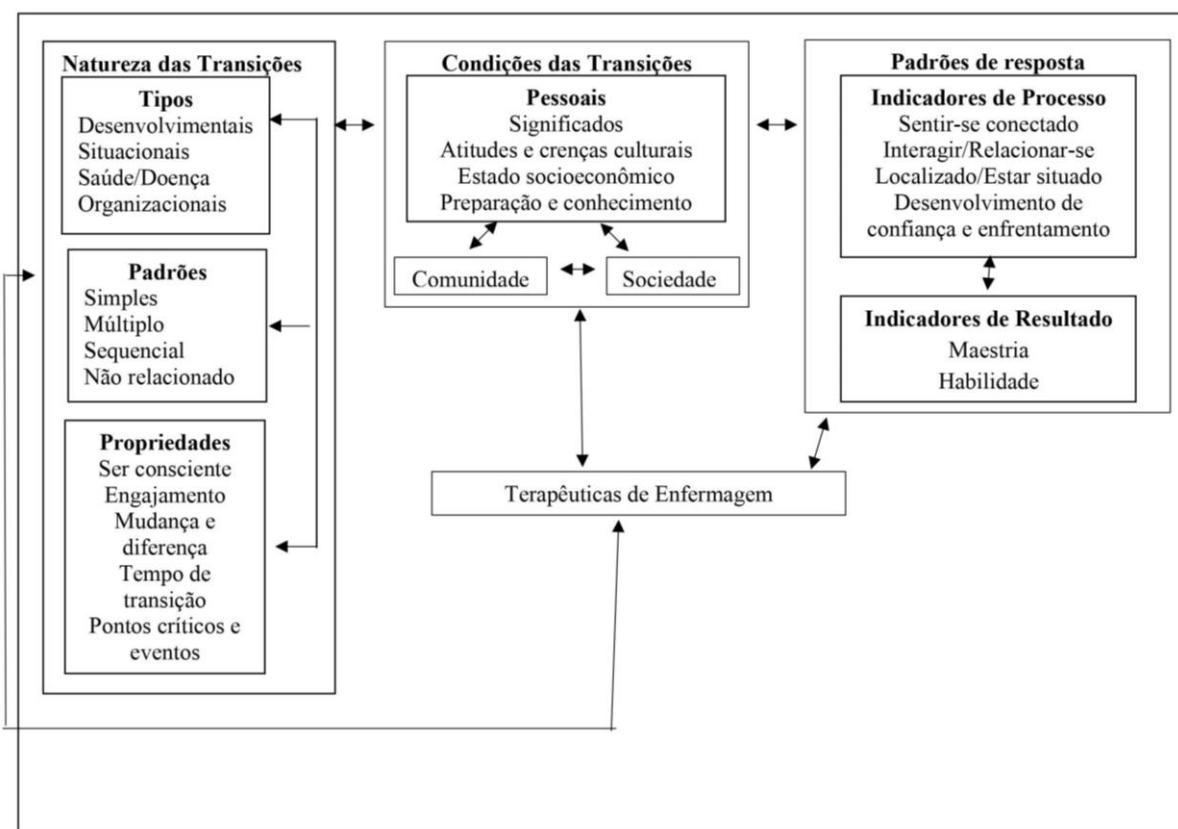
É importante considerar, como acontece com todas as interações pessoa-ambiente, nem os processos e nem os resultados são determinados inteiramente por variáveis individuais ou ambientais. Diferentes conjuntos de fatores podem ser dominantes em vários pontos do tempo, mas principalmente o que resulta da complexa interação entre indivíduos e ambiente (CHICK; MELEIS, 1986). E é através

da relação e interação que os comportamentos são desenvolvidos, descobertos, esclarecidos e reconhecidos em resposta à transição (COSTA, 2016).

Para Santos et al (2015), as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição, a partir de quem a vivencia, através de uma relação de ajuda, disposição em ouvir, aceitar e compreender as experiências e significados que o sujeito adquire em sua trajetória, possibilitando a sua expressão na medida em que estes são fontes privilegiadas de informação.

Abaixo, apresento diagrama demonstrativo dos principais conceitos que se inter-relacionam na definição do processo de transição na teoria de Meleis (2010).

Figura 1 – Diagrama representativo do processo das transições



Fonte: adaptado Meleis (2010)

Sendo assim, a Teoria das Transições adequa-se ao objeto de estudo na medida em que busca compreensão do processo de transição da inserção de enfermeiras obstétricas na maternidade de um hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência, que, até o momento de sua participação na política governamental Apice

On, não contava com a atuação dessas profissionais de maneira formalizada. Isto demonstra um momento de transição tanto institucional, quanto para gestores e profissionais dessa unidade, além de propiciar uma redefinição de papéis das enfermeiras obstétricas no cenário em questão.

Por fim, McEwen (2016) cita que a Teoria é amplamente aplicável e oferece um guia abrangente considerando a diversidade cultural e social, sendo capaz de direcionar a prática, a pesquisa e o ensino dos enfermeiros. A integração das teorias deve proporcionar o diálogo e o melhor entendimento das situações do processo de trabalho, através de mudanças nos resultados para algo melhor.

4. MÉTODO E TÉCNICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo que utilizou como estratégia de pesquisa o estudo de caso único, do tipo descritivo sustentado pela abordagem do método misto.

O estudo de caso consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos casos, que podem ser indivíduos, família, instituição, comunidade ou outra unidade social, em seu contexto do mundo real, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento (POLIT; BECK, 2011; FREITAS; JABBOUR, 2011; GIL, 2017; SILVA; MERCÊS, 2018).

Esta profundidade pode ser alcançada quando há um número limitado de indivíduos, instituições ou grupos investigados ao possibilitar a aquisição de um conhecimento íntimo e profundo, da condição, dos sentimentos, das ações, das intenções e do ambiente da pessoa. Tal característica é considerada uma vantagem na realização de estudos de caso (POLIT; BECK, 2011).

Para Yin (2016) o estudo de caso estuda o fenômeno em seu contexto real podendo ser classificado em instrumental como aquele que investiga determinada situação e, apesar de sua singularidade, está sendo realizado pela potencialidade de sua aplicabilidade a outras situações semelhantes. Já o estudo de caso intrínseco, define que determinada situação é escolhida para investigação por sua singularidade e intrínseco interesse e importância com prováveis revelações sem considerar sua aplicabilidade a outras situações.

Polit e Beck (2011) e Gil (2017) citam que os pesquisadores, através deste tipo de investigação qualitativa, tentam analisar e compreender questões importantes para a história, o desenvolvimento ou as circunstâncias da entidade investigada clarificando conceitos. Assim, o método assume o propósito de descrever a situação de um contexto, explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos e preservar o caráter unitário do objeto estudado.

Desta forma, considerando o propósito do estudo de caso definido acima, esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, na qual objetiva descrever e analisar determinada realidade ou fenômeno estudado. Por conseguinte, através da interpretação, identificar e tornar mais explícita as causas proporcionado maior

familiaridade com o problema pesquisado (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; SEVERINO, 2017).

No que se refere à concordância deste tipo de investigação qualitativa, o estudo de caso, com o método misto, abordagem metodológica definida para esta pesquisa, é interessante destacar “Ainda que a maioria dos estudos de caso envolva a coleta de informações qualitativas detalhadas, alguns deles têm delineamentos quantitativos ou usam métodos estatísticos para analisar os dados” (POLIT; BECK, 2011, p.303).

Silva e Mercês (2018) e Freitas e Jabbour (2011) citam que os estudos de casos podem ser apresentados, através de combinações de métodos qualitativos e quantitativos, iniciando a investigação com uma pesquisa qualitativa por meio da investigação de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, políticos e sociais, e assim, garantir aos pesquisadores focar em um caso sob uma perspectiva holística e num contexto real, findando a investigação ao validar as evidências obtidas por meio da pesquisa quantitativa.

Com isso, a possibilidade de articulação de informações qualitativas e quantitativas no estudo de caso, justifica a pesquisa de método misto. É uma estratégia de investigação orientada pela combinação de métodos e técnicas que tem sua descrição iniciada por Norman Denzin em sua obra *The Research Act* publicado em 1970 (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Este crescente desenho metodológico que articula métodos qualitativo e quantitativo em uma mesma pesquisa oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos de modo a consolidar a construção de teorias sociais trazendo uma ruptura da hegemonia metodológica dos defensores do monométodo ou método único. (DUARTE, 2009; ZAPELLINI; FEUERSCHÜTTE, 2015; SANTOS et al, 2017).

Creswell e Clark (2013) a definem como um método que se concentra em coletar, analisar e integrar dados qualitativos e quantitativos em um único estudo ou uma série de estudos, permitindo um melhor entendimento dos problemas de pesquisa do que cada uma das abordagens isoladamente proporcionaria, na medida em que há uma combinação das potencialidades de cada abordagem.

Assim, a obtenção de dados de diferentes fontes e sua análise por meio de estratégias distintas gera melhoria na validade dos resultados, o que em uma concepção ampliada representa que uma hipótese testada com o recurso de diferentes métodos pode ser considerada mais válida do que uma hipótese testada

unicamente com o uso de um único método. Para além desta compreensão, o método misto permite não somente a seriedade e validade dos dados, mas também é considerado uma forma de integração de diferentes perspectivas, um retrato mais completo e holístico do fenômeno em estudo. Ou seja, oferece maior confiança na determinação correta do significado ou se faz necessário analisar as diferenças para perceber significados múltiplos e importantes, melhorando assim a qualidade das evidências (DUARTE, 2009; STAKE, 2011).

Santos et al (2017) ainda destacam que há algumas situações indicativas para o uso deste método, tais como quando os resultados de uma abordagem podem ser melhor interpretados por meio de uma segunda fonte de dados, quando não somente a abordagem quantitativa ou qualitativa são suficientes para a compreensão do fenômeno a ser pesquisado e quando os resultados de um método podem favorecer a identificação dos participantes a serem estudados ou as perguntas a serem feitas pelo outro método.

Para a execução do método misto, há quatro decisões fundamentais a serem definidas pelo pesquisador de acordo com Creswell e Clark (2013), e adotadas nesta pesquisa, quais sejam:

- O nível de interação entre os elementos qualitativos e quantitativos, ou seja, a extensão em que os dois elementos são mantidos de forma independente ou em uma integração entre eles. Um nível de interação *independente* ocorre quando os elementos qualitativos e quantitativos são implementados de forma que sejam independentes um do outro, só há combinação dos dois elementos na interpretação geral.
- A prioridade relativa dos elementos, ou seja, a importância ou ponderação relativa dos métodos qualitativo e quantitativo dentro do projeto, se traduzindo para este estudo a *prioridade qualitativa*.
- O momento certo de aplicação dos elementos, refere-se ao relacionamento temporal entre os elementos qualitativos e quantitativos dentro da pesquisa. O momento certo é regularmente discutido em relação ao tempo em que os conjuntos de dados são coletados e podem ser classificados em *momento certo simultâneo*, quando os elementos qualitativos e quantitativos são implementados durante uma única fase do estudo;

- Ao procedimento para mistura dos elementos, ou seja, a inter-relação, a integração, a combinação e o ponto de interface dos elementos qualitativos e quantitativos, que podem ocorrer em quatro pontos possíveis durante o processo de pesquisa. Nesta investigação, implementou-se a *integração durante a interpretação*, ocorre quando os elementos qualitativos e quantitativos são misturados durante o passo final do processo de pesquisa, depois de o pesquisador ter coletado e analisado os dois conjuntos de dados. O pesquisador extraí conclusões ou inferências que refletem o que foi apreendido da combinação de resultados dos dois elementos do estudo.

A partir da compreensão da interação dos elementos das abordagens qualitativas e quantitativas, da atribuição de peso de uma abordagem em relação a outra, da distribuição de tempo para a coleta de dados e o modo como os dados serão apresentados, possibilitam diferentes combinações que por conseguinte, resultam em diferentes desenhos de métodos mistos.

Assim, segundo Creswell e Clark (2013) delimito para a presente investigação a estratégia do Projeto Incorporado. É a abordagem dos métodos mistos em que o pesquisador combina a coleta e análise tanto de dados qualitativos quanto quantitativos dentro de um projeto de pesquisa quantitativo ou qualitativo tradicional. A coleta e análise do segundo conjunto de dados podem ocorrer antes, durante ou depois da implementação dos procedimentos de coleta e análise dos dados tradicionalmente associados ao projeto maior

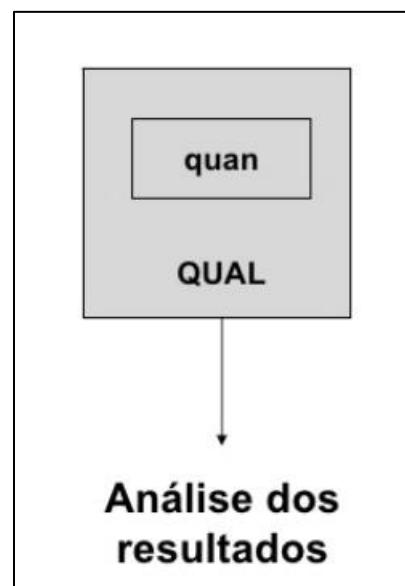
Ainda segundo estes autores, o Projeto Incorporado é utilizado para melhorar a aplicação de um projeto qualitativo ou quantitativo tradicional, logo, as suposições deste projeto são estabelecidas pela abordagem primária, e o outro conjunto de dados é subserviente dentro dessa metodologia. Assim, a incorporação de dados suplementares traz melhoramentos ao projeto maior.

Logo, a presente investigação teve na pesquisa qualitativa, aquela que contempla um âmbito da realidade que tende a ser holístico, um universo de significados profundos e particulares, buscando a compreensão do todo (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013; POLIT; BECK, 2011), como abordagem principal, de maior relevância devido ao objeto de estudo que se almeja investigar. Com caminhar secundário e posterior ao método principal, está o método quantitativo, aquele em que os pesquisadores trabalham com estatísticas, com a apropriação da linguagem de

variáveis para especificar atributos e qualidades do objeto de investigação por meio de dados que são recolhidos da realidade empírica das estruturas e instituições (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013), por entender que os dados estatísticos constituirão fonte de dados subjacentes, ou seja, a adição de dados suplementares possibilitou melhorar a interpretação do projeto maior.

A estratégia definida para o Método Misto pode ser descrita utilizando um sistema de notação que foi desenvolvido para abranger um conjunto de rótulos e símbolos abreviados que representam os aspectos da pesquisa, facilitando a comunicação entre os pesquisadores deste método (SANTOS et al, 2017). Desta maneira, a partir dos conceitos do Projeto Incorporado, a notação correspondente para este estudo é QUAL(+quan) e sua representação gráfica segundo Creswell e Clark (2013), pode ser visualizada a seguir:

Figura 2 - Diagrama processual do uso de método misto do tipo Projeto Incorporado Concomitante, com ênfase qualitativa. Porto Alegre/RS, 2013.



Fonte: CRESWELL; CLARK, 2013

Salienta-se que no âmbito qualitativo a pesquisa desenvolveu-se segundo às diretrizes estabelecidas pela *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) e para o rigor metodológico do método misto, seguiu-se às recomendações determinadas pelo *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), que abrangem critérios para o desenvolvimento da etapa qualitativa, da etapa quantitativa descritiva e da associação dos métodos (SOUZA et al, 2021; HONG et al, 2019).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário deste estudo de caso foi a maternidade do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz.

O IFF/Fiocruz, fundado em 1924, é uma unidade de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e assistência, da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), reconhecido em 2006 como hospital de ensino e em 2010, como Centro Nacional de Referência pelo MS, por meio de Portaria n.4159, de 21 de dezembro, fato que o consolidou como órgão auxiliar deste ministério na tarefa de desenvolver, coordenar e avaliar as ações integradas para a saúde feminina e infanto-juvenil em âmbito nacional.

Sob esta perspectiva, o instituto possui algumas atribuições: 1- Assessorar o MS no planejamento, organização, coordenação, supervisão e avaliação de planos, programas e projetos em âmbito nacional. 2- Gerar e difundir conhecimento para a implantação de políticas e programas de saúde inerentes as suas atividades. 3- Planejar, coordenar e realizar pesquisa clínica, básica, aplicada, biomédica e em ciências sociais em saúde. 4- Formar profissionais para o SUS, para qualificação da gestão e da atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente. 5- Coordenar redes colaborativas nacionais e internacionais na área da saúde materna, infanto-juvenil, assim como desenvolver atividades assistenciais para este público.

Fotografia 1- Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz



Fonte: <https://www.iff.fiocruz.br/index.php/institucional/sobre-iff-fiocruz>

Desta forma, o IFF/Fiocruz efetiva ações direcionadas ao ensino e pesquisa através de seu Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PPGSCM) com notáveis professores no campo da saúde coletiva. No que tange à assistência, o IFF/Fiocruz desenvolve ações específicas no campo da saúde da mulher, da criança e adolescente com cuidados em alta complexidade em ambiente hospitalar e ambulatorial. Destaque-se a presença nesta instituição do Centro de Referência Nacional da Rede Global de Bancos de Leite Humano (rBLH), além de ser considerado um “Hospital Amigo da Criança” pela Organização Mundial da Saúde (WHO), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pelo Ministério da Saúde desde 1999.

A Área de Atenção Clínica e Cirúrgica à Gestante integra o Ambulatório de Pré-Natal, a Maternidade e o Serviço de Medicina Fetal. O serviço de Pré-Natal, localizado no primeiro andar do hospital, oferece consultas individuais por equipes interdisciplinares e grupos educativos com entrega de material informativo com objetivo de orientação das mulheres e seus acompanhantes¹⁵. Os critérios para acessar o serviço de pré-natal deste instituto são estar gestante com até 24 semanas de gravidez e sem comorbidades clínicas e apresentar as seguintes indicações: doenças infecciosas com risco de repercussão fetal (Toxoplasmose, Sífilis, Citomegalovírus, Rubéola, Herpes, HIV e HTLV), adolescente com idade igual ou menor a 15 anos, idade materna maior ou igual a 35 anos, históricos de gestação

¹⁵ Fonte: <https://portal.fiocruz.br/servico/realizar-consulta-de-pre-natal-de-alto-risco-fiocruz-iff-rj>. Acesso em 04 maio 2021.

anteriores com malformação fetal, gestação múltipla, Doença Hemolítica Perinatal e malformações ginecológicas maternas (útero bicornio/didelfo e miomatose uterina menor que 5cm)¹⁶. A gestante deve ter sido encaminhada pela Unidade Básica de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde (no caso de usuárias residentes fora do Município do Rio de Janeiro) através do Sistema de Regulação em Saúde. Já nos casos identificados com malformação fetal deverão ser agendados na Unidade Básica de Saúde ou pelas Secretarias de Saúde do Município, através do Sistema de regulação para uma consulta em aconselhamento em malformação fetal. Em 2022, foram realizadas 533 consultas de pré-natal neste ambulatório¹⁷.

A maternidade localizada no terceiro andar do hospital, constitui-se nos seguintes setores: Recepção, local de acomodação das usuárias que procuram atendimento obstétrico; Admissão, que é uma sala para exames e internação das gestantes e parturientes provenientes do ambulatório de pré-natal e da Clínica Municipal de Saúde referência da Rede Cegonha, conforme Lei nº11.634 de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a). Enfermaria de Gestantes com 12 leitos individualizados para internação das condições clínicas e obstétricas que exigem vigilância e dos trabalhos de parto em fase latente. O Centro Obstétrico, que após reforma estrutural ocorrida em 2005 para melhoramento da ambiência, possui duas salas de cirurgia e três quartos PPP's (pré parto, parto e pós-parto). Ambiente com capacidade para um leito, uma unidade de calor radiante (UCR) e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação) e atendimento imediato ao recém-nascido no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho. Logo, este setor proporciona atenção acolhedora, resolutiva e humana através da ambiência necessária e da oferta de material para alívio não farmacológico da dor e para estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como, bola de suíça, cavalinho obstétrico, banqueta para parto vertical, chuveiro com água morna e aromas. Por fim, temos o setor Alojamento Conjunto com 14 leitos individualizados contendo cama hospitalar, berço para o recém-nascido e uma poltrona para o acompanhante, configuração que favorece a permanência do recém-nascido ao lado de sua mãe em tempo integral até a alta, fortalecendo os vínculos familiares. Tal estrutura física e

¹⁶ Fonte: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/12-atendido/191-prenatal>. Acesso em 04 maio 2021.

¹⁷ Fonte: Estatística Mensal da Maternidade, ano 2022.

conjunto de medidas atende a Resolução n.36, de 3 de junho de 2007, que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, e assim, é capaz de proporcionar ações de humanização da atenção à saúde (BRASIL, 2007a).

O quadro 3 descreve o perfil da maternidade no ano de 2022, com 377 (46,1%) nascimentos via parto normal e 440 (53,9%) de nascimentos via cesariana. Destes, 195 foram de recém-nascidos com malformação fetal (23,8%) e 51 nascimentos de gemelares (6,2%).

Quadro 3: Descrição do perfil da maternidade do IFF/Fiocruz nos últimos 7 anos

	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parto normal	437	46,6	498	46,6	533	50,2	493	50,6	459	46,4	435	46	377	46,1
Parto cesariana	494	53,1	570	53,4	528	49,8	480	49,4	531	53,6	509	54	440	53,9
MFF	251	26,9	247	23,1	170	16	280	28,7	244	24,6	256	25,8	195	23,8
Gemelar	70	7,5	89	8,3	49	4,6	51	5,2	50	5	40	5,3	51	6,2

Fonte: Estatística anual da Área de Atenção Clínica e Cirúrgica à Gestante

Sobre o volume de atendimentos obstétricos, no setor de admissão, de mulheres vinculadas tanto ao ambulatório de Pré-Natal desta Instituição, como também aquelas provenientes da Clínica Municipal de Saúde João Barros Barreto localizada no bairro de Copacabana, referência municipal da Rede Cegonha registrou-se 3.914 atendimentos no ano de 2016; 4.424 atendimentos em 2017; 3.812 atendimentos em 2018; 3.610 atendimentos em 2019; 3.406 atendimentos em 2020; 3.346 atendimentos em 2021 e 3.056 atendimentos no ano de 2022.

Destaca-se que as informações sobre atendimentos obstétricos, bem como o tipo de parto, malformação fetal e gestações gemelares são obtidas, manualmente pela secretaria da obstetrícia, sem um registro em banco de dados. O que configura uma dificuldade para o serviço analisar o seu perfil de atendimentos obstétricos na rede municipal de saúde.

Outro setor que constitui a Área de Atenção Clínica e Cirúrgica à Gestante é o Serviço de Medicina Fetal. Tem por objetivo avaliação do feto para diagnóstico, acompanhamento e tratamento das malformações fetais, alterações do crescimento fetal a acompanhamento fetal na gestação de alto risco. Ademais, oferece aconselhamento da gestante e familiares através de informações sobre o diagnóstico e prognóstico do feto, acompanhamento durante a gestação e implicações para o

parto, além de possibilidades de tratamento antes e depois do nascimento. Nos casos em que a anomalia fetal é confirmada, seja possível de tratamento no IFF e não haja nenhum critério de exclusão para admissão no pré-natal, a gestante é encaminhada para triagem no ambulatório de pré-natal.

Vale destacar que o corpo de enfermeiras da maternidade é constituído por 6 enfermeiras generalistas e 15 enfermeiras obstétricas¹⁸. Até o ano de 2014, todos os concursos realizados para esta unidade da Fiocruz eram para o cargo de enfermeira generalista. A partir deste ano, após concurso público publicado em edital no dia 30/01/2014 para provimento do cargo Tecnologista em Saúde Pública, foram admitidas 3 enfermeiras obstétricas para compor o quadro de pessoal da maternidade, qualificar a atenção ao parto e nascimento e fortalecer o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica instituído em 2012, a partir do PRONAENF.

Interessante destacar que apesar de não haver seleção específica para enfermeiras especialistas nos concursos anteriores, foram alocadas na maternidade as enfermeiras que possuíam experiência de atuação no campo da saúde da mulher ou aquelas que detinham o título de especialistas. Isto possibilitou o arranjo de uma equipe de enfermeiras detentoras de conhecimentos técnicos e científicos, capazes de impulsionar neste cenário movimentos de humanização da atenção obstétrica. A título de exemplo, a incorporação do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no centro obstétrico ocorreu em 2006, quando assumiu a gestão deste setor, uma enfermeira obstétrica concursada com ampla experiência no cuidado a mulheres e recém-nascidos adquirida por muitos anos de atuação em maternidade da SMS/RJ.

Nota-se que este cenário, a partir do século XXI, inicia a inclusão de recomendações nacionais e internacionais para a qualificação do cuidado obstétrico e neonatal, a partir de um trabalho articulado, resultante da entrada de novos profissionais, médicos obstetras e enfermeiras, associado aos reconhecidos pesquisadores desta instituição, responsáveis pela produção, difusão e adesão de novos conhecimentos em ciência, bem como a formulação de proposições políticas, em âmbito nacional.

¹⁸ Optou-se por não usar a uniformização gramatical ou a diferenciação o/a no texto, pois no campo do parto e nascimento a representação feminina constitui-se em maioria. Nesse sentido, será adotado o termo enfermeira obstétrica.

Portanto, em março de 2018, a Instituição foi selecionada para aderir ao Projeto Apice On, na medida em que, desde agosto de 2017, era uma das instituições parceiras do projeto junto ao MS e a UFMG, através da plataforma de comunicação virtual hospedada no Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher e da Criança IFF/Fiocruz considerando-se, assim, importante que esse hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência também estivesse envolvido na nova proposta de reorientação do modelo de atenção obstétrica¹⁹.

Em outubro de 2017, a Instituição lança o portal de boas práticas em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, com atividades relacionadas ao Eixo Atenção ao Recém-Nascido. No dia 09 de março de 2018, foi inaugurado no portal o Eixo de Atenção à Saúde da Mulher através de um evento público com a presença da Presidente da Fiocruz na época, Dra. Nísia Trindade, e especialistas renomados na saúde pública brasileira²⁰. Os eixos abordam temas relacionados à Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente que representam os segmentos de atuação das entidades governamentais Ministério da Saúde e IFF/Fiocruz em ações na atenção de referência, ensino, pesquisa e apoio à formulação de pesquisas.

Na plataforma virtual, em seus eixos específicos, são disponibilizados de forma sistematizada conteúdos digitais em diversas formas de apresentação, tais como vídeos, artigos comentados e aulas por especialistas nas áreas de conhecimento obstetrícia e neonatologia para acesso a todas as instituições participantes do Projeto Apice On. Além disso, fornece conteúdo atualizado para profissionais atuantes na atenção à saúde da mulher e criança e desejosos de atuais evidências científicas na referida temática.

Em agosto de 2018, foi viabilizada pela direção do instituto a contratação de duas enfermeiras obstétricas bolsistas para atuação em centro obstétrico e viabilização dos preceitos determinados no Projeto Apice On. Desde então, mesmo após o término do projeto, a configuração de profissionais na maternidade conta com a distribuição em escala de serviço diurno de uma enfermeira generalista ou obstétrica para prestar assistência na Enfermaria de Gestante, uma enfermeira no Alojamento Conjunto e outra enfermeira, necessariamente, especialista para compor a equipe do Centro Obstétrico.

¹⁹Fonte: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/institucional>. Acesso em: 16 jul. 2020.

²⁰ Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/lancamento-do-eixo-atencao-as-mulheres>. Acesso em: 16 jul. 2020.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A equipe de enfermeiras obstétricas e médicos obstetras da maternidade, considerando os profissionais da assistência e gestão é composta atualmente pelos integrantes e seus cargos descritos no quadro abaixo.

Quadro 4: Composição dos profissionais da maternidade do IFF/Fiocruz.

Profissionais		n	Total
Enfermeiras servidoras na gestão	Obstétricas	04	06
	Generalista	02	
Enfermeiras servidoras na assistência	Obstétricas	05	07
	Generalista	02	
Enfermeiras contratadas na assistência	Obstétricas	06	08
	Generalista	02	
Médicos obstetras servidores na gestão		04	04
Médicos obstetras servidores na assistência		06	06
Médicos obstetras contratados na assistência		08	08
Total de profissionais da maternidade		39	39

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: profissional servidor ou contratado, que desempenhou funções de assistência em sala de parto ou gestão de Área e Unidade de Produção (UP), envolvidos no processo histórico de inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto nesta instituição de ensino apoiado no Projeto Apice On, no período de março de 2018 a junho de 2020; ser plantonista de segunda a sexta feira, visto que a incorporação de enfermeiras obstétricas na equipe do Centro Obstétrico, ocorreu por meio do contrato de 02 (duas) especialistas para atuar nos plantões durante a semana em escala de serviço diurno. Os critérios de exclusão corresponderam àqueles que não se encontravam mais desempenhando suas funções laborativas durante o período de coleta de dados, plantonistas do serviço noturno e profissionais que estiveram afastados por licença médica prolongada durante a execução do projeto na maternidade.

Sendo assim, participaram do estudo 01 (uma) enfermeira gestora de área, 03 (três) enfermeiras gestoras de UP, 06 (seis) enfermeiras obstétricas plantonistas, 01 (um) médico obstetra gestor de área e 07 (sete) médicos obstetras plantonistas, totalizando 18 pessoas que atenderam aos critérios de elegibilidade.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Sobre a etapa de coleta de dados e a articulação dos instrumentos com a abordagem metodológica utilizada, o estudo de caso, ressalta conceito a seguir “Um dos princípios relevantes para a coleta de dados em estudo de caso é o uso de múltiplas fontes de evidências, o que permite ao pesquisador o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação e a triangulação dos dados durante a análise” (SILVA; MERCÊS, 2018, p.1.265).

4.4.1 Etapa qualitativa

Previamente ao início da coleta de dados, a pesquisadora apresentou-se formalmente aos gestores médico e de enfermagem da Área de Atenção Clínica e Cirúrgica à Gestante, explicitando o desenvolvimento da pesquisa e seus objetivos, o que permitiu um ambiente favorável à coleta de dados qualitativos, ao acesso dos documentos de reuniões do GEL e o acesso aos indicadores da maternidade.

Reconhecidos os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, foi realizado contato inicial de forma presencial na maternidade entre pesquisadora e participante no dia em que este encontrava-se de plantão ou exercendo atividade da gestão, a fim de que fosse exposto, inicialmente, o propósito da pesquisa e o porquê da sua seleção para participar desta investigação. Após esta aproximação inicial e verbalização do aceite, foi agendado em dia e horário oportuno a entrevista semiestruturada, que aconteceu na sala de reunião da obstetrícia ou na sala da coordenação de enfermagem localizadas no departamento de obstetrícia, ambiente que garantia sigilo e privacidade ao participante.

Cabe considerar que a entrevista semiestruturada, segundo Gil (2017) é orientada por uma relação de pontos de interesse que permite ao entrevistador explorar ao longo de seu curso. O participante discorrerá sobre fatos e acontecimentos sucessivos, a partir das perguntas formuladas.

Através das entrevistas as informações são obtidas por meio da construção do diálogo com o sujeito entrevistado e tratam da reflexão do sujeito sobre a realidade que vivencia. São dados subjetivos que só podem ser conseguidos por meio da

contribuição da pessoa e constituem uma representação da realidade, ideias, crenças, maneira de pensar, sentir e atuar, opiniões, condutas e razões conscientes ou não de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013).

Este instrumento é utilizado, quando o pesquisador possui um guia de orientação, de tópicos temáticos, de questões amplas que serão abordadas durante a entrevista, funcionando como lembretes garantindo que todas as áreas sejam contempladas por meio de falas livres dos participantes, conferindo flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância (POLIT; BECK, 2011); (SOUZA et al, 2005).

Isto posto, utilizou-se dois roteiros de entrevista, um comum às enfermeiras obstétricas da assistência e às enfermeiras da gestão (APÊNDICE A), outro comum aos médicos obstetras da assistência e gestão (APÊNDICE B). Ambos continham perguntas fechadas que permitiram a caracterização do perfil dos entrevistados, considerando questões profissionais, como formação, experiência na área obstétrica e tempo de atuação no IFF/Fiocruz. E questões norteadoras que buscavam descrever o conhecimento do profissional sobre o projeto Apice On, sua percepção sobre a trajetória de execução e participação da maternidade nesta proposta ministerial, a inserção de enfermeiras obstétricas em sala de parto, a informação sobre os cursos promovidos por esta iniciativa e a compreensão do modelo de assistência colaborativo em obstetrícia.

As entrevistas ocorreram nos meses de outubro de 2021 a abril de 2022, após realização da entrevista-piloto, a qual orientou melhor posicionamento do pesquisador quanto à realização das perguntas contidas no roteiro. Logo, de forma sequencial, as entrevistas foram realizadas mediante esclarecimentos sobre a dinâmica da mesma, constituída por um breve histórico sobre o Projeto Apice On, a fim de que o entrevistado resgatasse em sua memória fatos e vivências sobre o assunto. Em seguida, o consentimento foi registrado via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Findada esta etapa inicial, açãoou-se o programa aplicativo “Gravador de voz” em aparelho smartphone, momento em que se iniciou a abordagem sobre aspectos profissionais e a realização das perguntas contidas no roteiro de entrevista semiestruturada. Ao final da última pergunta, houve agradecimento do pesquisador ao participante e encerramento da gravação, com consequente registro das

narrativas, a fim de garantir a fidelidade das informações relatadas pelos depoentes. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 47 minutos.

Simultaneamente às entrevistas, a pesquisadora realizou busca em armários da Chefia de Enfermagem e da Chefia Médica do Departamento de Obstetrícia pelo livro de Atas de Reuniões do GEL. Estas aconteceram de março de 2018 a junho de 2020 e registraram informações sobre a execução do Projeto Apice On. No entanto, a maternidade passou por reformas de suas salas administrativas no mesmo período de execução do projeto Apice On. Fato que gerou reorganizações de documentos e desaparecimento deste livro. Como solução secundária, procurou-se em arquivos de texto nos computadores das chefias médica e de enfermagem, algum registro dessas reuniões, o que permitiu identificar 2 atas digitadas em documento de texto *Word®* datadas de 07/05/2019 e 04/06/2019. A intenção pela busca e acesso a estes documentos possibilitou ampliar a compreensão do fenômeno estudado. Conforme Severino (2017) a documentação é uma forma de registro e sistematização dos dados e informações colocando-os em condição de análise pelo pesquisador.

4.4.2 Etapa quantitativa

Após findada a coleta de dados do método qualitativo, iniciou-se a etapa quantitativa, que segundo o Projeto Incorporado pode ocorrer sequencialmente, ou seja, a introdução de dados após a execução do método principal (CRESWELL; CLARK, 2013).

Foram realizados 03 encontros presenciais na sala de reuniões do Departamento de Obstetrícia com a Gestão Médica da Área de Atenção à Gestante para orientações quanto ao lançamento de dados provenientes do livro denominado Indicadores Obstétricos Apice On (APÊNDICE C), disponibilizado no setor Centro Cirúrgico Obstétrico, no software *Epi Info 7®* (versão 7.2.5.0). Esta etapa compreendeu os meses de dezembro de 2022 a abril de 2023. Vale destacar que este livro de indicadores era preenchido a cada procedimento obstétrico ocorrido entre maio de 2018 a dezembro de 2022, pelos residentes médicos de obstetrícia, previamente treinados pela gestão médica. Contudo, o período de interesse para a produção dos indicadores correspondeu aos meses de maio de 2018 a junho de 2020, tempo de execução do Projeto Apice On na maternidade do IFF/Fiocruz.

As variáveis do estudo foram as características individuais e obstétricas (faixa etária, paridade, parto cesariana prévio, gestação de alto risco²¹ ou risco habitual, tipo de parto, presença de malformação fetal); variáveis referentes às práticas recomendadas de cuidado no trabalho de parto e parto (profissional que assistiu ao parto, oferta de dieta líquida, uso de método não farmacológico para alívio da dor, presença de acompanhante no parto normal e parto cesárea, posição da parturiente no período expulsivo, contato pela a pele do bebê com a mãe, estabelecimento de amamentação na 1^º hora de vida, momento do clampeamento do cordão umbilical (<1 minuto, >1 minuto), uso de analgesia intraparto). E variáveis que indicavam as práticas não recomendadas no trabalho de parto e parto (presença de punção venosa, infusão de oxitocina no 1^º, 2^º e 3^º estágios do trabalho de parto e realização de episiotomia). A delimitação destas variáveis foi pautada nas recomendações sobre o cuidado intraparto para uma experiência positiva de nascimento (WHO, 2018). Outra variável incluída nesta pesquisa foi a Classificação do grupo Robson²².

²¹ Definição de risco gestacional a partir da publicação: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Esta variável no programa *Epi Info 7®* (versão 7.2.5.0) apresentava-se nas seguintes opções: hipertensão arterial, eclâmpsia, diabetes pré-gestacional, diabetes gestacional, doenças crônicas graves, infecções, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, crescimento intrauterino restrito, malformação fetal.

²²

Grupo 1: Nulíparas com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 2a: Nulíparas com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido.

Grupo 2b: Nulíparas com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas, que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.

Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 4a: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido.

Grupo 4b: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas, que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.

Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas.

Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica.

Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica. Incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Grupo 8: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Grupo 9: Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/>. Acesso em: 02 jul.2023

Como linha de base, foi realizada a análise dos cinco meses anteriores à implementação do livro “Indicadores Obstétricos do Apice On” no centro obstétrico. Desta forma, foram colhidas informações sobre o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e a presença de acompanhante em livros de registros de partos normais no período de 1 dezembro de 2017 a 30 de abril de 2018. Vale ressaltar que estas informações passaram a ser registradas nesse livro, a partir de 21 de novembro de 2017.

Após o início do projeto Apice On houve melhoria dos registros, a partir do acréscimo de informações sobre contato pele a pele, amamentação após o nascimento e o momento do clampeamento do cordão umbilical. Assim, dos 230 partos normais ocorridos, no período entre 1 de dezembro a 30 de abril de 2018 observa-se que cerca de 58,3%, utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor e 90,4% das mulheres tiveram acompanhantes na sala de parto.

O uso de ocitocina nos 1º, 2º e 3º estágio do trabalho de parto não era registrado no livro de partos normais, antes do projeto Apice On, mas foi realizada esta contabilização por meio das anotações dos técnicos de enfermagem circulantes da sala de parto no campo de observações do livro de parto normal. Em cerca de 57,4% dos nascimentos, não havia o registro do momento da prescrição de ocitocina e em 9,6% e 33%, a administração de ocitocina pelo técnico de enfermagem no 3º estágio foi endovenosa e intramuscular, respectivamente.

Todos estes dados representam ações profissionais da equipe multiprofissional que podem estar pautadas nas recentes recomendações de práticas obstétricas e são geradoras dos indicadores de qualidade obstétricos e neonatais na maternidade do IFF/Fiocruz.

Destaco também, os critérios definidos pelo Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica das maternidades da SMS/RJ utilizado como base para atuação da enfermeira obstétrica na sala de parto do IFF/Fiocruz:

1. Gestante de risco habitual com idade gestacional \geq 37 semanas:

- Gestação única;
- Apresentação cefálica fletida;
- BCF dentro do preconizado (entre 110 e 160 bpm, sem desacelerações após a contração);

- Peso estimado: RN's com peso estimado maior que 2.500g e menor que 4.000g.
2. Gestante com ou sem pré natal, com os exames dentro do preconizado.
 3. Gestantes com intercorrências clínicas ou obstétricas, atuais ou pregressas, com o cuidado compartilhado com a equipe médica como:
 - Oligodramnia moderada, sem alterações de vitalidade fetal;
 - Gestante com mais de 24 h de amniorraxe, em uso de antibioticoterapia, com evolução do trabalho de parto e parâmetros clínicos estáveis;
 - Gestante com Infecção do Trato Urinário (ITU) de repetição (3 episódios ou mais, na gestação atual);
 - Líquido amniótico meconial fluido, sem alteração da vitalidade fetal;
 - Gestante em trabalho de parto com cesariana anterior há 2 anos ou mais;
 - Gestante em indução com misoprostol e/ou oxitocina.
 4. Sífilis na gestação, com tratamento completo durante o pré-natal.
 5. Gestantes classificadas de alto risco obstétrico

A assistência a gestante de alto risco pela enfermeira obstétrica tem como objetivo acolher e apoiar a pessoa em trabalho de parto, em parceria com a equipe médica (assistência integrada), oferecendo uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, com enfoque na vigilância, controle e redução dos agravos à saúde materno e fetal. O parto será assistido pela equipe médica.

É considerado alto risco obstétrico: Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação, Hipertensão Arterial Crônica, cardiopatias, nefropatias, diabetes, prematuridade, gemelaridade, apresentações anômalas, placenta prévia, anemia grave, endocrinopatias, hemopatias, isoimunização, sofrimento fetal e malformação confirmada, doenças infeciosas na gestação (rubéola, toxoplasmose, hepatites, HIV/AIDS, corioamnionite). Importante favorecer uma assistência integrada entre a equipe multiprofissional.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Etapa qualitativa

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora durante os meses de março a setembro de 2022, em programa de texto *Microsoft Word® Microsoft Office Professional Plus 2016* versão 2304, com posterior processamento dos documentos de texto via software de análise de dados qualitativos *ATLAS.ti 22* versão 22.0.11.0 ano 2022 licença educacional. Esta ferramenta, dentre suas diversas funcionalidades, possibilita a construção de estados da arte; análise multimídia de áudios, imagens e vídeos; tratamento estatístico de dados; análise de surveys; codificação de base de dados e a sistematização de todas as etapas da análise de conteúdo, conferindo otimização do processo analítico (SILVA JÚNIOR; LEÃO, 2018).

Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, conforme disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.466/2012, os relatos de cada participante receberam um codinome fictício representados pela letras EO-A que significa “Enfermeira obstétrica assistencial”; E-GUP para “Enfermeira Gestora de Unidades de Produção”, E-GA para aquela “Enfermeira Gestora da Área de Atenção”; MO-A para representar o “Médico obstetra assistencial” e MO-GA simboliza o “Médico obstetra Gestor da Área de Atenção” seguidas de um sistema alfanumérico, em que cada entrevista foi numerada sequencialmente, respeitando a ordem de execução das mesmas. Considerou-se estas classificações, a partir da função desempenhada pelos participantes durante a execução do projeto Apice On.

Sob o aspecto qualitativo, todas as entrevistas, inclusive a piloto, foram analisadas de acordo com a técnica análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin (2016). Este método constitui-se em uma análise de significados, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e sua respectiva interpretação (SANTOS, 2012), sendo considerada como apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO; DESLANDES; GOMES; 2013)

Assim, o conteúdo das narrativas seguiu as 3 etapas sistemáticas determinadas pela análise, quais sejam:

- Pré-análise: leitura flutuante para *constituição do corpus*, termo que diz respeito ao conjunto de documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos;
- Exploração do material: codificação do material por recorte, agregação e enumeração, determinando as unidades de registro, que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, objetivando a contagem frequencial. Em seguida, procede-se a categorização, uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, e seguidamente, por reagrupamento. As categorias se constituem em classes nas quais reúne-se um grupo de elementos (as unidades de registro) sob um título genérico, que foram agrupadas, em razão de suas similaridades.
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: nesta última etapa os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos por meio de operações estatísticas simples (porcentagem) que permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos os quais condensam e põem em destaque as informações fornecidas pela análise. O pesquisador então, tendo a sua disposição os resultados significativos e fiéis, pode propor inferências, induções e ir além nas interpretações, a propósito dos objetivos previstos.

Nesta perspectiva, diante das conceituações acima, descrevo as etapas da análise de conteúdo associadas aos processos conduzidos no software ATLAS.ti, após a inserção das transcrições no programa. A primeira etapa de pré-análise das entrevistas seguiu o movimento de leitura flutuante do *corpus constituído*, por meio de contato íntimo com o material, consequente das ações de leituras e releituras do pesquisador, das impressões transmitidas pelas mensagens em função do pressuposto do estudo. Em seguida, cada entrevista foi importada para o software ATLAS.ti com o propósito de iniciar a segunda etapa de Bardin.

A exploração do material possibilitou identificar as unidades de significação, que são os trechos das falas dos participantes, cujo conteúdo deve ser considerado como unidade de base ou um recorte de conteúdo semântico que, posteriormente servirá para contagem da frequência. A unidade de significação identificada recebeu um nome que representa o tema ou a frase que retrata uma afirmação acerca daquela unidade semântica da fala, denominada por Bardin (2016) de unidade de registro.

Cabe ressaltar que a importância de uma unidade de registro aumenta com a frequência de aparição da unidade de significação correspondente.

Desse modo, no software ATLAS.ti, cada unidade de significação (citação) foi destacada e com o clicar do botão direito do mouse foi selecionada a função “Aplicar códigos” para definir a unidade de registro (códigos) pertinente àquela citação. Momento que possibilitava duas opções: digitar o nome de um novo código, caso aquele trecho representasse o recorte de nível semântico/tema inédito ou selecionava-se um código já existente criado anteriormente, pois o trecho indicava um tema abordado em momento anterior, seja na mesma ou em entrevista precedente. Ao final das 18 entrevistas analisadas, foram geradas 1042 unidades de significação (citações) e 45 unidades de registro (códigos). Este processo está representado no quadro a seguir.

Quadro 5 – Unidades de registro emergentes das narrativas e as respectivas frequências de aparição das unidades de significação

UNIDADES DE REGISTRO		Frequência da Unidade de Significação
01	Atuação do gestor	08
02	Atuação da Enfermeira Obstétrica na Enfermaria de Gestante	03
03	Atuação da Enfermeira Obstétrica no Centro Obstétrico	07
04	Atuação do Médico Obstetra na maternidade	06
05	Aumento da equipe de Enfermeiras obstétricas	11
06	Compreensão da atuação da Enfermeira Obstétrica no IFF/Fiocruz	28
07	Compreensão do Projeto Apice On	47
08	Compreensão do Modelo Colaborativo em Obstetrícia	54
09	Conhecimento sobre a contratação de Enfermeiras Obstétricas bolsistas	25
10	Cursos realizados durante o Projeto Apice On	25
11	Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO)	13
12	Desafios de ordem formação e atuação profissional para a inserção da Enfermeira Obstétrica	13
13	Desafios de ordem não compreensão dos papéis para a inserção da Enfermeira Obstétrica	36

14	Desafios de ordem do Programa de Residência Médica em GO para a inserção da Enfermeira Obstétrica	28
15	Desafios de ordem do planejamento e execução do Projeto Apice On para a inserção da Enfermeira Obstétrica	27
16	Desafios de ordem relacional para a inserção da Enfermeira Obstétrica	33
17	Equipe de Técnicos de Enfermagem	08
18	Especificidades do IFF/Fiocruz	28
19	Falhas de comunicação na inserção da Enfermeira Obstétrica	07
20	Fragilidades do Modelo Colaborativo em Obstetrícia	26
21	Grupo Estratégico Local	32
22	Impacto da qualificação no cuidado obstétrico	42
23	Mudanças como um processo	10
24	Mudanças nas relações e práticas profissionais a partir do Projeto Apice On	35
25	Novas olhares para o cuidado obstétrico	9
26	Percepção da maternidade antes do Projeto Apice On	39
27	Percepção da sua própria participação no Projeto Apice On	27
28	Políticas que favorecem a atuação da Enfermeira Obstétrica na Sala de Parto	13
29	Posicionamento da gestão frente ao Projeto Apice On	08
30	Posicionamento da direção frente ao Projeto Apice On	12
31	Potencialidades do Modelo Colaborativo em Obstetrícia	11
32	Propósito das Enfermeiras Obstétricas contratadas	09
33	Propósitos não atingidos pelo Projeto Apice On	17
34	Protocolo de Enfermagem Obstétrica na assistência ao parto de risco habitual	13
35	Qualificação profissional integrada	31
36	Qualidade da informação sobre o Projeto Apice On	47
37	Qualificação profissional vinculada a inserção da Enfermeira Obstétrica na Sala de Parto	14
38	Reações dos profissionais frente ao Projeto Apice On	28
39	Relação entre CAEO e a prática profissional	16
40	Resultados positivos da inserção da Enfermeira Obstétrica na Sala de Parto	73

41	Seminários do Projeto Apice On	10
42	Sentimentos vividos durante a execução do Projeto Apice On	29
43	Sugestão de estratégias para a execução do Projeto Apice On	63
44	Valor atribuído ao Projeto Apice On	15
45	Vínculo trabalhista	06
Total		1042

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Em seguida, iniciou-se a categorização, momento representado pelo agrupamento de unidades de registro (códigos) em razão da semelhança e correspondência entre estes elementos. Assim, efetivou-se por meio da função “grupos de códigos” no software ATLAS.ti, a ordenação das unidades de registro que representam um grupo similar de ideias, conceitos e temas e, por conseguinte, estruturou-se em primeiro momento 09 núcleos temáticos (grupos de códigos), quais sejam: “A prática profissional da equipe multidisciplinar”; “Perfil da maternidade do IFF/Fiocruz”; “A percepção do Projeto Apice On”; “A execução do Projeto Apice On”; “Estratégias para execução do Projeto Apice On”; “A inserção da Enfermeira Obstétrica em Sala de Parto”; “Impactos do Projeto Apice On”; “A qualificação profissional como aprimoramento da prática de cuidado” e “O modelo colaborativo em obstetrícia”. Estas ações estão representadas a seguir.

Quadro 6 – Agrupamento das unidades de registro em Núcleos Temáticos

NÚCLEO TEMÁTICO	UNIDADES DE REGISTRO
A prática profissional da equipe multidisciplinar	Atuação do Gestor Atuação da Enfermeira Obstétrica na Enfermaria de Gestante Atuação da Enfermeira Obstétrica no Centro Obstétrico Atuação do Médico Obstetra na maternidade
Perfil da maternidade do IFF/Fiocruz	Especificidades do IFF/Fiocruz Percepção da maternidade antes do Projeto Apice On
A percepção do Projeto Apice On	Compreensão do Projeto Apice On Qualidade da informação sobre o Projeto Apice On Conhecimento sobre a contratação de Enfermeiras Obstétricas bolsistas Posicionamento da gestão frente ao Projeto Apice On

	Posicionamento da direção frente ao Projeto Apice On Reações dos profissionais frente ao Projeto Apice On
A execução do Projeto Apice On	Equipe de Técnicos de Enfermagem Mudanças como um processo Propósito das Enfermeiras Obstétricas contratadas Propósitos não atingidos pelo Projeto Apice On Sentimentos vividos durante a execução do Projeto Apice On Sugestão de estratégias para a execução do Projeto Apice On Valor atribuído ao Projeto Apice On
Estratégias para execução do Projeto Apice On	Grupo Estratégico Local Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO) Relação entre CAEO e a prática profissional Seminários do Projeto Apice On Percepção da sua própria participação no Projeto Apice On
A inserção da Enfermeira Obstétrica em Sala de Parto	Falhas de comunicação na inserção da Enfermeira Obstétrica Desafios de ordem formação e atuação profissional para a inserção da Enfermeira Obstétrica Desafios de ordem não compreensão dos papéis para a inserção da Enfermeira Obstétrica Desafios de ordem do Programa de Residência Médica em GO para a inserção da Enfermeira Obstétrica Desafios de ordem do planejamento e execução do Projeto Apice On para a inserção da Enfermeira Obstétrica Desafios de ordem relacional para a inserção da Enfermeira Obstétrica Políticas que favorecem a atuação da Enfermeira Obstétrica na Sala de Parto Novas olhares para o cuidado obstétrico Protocolo de Enfermagem Obstétrica na assistência ao parto de risco habitual Vínculo trabalhista
Impactos do Projeto Apice On	Aumento da equipe de Enfermeiras Obstétricas Resultados positivos da inserção da Enfermeira Obstétrica na Sala de Parto Mudanças nas relações e práticas profissionais a partir do Projeto Apice On
	Cursos realizados durante o Projeto Apice On Qualificação profissional integrada

A qualificação profissional como aprimoramento da prática de cuidado	Qualificação profissional vinculada a inserção da Enfermeira Obstétrica na Sala de Parto Impacto da qualificação no cuidado obstétrico
O modelo colaborativo em obstetrícia	Compreensão do Modelo Colaborativo em Obstetrícia Fragilidades do Modelo Colaborativo em Obstetrícia Potencialidades do Modelo Colaborativo em Obstetrícia Compreensão da atuação da Enfermeira Obstétrica no IFF/Fiocruz

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Para Bardin (2016), as categorias terminais provêm do reagrupamento progressivo de categorias com uma generalidade mais fraca. Nesse sentido, o avançar da categorização possibilitou organizar os 09 núcleos temáticos em 03 categorias que expressam as motivações das opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências daquele tema estudado, a saber: “A maternidade do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz”; “A iniciativa: Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia (Apice On) em Hospital de Ensino” e “O modelo colaborativo em obstetrícia em Hospital de Ensino”. Ressalta-se que as categorias elaboradas atenderam a um conjunto de qualidades como a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a fidelidade e a produtividade determinados pela análise proposta por Bardin (2016). O caminho percorrido está ilustrado no quadro abaixo.

Quadro 7: Núcleos temáticos para a elaboração das categorias

NÚCLEOS TEMÁTICOS	CATEGORIA
A prática profissional da equipe multidisciplinar	A maternidade do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.
Perfil da maternidade do IFF/Fiocruz	
A percepção do Projeto Apice On	A iniciativa: Aprimoramento e inovação no cuidado no ensino em obstetrícia e neonatologia (Apice On) em Hospital de Ensino.
A execução do Projeto Apice On	
Estratégias para execução do Projeto Apice On	
Impactos do Projeto Apice On	

A qualificação profissional como aprimoramento da prática de cuidado	
O modelo colaborativo em obstetrícia	O modelo colaborativo em obstetrícia em Hospital de Ensino.

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

A última etapa da análise de conteúdo estrutura-se no debruçar do pesquisador na análise do conteúdo, do significado expresso nas mensagens dos participantes, processo que produz inferências, a partir dos dados e discussão das tendências encontradas. Desse modo, todas as correlações e análises foram conduzidas, segundo a compreensão dos dados, a conceitos relacionados ao tema e ao referencial teórico-conceitual.

4.5.2 Etapa quantitativa

Quanto ao aspecto quantitativo, o tratamento e análise dos dados procederam após iniciada a análise e interpretação dos dados qualitativos. A amostra constituiu-se em 2.132 casos de atendimentos obstétricos com idade gestacional ≥ 22 semanas submetidas ao parto normal e cirurgia cesariana, no período de execução do projeto Apice On, de maio de 2018 a junho de 2020. As variáveis registradas no livro de indicadores obstétricos do Projeto Apice On, foram lançadas no software *Epi Info 7®* versão 7.2.5.0 constituindo-se em um banco de dados que, posteriormente, foi exportado e analisado para o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* c versão 26.0, para *Windows*, com o auxílio de um profissional especializado. Para a análise das variáveis qualitativas, foi utilizado o cálculo das frequências absoluta e relativa. Alguns indicadores foram calculados conforme a matriz de indicadores associados ao componente atenção do projeto Apice On (ANEXO A), e fornecida pela equipe executora do MS.

Os indicadores são necessários para analisar a situação atual, fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do processo (ANDRADE, 2001). Para Silva (2015) são instrumentos de avaliação dos aspectos qualitativos de uma gestão através do registro de informações que retratam o comportamento de uma atividade, de uma função ou de toda uma organização e podem representar uma perspectiva

financeira, do cliente e do processo fornecendo subsídios importantes para a administração.

Ademais, conforme descrevem Assis et al (2005) os indicadores permitem dimensionar, compreender relações, movimentos, percepções, interpretações, eficiência, eficácia, efetividade e resultado das ações, medindo processos e produtos e também compreendendo e interpretando como os atores se envolvem em sua realização. No âmbito avaliativo os indicadores permitem detalhamento da condução adequada dos objetivos de uma proposta (avaliação de processo) ou do seu alcance (avaliação de resultado).

4.5.3 Etapa mista: combinação dos dados

Creswell e Clark (2013) citam que estratégia de análise de dados fundidos envolve usar técnicas analíticas para a fusão dos resultados, avaliar se o resultado dos dois bancos de dados é congruente ou divergente, e com isto, possibilitam uma complementaridade de informações obtidas, uma interpretação mais ampla e abrangente do fenômeno investigado (SANTOS et al, 2017).

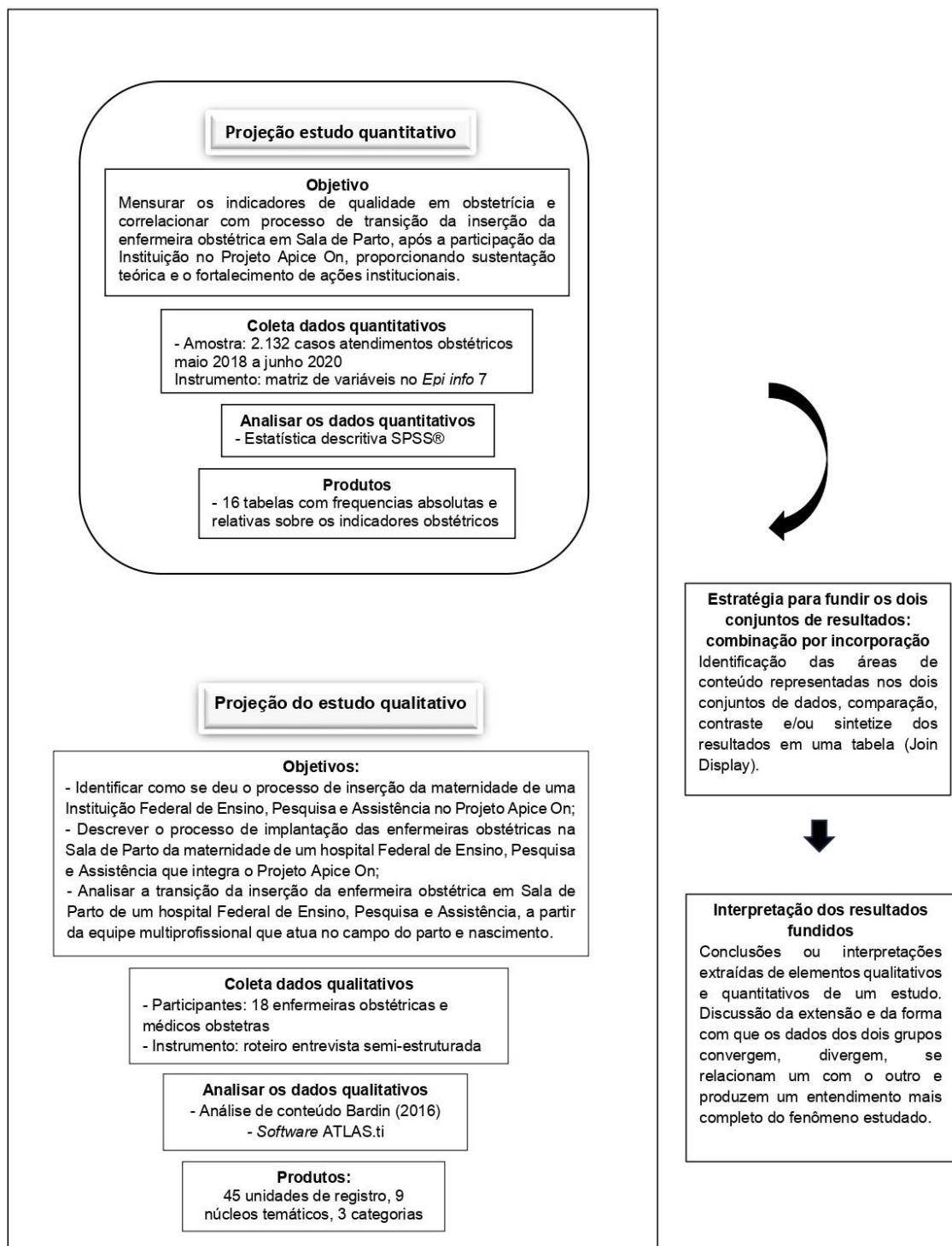
Desta forma, nesta pesquisa foi realizada uma comparação lado a lado, uma exibição conjunta (*joint display*) que arranja, simultaneamente, os resultados qualitativos e quantitativos, para análise dos dados fundidos. Modalidade em que os resultados qualitativos e quantitativos foram apresentados em um quadro resumido, a fim de que sejam facilmente comparados, tornando-se meios para comunicar os resultados.

Importante destacar que a análise de métodos mistos foi conduzida para responder à questão de pesquisa e se ambos os resultados das análises convergem e como eles convergem (CRESWELL; CLARK, 2013). Complementando, Duarte (2009) e Flick (2013) referem à articulação dos resultados que pode haver uma convergência e confirmação mútua conduzindo às mesmas conclusões, uma complementaridade ao evidenciar aspectos diferentes da questão de pesquisa e, por serem complementares permitem visualizar um quadro mais amplo do contexto investigado. E a divergência e contradição de resultados que podem ser explicadas por uma consequência de erros metodológicos ou inadequação de conceitos teóricos utilizados, exigindo um novo estudo que elucide teoricamente ou empiricamente a divergência apresentada.

No entanto, para Gomes et al (2005) a utilização de diferentes métodos para se investigar o mesmo fenômeno não necessariamente tem como resultado a sua integração. Divergências na conclusão de dados produzidos por óticas diferentes poderão acontecer mesmo que intencionalmente se atue em conjunto, sendo necessário, por parte do pesquisador, uma disposição conceitual e prática para olhar os achados sob diferentes óticas. Contudo, apesar destas divergências, é valorosa a riqueza de interpretações que advém da complementaridade.

A seguir a figura 3 representa a dinâmica de operacionalização da coleta de dados; a organização, análise e interpretação, segundo as perspectivas qualitativas, quantitativas e a integração dos dados segundo a estratégia do Projeto Incorporado.

Figura 3- Fluxograma dos procedimentos básicos na implementação de um Projeto Incorporado



4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do complexo hospitalar do IFF/Fiocruz, com aprovação sob o CAAE n. 44940921.2.0000.5269 em 02 de setembro de 2021 (ANEXO B). Os sujeitos que aceitaram participar como voluntários deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), dentro das normas que regulamenta a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução n. 466 de 13/06/2012 e resolução n. 251 de 07/06/1997, e elaborado conforme as Instruções para Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com base na Resolução CNS n.510/16.

Foram explícitos no TCLE, para apreciação dos participantes, os benefícios da pesquisa, seus riscos e o roteiro de entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados, por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos. Os possíveis riscos da pesquisa envolviam aspectos de natureza psicológica. Tais quais: cansaço ou aborrecimento ao responder a entrevista, que foram amenizados pela liberdade de poder interromper sua participação a qualquer momento, inclusive recusando-se a participar, se assim julgasse pertinente; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a entrevista; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias; alterações de visão de mundo, sobre seus relacionamentos e comportamentos. Logo, se fosse solicitado pelo participante, seu encaminhamento ao serviço de Saúde Mental do cenário de estudo estava garantido.

O termo supracitado garantiu o anonimato dos colaboradores, a liberdade de participação, recusa ou exclusão em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. Para mais, foi assegurado tratamento ético e profissional adequado em relação à confidencialidade, privacidade e acesso das informações produzidas junto aos participantes, utilizados somente para fins científicos. O termo foi confeccionado em duas vias, assinado e datado por cada um dos participantes, formalizando seu consentimento na participação da pesquisa.

Além disso, foi destacado que as informações ficarão sob posse da pesquisadora por cinco anos e serão descartadas após esse prazo. Somente a pesquisadora e seu orientador tiveram acesso ao conteúdo gravado.

Considerando o cenário de pandemia no momento da coleta de dados, foram observadas todas as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da instituição para prevenção da transmissão de COVID-19. Sendo assim, a abordagem com os participantes foi realizada de maneira cautelosa, com uso de EPI's e distanciamento seguro entre o entrevistado e o pesquisador.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. DADOS QUALITATIVOS

Como análise inicial das entrevistas, convém apresentar o perfil dos participantes apresentado no quadro abaixo. O corpo de profissionais que atuam na maternidade e que estavam envolvidos com a execução do projeto Apice On no IFF/Fiocruz mostra que em sua maioria apresentam formação *Lato Sensu* na modalidade residência em obstetrícia, 11 (onze) participantes concluíram a pós-graduação *Stricto Sensu* curso mestrado e 5 (cinco) curso doutorado; quanto ao tempo de atuação na maternidade do IFF/Fiocruz, 2 (dois) possuem até 5 anos, 4 (quatro) possuem entre 6-10 anos, 1(um) entre 11-15 anos, 8 (oito) entre 16-20 anos, 1 (um) entre 21-25 anos e 2 (dois) com mais de 26 anos.

Quadro 8: Caracterização dos participantes do estudo.

Profissionais	Formação <i>Lato Sensu</i> (ano de conclusão)	Formação <i>Stricto Sensu</i> (ano de conclusão)	Tempo de atuação em obstetrícia	Tempo de serviço no IFF/Fiocruz
E0-A/1	Residência em Enfermagem Obstétrica (2017)	_____	5 anos	5 anos
E0-A/2	Especialização em Enfermagem Obstétrica (2004)	Mestrado (2018)	20 anos	16 anos
E0-A/3	Especialização em Enfermagem Obstétrica (2001)	Doutorado (2019)	37 anos	18 anos
E0-A/4	Especialização em Enfermagem Obstétrica (2004)	Mestrado (2018)	07 anos	4 anos
E0-A/5	Residência em Enfermagem Obstétrica (2009)	Mestrado (2016)	15 anos	8 anos
E0-A/6	Residência em Enfermagem Obstétrica (2006)	Mestrado (2011)	18 anos	16 anos
E-GUP/7	Especialização em Enfermagem Obstétrica (1995)	Mestrado (2005)	34 anos	33 anos

MO-A/8	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (2014)	Mestrado (2021)	12 anos	8 anos
MO-A/9	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (1993)	Mestrado (2006)	15 anos	14 anos
MO-A/10	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (2004)	_____	22 anos	16 anos
MO-A/11	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (2009)	Doutorado (2017)	16 anos	8 anos
MO-A/12	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (1996)	Mestrado (2006)	18 anos	24 anos
MO-A/13	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (1994)	Doutorado (2004)	29 anos	16 anos
E-GA/14	Especialização em Enfermagem Obstétrica (1999)	Mestrado (2003)	24 anos	20 anos
E-GUP/15	Residência em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2010)	Mestrado (2019)	12 anos	9 anos
MO- GA/16	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (1988)	Doutorado (2018)	34 anos	33 anos
MO-A/17	Residência em Obstetrícia e Ginecologia (2001)	Doutorado (2010)	23 anos	16 anos
E-GUP/18	Especialização em Enfermagem Obstétrica (2005)	Mestrado (2021)	18 anos	16 anos

Fonte: elaborado pelo autor (2023)

A seguir descreveremos o conteúdo expresso pelos participantes sobre suas atividades laborativas desenvolvidas na maternidade do IFF/Fiocruz; de acordo com sua perspectiva, a descrição do perfil da maternidade; a compreensão do Projeto Apice On como uma iniciativa ministerial, bem como a execução e seus impactos na assistência obstétrica. Ademais, apresentam-se os desafios vivenciados para a inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto com o propósito de assistência a partos de risco habitual e, por fim, a compreensão de médicos obstetras, enfermeiras obstétricas e gestores sobre o modelo colaborativo em hospital de ensino.

5.1.1 A maternidade do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

Nesta categoria, apresento as falas dos participantes sobre sua atuação na maternidade do IFF/Fiocruz. A rotina de trabalho, para aqueles que estão envolvidos diretamente com a assistência obstétrica e aqueles responsáveis pelo gerenciamento da maternidade.

No centro obstétrico eu faço as atividades de generalista né, das rotinas do setor, como abertura de livros, checagem de equipe, conferência de material. Eu faço o acompanhamento do trabalho de parto quando possível [...] aplicava as tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, algumas práticas integrativas, mas nem sempre era possível. (EO-A/1)

Admissão da parturiente, encaminhamento ao banho, massagem, todas essas tecnologias não farmacológicas e a assistência a cesariana né, procurar também estar na sala, promover esse primeiro contato com o bebe pele a pele, a gente procura fazer isso. (EO-A/6)

Relacionadas ao plantão as atividades são o atendimento de emergência das pacientes, acolhimento, atendimento das pacientes que estão internadas nas enfermarias, realização de partos e cesarianas e procedimentos cirúrgicos e orientação dos residentes. (MO-A/10)

No momento estou somente como rotina e executo atividade de formação dos residentes e assistência das puérperas, discussão de casos. Eu participo também do GT do alojamento conjunto onde são discutidas as práticas de elaboração de protocolos. Também faço parte do comitê de aleitamento desde 1999 [...]. (MO-A/12)

Desenvolvo atividades de liderança e gestão da UP, sou responsável pela equipe de enfermagem, pela gestão do setor, o espaço físico, equipamentos, material, escala de serviço, férias, organização de

rotinas e alguns protocolos que envolvem a enfermagem, a questão de fazer um link com as outras equipes de neonatologia, anestesia. E quando não tem plantonista ou quando a demanda do serviço está muito pesada eu trabalho também na assistência dos pacientes. (E-GUP/15)

Na gestão a gente coordena junta com a enfermeira que é co-gestora, o pessoal que trabalha aqui na área da gestante. A gente também cuida da parte de infra estrutura, funcionamos como elo de ligação entre o corpo clínico da maternidade e a direção. Além de participar dos processos de tomada de decisão junto com o colegiado da área. (MO-GA/16)

As participantes que desenvolvem atividades de gestão demonstram em sua fala que se envolvem em funções administrativas; participam de discussão de casos clínicos, assim como no processo de ensino-aprendizagem dos residentes. Destaca-se que o cargo de gestão de Unidade de Produção por ser um profissional representativo daquela área, acaba por estar à frente na organização do setor, como checagem de equipamentos e insumos necessários à execução do trabalho em saúde, de movimentos institucionais como a participação em grupos de elaboração de protocolos clínicos e coordenação de Programas de Residência em Enfermagem Obstétrica. E numa esfera macro, a gestão da área responsabiliza-se pelo planejamento de ações em âmbito multiprofissional, por meio de reuniões de colegiado, reuniões, entre áreas, proporcionando uma interface assistencial e participação nas deliberações junto à direção.

A atuação das enfermeiras obstétricas é caracterizada pela execução de atividades burocráticas diárias como checagem de equipamentos e materiais, conferência da equipe de enfermagem plantonista e abertura de livros de ordem e ocorrências dos setores. Elas também se envolvem com a admissão e exame físico das gestantes, oferta de cuidado especializado às gestantes de alto risco, acompanhamento do trabalho de parto com a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor para algumas mulheres e a presença nas salas de cirurgia para efetivar as boas práticas na primeira hora de vida, como o contato pele a pele e o estímulo à amamentação.

Já os médicos obstetras plantonistas se responsabilizam pelo atendimento das usuárias internas e externas que procuram a maternidade para atendimento obstétrico, participam da discussão de casos clínicos-obstétricos, nas enfermarias de gestantes e puérperas internadas, desenvolvem os procedimentos como parto normal,

parto cesárea e curetagem e atuam como preceptores dos residentes médicos de ginecologia e obstetrícia.

Ainda no campo descritivo sobre a maternidade, observa-se nas citações abaixo, o entendimento destes profissionais sobre o perfil da instituição em tela. Falas que abordam a especificidade da maternidade do IFF/Fiocruz em comparação a outras maternidades do Município do Rio de Janeiro, por ser uma unidade referência estadual e até nacional para condições obstétricas e fetais que caracterize o caso em alto risco materno ou risco neonatal como a malformação fetal e gestações gemelares.

Bem, o IFF tem uma especificidade pela questão do alto risco fetal, apesar da gente receber algumas pacientes de risco habitual, então não é característica do enfermeiro, até no passado prestar a totalidade da assistência a essa parturiente. (EO-A/2)

Infelizmente a gente ainda valoriza muito a clínica né. Mas tem que valorizar porque a gente também é uma instituição de alto risco né, então às vezes você vai ter um parto normal fisiológico e sei lá quantas mulheres com pressão alta ou com diabetes. [...] Diferente de uma maternidade lá de fora. Com tantos partos que mal a enfermeira consegue parar pra tomar um café né, o nosso perfil é um pouco diferente também. (EO-A/6)

A gente é uma maternidade de alto risco fetal, temos alguns casos de alto risco materno e o número de partos aqui, por ser alto risco, por ser referência pra neonatologia é muito pequeno. A questão assim, do número de partos que é muito pequeno. (E-GUP/7)

Vamos lá. Primeiro a gente tem que lembrar que o Figueira tem um perfil muito específico. Nossos partos, nossas pacientes, é um perfil muito diferente de outras maternidades do município. A gente tem um perfil um pouco diferente. (MO-A9)

A maternidade sempre teve esse número de partos [...] 100/110 por mês dos quais 80/90 dos partos eram cesáreas. Porque quando eu entrei pra cá era só baixo risco e eu peguei essa mudança do perfil pro alto risco. [...] nos últimos 3 meses [...] meu percentual de risco era 90%, ou porque era mal formado, ou porque era cesárea prévia, ou porque tinha alguma intercorrência materna, ou porque tinha algum antecedente ruim. (MO-GA/16)

Para mais, esta caracterização do perfil de atendimento obstétrico imprime em alguma medida o modelo de assistência realizado nesta instituição, segundo perspectiva de algumas enfermeiras obstétricas.

Olha, as relações, sempre essa questão de que o enfermeiro está distanciado. O médico sempre a frente de tudo, o enfermeiro não entrava em sala de parto mesmo pra atuar, eu não via isso em momento nenhum. E no cuidado obstétrico a gente não exercia a obstetrícia em cima das recomendações porque sempre muitas intervenções. (EO-A/3)

Ah! Eu não vou acreditar no toque do enfermeiro, aí vai lá e precisa confirmar. E aí não existe essa comunicação né! [...] algumas pessoas mais fechadas quanto ao trabalho em equipe e aceitar que tem enfermeiro obstetra e que ele tem suas atribuições, o médico tem suas atribuições, mas podemos juntos fazer um trabalho em conjunto. (EO-A/4)

Porque não tem nada acordado, os protocolos não são totalmente fechados, não foram validados pela equipe. Então como se faz numa indução, pode ou não pode oferta de líquidos para a gestante. Foi uma briga pra gente colocar a dieta dentro do centro obstétrico porque muitas equipes não concordavam com isso. Achavam um absurdo! Pra alguns plantões isso era absolutamente bem resolvido e natural e para outros isso era um grande tabu. (E-GUP/18)

Modelo este, que se caracteriza por uma centralização do saber-fazer na figura do médico obstetra, desconsidera a importância da comunicação e ações interprofissionais e um processo de trabalho com responsabilidades equivalentes. Configuração, que se sustenta no modelo tecnocrático de assistência, o qual exalta a hegemonia médica na prestação de cuidados, que em muitas circunstâncias não estão alinhados com as evidências científicas. Ademais, essa estruturação da assistência impacta na configuração das relações interprofissionais, tornando-as desarticuladas e com fragilidade dos vínculos estabelecidos com outros integrantes da equipe de saúde.

Contudo, com o decorrer dos anos e da implantação de políticas de saúde como a Rede Cegonha e mais recentemente, o Projeto Apice On, reafirma-se a necessidade de uma assistência pautada em recomendações nacionais e internacionais quanto às boas práticas obstétricas e neonatais. Nesse âmbito, foi possível observar nos trechos abaixo um movimento inicial de mudança desse modelo de assistência para mais humanizado e menos tecnocrático.

A nossa realidade, do IFF, já era de uma assistência obstétrica baseada em evidência. Então o enfermeiro não iria, isso não era justificativa pra inserção do enfermeiro como é em outros lugares, mas a assistência do parto, essa assistência promovida pelo enfermeiro ele era diferencial pelo cuidado, pelo vínculo. (EO-A/5)

Então, como eu fui da gestão um pouco antes em 2013-2014, eu percebo uma mudança nessa época já. Ali a gente começou a contabilizar por exemplo quantidade de episiotomia, coisa que antes a gente não fazia. Então quando a gente começou a colocar pra número né, a ver mesmo, a equipe médica começou a reduzir essas coisas também. Então eu lembro da gente fechar 2014 com média de menos de 20% de episiotomia. Coisa que antes era muito maior! (EO-A/6)

Assim, a gente já tinha uma situação prévia a entrada do projeto que o Fernandes Figueira já tinha uma assistência, ainda que talvez não em todos os plantões, um pouco mais alinhada ao que o projeto como um todo preconizava do que as outras instituições de ensino. Então eu acredito que esse impacto tenha sido menor aqui por conta disso. Porque várias coisas a gente já implementava. A dieta [...] a maioria dos obstetras sempre deixaram livre, sempre deixaram a possibilidade de mobilização [...] a gente já tinha uma taxa de episio que não era alta. Então assim, nesse ponto a gente já tava alinhado em certas práticas como um todo. (MO-A/11)

Em relação ao cuidado obstétrico, as evidencias científicas, sinceramente eu não vi tanta diferença. Antes de você, já tinha entrado muita gente E-GA/14, E-GUP/18 e EO-A/6, então essa galera já tinha trazido uma coisa bacana dessa questão dos cuidados. (MO-A/12)

Eu venho vendo isso, com o tempo as coisas mudando né. Quando eu era rotina do centro obstétrico em 2008-2010, comecei a implementar as boas práticas, as técnicas não invasivas pra controle da dor, só que não tinha enfermeiro pra atuar lá, então os técnicos ajudavam (E-GA/15)

Eu acho que há mudanças de práticas na última década [...] novas formas de atuar [...]. Eu acho que esse processo de mudança nas práticas obstétricas já vem bem antes do projeto. (MO-A/17)

Logo, com o decorrer dos anos, após a inclusão desta maternidade na Rede Cegonha e, mediante a Portaria nº 4159 de 21/12/2010, a qual definiu o IFF/Fiocruz como um órgão auxiliar do MS para a formulação e avaliação de políticas no âmbito da saúde materno-infantil, a maternidade foi caminhando alinhada a programas e proposições governamentais que visam à reformulação de práticas obstétricas a fim de reduzir a medicalização da assistência. Um conjunto de medidas que qualificam o cuidado foram ganhando destaque, progressivamente, como o melhoramento da ambiência, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a garantia da presença do acompanhante, a liberdade para alimentação e deambulação. Assim como, a maior presença da enfermeira obstétrica inserida neste contexto de equipe multidisciplinar, pois está alinhada aos princípios da humanização e a experiências positivas de nascimento.

5.1.2 A iniciativa: Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia (Apice On) em Hospital de Ensino.

5.1.2.1 O saber da equipe multiprofissional sobre o Projeto Apice On

Nesta subcategoria, apresentamos a percepção da equipe de enfermeiras obstétricas e médicos obstetras sobre o entendimento desta proposição do MS, como souberam da inserção da maternidade neste projeto, as reações individuais e posicionamentos dos profissionais da assistência, gestão e direção da Instituição perante a entrada do IFF/Fiocruz neste projeto.

As entrevistas sinalizam que em relação à equipe de enfermeiras obstétricas e ao Gestor Médico da Área de Atenção Clínica e Cirúrgica à Gestante havia um conhecimento mais ampliado dos propósitos relacionados ao Projeto Apice On, como descrevem os relatos a seguir.

Pelo que eu entendo, era uma proposta mesmo de você fazer uma atualização, um aperfeiçoamento para as enfermeiras obstétricas [...] de você se aprimorar nas boas práticas de saúde, de parto e nascimento. Que todos falassem a mesma língua, com base nas evidências científicas [...] tinha essa proposta da gente vir com esse papel de começar a inserção da enfermagem obstétrica pra poder melhorar os índices. (EO-A/4)

O projeto contemplava o enfermeiro dentro do centro obstétrico [...] com o Apice On trouxe a questão dos indicadores. Eu acho isso essencial, a gente poder mostrar porque a gente precisa de dados também. Mesmo a gente sabendo a qualidade eu preciso quantificar essas qualidades pra poder comprovar. (EO-A/5)

[...] um projeto de reestruturação do serviço visando boas práticas de parto, nascimento, puerpério, pré-natal [...]. O que a gente tem hoje, o que que a gente pretende ter no futuro e o que a gente precisa melhorar. E que o staff's se envolvessem muito pra que se pudesse mudar coisas que estão muito enraizadas, práticas erradas [...] pra não ficar passando isso pro residente que está chegando [...] já que é um hospital de ensino, de treinamento. (E-GA/14)

Era promover uma capacitação, um aprimoramento de quem estava na ponta e na gestão dessas unidades obstétricas de ensino. E aí como o IFF tem esse papel de Instituto Nacional, de trabalhar essa questão das políticas, o IFF estava inserido nesse processo. E in loco nas maternidades com as equipes e em alguns grupos pra fazer algumas ações pra melhorar aquele cenário obstétrico daquela maternidade. (E-GUP/15)

O Apice On veio com essa questão de que a gente precisa olhar melhor o tipo de processo que a gente tá produzindo. Então você pega maternidades do país todos, você pega obstetras e enfermeiros obstetras e você bota pra conversarem [...]. Olha eu preciso de indicadores, pra ter esses indicadores eu preciso de variáveis. [...] Olha a gente está fomentando não fazer episio, não ficar punctionando paciente à toa, não ficar tocando toda hora, tentar dar uma chance pra quem fez cesariana prévia, então eles deram um norte entendeu?! (MO-GA/16)

Sem dúvida o Apice On fez uma diferença muito grande porque antes a gente nunca tinha trabalhado com avaliação e monitoramento do cuidado, trouxe essa proposta com a perspectiva do uso dos indicadores. Então a partir do uso desses indicadores, é possível fazer uma avaliação do cuidado prestado. E o Apice On propiciou também a possibilidade da equipe multi, principalmente médicos e enfermeiros de sentar na mesma mesa pra discutir protocolo clínico e a atuação de cada profissional que antes isso nunca acontecia. (E-GUP/18)

Nesse sentido, as enfermeiras compreenderam que o Projeto Apice On relacionava-se à qualificação profissional, através da oferta do Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO), iniciativa da UFMG e da UFF em parceria com o MS. Também havia o entendimento de que o projeto objetivava implementar a adoção das boas condutas obstétricas, dentre elas, a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto de risco habitual e uma avaliação da assistência obstétrica desenvolvida neste hospital com o uso de indicadores da qualidade obstétrica e neonatal.

Para alguns médicos obstetras, a compreensão do Projeto Apice On vinculava-se ao preenchimento de dados do Livro de Indicadores do Apice On, estruturado a partir da inserção da maternidade no Projeto em março de 2018 e localizado no Centro Obstétrico. Isto porque, a cada procedimento realizado, seja parto normal, parto cesariana, curetagem, resutura de ferida operatória, drenagem de abcesso de mama, entre outros, as informações relacionadas a estes procedimentos deveriam ser preenchidas pelo residente médico ou pelo staff do plantão neste livro, a fim de alimentar o banco de dados com as informações necessárias a serem avaliadas pelos indicadores.

Foi mais uma coisa assim, tem que preencher o caderno do Apice On né, não explicaram muito bem quais eram os objetivos [...]. eu sabia que era pra colher dados, então sempre é bom colher, vamos preencher [...]. (MO-A/8)

Mas o Apice On pelo menos como plantonista nos meus dias, ficou como: Olha! Tem que preencher isso aqui! Você tem que preencher o livro do Apice On. E pra mim ficou muito nessa questão de mais um papel pra preencher. Sem um convite maior, uma tentativa de envolvimento maior. (MO-A/9)

Era uma plataforma que tinha como objetivo inserir os dados relativos ao parto e ao nascimento, aos dados relativos à mãe, as condições gestacionais, via de parto, utilização de métodos não farmacológicos, bem como as condições do recém nato, peso, Apgar, condições de nascimento. Enfim, era um espelho que refletia condições maternas e do recém-nascido acerca do parto. Então era entendido no meu ver muito mais como uma obrigação a ser cumprida pela residente do que uma ferramenta de trabalho que poderia dar subsídios com dados, ela te dar produção dos desfechos dos partos e nascimentos realizados na instituição. (MO-A/13)

Tinha os residentes que preenchiam o livro de indicadores [...] eu não me envolvo muito com isso não. (MO-A/17)

Já outros profissionais médicos tiveram uma compreensão, além da representada acima, pois alguns também estavam envolvidos nas ações institucionais relacionadas ao projeto. Foi possível identificar em suas falas que o projeto possuía entre os resultados esperados, além da inserção de enfermeiras obstétricas em sala de parto, fortalecer as ações de saúde sexual e reprodutiva como a oferta de anticoncepção pós-parto e implementar uma atenção humanizada às mulheres vítimas de violência sexual.

Conheci por alto, nunca parei pra ler o Apice On entendeu. Mas vi que a gente tinha que colher aqueles dados do centro cirúrgico, o acolhimento pelo enfermeiro, uma participação mais ativa ali dentro do centro cirúrgico, ali no centro obstétrico. Essa coleta dos dados e a inserção da enfermeira obstétrica no centro cirúrgico, uma maior participação numa equipe multidisciplinar. (MO-A/10)

O Apice On foi uma proposta né que objetivava qualificar de certa forma os hospitais de ensino. Porque tinha-se uma ideia que a assistência de certo modo já havia modificado nos hospitais vinculados as secretarias de saúde e tudo mais, mas que essa assistência ainda usava o modelo muito tradicional dos hospitais de ensino. Então essa iniciativa do Ministério foi pra tentar, vamos dizer assim, sensibilizar os hospitais de ensino a mudarem com suas práticas e ter a participação da enfermagem obstétrica. (MO-A/11)

Eu entendi que era um projeto que surgiu em Minas, na universidade federal [...] e que a proposta era melhorar os indicadores da prática obstétrica, de uma forma mais horizontal, com participação de enfermeira obstétrica na assistência ao parto. Então ele visava não só a questão da assistência obstétrica, mas também a assistência ao puerpério, ao planejamento familiar [...] uma abordagem da questão da violência contra a mulher. (MO-A/12)

Constata-se uma pluralidade no entendimento das diretrizes do projeto Apice On. Contribuiu sobremaneira para a elaboração dessa compreensão do que se tratava o projeto Apice On, a qualidade da informação recebida pela equipe multidisciplinar, que atua na maternidade, a partir dos seus gestores diretos.

Nós ficamos sabendo pela enfermeira que estava na gestão na época [...]. Foi passado pelo grupo dizendo que o hospital havia sido inserido e que haveriam algumas vagas para um treinamento, que seria um treinamento presencial, em outro estado, pela Universidade Federal em Minas, e que eles precisariam de nomes pra poder compor as enfermeiras que estariam inseridos no projeto. (EO-A/1)

Teve divulgação através da nossa coordenadora da Enfermagem da Maternidade, que abriu as vagas para que a gente pudesse entrar nesse processo de capacitação do Apice On. Na época a direção também estava empenhada que o projeto acontecesse. (EO-A/2)

Assim, eu acho que a gente entrou no segundo tempo. Foi lançado, foi dito que teria a oportunidade pra ir pra uma instituição de fora, aliás é uma instituição que a gente tem o maior respeito e admiração pela atuação da enfermagem obstétrica. Eu acho que foi nossa chefia local que divulgou, falou quem queria ir. (EO-A/6)

Eu lembro que foi assim de uma hora pra outra né [...] marcou uma reunião com as pessoas que estavam na gestão dos setores que são as UP's e da área como um todo. E a partir dos gestores, eles começarem a fazer os desdobramentos junto a equipe toda, pra equipe toda conhecer o projeto e participar. (E-GA/14)

Eu me lembro que um dia nós fomos chamados pela direção pra uma reunião e falou sobre o projeto, trouxe a representante do projeto [...] elas falaram que pelo papel do IFF de desenvolvimento e de ajudar o Ministério nessas ações, por ser Instituto Nacional, por nascer daqui também, [...] o IFF também estava intimamente inserido [...] por ser hospital de ensino, eles acharam que tinha o perfil de inserir o IFF no Apice On. Em relação a divulgação pra todo hospital e pra toda a equipe, eu não me recordo de ver isso divulgado amplamente. A gente tinha contato com a equipe no dia a dia e aí a gente falava [...] pedir pra equipe contribuir pra melhoria de alguns indicadores que não estavam dentro do que a gente podia fazer pras melhores práticas. [...] pra equipe de enfermagem do centro obstétrico acho que ficou muito claro que o Apice On existia [...] a gente tava bem consciente também.

Já os obstetras eu acho que eles associavam mais aos indicadores, não estavam tão cientes assim. (E-GUP/15)

Então, a gente foi convidado pra participar de uma reunião em que estava presente as pessoas responsáveis pelo Apice On no Brasil[...]. então comunicaram que o IFF ia ser inserido no projeto, uma vez que a gente fez parte da construção do que era o Apice On [...] quem estava na gestão foi tendo que ser inserido meio que sem saber também o que estava acontecendo. Mas quem estava na ponta não foi sequer informado. Então assim, foi mal comunicado, foi mal divulgado. [...] Então de forma tímida e muito pontual os plantonistas acabavam sabendo das coisas porque a gente pecou também nessa questão da comunicação [...] a gente também não soube potencializar essa informação com o nosso grupo. (E-GUP/18)

Nota-se nos trechos apresentados acima que a Gestora Enfermeira da Área de Atenção Clínica e Cirúrgica à Gestante transmitiu a informação ao grupo de enfermeiras obstétricas plantonistas e gestoras de UP sobre a adesão do Hospital ao Projeto Apice On e como etapa subsequente, ocorreria a seleção inicial de alguns profissionais do grupo de enfermagem para participar do CAEO, a fim de aprimorar o seu cuidado obstétrico e serem personagens propulsores para a atuação colaborativa e a reorientação do modelo obstétrico neste hospital.

Já para a equipe de médicos obstetras, houve uma comunicação insuficiente sobre a apresentação dos propósitos do projeto, as etapas a serem percorridas durante a execução do mesmo e os objetivos a serem alcançados. Fato evidente nas falas abaixo.

Eu acho que não foi muito bem divulgado para os plantonistas o que era. Alguém responsável que tivesse participando e que passasse ou então [...] muito provavelmente teve uma palestra explicando o que era, mas não lembro de ter sido convidada ou ter chegado a mim de alguma forma. Porque quando você é plantonista, você está aqui uma vez por semana [...] tem o grupo da maternidade no WhatsApp, então se de repente fosse divulgado um pouco melhor no grupo da maternidade [...]. Ou então assim: Ah! Tivemos a reunião tal e os principais tópicos foram tais, tais e tais. (MO-A/8)

Olha eu vou te dizer que eu não lembro de uma preparação, de uma divulgação, de uma apresentação. Não! Eu acho que houve um atropelamento. Eu acho que houve uma grande falta de comunicação ou a comunicação aconteceu e ela não foi entendida. E quando eu falo em comunicação é porque às vezes as pessoas colocam muitas coisas no papel, mas eu gosto muito do olho no olho. (MO-A/9)

Olha! Colocaram o livro lá pra gente e disseram que a gente tinha que preencher os dados do Apice On. E foi assim que eu lembro que a gente entrou no projeto. (MO-A/10)

Olha! Eu vou ser bem sincera com você! Eu acho que houve uma divulgação pra nicho, um grupo. Não foi uma divulgação ampliada. Porque? Exatamente por isso! O projeto chegou [...] pros médico da maternidade como uma coisa meio que de cima pra baixo. A impressão que eu tenho, que foi uma coisa que chegou a nível de direção, houve um convite para um grupo, e esse grupo com certeza a enfermagem obstétrica, e sem ter o envolvimento coletivo. Tanto dos médicos obstetras quanto dos neonatalogistas. Mesmo que você diga: Mas fulano tava lá, beltrano tava lá. Não! Isso não representa o grupo. (MO-A/12)

Se houve uma divulgação ela não foi enfática e ela não foi muito clara no sentido de porquê da adesão ao projeto. Então se houve uma divulgação, eu acho que essa divulgação foi fraca no sentido de atingir a população alvo e no sentido de se convencer da importância de se preencher esses dados que o Apice On pedia. (MO-A/13)

Eu já ouvi falar desse nome e desse projeto, [...] mas até mim nunca chegou efetivamente um delineamento claro. (MO-A/17)

Nesse sentido, a partir desta inicial falha de comunicação e de um amplo diálogo sobre a inserção da maternidade do IFF/Fiocruz no projeto Apice On, houve entendimento que foi um projeto que abrangia mais especificamente, um grupo da equipe multidisciplinar, no caso, as enfermeiras obstétricas ou de que era uma proposta concentrada no levantamento dos indicadores obstétricos. Portanto, constituíram-se em fatores que, em alguma medida, contribuíram para os caminhos assumidos durante a execução do Projeto Apice On e não menos relevante, para a atuação de enfermeiras obstétricas como membro reconhecido da equipe multidisciplinar.

A qualidade da informação refletiu, igualmente, sobre o conhecimento da equipe quanto à contratação de enfermeiras obstétricas bolsistas do projeto Apice On. Medida que contribuiu para uma composição numérica adicional na equipe de enfermeiras da maternidade e com isso, impulsionou a presença e atuação destas especialistas na sala de parto, segundo perspectiva do modelo colaborativo.

A nossa gestora na época nos informou que duas enfermeiras estavam vindo no início do projeto que eram bolsas destinadas para enfermeiras obstétricas no centro obstétrico. Isso foi passado pra gente sim. (EO-A/5)

Através do início do projeto Apice On ele deu esse start pra gente contratar enfermeira obstétrica pra compor as equipes do centro obstétrico. Graças ao projeto Apice On a gente conseguiu bolsa para a contratação de enfermeira obstetra. (E-GUP/7)

Não houve divulgação. Eu cheguei no plantão, até porque eu já conhecia uma das enfermeiras contratadas da [maternidade SMS/RJ]. Então eu cheguei aqui e ela estava lá e disse: Ah! Eu fui contratada e eu disse: Que legal! Mas ninguém nem conversou com a gente, não falou nada, sem uma conversa. A gente chegou a conversar, mas depois que já estava colocado lá entendeu. (MO-A/10)

Eu não me lembro de formalização. Eu acho que foi falado, mas foi falado no tete a tete, coisa e tal. Não me lembro de ter tido uma formalização não. A partir de certa época eu percebi que havia a presença de enfermeira obstetra, compondo a equipe. (MO-A/11)

Na verdade, tive a frente dessa briga para contratar as enfermeiras bolsistas na época do Apice On. Então eu apresentei pra equipe da direção a importância de ter um enfermeiro lá por conta das boas práticas de assistência no trabalho de parto e parto e a direção apoiou e conseguimos as 2 bolsas. Isso foi muito bom! Ficou todo mundo cheio de planos para dar sequência ao projeto. (E-GA/14)

[...] surgiram bolsas, uma verba né, e essa verba ia ser usada pra assistência do IFF como um todo e lá na divisão uma parte coube ao Apice On e aí foi decidido usar na contratação das duas enfermeiras já que era prioridade pra gente inserir o enfermeiro no cenário do parto. (E-GUP/15)

Através do Apice On a gente conseguiu a verba pra colocar o enfermeiro efetivamente dentro do centro obstétrico pela primeira vez. Foi no GEL a gente mostrando a nossa necessidade de RH pra mostrar o nosso trabalho. “Olha! A gente só vai conseguir atuar lá dentro se a gente estiver lá dentro num plantão de pelo menos 12 horas tendo minimamente a continuidade”. Dois enfermeiros não nos dariam isso. Mas é o que a gente tem, vamos pelo menos de segunda a sexta feira tentar mostrar a nossa cara pra tentar abrir esse espaço. (E-GUP/18)

Para as enfermeiras obstétricas, ficou claro que a seleção e contratação das enfermeiras bolsistas se deu como uma estratégia para facilitar a entrada oficial da enfermeira obstétrica, no campo do parto e nascimento, nesta instituição. Isto porque anteriormente ao projeto, havia deficit de enfermeiras especialistas para alocar no Centro Obstétrico. Logo, a organização da escala de serviço diurna e noturna, concentrava estas profissionais na Enfermaria de Gestante e Alojamento Conjunto.

Como o projeto Apice On defendia a atuação de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto de risco habitual, a gestora enfermeira de área pleiteou junto à direção a contratação de mais profissionais e, assim, contemplar o resultado esperado desta iniciativa.

Entretanto, este movimento não foi plenamente divulgado para o corpo de médicos obstetras e muitos souberam da notícia quando chegavam no plantão para trabalhar e encontravam estas novas profissionais compondo a equipe do centro obstétrico. Medida esta, que associada ao conhecimento superficial das propostas do Projeto Apice On causou diferentes reações na equipe médica como exemplificado abaixo.

Eu acho que tudo é um processo né. Teve aquele processo, que não teve assim, cem por cento de aceitação né, uns ruídos aqui, uns ruídos ali. (EO-A/1)

Começando pela equipe médica, um grupo aceitou bem por já trabalhar com a enfermagem obstétrica fora daqui. Já conhecia, então não houve resistência. Mas um grupo de médicos, servidores antigos [...] não sabia sequer que enfermeiro tem autonomia pra atuar em parto, sem a supervisão do médico, como eles acreditavam. Então, era o nível desses profissionais que iam pro embate com a gente. (EO-A/5)

Os médicos tiveram essa questão que primeiro teve o estranhamento, mas depois eles mesmo foram acostumando. A exceção de um ou outro que não dava nem pra botar a enfermeira junto no mesmo plantão. (EO-A/6)

Ah! eu acho que como a gente tem um grupo muito heterogêneo, tiveram pessoas que tiveram um pouco de resistência né, sempre fizemos desse jeito e deu certo e foi percebido melhor por outras pessoas que conseguem absorver melhor as mudanças e percebem que certas coisas vêm pra melhorar o cuidado. Tiveram pessoas que lidaram bem e outras nem tanto e que até hoje seguem tendo condutas como antigamente. (MO-A/8)

Acho muito complicado quando as pessoas estão com as coisas só no papel e simplesmente aparece. E obviamente isso gera uma reação ruim. Tudo que eu não conheço eu dou um passo pra trás. Você entra na defesa porque você não sabe o que está acontecendo. E isso traz um impacto muito ruim, muito ruim. (MO-A/9)

No começo eu acho que tudo que é mudança é difícil né. No começo as pessoas não gostam. Ah! Nem sabem o que é direito! E à medida que você vai conhecendo e vendo a melhora do serviço, você começa a agregar aquilo [...]. Então acaba indo com mais leveza. Mas no começo as pessoas reclamavam bastante. (MO-A/10)

As enfermeiras da maternidade eu senti que elas se interessaram em saber o que era e tal [...]. Em relação aos médicos, eu lembro de uma boa participação da neo, alguns residentes da neo também implementando as práticas, as melhorias. A obstetrícia eu senti uma total resistência em relação a atuação do enfermeiro obstetra na sala de parto devido ao porte da nossa maternidade. (E-GUP/15)

Houve um movimento que não foi bom. E aquilo gerou uma animosidade [...]. E aí ao invés de abrir, fechou! Fechou! De vez! “Ah é! É assim?” [...] E aí, faca no peito ninguém leva. Todo mundo perde! (MO-GA/16)

A entrada da maternidade do IFF/Fiocruz no Projeto Apice On, em março de 2018, induziu a reflexão dos profissionais para uma nova organização institucional. Representou a adesão a novas formas de pensar e atuar em obstetrícia para uma equipe em que já estavam enraizados certos padrões e condutas individuais representativos de um modelo, cuja responsabilidade pela assistência está centrada na figura do médico. Iniciou-se a possibilidade de entrar em contato com novas formas de se praticar obstetrícia, considerando as evidências científicas, dentre elas a inserção de enfermeiras obstétricas como importante sujeito para a qualificação da assistência obstétrica e neonatal em atuação colaborativa. Assim, tudo que é novo desencadeia mudanças na estrutura da instituição e nos trabalhadores e está associado a posicionamentos e sentimentos iniciais, até melhor conhecimento e equilíbrio ser alcançado.

Houve grande apoio e incentivo por parte da direção da Instituição para a execução do Projeto Apice On e para este movimento de inserção de enfermeiras obstétricas em sala de parto, por compreender a grandeza e importância desta proposição para a reorientação do modelo de assistência obstétrica e neonatal em hospital de ensino. Na medida em que o IFF/Fiocruz é um centro nacional para formulação de políticas de saúde no âmbito da saúde materna e infanto-juvenil, não poderia estar a parte desta iniciativa de saúde. As enfermeiras obstétricas sabiam e reconheciam a importância desta concordância da direção do hospital nas ações relacionadas ao projeto, aspecto demonstrado nas falas abaixo.

[...] existia uma vontade política de Brasília e até daqui também, do IFF. Então eu fiquei muito motivada, mas eu vi que depois não era tão fácil assim e que precisa muita coisa ainda aqui. (EO-A/3)

A gente começou muito lentamente, e aí quando eu falo do interesse político, a gente também viveu aqui na instituição algumas mudanças de direção. E a gente sente que quando a gente tem uma direção que começa a entender a importância, que não tem aquela visão só medicocentrada, tem uma visão um pouco mais participativa, da humanização que conta com várias profissões. A gente também tem a pesquisa aqui que é muito forte, então os nossos pesquisadores já falavam muito sobre mudança. Um pesquisador falou: "Poxa! Como é que você está falando em implementar alguma coisa que aqui não existe!" Então a gente começou a questionar isso também, a direção, o ensino, a pesquisa, e aí eu acho que todo esse movimento favoreceu a nossa entrada no Apice On. (EO-A/6)

O nosso diretor ele nos apoiava e ele cobrava muito isso do nosso gestor, cobrava essa divulgação, essa necessidade dele conversar com a equipe médica sobre o nosso trabalho, sobre a atuação da enfermagem obstétrica. (E-GUP7)

[...] no Apice On foi a fase de ter o apoio da direção. E agora como não tem mais esse apoio oficial, a gente continua, [...] o enfermeiro sempre fez isso e vai continuar a oferecer as mulheres tudo que elas têm o direito, as tecnologias, as práticas integrativas, mas não existe essa coisa oficial do enfermeiro estar atuando. (E-GA/14)

Chegou um determinado momento em que virou assim, na visão do plantonista tanto o médico quanto o de enfermagem, que era uma decisão da direção a implantação da enfermagem obstétrica no IFF. Então ficou muito uma coisa não do projeto, na verdade o diretor comprou o projeto. (E-GUP/18)

Porém, apesar de toda sustentação oferecida pela direção do hospital, não foi possível evitar, inicialmente, as reações de parte da equipe de médicos obstetras da assistência ao efetivar as propostas estabelecidas pelo projeto. Para tanto, tais atitudes tiveram em alguma medida influência sobre o posicionamento da gestão da Área durante o período que a maternidade vivenciou o projeto Apice On. Nesta época, a enfermeira gestora, mesmo vivenciando todas as adversidades decorrentes desse processo de transição, mostrava-se comprometida para que a execução do projeto se concretizasse, contudo, o envolvimento da gestão médica foi representado pela prioridade na produção dos indicadores solicitados pela equipe executora do MS.

A nossa gestora enfermeira ela participava dos grupos GEL e ela foi uma pessoa que tentou lutar muito conosco! Mas não adianta um grupo querer fazer acontecer se a gente não tiver o apoio do outro. O MO-GA/16 dizia que nos apoiava, mas no fundo, no fundo ele não nos apoiava. [...] O apoio maior que a gente teve foi da nossa gestora enfermeira[...]. Isso eu sei porque nas reuniões na direção isso era visível. (E-GUP/7)

O representante da gestão médica eu acho que não passava muito pra equipe, porque achava que a equipe não ia aderir, não sei! E aí era pouca participação! Às vezes só ele de médico que aparecia uma vez ou outra no GEL e também não ficava muito e não se envolvia com muitas coisas. (E-GA/14)

Nos grupos eu participei menos. Porque assim, [...] tinham coisas que eram absolutamente operacionais e assim, eu ficava menos nos grupos e ficava mais assim, tá andando? Tá fazendo? Tá corrigindo? Por exemplo, alguém tinha que levar pra casa esses livros para corrigir, colocar no banco, pra gente conseguir tirar números. Tanto que quando acabou o projeto a gente estava com uma defasagem de seis meses, era bem pouca coisa. Chegamos atrasados e conseguimos números! (MO-GA/16)

O problema é que o próprio gestor médico também não entendia isso. Eu acho que ele só conseguiu entender o que era o Apice On quando ele acabou. Ele não conseguiu entender nem a magnitude e nem a oportunidade que o Apice On nos dava. (E-GUP/18)

No campo da enfermagem obstétrica, os participantes reconhecem que havia adesão e desejo de que a meta definida na dimensão inserção das enfermeiras obstétricas ou obstetras na assistência ao parto e nascimento, estabelecida pelo Plano Operativo Anual (POA) fosse contemplada. Mas era preciso conquistar também outros atores envolvidos no cenário, principalmente, a gestão médica da área para que este apoiasse e declarasse junto ao corpo de médicos obstetras as importantes ações a serem implementadas neste processo de transição organizacional. Contudo, as reações da equipe médica diante do fato de que as enfermeiras obstétricas estariam presentes e atuantes na sala de parto como evidenciado neste estudo, de certo modo, tiveram influência neste posicionamento mais superficial da gestão médica de área diante de seus parceiros de profissão. Pode-se compreender que houve um afastamento deste cenário de tensão e conflitos e direcionamento de esforços na produção de indicadores. Fato que impossibilitou uma efetiva divulgação dos planos de trabalho e a participação da equipe de médicos obstetras assistenciais para se alcançar as metas estipuladas pelo projeto.

5.1.2.2 Os caminhos percorridos durante a execução do Projeto Apice On

Logo após a adesão da maternidade do IFF/Fiocruz, em março de 2018, a enfermeira gestora da área pleiteou junto à direção a contratação de mais enfermeiras obstétricas como estratégia para a inserção destas profissionais na sala de parto. Proposta que se concretizou em agosto de 2018, após processo seletivo para a entrada de duas enfermeiras bolsistas e, com isso atuarem de segunda a sexta feira, em esquema de plantão diurno como integrante da equipe do centro obstétrico. Tinham a missão de promover o uso das boas práticas obstétricas, reduzir as intervenções desnecessárias em colaboração com a equipe médica, assistir aos partos normais de risco habitual e, dessa forma, refletir positivamente nos indicadores obstétricos estipulados pelo POA.

No início, quando a gente entrou a finalidade era a gente começar a entrar no centro obstétrico pra começar a tentar a assumir os partos de baixo risco, de imediato. Então eu voltei do aprimoramento e já estava na escala no centro obstétrico. E aí não só pra entrar em trabalho de parto, mas assim, acompanhar essa mulher no trabalho de parto, na cesariana ou qualquer outro procedimento que teria, mas principalmente, da gente começar a acompanhar esses partos quando fosse de baixo risco. (EO-A/4)

Na época teve essa participação política do gestor que permitiu a contratação de bolsistas pra atuar, que eram bolsistas do Apice On. Ficou muito forte isso né. Ter essa entrada das bolsistas ali na sala de parto e não precisar atender outras demandas da maternidade, isso foi um ponto muito positivo, no meu ponto de vista. (EO-A/6)

Eu me lembro que eu participei da seleção, a gente tentou ver enfermeiras que tivessem o perfil de sala de parto, que já trabalhassem em sala de parto de outras maternidades, que tivessem essa prática. (E-GUP/7)

Era importante a presença delas no centro obstétrico pra promover as práticas integrativas, as tecnologias de cuidado. [...] Elas também faziam a questão da pesquisa de colher os dados. (E-GA/14)

E a gente teve uma oportunidade, é o que eu falo, a palavra pra mim que define é oportunidade de começar a mostrar o que a enfermagem obstétrica faz! Vamos mostrar o que a gente pode fazer e a partir daí conquistar esse terreno tão árido pra entrada da enfermagem obstétrica. (E-GUP/18)

Esta medida proporcionou o conhecimento pela equipe médica da presença dessas enfermeiras obstétricas nos plantões, o que inicialmente afetou as reações da

categoria médica como apontado anteriormente. Esta nova organização das equipes assistenciais, fato que até então caracterizava-se pela ausência desta profissional de forma permanente no centro obstétrico, possibilitou caminhar rumo à uma nova compreensão dos papéis de cada profissional dentro do centro obstétrico.

Nesse sentido, é importante considerar que as citações abaixo demonstram, que o início de um novo projeto, de novas configurações e dinâmica entre os pares, novas possibilidades de atuação em conjunto e parceria a fim de almejar a qualificação do cuidado obstétrico, vem acompanhada de percepções pessoais sobre esta mudança. Compreensão de que a vivência da implantação do Projeto Apice On como um processo de transição na organização institucional é dinâmica, possui sentido de movimento, requer um crescimento, um envolvimento e amadurecimento de indivíduos sobre os novos processos de trabalho e sobre diferentes questões que perpassaram este processo histórico, principalmente sobre a atuação plena de enfermeiras obstétricas em hospital de ensino.

Então eu percebo que houve uma melhora, não tanto quanto a gente gostaria ainda, mas entendendo que é um processo, mas eu acho que em vista do que era houve uma melhora. Não é aquele cenário que a gente imaginou né, a atuação da enfermeira obstétrica cem por cento, mas entendendo que tudo é um processo, eu acho que a gente galgou alguns degraus sim. (E0-A/1)

Acho que estava e ainda está amadurecendo, como uma criança. Que ainda tá vendo as coisas, a gente já deu muitas voltas e não conseguiu chegar num lugar. (EO-A/3)

Uma cultura não muda de uma hora pra outra né, então a gente viveu o momento, mas que se perdeu. Houve mudança. Eu acho que é isso, é gradativo, é um processo. (EO-A/6)

Eu fui uma que peguei no sentido de tentar mostrar, tentar provar, tentar conscientizar, porque eu acho que isso é uma mudança de postura, isso é uma mudança de conscientização. Mas vai de cada um. (E-GUP/7)

Mas isso é uma construção! É uma construção difícil e lenta. Porque muita gente às vezes não chama ajuda porque acha que isso denigre a prática, a prática da enfermagem obstétrica. E não é! Eu tô precisando de ajuda! E tem momentos que está bem! Mas isso é uma construção! É uma construção difícil e lenta. (MO-A/9)

Assim, eu acho que está caminhando. Avançar, avançar eu não sei se eu vejo assim uma melhora, mas eu acho que isso tudo é um processo! E como em todo processo você encontra dificuldades e você tem que ir tentando melhorar. (MO-A/10)

Nesse sentido, a vivência deste processo de transição de papéis e funções de cada indivíduo desencadeado, a partir de uma nova organização institucional proposta por um projeto político, foi permeado por variados sentimentos expressos nos trechos abaixo.

A equipe de enfermagem obstétrica, a gente tava muito empenhado. Apesar de saber que a gente tava trilhando uma batalha grande né, alguns talvez mais receosos por começar uma discussão em cima dessa assistência. (EO-A/2)

A equipe de enfermeiros eu senti assim [...] não tinham aquela visão, vamos sim! vamos todo mundo! Talvez tivessem medo, talvez sem saber se iam conseguir, ou se sentindo despreparadas pra entrar numa sala de parto. [...] Então eu senti a equipe muito fragilizada. (EO-A/3)

Então isso nos frustrou muito porque com o projeto Apice On era a oportunidade da gente conseguir atuar mas nós não conseguimos! Mas chega uma hora que você acaba perdendo o folego, você acaba se cansando. E é um trabalho de formiga enorme! E eu acho que nós cansamos! Porque a gente tentou, tentou, tentou, mas sempre eram as mesmas pessoas, as enfermeiras da rotina, poucas plantonistas acabavam se envolvendo. [...] faltou perna, faltou energia, faltou motivação, falou investimento. Eu tive vontade de fazer muitas coisas, mas assim às vezes eu me sentia sozinha. (E-GUP/7)

Na época que começou o Apice On, eu estava na gestão e eu me sentia muito responsável pelo projeto para que ele desse certo. Então eu ficava muito aflita, muito chateada quando tinham as reuniões e as pessoas nunca apareciam [...]. A gente ficou muito empolgado na época! Muito! Porque a gente tinha já bastante enfermeiro obstetra e a gente começou logo a querer colocar o enfermeiro obstetra lá dentro do CO. Mas quando chegava na prática a gente não conseguia. E isso trazia uma frustração, mas a gente continuava tentando [...] Quando acabou o projeto, foi assim um balde de água fria porque foi como a gente tivesse se motivado pra muita coisa e “nadou, nadou e morreu na praia”. E alguns médicos meio que debochavam. “Ah! Viu! Isso aí não ia durar muito tempo! Eu sabia! É fogo de palha!”. (E-GA/14)

Eu sou uma pessoa que vibrou e vibra muito com o Apice On até hoje! (MO-GA/16)

[...] passei muita raiva, chorei muito, mas assim dava retorno sabe! Eu consegui trabalhar atualizando protocolo, participando de treinamento, participando do grupo estratégico local. (E-GUP/18)

Estes sentimentos manifestados pelas enfermeiras obstétricas relacionaram-se ao empenho, dedicação, responsabilidade e comprometimento inicial com a execução do Projeto Apice On, a fim de que o sucesso, representado pela efetiva atuação das enfermeiras obstétricas, em sala de parto, fosse conquistado. No entanto, com o caminhar de execução desta iniciativa, enfrentar as dificuldades decorrentes de uma nova conformação da equipe, na definição de novos papéis, repercutiu a longo prazo em um sentimento de desânimo, fraqueza, impotência e frustração na equipe de enfermeiras da maternidade por não terem alcançado o que se almejava.

Havia grande expectativa das enfermeiras obstétricas na execução do projeto e a esperança dos possíveis benefícios para esta categoria, em especial o próprio reconhecimento, valorização e autonomia profissional neste cenário, o hospital de ensino, instituição que apresenta um modelo de cuidado que exalta a especialização e a hegemonia médica na configuração das relações interprofissionais. Sobretudo, havia o entendimento pelo grupo de enfermeiras obstétricas de que o cuidado oferecido, sustentado em práticas humanizadas pudesse impactar na assistência às mulheres em trabalho de parto e suas famílias. Conjunto de ideias observado nas citações abaixo.

Na minha opinião foi um projeto muito valioso né, assim, com grande potencial, e... que eu acho que no final quem sairia ganhando seriam ne as pacientes, as mulheres, as crianças, enfim, os familiares que as acompanhavam (EO-A/1)

Eu tive uma esperança muito grande quando veio o Apice On, porque eu sabia que eram ideias que vinham de Brasília pra dentro do IFF e a gente foi levado para uma Instituição, uma unidade que tem referência que é o Sofia, que a atuação da enfermagem é de uma autonomia assim sem par. [...] Então, eu tinha uma esperança muito grande que isso iria acontecer com a gente também. (EO-A/3)

Então a construção era ressignificar esse conceito de assistência do parto pelo enfermeiro, pelo cuidado, não somente pra trazer as evidências que já existia aqui. Isso eu acho que foi um momento de crise nosso, de construção de identidade, até de nós mesmos nos justificarmos por que estarmos naquele cenário. (EO-A/5)

Eu acho que foi uma oportunidade de ouro que a gente teve, uma das melhores [...] que a gente poderia ter ido adiante, mas a gente perdeu nessa questão. (EO-A/6)

Mesmo a gente não tendo conseguido, ainda continua sendo um desafio, mesmo que a gente não tenha conseguido inserir as nossas enfermeiras na sala de parto, a gente conseguiu avançar em muitas

outras questões do Apice On. Eu aprendi muito com o Apice On! (E-GUP/7)

Ainda tem arestas, tem! Claro que tem arestas, não há dúvida quanto a isso, mas eu acho que pra mim foi de muito aprendizado. (MO-A/9)

Foi um momento assim de muita esperança de que as coisas melhorassem! Eu acho que foi um momento importante pra reflexão e uma análise do serviço como um todo. (E-GA/14)

O Apice On foi aquela estratégia do governo que com pouco dinheiro e muita ideia você consegue coisas sensacionais. [...] Então eu acho que o grande lucro nosso foi ter mantido a coleta das informações. Foi ter mantido a união com a neonatologia, de continuar trabalhando junto os indicadores. (MO-GA/16)

Observa-se que a participação no Projeto Apice On, proporcionou para alguns participantes importantes momentos de aprendizado devido a todas as peculiaridades vivenciadas ao longo de 2 anos de execução, como os avanços, as conquistas e também os desafios impostos pelos objetivos do projeto. Inclusive, a compreensão de como a enfermagem obstétrica seria valorizada como uma das responsáveis em instituir práticas humanizadoras, em um cenário que já apresentava mudanças positivas na assistência devido a políticas anteriores, mas que a figura do médico obstetra ainda representava a centralidade do cuidado.

Assim, como havia grande expectativa, sentimentos e momentos de aprendizagem e reflexões manifestados pelos depoentes, no percurso de execução do Projeto Apice On, eles também compreenderam que algumas estratégias poderiam ser assumidas pela Gestão de Área para que o projeto obtivesse sucesso, tal como descrevem os relatos a seguir.

A gente foi, mas não tinha um planejamento de como vai ser. A gente vai entrar em um parto de baixo risco por semana? Ou então como vai ser essa divisão com a equipe médica? Aí depois pensamos na proposta de começar pela admissão. De na classificação de risco você poderia avaliar, quais são essas mulheres que estão chegando e teria que ter um enfermeiro lá pra poder fazer essa classificação. "Ah! Essa aqui pode ficar com a equipe de enfermagem". Porque já seria talvez uma possibilidade da enfermagem começar uma atuação. Eu acho que se deixasse isso mais amarrado, aos poucos talvez as pessoas iriam acostumar com a ideia de a enfermagem obstétrica estar atuando. [...] ninguém pensou nessa proposta de como seria a divisão pra enfermagem atuar. (EO-A/4)

Falar de assistência compartilhada eu acho [...] que a gente poderia ganhar mais espaço. Nós no período do Apice On não brigamos, não

fomos atrás de uma assistência compartilhada e sim de uma assistência exclusiva do enfermeiro obstetra. E pelo nosso perfil, nossa quantidade, perfil das mulheres isso entrou como um dificultador (EO-A/5)

Eu não sei de repente o cuidado só pelo enfermeiro se não ficaria pesado também pra uma pessoa só, por exemplo, se tivesse dois partos de baixo risco como é que ficaria? Teria que ver a quantidade de baixo risco pra ver uma disponibilidade de pessoal também. Uma sugestão [...] limitasse um número por exemplo, de capacidade de acompanhamento. Como a gente também só tem três pré-partos, vamos supor, tem dois baixo risco, o primeiro que chegasse ficaria com a equipe da enfermagem obstétrica e o outro baixo risco ficaria com os médicos. (MO-A/8)

Pra gente definir o que é de quem, pra não dizer que todas são de todos, eu acho que seria fundamental a gente ter um acolhimento e classificação de risco. Sem essa classificação de risco a gente não vai conseguir estabelecer que perfil de parturiente pode ser conduzida por enfermeira e qual perfil de parturiente deve ser conduzida por um médico. (MO-A/13)

As falas acima demonstram algumas sugestões percebidas pelos membros da equipe multiprofissional, após uma avaliação da execução do Projeto Apice On. Indicou-se a necessidade de melhor planejamento de como seria esse acompanhamento do trabalho de parto de risco habitual pela enfermeira obstétrica. Isto foi determinado a partir de muitas dúvidas dos profissionais da assistência sobre como seria a dinâmica para atuação colaborativa, considerando as especificidades da maternidade do IFF/Fiocruz, como por exemplo o reduzido número de partos normais de risco habitual.

Assim, eles apontam como poderia haver a divisão desse quantitativo de mulheres a serem assistidas, numa lógica de contabilização e formalização desse acompanhamento para a realização do parto normal. Bem como, houve a compreensão de que a luta por uma assistência exclusiva dos partos por enfermeiras obstétricas foi um evento que impôs dificuldades à concretização deste objetivo, devido às especificidades institucionais.

Outra estratégia identificada pelos entrevistados foi a implantação do acolhimento e classificação de risco realizado pelas enfermeiras especialistas, pois desde a admissão da gestante, elas poderiam sinalizar aquelas mulheres cujo histórico e diagnóstico obstétrico fosse compatível com o acompanhamento realizado pela enfermeira obstétrica. Entretanto, esta meta estabelecida pelo POA não foi

alcançada, mesmo com a realização de treinamento de toda a equipe de enfermeiras, devido ao início da pandemia em março de 2020, o que obrigou a uma reconfiguração dos profissionais para reestruturação de novos processos de trabalho.

É interessante destacar, na fala dos gestores, o interesse e o reconhecimento da necessidade de participaram de cursos de qualificação, assim como os médicos obstetras, numa perspectiva interprofissional, para que todos os profissionais no âmbito assistencial e gerencial, tivessem a oportunidade de conhecer os processos de trabalho nos modelos colaborativos de assistência obstétrica de sucesso no país, como o Hospital Sofia Feldman. Contudo, esta proposta não foi oportunizada a esses profissionais devido ao início da pandemia e término do projeto Apice On.

Teve uma época que ia começar a ter médico. Acho que teve uma neonatologista que ia fazer também. E ia começar os médicos a ir também pra ver a realidade de lá e começar a entender e compartilhar mais com a gente aqui, mas aí acabou o projeto [...] entrou a pandemia, foi em abril que eu ia pro curso interprofissional para os gestores. E na verdade eu não fui mais. (E-GA/14)

[...] alguns enfermeiros nossos foram para o curso de aprimoramento e eu acho que da mesma forma teria que ter ido alguns obstetras chave pra esse aprimoramento pra ver que existe cenário obstétrico sem briga, que existe enfermeiro assistindo ao parto sem problema nenhum, com bons indicadores e ótimos desfechos e com boa convivência [...] pra ver que o médico vai ser chamado na hora certa, que o enfermeiro ele vai estar ali atento. [...] Então eu acho que eles precisavam ter ido, talvez se tivesse ido em dupla, um médico e um enfermeiro juntos e ficassem juntos e aprendessem juntos com os colegas de belo horizonte eu acho que realmente ia mudar. (E-GUP/15)

Eu queria conhecer aquele modelo porque uma coisa é você ouvir as pessoas falando a outra coisa é você ver acontecendo. E nesse aspecto foi uma pena porque veio a pandemia e acabou o projeto e a gente ficou sem esse fechamento e eu não tive essa experiência. (MO-GA/16)

Assim, durante a vivência do projeto Apice On, percebeu-se que um caminho possível para amenizar as barreiras para a atuação da enfermagem obstétrica em sala de parto seria a participação de gestores e médicos obstetras, em cursos de aprimoramento interprofissional. Dessa forma, profissionais da assistência e gestão entrariam em contato com renomadas instituições, para incitar práticas e reflexões na perspectiva desse modelo de assistência e sentirem-se empoderados a implementar a reconfiguração assistencial, segundo o seu contexto de trabalho. Infelizmente, a

pandemia, redirecionou esforços coletivos e processos de trabalho nestas instituições, assim como no órgão governamental.

Ainda, no âmbito das sugestões, a nível operacional, nota-se, nos trechos apresentados abaixo, o reconhecimento da importância de se trabalhar em duplas para fortalecimento da categoria.

Atuar sozinho não é o recomendado, traz mais insegurança pra esse embate e seria um apoio, tanto para o parto, como pra uma briga real e pra uma atuação na sala de parto também. Se a gente tivesse entrado propondo um espaço compartilhado, eu acho que poderia ter sido bem mais aceito do que partos com assistência exclusiva como era proposto no projeto, como era proposto no protocolo, do início ao fim pelo enfermeiro. Tipo, em nenhum momento a equipe médica poderia interagir. E pela nossa quantidade baixa e pelo perfil das nossas mulheres que a gente poderia fazer a assistência também é baixa, eu acho que isso foi uma falha politicamente nossa aqui na instituição. (EO-A/5)

Se eu fosse contribuir hoje com o olhar que eu tenho, seria uma estratégia local, uma oportunidade para as enfermeiras, eu faria encontros. Tinha reuniões frequentes, mas eu faria encontros voltados pra isso, o que a gente poderia fazer pra implementação mesmo. Eu acho que fortaleceria mais o grupo das enfermeiras obstétricas [...]. Então eu acho que talvez se a gente tivesse essa oportunidade, [...] esse fortalecimento da equipe, de troca, de ter aqueles momentos que a gente fazia na Casa de Parto, que era totalmente extra, mas era pra fortalecer a relação, de troca de experiência, de falar como foi com aquela paciente, que estratégia. [...] como a gente ia atuar nessa situação que a médica mandou tirar a enfermeira da sala de parto, entendeu? (EO-A/6)

A assistência direta ao parto de risco habitual eu acho meio complicado. Porque assim, na maioria dos lugares o enfermeiro está em dupla e lá hoje só tem um enfermeiro. E são poucas as vezes que o enfermeiro que está aqui fora que seja enfermeiro obstétrico, esteja junto pra compor essa dupla, porque acaba que meio sendo uma covardia. Porque é um enfermeiro, mesmo com experiência contra vários médicos e residentes médicos. (E-GA/14)

Primeiro porque a gente não teria como um apoio a dupla dentro do centro obstétrico para conduzir esse parto. [...] Então isso causou muito medo porque você vai assumir uma coisa sozinho, se der errado você não tem uma retaguarda. [...] porque num trabalho de parto e parto, ele bem conduzido, você pela fisiologia consegue perceber que alguma coisa não está indo bem, [...] mas você está sozinho para decidir e com a sensação que tem alguém torcendo contra! Dá medo mesmo! (E-GUP/18)

A atuação da enfermagem obstétrica na sala de parto em duplas foi um método adotado no início da década de 90 nas maternidades do Município do Rio de Janeiro, para a consolidação da inserção e atuação destas profissionais naquela época. A atuação individualizada e solitária da enfermeira obstétrica, a expõe a uma situação de fragilidade representada por uma autonomia profissional ainda não reconhecida e pela tradicional hegemonia da assistência médica no campo do parto e nascimento.

Além disso, constata-se que a equipe de enfermeiras obstétricas descreve os encontros em grupo e o estabelecimento de parcerias com outras maternidades, com o intuito de promover a problematização de situações vividas no cotidiano, a partir das diversas situações de enfrentamentos e também de vitórias. Sobretudo, momentos que intencionam o aperfeiçoamento profissional e o sentimento de segurança na prática obstétrica.

Significado especial refletiu sobre a estratégia de comunicação como uma relevante forma de transmitir informações claras e objetivas a todos os participantes do projeto. A apresentação das propostas para uma discussão coletiva sobre o redesenho dos processos de trabalho considerando a especificidade do IFF/Fiocruz, a fim de determinar os avanços na trajetória de execução do Projeto Apice On não foi bem definida. Logo, a concentração de informações e ações a nível gerencial, sem a permeabilidade necessária com os componentes da equipe assistencial, tornou o curso de execução do projeto desordenado, confuso e sem a definição de metas em comum.

E toda vez que a gente propõe coisas novas, as coisas precisam ser conversadas, precisam ser sedimentadas antes delas efetivamente acontecerem. Porque impor uma situação sempre gera uma reação contrária a isso. É preciso conversar. Foi feita uma devolutiva desse projeto pro corpo clínico? Não sei te dizer! Novamente é a comunicação e envolvimento. [...] Você pode ter um projeto maravilhoso, mas não basta você só colher dados, você tem que devolver isso de alguma forma, porque aí todos crescemos. [...] Eu entendo a gestão, eu entendo as chefias se reunirem, mas mais do que as chefias se reunirem, a ponta tem que se reunir, a ponta que tá trabalhando no dia a dia, e está no front com todas as dificuldades, nós temos que nos unir. Mas eu acho que muitas coisas ficam só no papel. Ficam só em relatório, ficam só em grupo de gestão e de WhatsApp. Falta quem está realmente no front, não sabe, não entende, não foi comunicado, não foi dado um retorno, não tem uma valorização maior, as coisas simplesmente vão acontecendo, vão atropelando, e sua gera desgastes e perda de tempo desnecessárias. (MO-A/9)

Mas assim, a gente consegue conversando, refletir, gente olha só, vamos avançar aqui, mas vamos recuar aqui porque não vai ficar legal entendeu pra tentar chegar a um ponto comum. Eu acredito nisso, no diálogo a gente chega numa coisa em comum boa né, porque não adianta ficar se digladiando sem resultados, sem construir nada. (MO-A/12)

O que eu acho que precisa ser feito? Mais suavidade! É isso! Houve um movimento que não foi bom. Olha o Fernandes Figueira tem que ter um modelo IFF, onde eu tenho um número de partos pequenos e com 90% de fator de risco segundo o que o ministério diz que é risco. Eu não posso ter um modelo igual aos outros. Esse era o modelo que a gente estava pensando. De ter equipes juntas montadas atendendo já que era a proposta do governo avaliar essa interação. O problema é que de novo, talvez por falta de uma experiência nossa, ou por falta de visão do grupo, não funcionou do jeito que poderia ter funcionado. As pessoas vieram com um modelo pronto e aí aqui não cabia esse modelo. [...] eu acho que o IFF pode colaborar com o MS para um modelo de maternidade de média e alta complexidade. [...] será que eu não consigo criar um modelo híbrido que atenda essa população aqui aonde o enfermeiro seja a pessoa que vai estar junto com, tomando decisão. [...] Eu acho que os veios tem quem sentar pra conversar [...] eu acho que a coisa não começa nos jovens. Eles não têm vícios. O pior são os velhos que não querem mudar, que não abrem mão dos seus quintais. (MO-GA/16)

A frequência e a uniformidade da comunicação possibilitaram percepções, valores e crenças relacionadas ao projeto Apice On de forma similar entre os envolvidos. Logo, esta função da gestão em trabalhar as relações e as comunicações para influenciar os comportamentos dos indivíduos e fomentar mudanças institucionais apresentou-se sensível aos avanços e desafios naturais aos processos de transição institucional. Imprimiu-se uma lacuna quanto às melhores práticas de gestão, um dos objetivos do Projeto Apice On para a promoção da participação, do protagonismo e corresponsabilização de trabalhadores e gestores nos processos de decisão, planejamento e avaliação do projeto.

Outro apontamento percebido pelos entrevistados na vivência desta proposição ministerial, diz respeito ao déficit de enfermeiras obstétricas e ao quantitativo ideal necessário para a continuidade do cuidado. As enfermeiras bolsistas foram contratadas para atuação em sala de parto de segunda a sexta feira em plantões de 12h no período diurno. Não havia número suficiente destas profissionais para serem inseridas no plantão noturno e aos finais de semana. Realidade que se tornou um entrave para a formalização da assistência a partos de risco habitual pelas enfermeiras obstétricas.

Logo, cogitou-se pelo grupo o retorno das residentes de enfermagem obstétrica para atuação e aprendizagem na sala de parto do IFF/Fiocruz junto com a enfermeira staff, como medida para aumentar os recursos humanos. Porém, tal fato não foi adiante pela compreensão na época de que as residentes de enfermagem teriam menor oportunidade de aprendizagem estando no IFF/Fiocruz, ao invés de inseridas em outras maternidades municipais parceiras do programa como alinhado desde o ano de criação do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica em 2012. Locais em que a enfermagem obstétrica está bem estabelecida e o quantitativo de partos normais de risco habitual é maior quando comparado ao IFF/Fiocruz.

Veio também a discussão, se o residente de medicina pode, o residente de enfermagem também poderia porque aqui também é o hospital de formação desse residente. Só que essas discussões eram feitas várias reuniões e ninguém chegava num acordo de como seria isso. Eu acho que isso que pesou mais assim. (EO-A/4)

Eu acho que enquanto não tiver esse aumento de número de profissionais que possam, portanto, fazer a continuidade, eu acho que vai ficar difícil a gente avançar nessa questão. [...] Agora a partir do momento que talvez se começar o residente da enfermagem a vir pra cá e ter essa possibilidade da continuidade do cuidado a gente pode rever essa linha de atuação. (MO-A/11)

Eu acho que o staff até poderia fazer o acompanhamento do trabalho de parto, mas isso demandaria a contratação ou a extensão de RH. Eu vejo que só há a necessidade de ter o staff da enfermagem obstétrica quando realmente houver um residente que faça esse acompanhamento de parto. Porque se o objetivo é o ensino, onde estiver inserido o pós graduando, deveria ter também o staff com formação em enfermagem obstétrica. Se esse pós graduando não existe, ou existe em dias específicos, que seja somente nesses dias a atuação dele. Se for ver pela ótica do ensino. (MO-A/13)

E assim, esse conjunto de particularidades descritas como as expectativas relacionadas a inserção do Projeto Apice On na maternidade; o reconhecimento por parte da equipe de médicos e enfermeiras obstétricas quanto à singularidade deste cenário; a falta de diálogo entre os participantes envolvidos, seja os da assistência como da gestão; os sentimentos de compromisso e responsabilidade por parte de alguns, para o sucesso do mesmo, mas também a frustração, principalmente das enfermeiras obstétricas; a falta de engajamento de alguns profissionais, assim como os entraves para relações profissionais mais sólidas; tornaram-se aspectos que

articulados tiveram influência para que alguns objetivos do Projeto Apice On não fossem conquistados.

O próprio acolhimento com classificação de risco, a implantação de fato de um protocolo de enfermagem obstétrica, que deu muito trabalho pra ser criado, foram muitas reuniões, [...] foi exaustivo pra muita gente [...]. Acho que a gente poderia ter mais esse compartilhamento com a equipe mesmo né, não só quando eu preciso, só vou compartilhar com você porque eu estou com uma emergência ali. E assim, tem as outras questões que estão envolvidas, a atenção ao abortamento, a violência sexual, eu até onde vi estava caminhando para que tivesse mais encaminhamentos efetivos pra essas questões, tipo um fluxo de organização. Então eu acho que eram áreas que ficaram meio esquecidas (EO-A/1)

E a gente teria um ganho maior, contudo infelizmente teve uma parada no processo, que a gente tava pensando em abrir o acolhimento onde ia atuar o enfermeiro também. Esse acolhimento com classificação de risco que era umas coisas também pra ter sido implantado [...] a gente estava em vias de implantação, só que não seu seguimento. (EO-A/2)

Mas a questão, o foco que era a inserção da enfermagem obstétrica no centro obstétrico, isso a gente não conseguiu. Isso continuou a ser um desafio. [...] instituir a participação da enfermagem obstétrica aqui na nossa maternidade, no nosso centro obstétrico. (E-GUP/7)

O DIU pós-parto, a assistência a mulher vítima de violência e produzir indicadores, eu não sei te dizer se esses dados geraram informações que pudesse trazer ganho ou crescimento pro serviço. Mas com relação ao DIU no pós-parto e ao atendimento a mulheres vítimas de violência, foi muito pequeno o avanço se a gente for pensar que um dos objetivos da inserção do Apice On era promover o crescimento desse perfil de demanda. (MO-A/13)

Por exemplo a questão do atendimento da mulher vítima de violência. A gente botou no papel, mas até hoje a gente não conseguiu passar adiante, treinar a equipe. E as pessoas que mais atuam nesse eixo da violência e a questão do aborto legal é a equipe multiprofissional [...]. Outra coisa que a gente tentou muito, mas ficou paralisado com a questão de pessoal foi o acolhimento com classificação de risco. O projeto está pronto, mas a gente não tem nem o local e nem o pessoal para fazer. (E-GA/14)

A única coisa que a gente conseguiu minimamente fazer foi a obtenção dos dados pelo livro do Apice On dentro do CO. O problema que eu acho é que a gente também não soube usar essa informação. A gente conseguiu essa informação, mas não conseguiu transformar ela em dado, pra que esse dado voltasse pra equipe, pra que a gente fizesse esse monitoramento e essa avaliação. A gente monopolizou essa informação dentro de uma gaveta e aí não serviu pra nada porque não se converteu em dado. Mais uma vez a informação não foi bem conduzida nem pra iniciar e nem durante o processo mesmo [...]. (E-GUP/18)

Percebemos nos relatos acima, a compreensão da equipe sobre os resultados esperados com a implantação do Projeto Apice On na maternidade do IFF/Fiocruz. Desta forma, o acolhimento com classificação de risco; partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas institucionalizado por meio do protocolo de assistência da enfermagem obstétrica, fato que poderia fortalecer e legitimar a atuação desta profissional, não ficando restrita à necessidade identificada pelo médico obstetra; a oferta e inserção imediata de dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre no pós-parto e no pós-aborto e a estruturação de um fluxo de atenção às mulheres em situação de violência sexual; o tratamento dos dados e o uso de indicadores solicitados pelo projeto quanto às práticas obstétricas recomendadas para o monitoramento da assistência obstétrica foram processos iniciados no curso de execução do projeto e encontram-se parcialmente finalizados. Compreende-se que o início da pandemia em março de 2020, coincidente com a finalização do projeto afetou a condução e conclusão desses fluxos assistenciais.

No que tange à formalização de um fluxo para atendimento de vítimas de violência sexual, foi considerado um assunto de grande complexidade devido a questões éticas apresentadas por alguns integrantes da equipe assistencial da maternidade. Foram alguns meses de diálogo com diversos profissionais como médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, psicologia e serviço social. Processos de trabalho de outras maternidades, as quais já possuem este protocolo assistencial definido, serviram de exemplo para aperfeiçoamento do fluxo do IFF/Fiocruz. A reunião abaixo, exemplifica essa dinâmica de trabalho coletivo.

"Mediadora traz a memória da reunião anterior onde a vice-diretora de atenção solicitou a discussão e elaboração do protocolo e fluxograma de atendimento a vítima de violência. MO-GA/16 explica a importância de se trabalhar no projeto de acolhimento e classificação de risco, pois é de suma importância para o atendimento das demandas de violência. Sugere-se a elaboração de fichas de atendimento a usuária vítima de violência e também protocolo de acolhimento. Mediadora sugere que essas discussões se alinhem com as ações do GT de violência. E-GA/14 explica que o GT não se reuniu, mas que será agendada uma reunião. MO-GA/16 está se atualizando para esboçar um protocolo e enviar ao GT. E-GUP/18 chama a atenção para que se pense nos detalhes do atendimento para que o plantonista esteja respaldado adequadamente na abordagem dos casos e também sugere consulta a outros

serviços que tem expertise neste tipo de atendimento. EO-A/5 relata a importância de discussão deste assunto com o grupo de obstetras, anestesistas e equipe de enfermagem. MO-GA/16 relata que casos de objeção de consciência pelos profissionais serão discutidos para que não haja problemas no atendimento e solicita que a E-GUP/15 consulte a equipe do centro obstétrico acerca da objeção de consciência. A mesma informa que está coletando informações e consultando o COREN-RJ acerca das questões éticas. MO-GA/16 ressalta a importância de se implantar o acolhimento e classificação de risco na maternidade o mais rápido possível” (Ata reunião GEL em 04/06/2019)

5.1.2.3 As estratégias definidas pelo Projeto Apice On para a sua execução

A partir da inserção da maternidade do IFF/Fiocruz no Projeto Apice On, em março de 2018, foi realizado um diagnóstico situacional quanto à existência ou ausência de diversos quesitos relacionados aos 3 âmbitos de intervenção: atenção, gestão e formação, a fim de alcançar o objetivo do projeto, qual seja, qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências, humanização, segurança e garantia de direitos.

Para tanto, foi necessária a elaboração de linhas de intervenção para contemplar o diagnóstico situacional. As ações diretivas contidas no roteiro de planejamento das ações a serem implementadas para alcançar as metas quanto às três dimensões foram explicitadas no Plano Operativo Anual (POA). Diferentes estratégias foram utilizadas para dar concretude a estas ações institucionais desenhadas.

Dessa forma, as participações e as compreensões das enfermeiras obstétricas, médicos obstetras e gestores sobre o Grupo Estratégico Local (GEL), constituído pelos profissionais do serviço e os supervisores/mediadores representativos da estratégia apoio institucional estão relatados a seguir.

Olha eu acho que minha participação foi fugaz, digamos assim, foi muito rápida [...] eu fui impedida por estar num curso [...]. Além do fato de eu também não ter tido muito tempo pra estar ali. (EO-A/3)

Eu acho que minha participação poderia ter sido melhor. Com a dificuldade de sair do plantão pra poder ir participar da reunião. Porque

nós todos éramos chamados pra participar da reunião do GEL, era solicitado, mas acaba que frequentava o GEL os gestores e as enfermeiras de plantão. [...] Mas eram chamados, tinham comunicação via WhatsApp de todas as dificuldades para quem não participou, comunicação do que foi debatido, o levantamento dos indicadores. (EO-A/5)

Então, eu acho que por uma questão pessoal, familiar, eu tava morando em outra cidade, eu acho que eu participei menos do que eu gostaria. Participei de alguns fóruns, de algumas reuniões. (EO-A/6)

Porque esses grupos não eram só com a participação de enfermeiras, era pros médicos também participar. Era pros residentes participar. O convite era feito sempre. Mas assim, é um trabalho exaustivo. A gente divulgava, a gente convidava, a gente colocava nos grupos, mas quem aparecia? Praticamente nós enfermeiras da rotina. Por mais que a gente convidasse as enfermeiras plantonistas: "Ah! Não posso, não tenho tempo". E alguns enfermeiros que participaram do aprimoramento no Sofia Feldman, esses enfermeiros a gente convidava pra reunião e poucos desses enfermeiros participavam. [...] Eu participei em todas as frentes entendeu?! Eu era do grupo GEL, eu fiz o aprimoramento. (E-GUP/7)

Mínima, pra não dizer ausente. [...] Não me lembro de ter participado de nenhuma reunião, absolutamente nenhuma. Não lembro de nenhuma conversa tanto em plantão, nem no pré-natal, não lembro absolutamente nada sobre isso. Sem uma divulgação ou de uma tentativa de envolvimento. (MO-A/9)

Eu sei que existia, uma ou outra reunião que eu ouvia falar, eu corria atrás pra ver. Então assim, algumas situações eu gostava, eu ouvia falar e estava presente. Mas eu não fui inserida no processo de implantação. (MO-A/12)

[...] algumas vezes eu participei desse grupo né [...]. É porque eu não via eles presentes nas reuniões, não estavam sempre presentes nas reuniões pra discutir as coisas e pensar em melhorias. Diferente da neo que até hoje, depois que o projeto se encerrou, continua trocando ideia comigo sobre os indicadores que a gente produzia através do Apice On e trocando ideias mesmo de como a gente pode melhorar as coisas. (E-GUP/15)

Os profissionais evidenciaram por meio das falas acima que a participação no Grupo Estratégico Local (GEL) não aconteceu de maneira extensiva a toda a equipe da maternidade. Estava restrita, principalmente, a presença das enfermeiras rotina dos setores da maternidade. Apesar de haver a intensa divulgação destas reuniões, em grupos de WhatsApp, por parte da gestora de enfermagem, os profissionais da assistência, pouco estavam envolvidos com as deliberações das reuniões; isto por alegarem pouca presença no hospital, somente nos dias de seu plantão; pela distância

do local de moradia ou pela falta de divulgação do acontecimento destes encontros, especialmente, segundo relato de médicos obstetras.

Estas reuniões representavam momento importante de diálogo entre aqueles que oficialmente eram componentes do GEL, como o mediador local, a gestão de enfermagem e médica de área, as enfermeiras rotinas, as coordenações de Programa de Residência médica e de enfermagem, representantes da coordenação de enfermagem e médica da neonatologia, assim como um representante da gestão do hospital indicado pelo diretor para acompanhamento e coordenação das ações. Ademais, era incentivada a presença das enfermeiras obstétricas que participaram do CAEO e de médicos obstetras plantonistas. Constituía-se em um potente espaço de discussão e reflexão coletiva.

Isto em razão da necessidade de abordar nestes encontros importantes assuntos que demandavam a participação da equipe multidisciplinar em instância assistencial e gerencial, para a análise do processo de trabalho e o delineamento de ações relacionadas ao alcance dos objetivos instituídos pelo Apice On. Assim, conforme observado nas citações abaixo, eram ponderadas questões pertinentes a: inserção das enfermeiras obstétricas em sala de parto e as estratégias para tal; a elaboração do protocolo de assistência de enfermagem a partos de risco habitual; a implantação do setor de acolhimento e classificação de risco na maternidade; avaliação dos indicadores de qualidade obstétrica e neonatal e o desenho de fluxos assistenciais para o atendimento de vítimas de violência sexual, processos de trabalho incipientes ou inexistentes no hospital. Todas estas questões representavam metas a serem contempladas no POA.

Nas reuniões do GEL nós tratávamos do diagnóstico situacional da instituição. [...] acolhimento com classificação de risco, boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a inserção das enfermeiras obstétricas na sala de parto, as boas práticas ao abortamento e mulheres vítimas de violência sexual. [...] Foi discutido em se ter um ambulatório com avaliação da psicóloga, da assistente social para que fosse agendado um dia para que essas mulheres comparecessem a instituição para ser realizado o atendimento, para que fosse algo que seguisse um fluxo porque não havia um fluxo pra isso no hospital. Então no diagnóstico situacional pré projeto tinha-se feito esse levantamento, pra ver o que precisava ser modificado, o que precisava ser implementado, o que precisava ser abolido das práticas institucionais. [...]. (EO-A/1)

O GEL era um encontro mensal para determinar os indicadores, e discutir estratégias para melhor atingir os bons resultados. Por isso que era feito com uma moderadora do Apice On, [...]. Era um espaço que a moderadora tinha sempre a pauta para cada encontro, mas deixava um momento aberto para os participantes colocarem problemas da instituição para serem levados a coordenação do Apice On. Era um espaço bem democrático, mas para realidade do IFF, algo utópico, pois era o hospital que construiu com a UFMG o projeto e não tinha os dados atualizados e até ausentes no site [...] E na verdade nem sei se os dados do IFF no site foram lançados ao término do projeto. (EO-A/5)

E nessas reuniões a gente discutia sobre o nosso papel, sobre a dificuldade que era a inserção da nossa enfermeira obstetra no centro cirúrgico. [...] algumas sugestões da moderadora de como a gente deveria atuar, mas assim houve muita resistência por parte da classe médica. [...] E nos também tivemos o grupo da Sofia Feldman, o grupo do Ministério da Saúde também envolvido em algumas reuniões e assim, a cobrança do grupo da Sofia e do grupo do Ministério da Saúde em relação a atuação da enfermagem no Fernandes Figueira. (E-GUP/7)

[...] os diagnósticos situacionais, como é que a gente está e como a gente deveria estar né. Pra gente ver que tinha um abismo, e a equipe ficar sensibilizada e incorporar como responsável por aquilo. E a gente se dividia em eixos temáticos pra colocar as estratégias em prática e tinha também o POA que a gente fazia [...] montar os fluxos [...]. (E-GA/14)

[...] o diferencial era a gente ter os apoiadores. Isso fez muita diferença! Esse apoiador era o elemento que nos fazia ter prazo pra cumprir as nossas metas. Então a gente tinha eixos a serem discutidos, metas e indicadores para serem avaliados. Então uma coisa ia complementando a outra de forma que obrigava a sentar pra pensar junto o que fazíamos, como fazíamos e pensar propostas para fazer melhor. [...] E aí a gente começou a ver que “Caramba! Eu não faço isso. Nossa! Eu faço isso e faço bem! Então fazer esse diagnóstico situacional faz uma diferença gigante! Até pra gente conseguir ver o que é possível melhorar. [...] Então assim, pra mim foi uma grande oportunidade que a gente teve de trabalhar de forma sistematizada através do GEL. (E-GUP/18)

Nas reuniões do GEL, era marcante a presença e atuação do mediador como uma figura responsável pelo apoio institucional. Ao continuamente, avaliar o processo de trabalho da maternidade, este fundamental parceiro da gestão para a execução do projeto promovia suporte, apoio, fortalecimento e maior possibilidade de diálogo e comunicação necessários ao movimento de mudanças institucionais, segundo os objetivos propostos pelo projeto Apice On.

As pautas de reunião do GEL abrangiam as ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos gestores médicos obstetras e enfermeiras obstétricas da maternidade em um alinhamento com os princípios contidos no POA. Nesse âmbito, a reunião descrita abaixo apresenta as principais metas a serem trabalhadas pelo grupo.

“Planejamento das metas do trimestre (junho, julho e agosto): a mediadora explica que o Apice On propõe que o GEL trabalhe com metas trimestrais a partir do POA. O grupo acordou trabalhar nas seguintes metas: implementação de acolhimento e classificação de risco, protocolo de atendimento de violência a mulher grávida e a não grávidas e interrupção da gestação, finalizar o protocolo de assistência ao parto e alimentar a plataforma de indicadores assistenciais. Mediadora fala da importância de divulgar os indicadores, e que em agosto será reavaliado o andamento das metas estabelecidas” (Ata reunião GEL em 04/06/2019)

Outra importante questão evidenciada neste estudo e abordada nesta subcategoria, foi a participação das enfermeiras obstétricas no Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO) no componente parto e nascimento para os hospitais do Projeto Apice On, com o intuito de capacitar os sujeitos envolvidos para contribuir com a reorientação do modelo. Elas descreveram a estrutura desse curso e quais aprendizagens foram decorrentes desse período de imersão nos campos práticos das maternidades acolhedoras.

Foi em Belo Horizonte, pela Universidade Federal de Minas Gerais em conjunto com a maternidade Sofia Feldman. Então, foram 15 dias né de imersão na maternidade e tendo aulas na universidade. A gente dava plantão e em alguns dias a gente tinha aulas específicas na universidade (EO-A/1)

Eu me lembro eu a gente fez o curso de aprimoramento, representantes dessas três maternidades do Rio foram pra Sofia Feldman fazer esse aprimoramento. Inclusive eu fui uma delas, foi muito bom. (E-GUP/7)

Foram várias enfermeiras fazer o aprimoramento e ficavam no Sofia Feldman e votavam super empolgados e cheios de ideia. Ah! Foi muito bom! Todo mundo muito empolgado! Eu lembro que eu coloquei no grupo de enfermeiros. Todo mundo queria ir! E aí a gente começou, foram grupos de cada vez e no final foram 6 enfermeiros que participaram. (E-GA/14)

Eu me lembro também do aprimoramento que teve para as enfermeiras [...] eu não fui, mas eu imagino que pra quem teve a oportunidade de ir, a possibilidade da troca, a possibilidade de você conhecer outros cenários, adquirir novas habilidades. (GUP/18)

O curso era desenvolvido durante 14 dias de visita das aprimorandas no campo prático Hospital Maternidade Sofia Feldman da UFMG ou no campo prático da Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira e no Hospital Municipal Carmela Dutra/SMS/RJ, instituições parceiras da UFF.

Nestes locais, cada grupo de enfermeiras obstétricas advindas de diversas regiões do país e selecionadas pelas chefias de enfermagem dos hospitais de ensino que participaram do Apice On, se reuniam com os preceptores locais para atividades práticas e teórico-práticas. Esse período de imersão possibilitava às enfermeiras participantes o aprendizado e atualização da assistência às gestantes, parturientes e puérperas segundo as boas práticas de atenção recomendadas pela OMS. Ou seja, a qualificação do cuidado pela enfermeira obstétrica no contexto do parto e nascimento.

Ainda, contava com a participação em oficinas e rodas de conversa que promoviam a discussão e reflexão em grupo sobre as vivências da atuação da enfermagem obstétrica em sala de parto em suas unidades de origem, considerando as diferentes realidades do cenário nacional.

Pra gente ver quem foi pra lá, pro Sofia Feldman, teve uma visão muito clara de como o enfermeiro que tem uma atuação dentro da sala de parto em até mesmo no alto risco. Então a gente viu muito essa atuação que é um pouco diferenciada aqui do Rio de Janeiro pelo fato de que elas lá têm muita autonomia né. São enfermeiras que somente solicitam o médico quando realmente existe uma distocia, alguma complicaçao e todas as coisas são feitas por elas entendeu? (EO-A/3)

Foi de uma riqueza muito grande porque lá é um hospital já voltado muitos anos para as boas práticas de parto e nascimento. Então a gente pôde entrar em parto na banheira. [...] lá o enfermeiro fica responsável pelas induções de parto, então era uma responsabilidade de colocar um miso, colocar o CTG. A própria admissão, internação pelo enfermeiro né [...]. Então a gente via esse trabalho também que aqui é ainda só a equipe médica que faz a AIH e lá foi de grande riqueza nesse sentido acompanhar o alojamento conjunto, trabalho de parto. (EO-A/4)

A minha participação no curso de aprimoramento foi no Sofia Feldman, foi uma experiencia de troca bem bacana [...] foi algo energizante né!

Revigora a gente entrar em outro espaço, que tem a enfermagem obstétrica atuando de maneira mais legitimada por protocolos. E não aquela sensação de estar sozinho você a lei que te protege do exercício profissional. Eu acho que o aperfeiçoamento também trouxe pra mim uma reflexão! A maneira como eu aprendi o conceito na prática de alto risco com todas as complicações. E quando a gente vê o protocolo do Sofia Feldman, o conceito de complicações não é o sinônimo de distocia. Tipo, mulheres hipertensas não altera o processo do parir, mulheres com HIV, a dinâmica do parir não altera. (EO-A/5)

Identifica-se, nos relatos acima, que as enfermeiras obstétricas do IFF/Fiocruz ao entrarem em contato com essa realidade, obtiveram inúmeras possibilidades e momentos de aprendizagem em hospitais que são referência para um modelo de assistência obstétrica humanizado. Situações de admissão e internação de gestantes, acompanhamento de trabalho de parto e do período expulsivo, cuidados em alojamento conjunto. Todas essas vivências foram capazes de fortalecer as enfermeiras das unidades participantes a retornar para seus locais de trabalho, renovadas e empoderadas para colocar em prática e multiplicar o conhecimento advindo desta experiência interinstitucional.

[...] a gente vai lá, aprende um pouco, vê aquela realidade né, que eu enxergo como sendo algo bem bacana, o ideal, uma assistência bem valiosa, bem rica, e trazendo pra cá pra multiplicar. Então, a gente chega aqui na intenção de multiplicar aquilo que a gente aprendeu, de passar essas informações pros gestores, pra montagem de um protocolo, de uma atuação, de como vai ser né. Então eu entendo que eu tive um papel mais de multiplicar assim o que a gente aprendeu e ajudar a pensar em como seria essa mudança de cenário que a gente tem aqui na maternidade. (EO-A/1)

Então, depois da minha participação, o meu voltar de lá foi cheio de esperança, com vontade de fazer muitas coisas. De juntar o grupo e dizer: Olha! Vamos fazer isso. Vamos dividir cada uma. Olha! Você vai fazer isso e você aquilo e depois a gente se junta pra discutir e colocar no papel como é que vai trabalhar. Então eu voltei muito cheia de gás. (EO-A/3)

[...] você vem com esse gás assim [...] vir mesmo atualizado de ver as evidências. Ah! o que se está fazendo agora. Até mesmo de tecnologias não invasivas. Posso fazer um escaldão pé? Eu acredito que as atualizações que dá esse ânimo de você querer melhorar as situações. Eu acho que é mesmo de mudança de visão né, e aí você consegue contagiar a equipe [...]. Que você pode mudar e fazer que seja benéfico pra todos. Tanto pra mulher, pro bebe e acompanhante. (EO-A/4)

[...] alguns momentos no curso de aprimoramento que foram promovidos muito mais reflexão e a cadeia de contatos que isso aconteceu no Brasil, que acaba que isso nos fortalece, a gente não tá sozinho nesse processo, a gente viu cenários piores, melhores, mas acaba que o contato com outras realidades traz mais outro parâmetro de como a gente vai fazer. O que deu certo em outros lugares, o que deu errado, então esse contato que o Apice On promoveu com o Brasil, mesclando outros estados, outras realidades distintas, isso favorece nossa reflexão pra poder implementar no serviço. (EO-A/5)

Mas o que eu acredito é que as enfermeiras que estão na assistência e fizeram o curso, voltaram se sentindo mais empoderados, mais seguros, tiveram uma boa experiência. E no final voltava todo mundo mais empolgado ainda, porque aprendia muita coisa nova e a gente tentava colocar em prática. A questão do escaldá pés, a questão da cromoterapia, a questão da assistência ao parto mesmo. Porque muita gente estava afastada e foi pra lá e prestou assistência e viu que assim, não estava tão longe, ainda sabia fazer. Isso motiva muito, pra autoestima do profissional. (E-GA/14)

Os Seminários do Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas do Projeto Apice On foram encontros promovidos em todo o território nacional, em cumprimento a segunda etapa do CAEO e possuía como objetivo discutir e trocar experiências entre os aprimorandos e as instituições parceiras do Apice On de determinado Estado. Apresento falas representativas destes eventos.

E tivemos o seminário pós curso, que apresentamos em abril de 2019 e foi uma das últimas etapas pra que a gente recebesse o certificado de conclusão do curso de aprimoramento. Foram os frutos de todo aquele trabalho que foi feito, desde o curso de aprimoramento, até o nosso retorno de lá, as conversas, as reuniões do GEL. A gente teria que entregar um produto naquele seminário, mostrando quais foram as modificações, trazendo o diagnóstico situacional pré-projeto e o diagnóstico situacional pós-projeto instalado. [...] cada maternidade levou um produto daquilo que foi construído né ao longo desses meses desde a instalação do programa do Apice On e do curso de aprimoramento até a data do seminário [...]. (EO-A/1)

[...] a gente teve também os seminários que foram muito ricos, que vieram outras maternidades, que a gente fez com outras maternidades do Rio e a gente podia ver como foi em cada maternidade. (EO-A/4)

Foi solicitado que nós fizéssemos um Fórum [...]. E nós tínhamos como parceiros outras duas maternidades [...]. Então eram essas três maternidades que estavam envolvidas no projeto Apice On aqui no RJ. [...] E eu me lembro que nesse seminário cada maternidade apresentou os avanços, a gente não conseguiu incluir a assistência ao parto por enfermeiro obstetra entendeu?! Foi nosso principal desafio!

Eu me lembro que eu participei da organização desse seminário e foi muito interessante porque assim, a gente viu que cada maternidade que tava envolvida no processo Apice On [...] o que que cada um produziu? E era interessante porque a [maternidade] tinha muita dificuldade no início, mas como elas tinham um número de partos grande ela não teve tanta dificuldade de inserir essas enfermeiras obstetras que receberam esse treinamento. Eu me lembro que eu junto com mais algumas enfermeiras aqui da maternidade, nós montamos o nosso seminário, convidamos vários profissionais de ponta. (E-GUP/7)

E participei daquele fórum. Eu fui chamado pra fazer uma fala no fórum que teve, e acho que já tinha um ano do projeto. (MO-A/11)

Teve também os seminários. O que a gente fazia de desenvolver, levantar os problemas, escrever os projetos, [...] a gente conseguiu apresentar no primeiro e no segundo seminário [...]. Ali que elas conheciam realmente o que era o projeto. Mas ficou muito restrita as enfermeiras, pouquíssimos médicos. Eles iam quando tinham que apresentar alguma coisa. Não estar ali pra assistir, muito pouco interesse. Até porque tem a questão de trabalhar em outros lugares. (E-GA/14)

O primeiro seminário do Projeto Apice On ocorrido em 15/04/2019, no Fórum de Ciência e Cultura da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em associação com os 3 hospitais de ensino participantes do Estado do Rio de Janeiro, quais sejam, a Maternidade do IFF/Fiocruz, a Maternidade Escola da UFRJ e a Maternidade Municipal Mariana Bulhões, representou ricos momentos para troca de experiências institucionais sobre a execução do projeto em cada unidade. As 13 enfermeiras obstétricas aprimoradas do Estado se reuniram nos meses anteriores ao evento para planejamento do seminário, a fim de contemplar a etapa final do CAEO e receberem o certificado de participação. Foram convidados personagens de destaque no campo obstétrico e neonatal para discutir os avanços, os desafios e as estratégias identificadas por cada unidade para alcançar as metas do POA, especialmente, a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto de risco habitual. Com a presença da Profº Dra. Kleyde Ventura, coordenadora do CAEO/MS/UFMG e a Enfermeira Obstétrica Dra. Paolla Dulfe, supervisora geral do CAEO/MS/UFF, foi possível refletir sobre os caminhos percorridos e aqueles a seguir para a implantação do modelo preconizado de humanização e cuidado baseado em evidências científicas.

"Mediadora iniciou a reunião do GEL perguntando sobre a organização do Seminário do Apice On no IFF/Fiocruz. A princípio a equipe decidiu pelo mês de setembro, no dia 24/09/2019, terça feira, no Anfiteatro A, apresentando o que já foi conquistado, os desafios e as dificuldades encontradas pelo grupo, e as metas e indicadores traçados no serviço". (Ata reunião GEL em 07/05/2019)

Conforme reunião do GEL relatada em Ata, após o I Seminário do Apice On realizado em abril de 2019, a instituição iniciou preparação do II Seminário. Este evento aconteceu em 24/09/2019 no próprio IFF/Fiocruz, momento que proporcionou o encontro entre a supervisora da macrorregião Sudeste I, a direção da unidade, atores do Ensino e Pesquisa, os gestores das áreas de Atenção Clínica e Cirúrgica à Gestante e Clínica ao Recém-Nascido, funcionários da maternidade, residentes de Medicina em Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica. Foi considerado como uma oportunidade para a instituição apresentar o plano de ação e as estratégias definidas para o cumprimento do POA, os indicadores iniciais sobre a avaliação da qualidade da atenção obstétrica e neonatal e, os caminhos percorridos pela enfermagem obstétrica para a sua atuação em partos normais de risco habitual. Neste mesmo dia, no período da tarde, houve a palestra proferida pelo diretor do Hospital Sofia Feldman, sobre condutas atualizadas em Hemorragia Pós-Parto.

5.1.2.4 A inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto de Hospital de Ensino a partir do Projeto Apice On

Esta categoria apresenta a percepção dos participantes deste estudo sobre a inserção das enfermeiras obstétricas, na sala de parto da maternidade do IFF/Fiocruz, um dos resultados esperados pelo Projeto Apice On. No decorrer dos 2 anos de execução do projeto, evidenciaram-se contratemplos de diferentes naturezas para efetivar a assistência por esta profissional, bem como as discussões relacionadas à elaboração do protocolo de assistência a partos de risco habitual por enfermeiras obstétricas, documento que institucionalizaria tal prática.

Muitos desafios se iniciaram, a partir do momento, em que não houve uma clara comunicação sobre a inserção de enfermeiras obstétricas como integrante de equipe multidisciplinar, qual o seu propósito e como aconteceria esse trabalho sustentado pelo modelo colaborativo. Fato demonstrado nas falas abaixo.

Eu acho que de início isso ficou um pouco deficitário de apresentar a gente pra equipe, de todas as equipes conseguirem perceber e conhecer a gente enquanto enfermeira obstétrica. Mas assim, ter isso de que: “Ah! A partir de agora vai ter enfermeiro”, eu acho que foi mais falado de um plantão para o outro. Ou então conforme você vinha na semana as pessoas iam vendo sua carinha lá e diziam: “Ah! Agora você tá aqui!”. Mas eu acho que não foi assim algo mais formal de apresentação de que a partir de agora vocês vão ter uma enfermeira obstétrica na equipe. (EO-A/4)

Essa proposta da divulgação ela existia, mas ela nunca aconteceu. Essa proposta de divulgação do nosso trabalho [...] qual era a nossa produção, o que nós fazíamos? [...] então eu acho que faltou isso. A única divulgação que a gente teve foi através do seminário entre as três maternidades. Mas o que mais a gente queria era a inserção da enfermagem obstétrica, a atuação na assistência ao parto, isso realmente a gente tentou, mas eu acho que de repente a gente poderia ter divulgado mais. (E-GUP/7)

Acho muito complicado quando as pessoas estão com as coisas só no papel e simplesmente aparece! E você: “Ué! Quem é? Como é? Como vai ser? Tem limites? Não tem limites?” Acho que faltou muito isso. [...] ninguém sabia como a enfermagem obstétrica estava entrando. “E, como é que vai ser? E ninguém sabia!” Precisava ter sido tão difícil? Não precisava! E quem entra, coitados! Entra também armados, porque também não está sendo bem recebido! E isso retroalimenta e fez a gente viver situações sem precisar! (MO-A/9)

Eu acho que essa dificuldade foi por causa dessa falta de divulgação, falta de discussão [...] simplesmente chegaram duas enfermeiras obstetras e colocaram lá entendeu. E aí todo mundo ficou assim! “E agora?” (MO-A/10)

Porque quando você chega aqui pra dar plantão e você descobre que você vai ter uma bolsista enfermeira que vai participar, você olha e fala assim: “Como?” [...] você descobrir que o mecanismo já está mudando no dia do seu plantão? [...] veio falar comigo apresentando a bolsista que ficaria no meu plantão, e eu falei assim: “E?” [...] porque desculpa, eu não sabia de nada. [...] Um parto no dia! Pra quem seria o parto? E aí começou a ter problemas internos entre enfermeiro, médico e com o residente. (MO-A/12)

Falávamos em Apice On, mas quem estava na gestão foi tendo que ser inserido meio que sem saber também o que estava acontecendo. Mas quem estava na ponta não foi sequer informado. E aí eu acho que isso foi um grave erro! E foi um erro que foi sinalizado pela enfermagem e pela apoiadora, da importância da gente fazer os colegiados de UP ou grupos menores que a gente comeasse a participar os plantonistas o que estava acontecendo. E não houve isso. Então, os primeiros desdobramentos do projeto, principalmente relativo à assistência obstétrica, caiu de para quedas. Pra quem estava na ponta ficou muito mais assim: o diretor quer que a enfermagem comece a trabalhar e ponto. E o médico achou um absurdo o cara que tá lá no quinto andar, vir sem conhecer a realidade

dele aqui e falar que agora tem que chegar uma pessoa que eu não conheço, que eu não sei como trabalha, que se te tem competência pra tal, vir assumir o parto (E-GUP/18)

A entrada em campo das enfermeiras obstétricas contratadas aconteceu, de maneira informal, segundo os médicos obstetras da assistência. Para eles, não houve uma prévia apresentação, uma exposição dos objetivos e as atribuições de cada profissional na condução dos trabalhos de parto e na assistência a partos normais de risco habitual segundo um modelo colaborativo, ou seja, não houve uma definição de como essa dinâmica de atuação entre enfermeira e médico obstetra aconteceria em uma maternidade com as peculiaridades determinadas.

Em virtude da falta de esclarecimento do papel de cada integrante da equipe multiprofissional no processo de trabalho, essencial para o exercício de um cargo, muitas dificuldades foram vivenciadas na etapa inicial de implantação do Projeto Apice On.

Foi uma luta, até porque nós também somos uma instituição de alto risco fetal, onde a maioria dos nossos partos acontece com a equipe médica pela questão da legalização e os de risco habitual foram um pouco difíceis. A inserção nossa não foi fácil, porque eles começaram a perceber que agora realmente a gente ia atuar efetivamente. Não que a gente não atuasse antes do projeto, mas agora era um desejo da instituição, do diretor, da coordenação e da própria Fiocruz. [...] quando passa a ser oficializado a coisa toma um certo vulto que começou a ter algumas dificuldades, umas resistências. Então a gente teve algumas dificuldades. (EO-A/2)

Agora eu lembro, negativo mesmo, esse clima às vezes de briga. Isso era bem ruim. Não esqueço quando uma médica saiu brigando e reclamando dizendo que não ia colocar a mão na paciente, uma briga com a enfermeira contratada que teve. [...] ela disse que no plantão dela a enfermeira não ia colocar a mão nas pacientes. Aí por último, evitava colocar no mesmo plantão, mas olha que situação! Isso é muito desagradável! Eu acho que é por isso que a gente acaba acomodando também pra não ter que ficar toda vida brigando por causa daquilo. (EO-A/6)

Eu me lembro no dia que uma das nossas enfermeiras obstetras fez o parto porque ela tem muita experiência em sala de parto. E eu me lembro muito bem que no dia que ela admitiu uma parturiente de risco habitual lá no centro obstétrico, ela me telefonou e perguntou: Eu posso fazer o parto? E eu disse: “Você sabe? Você se sente segura? É risco habitual? Então faça!” E a repercussão que teve no hospital, não foi só aqui na maternidade, quando a nossa enfermeira staff, não era nem residente, fez o parto, você não teve ideia! Nossa Senhora!

Foi o meu nome e o nome dela pra direção, pro livro médico, pra todos os grupos de residentes! (E-GUP/7)

Eu tinha um bom relacionamento com todo mundo, já conhecia a enfermeira contratada, já sabia como ela trabalhava no [maternidade da SMS/RJ], então assim, pra mim foi fácil, mas eu acredito que pra outros pode ter sido difícil entendeu, esse momento inicial. (MO-A/10)

Porque foi um dia que teve um movimento grande na maternidade [...] acho que foram três partos normais praticamente ao mesmo tempo. E uma dessas enfermeiras assumiu um dos partos. Tá tranquilo, não tem problema nenhum! Ela é enfermeira obstetra, ela tem capacitação pra fazer o parto, [...] eu fui pra sala da enfermeira e fiquei ao lado da enfermeira, sem encostar no períneo da mulher. E foi curioso por quê? Porque mesmo sem encostar no períneo da mulher eu de certa forma atuava, então eu sugeria, eu falava, eu me comunicava com a paciente, eu me comunicava com a enfermeira. Houve uma complicaçāo que foi uma distócia de ombro e eu tava ali e reverti e no final das contas quando tudo parecia que tava lindo e maravilhoso, no dia seguinte eu fui chamada pelas enfermeiras gestoras: "Você não sabe o que é o Apice On?" E aí eu descobri que essa enfermeira tinha feito uma reclamação pra equipe porque eu tinha me colocado numa situação superior à dela. Que ela não é residente! Que ela é uma pessoa autônoma. Aquilo me doeu! [...] Então assim, não é uma situação fácil né! (MO-A/12)

Demonstravam uma preocupação com a atuação do enfermeiro obstetra, uma briga, não sei talvez uma questão de espaço né, tanto de poder quanto de assistência. [...] Eu acho que essa relação se iniciou, mas ela não é solida entendeu. E eu falo isso no sentido de confiança de ambas as partes, de atuar junto, de programar o plantão junto, de dividir tarefas e até mesmo nas discordâncias [...]. E por outro lado, via também as enfermeiras apreensivas com o olhar do médico [...]. É porque eu acho que o ponto nevrágico do Apice On aqui foi o enfermeiro obstetra no parto né. (E-GUP15)

É claro que foi ótimo as duas meninas terem vindo! Uma delas é uma pessoa muito amável. A outra pessoa era uma pessoa muito dura, entendeu. E aí não anda. Então assim, a gente teve alguns problemas internos também. E aí de novo, o que era pra ser um problema simples, virou um problemão! E aí aquilo atrasa mais o projeto. (MO-GA/16)

Uma disputa de campo entre médicos e enfermeiras. Porque ficou muito centrado na cena do parto, na atuação da enfermeira obstétrica. Então eu acho que isso, principalmente pros demais plantonistas, isso foi jogado, caiu como uma bomba. Sabe! É antiético eu falar que eu não quero a enfermeira aqui dentro, entendeu? Eu acho que é mais uma briga de classe mesmo entendeu? É a disputa da cena do parto entre médicos e enfermeiros! Que não é uma particularidade do IFF. (E-GUP/18)

A enfermagem obstétrica da maternidade do IFF/Fiocruz sempre desenvolveu um cuidado característico seu às mulheres internadas com diagnóstico de trabalho de parto inicial na Enfermaria de Gestante. Contudo, a partir do momento em que houve a adesão ao Projeto Apice On, essa concessão passa a ser formalizada com o peso do apoio de uma iniciativa ministerial e da direção. Tal fato, para aquele grupo de médicos que desconhecem a realidade do trabalho colaborativo, aliado a uma instituição com seu perfil de risco materno-fetal bem definido, tornou-se fator de desequilíbrio nas relações.

Logo, evidenciou-se que a inserção e atuação da enfermeira obstétrica, em sala de parto, deste hospital de ensino, inicialmente, foi permeada por situações de embate, fragilidade das relações e desgaste emocional entre estas e os médicos obstetras. Devido a falhas de comunicação sobre a entrada das mesmas e como se estabeleceria a organização dos processos de trabalho nos plantões determinou que esse conhecimento mútuo entre enfermeiras e médicos e o planejamento da assistência ocorresse, a cada dia de trabalho, em cada experiência vivenciada nas 12 horas de convívio entre os pares.

Nesse sentido, esses contratemplos diários e o desconhecimento da atuação compartilhada, de certa forma determinavam a compreensão dos papéis da enfermeira obstétrica e do médico obstetra na dinâmica da assistência compartilhada em obstetrícia, como observado nas citações abaixo.

Talvez da falta de credibilidade do serviço da enfermagem obstétrica. [...] falta de compreensão da assistência compartilhada. Eu acho que é o preconceito mesmo. Falta de confiabilidade, de não conhecer o serviço da enfermeira obstétrica, não se interessar em saber o que nós fazemos, ou talvez achar que a gente tá ali pra talvez disputar alguma coisa e na verdade não é nada disso. (EO-A/1)

[...] faltava essa visão das outras categorias profissionais. Porque a gente entrou, nosso grupo se fortaleceu, [...] a impressão que teve que a gente começou a ter represálias né, boicotes, críticas, chamando a enfermeira de maluca porque tava usando aroma, enfim. (EO-A/6)

Então assim, a impressão que eu tenho que falta muita credibilidade por parte dos residentes médicos, dos staffs médicos aqui do Instituto Fernandes Figueira em relação ao conhecimento técnico, ao perfil das enfermeiras obstétricas aqui do Instituto Fernandes Figueira. (E-GUP/7)

A entrada da enfermagem aqui foi uma entrada ruim, pouco discutida, pouco falada, não foi feita uma conversa de longa duração no sentido do que cada um até onde mais ou menos pode ir ou não pode ir.

Colocou-se todo mundo na mesma cesta e OK temos uma equipe multidisciplinar! Foi isso! [...] Porque quando você não tem ninguém, é só você! E quando você tem mais alguém, como fazer esse entrosamento? Então tem o lado de que você fica inicialmente assustada com quem está chegando, existe uma dificuldade inicial, de entender o espaço que cada um pode ocupar. Acho que precisa um tempo pra você acreditar na possibilidade dessa convivência. [...] Tinha muito medo de como isso funcionava do ponto de vista jurídico sim, mas principalmente, do ponto de vista assistencial. Mas do que a preocupação em processos, em litígios, é a preocupação em estarmos oferecendo o melhor pra essa mulher. Ninguém diz pra você o que o enfermeiro obstetra pode fazer ou sabe fazer. [...] qual o limite que você leva as intercorrências do parto. Que tipo de parto você vai poder fazer, que tipo de acompanhamento? Quando você vai me chamar? (MO-A/9)

A enfermeira vai ficar sob minha supervisão? Não era assim! Era cada uma no seu pedaço. [...] uma questão também jurídica entendeu?! Porque quem responde pelo desfecho ruim é o profissional médico, quem assina o atestado de óbito é o profissional médico. Então o temor que isso trouxe pra muitos profissionais aqui e fora é que esse projeto, ele acontecendo de uma forma ampliada onde você teria uma assistência de enfermagem ao parto de risco habitual sem ter uma capacitação pra aquilo, poderia culminar em desfechos ruins que iriam acabar respingando na equipe médica. [...] Com o tempo, [...] conversa daqui, conversa dali, ouve a presidente da Abenfo, ouve o Cremerj, começa a ler, começa a ver que em termos de responsabilidade civil, hoje existe uma responsabilidade da enfermagem também sobre isso. Então, a gente continua assinando a declaração de óbito, mas quem se responsabiliza. É quem de fato faz! (MO-A/12)

E aí chegavam no centro obstétrico na hora da assistência ao trabalho de parto e parto, os médicos como a maioria não tem experiência com a enfermagem obstétrica, tinham medo da enfermeira atuar. Eu não sei se eles pensam que a gente não tem competência ou se eles não entendem até onde vai. Porque alguns até falam: "Ah! Mas você vai prestar assistência, mas se complicar vocês chamam a gente então não adianta!" [...] Ele tem essa visão de que o enfermeiro tem que estar sempre junto ao médico, exercendo uma coisa que seja meio que "autorizado" pelo médico. Isso porque não tem o conhecimento e não trabalha o dia a dia com o enfermeiro, de não saber a competência do enfermeiro. (E-GA/14)

Uma maternidade que tem um quantitativo de partos pequeno em relação as outras, por eles não conhecerem a atuação da enfermagem obstétrica porque são médicos mais antigos, com práticas mais antigas também, que na leitura dele, sempre deu certo e não viam um motivo pra mudança e demonstravam uma preocupação com a atuação do enfermeiro obstetra. [...] Outra questão que eu via se repetir inúmeras vezes é a questão da responsabilidade com a paciente, pela legislação deles [...] eles são considerados pelo CREMERJ os responsáveis pela paciente. E eles se sentem inseguros em relação a isso né, de serem considerados responsáveis sozinhos, mas na hora de tocar o plantão, de tocar a assistência, eles terem que dividir com outro profissional. [...]. (E-GUP/15)

Porque a gente tem staff's aqui muito antigos, os residentes até já estão mais acostumados a trabalhar com o enfermeiro obstetra lá fora. Os staff's mais novos também. Mas os staff's antigos não sabiam nem quais são as competências da enfermeira obstétrica. Então era visto muito como se a gente não tivesse a qualificação necessária. Fosse um quebra galho sabe?! A gente tá ali, mas a gente não sabe muito bem o que a gente está fazendo. Eles não achavam que o enfermeiro era qualificado para isso. [...] não deu tempo da equipe elaborar a informação. Era uma coisa quase que rivalizada, se o enfermeiro entra eu não posso entrar. Se essa mulher complicar eu não estou aqui para poder corrigir a besteira que a enfermeira fez, uma vez que eu acho que ela não é tão qualificada pra estar fazendo isso. Então criou-se uma barreira muito grande pra todos os outros aspectos do Apice On. (E-GUP/18)

Fica nítido que havia uma necessidade de melhor conhecimento por parte da equipe médica sobre quais atribuições a enfermeira obstétrica está legalmente habilitada no exercício da sua profissão. Qual o seu campo de atuação, suas potencialidades e também os limites técnicos determinados pela sua especialidade. Todo este contexto de processo de esclarecimentos de papéis e responsabilidades, influenciou o modo como a equipe médica se posicionava em situações de cuidado obstétrico. Ou seja, percebeu-se que havia uma necessidade de supervisão pelo médico obstetra sobre a assistência da enfermeira obstétrica, pois qualquer ação que fugisse do controle no âmbito da competência da enfermeira, o médico obstetra era o maior responsável legal por aquela assistência.

Assim, como qualquer desfecho negativo era de responsabilidade do médico, e em consequência extrema a assinatura da declaração de óbito, as condutas deveriam ser supervisionadas por ele. Nesse sentido, a enfermeira obstétrica ao atuar de maneira diferenciada, seguindo as recomendações quanto à assistência qualificada, precisava afirmar, constantemente, o seu conhecimento científico e a sua capacidade em acompanhar os trabalhos de parto de risco habitual, conforme delimita os modelos de assistência colaborativo.

Foi possível identificar, nas falas abaixo, que a adversidade para compreensão e definição do papel da enfermeira obstétrica inserida como membro da equipe também está na natureza da formação acadêmica de alguns médicos obstetras. Caracterizada pelo modelo tecnocrático, de valorização das subespecialidades, do cuidado centrado na figura de um profissional, na adoção de determinadas práticas

antes entendidas como necessárias para a condução do parto e na concepção de gestação e parto vinculado ao risco.

Eu acho que não acontece por conta dos embates da equipe e da falta de compreensão da assistência compartilhada. Ou não sei, por não virem de um processo, de um modelo medicocentrado por muito tempo, pelo próprio perfil da maternidade. (EO-A/1)

[...] Talvez por quererem perpetuar uma cultura [...] talvez achar que tem um poder de dominação aí, de querer perpetuar esse modelo por ser uma instituição mais antiga, tradicional. [...] Pelas barreiras que são impostas de relacionamento mesmo, de desvalorização da profissão né [...] você poderia indicar uma tecnologia por exemplo e ser respeitada naquela indicação né. (EO-A/6)

Mas existe uma questão de poder, existe uma questão de que o parto é meu, o cuidado é meu, isso é muito grande por parte da categoria médica. O cuidado compartilhado não tem que ser assim, a gente tá trabalhando ali em prol da mulher. Mas a gente teve muita resistência, principalmente, dos médicos mais antigos, que ainda são conservadores, que ainda são daquele modelo intervencionista, medicalizado entendeu [...]. (E-GUP/7)

Com dificuldade eu vejo às vezes só, a diferença e a forma de olhar. O mesmo copo é meio cheio e meio vazio, então eu sinto certa dificuldade em formas de lidar com a mesma situação. A gente às vezes olha com o foco diferente. E isso é bom porque esse olhar diferente compõe cenários inteiros, mas também é motivo de choques. (MO-A/9)

Não pode fazer episiotomia em ninguém, cara a história vai dizer que o negócio não é bem assim! Kristeller! Olha só! Kristeller pode ser uma prática salvadora. Assim como o fórceps, assim como o vácuo. Então assim, tem questões técnicas que vão ter o seu momento de discussão, vão ter o seu momento de revisão de práticas, eu acredito nisso. (MO-A/12)

Agora lógico que aqui é uma escola médica, sem tradição da atuação do enfermeiro, que sempre teve pouquíssimas enfermeiras dentro da maternidade. A gente tinha um enfermeiro pra maternidade inteira! E tinha plantão eu a gente não tinha nem enfermeiro! Então assim, os médicos não se habituaram a ter esse profissional ali. (E-GUP/18)

Estar em um hospital de Ensino que sustenta uma formação tradicional em obstetrícia e alguns personagens envolvidos com esses ideais, sugestiona como as relações e as práticas de cuidado irão se estabelecer. A figura do médico como centralizador das resoluções e do cuidado faz com que outros profissionais assumam posição secundária nesta gestão da assistência, principalmente, porque a enfermeira obstétrica é vista como aquela que privilegia a fisiologia do parto, o que se torna um contraponto deste modelo tradicional de fazer obstetrícia. Realidade que se coloca

como obstáculo para a efetivação do modelo compartilhado de assistência, entendido como estabelecimento de relações horizontais e uma divisão de responsabilidades, em que a enfermeira obstétrica possui autonomia e é a responsável pela condução do trabalho de parto de risco habitual. Na iminência da identificação de algum risco ou alguma distocia, há a comunicação com o médico obstetra, o qual garante o suporte da assistência.

Forte motivo de adversidade para concretizar a atuação das enfermeiras obstétricas em sala de parto a partir do Projeto Apice On foi a existência do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e os desdobramentos advindos dessa divisão de assistência dos poucos partos de risco habitual que existem na instituição, observado nas citações abaixo.

Uma questão que também dificultou foi a questão da residência médica de obstetrícia. Porque [...] aqui a gente não tem um número muito grande de partos, e eles ficaram preocupados com essa questão. Da participação deles em pouco número de partos feito por eles já que também ia se dividir o número de partos de risco habitual com as enfermeiras. Isso também gerou um pouco de insatisfação por parte dos residentes, que também tava contribuindo para o processo de implantação Apice On. (EO-A2)

Só que teve esse problema de comunicação [...]. “Ah! Mas como é que a gente vai fazer essa divisão? como é que a enfermagem obstétrica vai assumir todos os partos de baixo risco? E aí como vai ser? E o residente de medicina? Porque aqui não tem número suficientes de partos”. Porque aqui é muito forte isso dos médicos atuarem nos partos porque nunca teve enfermagem obstétrica atuando. (EO-A4)

Uma residente uma vez falou igual a uma criança. Só faltou chorar e bater o pé no chão. Porque ia sair daqui sem parto, porque o parto tava sendo feito pela enfermeira. Então que formação é essa que ela ia ter, que ela ia ter que dividir os partos com a enfermeira. E o satif antigo, ao invés de falar da importância do enfermeiro obstetra, concordou. Então foi uma questão que aconteceu na época. Foi horrível! (EO-A/6)

Eles achavam que a gente ia ocupar o espaço, que a gente queria roubar o parto deles, nunca foi nesse sentido [...] e sim de trabalhar de forma integrada né, do cuidado compartilhado. Pros residentes chegarem a fazer uma carta se colocando contra a inserção da enfermagem obstétrica porque era campo pra eles. Mal eles tinham chance de atuar porque o número de partos vaginais é muito pequeno, então eles tinham que sair pra praticar em outras maternidades de risco habitual [...] as enfermeiras vão tirar a oportunidade, principalmente, dos R1 que estão começando a prática, que precisam adquirir experiência na assistência ao parto normal. [...] o residente quase largou o programa de residência porque achou um absurdo a enfermeira fazer o parto! Foi a repercussão mais negativa possível! (E-GUP/7)

Da maneira como acabou sendo ficou a enfermeira staff em relação ao residente médico. Então isso acabou gerando um estresse importante. Porque acaba que o residente médico quer assistir os partos mesmo que de baixo risco, não conseguem entender que de repente pra mulher é melhor ter uma assistência por enfermeiras obstetras. Então eu acho que esse foi o conflito. (MO-A/8)

Colocou enfermeira lá e aí teve toda aquela confusão com os residentes, entendeu [...]. "Ah! os residentes também podem fazer parto em outra unidade". Podem! Tanto que eles estão indo pro [maternidade SMS/RJ], mas o negócio é você brigar por uma paciente no plantão. Eu acho que é desnecessário entendeu [...]. Mas quem tá aqui pra aprendizado vai sair perdendo [...]. Aí teria que revisar tudo! Número de residentes da obstetrícia, número de residentes da enfermagem, porque daqui a pouco o residente não vai fazer parto nenhum nos plantões, entendeu. Vai fazer só as cirurgias, só as cesáreas. (MO-A/10)

[...] depois de alguns meses criou-se um certo conflito com os residentes e aí sim alguns outros profissionais entraram nessa discussão pra gente dizer assim, de certa forma tentar ver o que se fazia pra atender a todas as necessidades, continuar no projeto e também atender aos residentes. [...] E esses conflitos basicamente eram no sentido do residente da obstetrícia achar que de certa forma estavam roubando o parto dele né. Então, a gente teve que entrar nessa mediação. Até porque [...] eu acho que na implementação não ficou muito claro né. Enquanto o campo de atuação do nosso residente é basicamente aqui, o residente da enfermagem é nas outras maternidades. Então não faria sentido, um staff da enfermagem eventualmente dar assistência ao parto sozinho. (MO-A/11)

Mas se eu também pactuasse com aquela situação, como iriam ficar os meus residentes? Um parto no dia. Pra quem seria o parto? Mas aí vamos voltar para o Fernandes Figueira, um dos pontos que eu inclusive, exercei uma certa resistência, foi que pelas características do Fernandes Figueira, por ser uma maternidade que faz 100 partos/mês, e desses 50% são cesarianas, temos três turmas de residência médica, [...] e aí eu incorporo o corporativismo, de entender que dentro dessa maternidade esse modelo de assistência obstétrica pela enfermeira obstetra iria tirar espaço do meu residente. E o meu residente está aqui para se formar e a gente deseja que ele se forme e vá pro SUS. [...]. (MO-A/12)

E aí a gente tentou fazer um protocolo de dividir um parto pro residente e o outro parto pro enfermeiro obstetra, ou tentar fazer junto [...]. Teve um dia que a enfermeira foi assistir ao parto e aí a residente médica não gostou porque ela achou que o parto era de responsabilidade dela e aí foi na staff e isso gerou um atrito. [...] Nas reuniões que tivemos na direção porque os residentes fizeram uma carta reclamando de perder espaço pro enfermeiro obstetra, aí fizeram um abaixo assinado e foram no ensino relatar isso. (E-GUP/15)

Este estudo apresenta a complexidade e magnitude deste contexto, qual seja, a relação entre o peso das atividades de ensino em um hospital com esta finalidade, o Programa de Residência Médica e o perfil da maternidade do IFF/Fiocruz. Por conseguinte, a articulação destes aspectos teve forte interferência para a formalização da atuação das enfermeiras obstétricas sustentado pelo Projeto Apice On. A equipe multiprofissional se via diante deste obstáculo posto na prática, sem efetivamente conseguir avançar em reuniões e diálogos efetivos que favorecessem o planejamento de ações para uma resolução deste impasse. Acabou se tornando uma forte justificativa para não contemplarmos este resultado esperado pelo projeto político.

Ademais, algumas enfermeiras obstétricas servidoras percebiam que as relações instáveis e de poder, imposta por uma soberania social e intelectual da classe médica, seriam mais evidentes com as enfermeiras contratadas, como descrevem os relatos a seguir.

Então eu acho que até de repente esse foi outro problema de se colocar pessoas que não eram daqui. Então teria que ser o grupo que foi treinado [...]. Eu creio que foi muito difícil pra elas. E principalmente porque elas eram contratadas também. E aí como pode se sentir uma pessoa contratada, que não é realmente do corpo de servidor da casa, que tá sendo tolhida na sua atuação enquanto enfermeira obstétrica. Porque ela sabe que ela tem o conhecimento, que ela pode atuar, mas ela é contratada. Então por ela ser contratada ela certamente vai ficar meio acuada porque ela sabe que certamente ela depois pode ir para a rua. (EO-A/3)

[...] teve embates com plantonistas, discussões mesmo literais, de pedirem a demissão de uma delas. Isso é previsível pra quem tem o vínculo, é uma maneira política, de se manipular, de querer ou não aquele modo de atuar. Botar pessoas que não tem um vínculo de estatutário com a instituição, tem um vínculo frágil como uma contratação, isso dificulta o embate que existe na instituição de resistência. Não poderia colocar elas de frente pra esse embate. A instituição tem a medicina como poder [...] E por isso que eu acho que foi um erro estratégico ter colocado bolsistas para enfrentar esse embate. [...] Porque eu acho que se fossem servidores junto com elas, essa briga com o servidor seria diferente. O servidor não teria medo, seriam vínculos iguais de briga. E as bolsistas seriam o apoio para esse enfermeiro não estar sozinho. (EO-A/5)

[...] porque às vezes eles diziam isso né, não confio na enfermeira fulana, confio em você que é mais antiga. Ficaram querendo encher o ego de uns dizendo que confiava mais em uns [...] porque aquele que tava ali querendo fazer alguma coisa de diferente do que já era costumeira, eles espantavam, ridicularizava o trabalho que era feito né. É sem sentido! (EO-A/6)

Mas assim, as pessoas ficam com muito receio de serem punidas porque nós temos servidores e nós temos enfermeiras contratadas. E

tem muitas colegas contratadas que tem muito medo de perder o emprego. De se exporem, de serem chamados a atenção. Eu acho que isso aí é um fator que tem um peso muito grande. Outro dia uma enfermeira obstetra perguntou: Eu sou uma enfermeira contratada, eu posso fazer o parto? Ou é só enfermeira servidora que pode? Eu ouvi essa pergunta! Eu falei: “É claro que você pode. Primeiro porque você é enfermeira igual a mim! Se eu sou servidora e você contratada, isso pra mim não faz diferença nenhuma! O importante é que você é enfermeira obstetra como eu sou!” (E-GUP/7)

E eu acho que o servidor, pelo menos aqui no IFF, eu vejo que os médicos, eles respeitam os colegas mais antigos, as enfermeiras mais antigas. (E-GUP/15)

A contratação das duas enfermeiras obstétricas para atuar, em sala de parto, estava vinculada ao financiamento advindo do projeto Apice On. Na época, houve diálogos importantes nas reuniões do GEL, entre o grupo de enfermeiras servidoras assistenciais e da gestão, a fim de desenhar a melhor forma de inserção destas novas profissionais, na sala de parto, já entendendo todas as adversidades que poderiam se apresentar. Havia um impasse nesta questão, pois o grupo considerava essencial a reorganização da equipe para que as enfermeiras obstétricas servidoras fossem colocadas na sala de parto, por compreenderem que elas teriam melhor posicionamento diante de qualquer entrave junto à equipe médica. Contudo, as duas enfermeiras recém-contratadas, especificamente, devido ao Apice On, não poderiam exercer outras atividades como por exemplo, ser supervisora de enfermaria, conforme disposto nas cláusulas de contratação. Desta forma, precisavam ser inseridas, obrigatoriamente, na sala de parto, espaço de forte definição de papéis e condutas, mesmo sendo novas e desconhecidas pela equipe multiprofissional.

Este cenário somado pela escala de trabalho destas enfermeiras, de segunda a sexta feira de 07 às 19h, ou seja, a inexistência de enfermeiras obstétricas no período noturno e aos finais de semana atuando exclusivamente na sala de parto, tornou-se mais um motivo para dificultar a formalização da atuação desta profissional na maternidade do IFF/Fiocruz.

Mas aí também vieram outras questões [...] durante o dia eu vou ter enfermeira obstétrica no centro obstétrico. E a noite? Então como fazer a continuidade desse trabalho de parto, continuidade da assistência? E aí era outro problema que a gente batia de frente com isso. (EO-A/4)

A gente não tem uma quantidade de enfermeiros obstetras pra poder passar o plantão, ou seja, pra poder existir uma continuidade da assistência. Então a gente pode iniciar um acompanhamento e ter que abandonar uma mulher na metade né. Então aí perde o objetivo de ter uma assistência. E por ser só um enfermeiro, muitas vezes a gente está com uma paciente grave e a gente não pode entrar na assistência da mulher que está com risco habitual porque tem uma mulher grave, que também é uma assistência privativa do enfermeiro. (EO-A/5)

Outra coisa que acabou acontecendo também é que só tinha enfermeiro obstetra de dia, então assim isso foi uma briga. Porque a residente interna, faz toda a papelada, a burocracia, aí o trabalho de parto, o parto de uma gestação de baixo risco que eles também querem ver e aí acaba o horário do plantão, aí agora é seu, já que acabou meu plantão, já não é mais meu, aí acabou gerando um conflito na equipe. (MO-A/8)

Aí depois teve uma proposta de: "Ah! Vamos fazer alternadamente a assistência ao parto. Um fica com os médicos e o outro com o enfermeiro". E que esbarra num problema de continuidade do cuidado já que não teria enfermeiro obstetra na parte da noite. (MO-A/10)

E é por isso que eu fui assim um pouco reticente nessa questão [...], mas não vai ter a noite [...] "Gente! Qual o sentido disso! Qual o sentido faz ficar com a assistência? Vai ficar com a assistência só com ela e aí chega 19, 19:30 e não nasceu vai passar?". Enquanto que a gente, teoricamente o residente está 24h, pode fazer essa linha de continuidade do cuidado né. (MO-A/11)

Mas assim, a gente entendia que duas não resolvia o problema. Porque na verdade o que a gente queria ter, uma pessoa de domingo a domingo trabalhando com os obstetras. (MO-GA/16)

No curso de execução do Projeto Apice On, para se aproximar da proposta de inserção das enfermeiras obstétricas em sala de parto, era prioritária a existência de um documento institucional formalizando a atuação destas especialistas neste novo processo de organização institucional, por meio do Protocolo de Assistência da Enfermagem Obstétrica, sinalizado como um indicador de meta a ser alcançada no POA.

O início eu lembro que a gente chegou a começar e terminou um protocolo específico pra esse projeto aqui da nossa instituição, com as leis, o que amparava o enfermeiro obstetra, e passou pela mão da coordenação da obstetrícia médica, foi para a direção, e aí a gente ficou também um pouco estagnado nesse processo. Porque as idas e vindas, solicitando modificações, que se não me falha a memória a gente não conseguiu finalizar por conta dessas dificuldades que eu acredito também que foram situações que favoreceram que

atrasassem a implantação e a efetividade da assistência do enfermeiro obstetra na sala de parto. (EO-A/2)

Era um momento propício pra gente legitimar a atuação através do protocolo, que até hoje não foi assinado. Mas a gente fez, construiu, era um momento que a gente percebeu que politicamente a gente podia se instalar enquanto categoria [...]. Era uma das propostas do Apice On botar o protocolo da enfermagem vigente, assinado por todas as instâncias [...] foi construído, mas parou, na hora que tinha que ser legitimado pela instituição. (EO-A/5)

O papel de parto, a prescrição, essa coisa da instituição, essa coisa local também não aconteceu. Então olha, o passo a passo, o protocolo, vai ser esse aqui. O que todo enfermeiro vai ter que fazer quando assistir a uma mulher, assistir a um parto. Não teve isso! O protocolo não aconteceu! [...] Acho que também é um fator. Não virou uma atribuição, não virou uma rotina. (EO-A/6)

Um momento que eu não me recordo precisamente [...] foi pra falar um pouco sobre a assistência, um POP sobre assistência ao parto com a E-GA/14 e aí tinha a proposta do que poderia ser atendido pela enfermagem obstétrica. Mas ainda tava no campo teórico entendeu. (MO-A/11)

O diretor na época pediu pra gente fazer um protocolo de assistência ao parto e aí nos consultamos outras maternidades, até as mediadoras traziam pra gente alguns materiais e a gente começou a desenvolver esse protocolo. Alguns enfermeiros obstetras daqui e gestora que já foi enfermeira obstetra do município há muitos anos também participou efetivamente na elaboração desse protocolo. [...] “Cadê o manual de fazer parto? Não tem”. “Então vocês estão querendo que eu implante um modelo de enfermeira obstetra sem ter responsabilidades, regras, quem faz o que, quando e onde?”. (E-GUP/15)

Eles não achavam que o enfermeiro não era qualificado para isso. Eu acho que eles viam a gente muito assim.... esse pessoal não sabe nem o que está fazendo e tá vindo aqui achando que sabe fazer parto. E eles tiveram que compreender porque a gente escreveu o protocolo de assistência ao parto normal pela enfermeira obstétrica. (E-GUP/18)

O Protocolo de Assistência a partos de risco habitual por Enfermeiras Obstétricas foi um documento elaborado por algumas enfermeiras especialistas assistenciais e gestoras durante meses de execução do projeto Apice On e apresentado em reuniões do GEL para discussão coletiva entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas. Seu conteúdo abordava a relevância da inserção destas profissionais no campo do parto e nascimento sustentados pelas políticas públicas e pesquisas nacionais e internacionais, o arcabouço legal que confere legitimidade

para atuação e a descrição detalhada da assistência de enfermagem no acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério imediato, seguindo o modelo do Protocolo de Assistência pela Enfermeira Obstétrica na rede municipal de saúde/SMS-RJ (2022). Fato registrado em Ata de reunião do GEL.

“Informes sobre a reunião ocorrida em 28/05/2019 com médicos obstetras e enfermeiras obstétricas acerca do protocolo de assistência ao parto de risco habitual e agendamento de reunião com o diretor acerca do andamento das ações de inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto no IFF/Fiocruz: Foi pontuado naquela reunião que é de suma importância a descrição clara das atribuições de cada categoria profissional (médicos e enfermeiras) na assistência ao parto, bem como a união ao POP que foi elaborado pelos médicos obstetras em 2015. Em virtude disso, foi acordado que o grupo irá discutir e detalhar as atribuições em reuniões a serem realizadas às quintas feiras”. (Ata reunião GEL em 04/06/2019)

Apesar do grupo perceber que existiam muitos fatores que se interrelacionam e afetam a inserção e atuação das enfermeiras obstétricas, principalmente, o reduzido número de partos normais de risco habitual desta instituição, foi possível identificar em algumas falas da equipe multiprofissional a importância do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica como sustentação das ações estabelecidas para o sucesso da inserção da enfermagem obstétrica.

A residência eu acho uma estratégia bem positiva pra implementar a assistência ao cuidado a mulher. No papel com o residente, enquanto preceptores, a gente tem que ser profissionais que sabem, a proposta é saber fazer. Não é só a teoria. Então a presença do residente nos obriga a nos posicionarmos, politicamente, tecnicamente, nos impulsiona a estar sempre atualizado pra poder estar formando. (EO-A/5)

[...] desde a entrada do projeto de residência que tem na instituição já é uma movida pra ter enfermeiro dentro da sala de parto. A gente luta então pra conseguir enfermeiro obstetra pra instituição. A gente não conseguia! Não entra pessoas de qualquer maneira no serviço público, o contrato era muito difícil e a gente não tinha esse poder. Então a gente começou com um projeto pra residência porque a gente acreditava que a residência seria mais um motivo pra justificar a importância da enfermagem obstétrica na sala de parto. [...] a gente fez esse movimento todo [...] que foi esse movimento gerador que incomodou. Então é uma mudança que vem acontecendo, uma medida, um programa fortalecendo o outro. (EO-A/6)

É! A primeira coisa é que na minha opinião eu acho que a gente tinha que ter residência também porque acho que acaba que o residente é o motivador do hospital também né, de ter o ensino. Então se tivesse de repente uma residência de enfermagem obstétrica aqui, entendeu, então aí a gente teria, os residentes da enfermagem obstétrica assistindo o risco habitual e em contato com os residentes médicos assistindo o alto risco. E aí sim, o intercâmbio. Se vier o baixo risco vai ser acompanhado pela enfermagem obstétrica e pelo residente de enfermagem obstétrica já muda a dinâmica, porque aí também é uma residência, né os dois são residentes e vão participar dos cuidados nessa formação. (MO-A/8)

Então eu acho que há espaço pra todo mundo, mas acho que deve haver um plantonista obstetra enfermeiro com formação na área pra que faça essa supervisão. Porque ele é quem vai ter o discernimento de até esse momento nos cabe acompanhar o parto, a partir desse momento vai exigir uma conduta, uma expertise, que é necessária a atuação médica. (MO-A/13)

Então eu acho que pelo fato da gente ter o programa de residência de enfermagem obstétrica, porque dentro da rede ninguém via o IFF como uma instituição de Ensino. Eles veem muito as universidades, então essa coisa da gente ter a residência a gente quebrou esse paradigma né. [...] "Ah! Vocês não são um hospital de ensino, vocês não são docentes, vocês são enfermeiras e tal". Então eu acho que isso influenciou na escolha do IFF como uma instituição pra participar do Apice On. (E-GA/14)

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do IFF/Fiocruz iniciou-se em 2012, decorrente do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Nesta época, as enfermeiras obstétricas da maternidade se envolveram na formulação do projeto pedagógico pleiteando ser contemplado pelo edital do PRONAENF. Movimento que na época teve forte apoio da direção, do ensino e da pesquisa do IFF/Fiocruz. Assim, como observam-se nas falas, o Programa de Residência foi mais uma política instituída pelo MS e abraçada por esta instituição, para o reconhecimento e valorização da enfermagem obstétrica.

Por este motivo, tornou-se instrumento para contemplar o objetivo de inserir as especialistas em sala de parto durante a execução do Projeto Apice On. Em muitas reuniões do GEL, as enfermeiras rotinas dialogavam sobre a importância de utilizar parte da carga horária das residentes do segundo ano dos campos externos, conveniados do Município, para elas atuarem sob supervisão das enfermeiras obstétricas contratadas na sala de parto do IFF/Fiocruz. Esta proposta não foi adiante, pois as enfermeiras gestoras entenderam que durante este período de atuação das residentes do segundo ano na maternidade poderia causar um prejuízo no seu

processo de aprendizagem e formação, sobretudo pelo reduzido quantitativo de partos normais. Conjuntura descrita abaixo conforme consta em Ata de reunião do GEL.

"Retorno da reunião ocorrida em 28/05/2019: a E-GUP/7 pontuou uma questão importante, a atuação dos residentes de enfermagem e médico no parto, a pedido dos médicos obstetras plantonistas. A E-GA acordou que a escala das residentes de enfermagem obstétrica será reformulada para que a partir de julho as R2 atuem no IFF juntamente com a enfermeira obstétrica preceptora na assistência ao parto" (Ata reunião GEL em 04/06/2019)

Apesar das residentes de enfermagem obstétrica não terem participado desta proposta de inserção das enfermeiras obstétricas contratadas na sala de parto, os participantes descrevem que sua presença seria um fator motivador para a equipe, pois impulsiona ampliar o conhecimento teórico e prático dos preceptores da casa, além de serem ferramenta para o aprendizado interprofissional, ao articular em campo de prática o programa de residência de Enfermagem e de Medicina.

Nessa perspectiva, os programas de residência, em muito, contribuem para a reformulação de práticas assistenciais nas instituições responsáveis pela formação profissional. Foram evidenciados pelos entrevistados novos olhares para um cuidado obstétrico qualificado pelos médicos recém-formados e que ingressaram na residência médica do IFF/Fiocruz e formas atualizadas de compreender e exercer a obstetrícia. Particularidades que repercutem na compreensão fisiológica do gestar e parir, no protagonismo feminino e na relação colaborativa entre médico obstetra e enfermeira obstétrica no campo do parto e nascimento.

Como aqui a gente trabalha muito com residente a gente vê uma geração que antes não tinha essa visão e aí você começa a ver novos residentes entrando com essa visão. Desses boas práticas e tal, que antes nem se falava. E aí ele percebe que aquilo é importante. Percebe que o trabalho de parto "Ah! Vamos movimentar, vamos colocar essa mulher pra andar". Então eu acredito que essas novas gerações que estão se formando vem já com o olhar um pouco diferenciado quanto a isso. [...] E eu acho que é mais fácil a gente lidar com eles, introduzem isso na vida deles mais facilmente. (EO-A/4)

Os médicos mais novos olham pra gente com jeito diferente de um pouco mais de consideração, eles consideram né o que a gente fala. Eu acho que isso tudo é fruto né. Embora a maioria já tenha uma visão diferente. Mas os mais novos já estão com a cabeça um pouco mais diferente pra essa questão do compartilhar. (EO-A/6)

Acho que os residentes médicos se favorecem disso né, que veem essas práticas e veem que funciona muitas vezes... e é isso! (MO-A/11)

Porque hoje eu vejo os novos residentes tendo práticas diferentes da época. [...] com um outro olhar sobre esse movimento. Porque a enfermagem veio com essa pegada de busca por espaço, de mostrar saber, de mostrar que tem capacitação pra fazer, e aí isso gerou um movimento do outro lado. Eu não sou o dono do saber, ou não sou o dono da paciente, nem tudo que eu falo é o certo, entendeu. Então eu acredito nisso! (MO-A/12)

Logo, as novas concepções sobre um modelo obstétrico que se almeja amplificar, discutido pelas políticas públicas no campo da saúde da mulher, a partir da década de 90, inevitavelmente, refletiram nos projetos pedagógicos e no processo de aprendizagem e formação profissional nas universidades. Assim, pode-se tornar um aliado na efetivação de novas práticas obstétricas, segundo recomendações nacionais e internacionais, como a presença e atuação da enfermeira obstétrica.

Constata-se nesta pesquisa que os contratempos surgiam a cada instante, nesses dois anos de implantação do Projeto Apice On, na maternidade do IFF/Fiocruz e determinaram o processo de transição da inserção das enfermeiras obstétricas em sala de parto. Em descrição de reunião do GEL, aponta-se a caracterização deste percurso.

“Retorno da reunião de 28/5/2019: Foi acordado também que as enfermeiras obstétricas em junho devem iniciar a atuação na assistência ao parto juntamente com a equipe médica. MO-GA/16 comentou a reunião, dizendo que em sua opinião foi produtiva, um bom começo e que em junho as enfermeiras obstétricas deverão iniciar a assistência ao parto juntamente com a equipe médica e toda semana a equipe deve reavaliar como os trabalhos estão se desenvolvendo. E-GA/14 e E-GUP/7 reforçam a importância da comunicação aos médicos acerca da atuação da enfermagem obstétrica no cenário do parto e MO-GA/16 disse que está informando aos plantonistas dia a dia” (Ata reunião GEL em 04/06/2019)

As evidências apresentadas neste estudo relacionadas à inserção das enfermeiras obstétricas, em sala de parto, apontam que as deliberações discutidas nas reuniões do GEL, não atingiam a todos os profissionais da assistência. Havia um hiato entre os acordos e planejamentos definidos pelo grupo participante dos

encontros do GEL, sem repercutir naqueles personagens responsáveis pela execução dos processos de trabalho na maternidade.

5.1.2.5 As implicações do Projeto Apice On para a maternidade do IFF/Fiocruz

Apesar de todos os contratemplos descritos na categoria anterior vivenciados, especialmente, pela equipe de enfermeiras obstétricas da maternidade do IFF/Fiocruz, durante a execução do projeto Apice On, foram reconhecidos pelo grupo de participantes frutos advindos desta iniciativa do MS.

A própria entrada da enfermeira nesse cenário que era predominantemente médico né. A gente tava ali mais como generalista mesmo. Então para mim isso já é um ponto positivo. Outro ponto positivo é a equipe enxergar o enfermeiro obstetra, saber que tem enfermeiro obstetra ali. (EO-A/1)

Então mesmo tendo ainda número ainda não adequado, a gente teve uma enfermeira obstetra fixa dentro da sala de parto. Coisa que a gente não conseguia porque o enfermeiro obstetra ele dava assistência na supervisão de enfermagem, em toda a maternidade, centro cirúrgico, gestante e alojamento conjunto. Então a gente ter uma enfermeira fixa na assistência dentro do centro obstétrico, isso contribuiu muito com a assistência de enfermagem obstétrica na instituição. (EO-A/2)

O Apice On deixou bem demarcada a necessidade da presença do profissional enfermeiro obstetra. [...] a visibilidade do profissional enfermeiro [...] o saber fazer do enfermeiro. Hoje a equipe já sente falta quando não tem o enfermeiro. Já reconhece a atribuição privativa que é nossa na assistência, não só na gestão, na gerência, na supervisão como eles estavam acostumados. (EO-A/5)

A gente até conseguiu aumentar o número de profissionais enfermeiros obstetras no centro cirúrgico obstétrico, a gente começou a trabalhar com as enfermeiras obstetras atuando nos plantões diurnos. (E-GUP/7)

Porque quando eu fiz residência aqui há 10 anos atrás já tinha enfermeira obstetra, mas que ficava mais na parte burocrática, não tinha a assistência e nem tinha uma presença tão importante da figura da enfermeira obstetra dentro do centro obstétrico como hoje em dia a gente tem né. (MO-A/8)

O que eu acho do Apice On que bom que veio gente, que bom que a gente refresca esse olhar. [...] Acho ótimo isso! [...] eu sou uma médica velha que já viu muita coisa, eu estou sempre pensando nas complicações, e às vezes a enfermagem me dá esse ponto de que olha! Calma! Tem coisas boas! É normal! Porque eu já vi muita coisa não natural. (MO-A/9)

As coisas que a gente conseguiu ir a frente, o que a gente conseguiu com o Apice On foram a contratação de enfermeiras para o centro obstétrico porque não tinha. Hoje a gente tem 3 enfermeiros no serviço diurno. (E-GA/14)

Os entrevistados evidenciam que houve um ganho importante com a implantação do Projeto Apice On, no que tange ao aumento da equipe de enfermeiras obstétricas na maternidade advinda da contratação de duas enfermeiras especialistas. Isto possibilitou a presença definitiva desta profissional, no centro obstétrico, mesmo após o término do projeto. Fato que favoreceu o reconhecimento das habilidades técnicas e relacionais que envolvem o seu cuidado e qualificam a assistência.

Sobretudo, além do ganho numérico de profissionais, a presença delas em sala de parto impulsionou maior uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a melhor organização dos cuidados no pós-parto imediato para garantia da hora dourada, a redução de práticas intervencionistas e a oferta de um cuidado sustentado pela sua *práxis*, como o acolhimento e a escuta sensível às mulheres e o olhar fisiológico da gestação e do parto. Aspectos que trouxeram equilíbrio para a visão tecnocrática e resolutiva da assistência obstétrica.

Eu acho que sim, porque o enfermeiro estando ali ele consegue trazer também as boas práticas. Ah! Vamos tentar desse jeito, vamos botar esse bebe pra mamar! Vamos fazer depois os cuidados do bebê porque ele tá mamando, deixa ele em contato com a mãe. [...] eu vejo mais isso das práticas mesmo, das evidências mais forte né. [...] você consegue perceber o trabalho de parto de deixar a mulher mais livre, sem tantas intervenções, a mulher vir para o centro obstétrico sem estar punctionada, antes todas vinham punctionadas. A própria dieta, hoje você consegue ver que a maioria consegue ter uma dieta líquida. (EO-A/4)

A presença do enfermeiro num parto do início ao fim, um acompanhamento, um toque, a presença mesmo com uma comunicação não verbal, um cuidado que a medicina não exerce. E a gente mostrar o que é um parto com cuidado de enfermagem obstétrica. É a presença do enfermeiro com vínculo com a mulher, é estar ao lado o tempo todo no parto, a mulher se sentir segura, isso é um cuidado que é nosso da enfermagem, que a medicina por mais que eles reconheçam, não é da formação deles, a nossa formação é pra isso! (EO-A/5)

[...] teve o Apice On e hoje eu acho que é zero episio. Tem mês que passa sem uma episio. Isso aqui é um exemplo né. Por exemplo, apagar a luz, a penumbra, a questão do acompanhante nunca mais foi

questionada. A questão do primeiro contato, de já botar o bebê no ventre, essas coisas que a gente nem consegue imaginar não ter mais na assistência. Hoje é algo que já flui naturalmente. De não clamppear o cordão rápido, a temperatura da sala, a promoção dessa humanização. [...] Era gostoso entrar ali, aquele ambiente, ver aquela mulher, aquele cheirinho né, quando era um plantão que gostava de usar mais o aroma, trazia pra mulher mais esse respeito. Mas olhando pra assistência hoje e pra assistência de uns 12 anos atrás é completamente diferente. Então eu acho que é fruto dessas coisas né! (EO-A/6)

Eu acho que houve um resgate das boas práticas, a gente conseguiu conscientizar, melhorar a nossa assistência obstétrica [...] apesar da gente não conseguir atuar no parto do risco habitual, a gente consegue ser enfermeiro obstetra atuando no alto risco. [...] Hoje consegue ofertar pra mulher algumas práticas integrativas, uma aromaterapia, uma bola suíça, uma massagem, um cuidado. Eu acho que isso faz toda a diferença! [...] A gente conseguiu muito diminuir a episiotomia, diminuir o Kristeller também entendeu, a nossa taxa de intervenções no geral diminuiu bastante. Então eu acho que isso já foi uma conquista desde o projeto Apice On. (E-GUP/7)

De realmente acompanhar o trabalho de parto, fazer a ausculta, em algumas situações assistir o parto. Ter uma parceria maior no cuidado com a parturiente. [...] mas acho que talvez o projeto tenha ajudado a gente a identificar melhor essa figura do enfermeiro obstetra como parte do cuidado ali dentro pra algumas pessoas não pra mim, mas acho que demarcou melhor a partir do momento que a gente entrou no projeto. (MO-A/8)

Porque eu acho que a gente acaba dividindo as funções e você acaba tendo uma participação maior, fica mais próximo do paciente entendeu e a paciente se sente mais acolhida. [...] a gente passa mais tempo com a paciente, consegue dar maior atenção pra paciente, um cuidado maior, até pra observar melhor as coisas que podem estar erradas e você ter um tempo e uma profilaxia pra correção daquilo. [...]. Eu acho que com a enfermeira isso veio agregar e melhorar sim pra equipe porque ela passa a estar com a gente. (MO-A/10)

No momento eu acho que o papel é a gente fazer esse cuidado compartilhado mesmo, enfermagem fazer o que sabe fazer bem, que é o cuidado contínuo, podendo oferecer aí os métodos não farmacológicos. Mas minimamente acho que a gente consegue estar podendo oferecer uma melhor assistência. Já que a gente consegue ter a enfermagem lá presente minimamente de dia. A gente consegue oferecer um maior conjunto de boas práticas né. Então assim, ganham as mulheres! (MO-A/11)

[...] No compartilhamento de partos de risco habitual, na atuação no sentido do uso de métodos não farmacológicos para a dor, no diálogo e no acolhimento com a paciente, talvez até num aumento do número de partos vaginais pela paciência e pela compreensão da parturição que muitas vezes a enfermagem traz e que pra nós é menos frequente.

Enfim, é falar das vantagens da assistência da enfermagem na parturição. (MO-A/13)

E depois do Apice On, conseguiu demonstrar através do projeto, a importância de ter o enfermeiro [...]. Então a partir disso o enfermeiro começou a atuar lá com as tecnologias, com essa assistência ao trabalho de parto. Mesmo os médicos não tendo conhecido o projeto Apice On, mudou alguma coisa. Porque quando você passa a ter enfermeiro ali, a realidade muda. E até na cesárea [...] quando ela entra na sala de cirurgia e ela é encaminhada pelo enfermeiro, quando ela é acolhida, quando é conhecida a história dela. (E-GA/14)

Para além dos benefícios da inserção da enfermeira obstétrica, na sala de parto, com seu cuidado técnico e relacional, e quanto à ampliação na oferta das boas práticas de parto e nascimento, outra relevante repercussão constatada pelos participantes foi a flexibilidade da atuação desta especialista nas diferentes situações vivenciadas, no dia-a-dia do centro obstétrico.

A presença do enfermeiro para o gerenciamento da unidade, a pacientes graves, em situações específicas nossas de mulheres com condições enlutadas e a gente poder fazer todo um cuidado após o nascimento com um bebê morto. [...] Quando tem uma situação de agravamento na cesárea e o anestesista já procura o enfermeiro. Seja o pediatra também numa situação de reanimação, grave de um RN. O obstetra via a falta de gerenciamento e via o profissional que tinha o cuidado e o saber obstétrico também pra poder atuar com ele, solicitando o enfermeiro dentro do centro obstétrico. Isso também foi percebido notoriamente. (EO-A/5)

Então a gente hoje oferece um cuidado ainda melhor, eu acho que essa coisa de antever problemas está mais evidente! [...] muitas vezes você consegue dividir o que está acontecendo, você está preocupada com a paciente, você está preocupada com o familiar, você está preocupada se tem material pronto no centro cirúrgico. [...] Eu tenho mais um aliado dentro do pré-parto, nessa prevenção de intercorrência. Quando a gente tem intercorrência [...] como é bom ter mais alguém com esse olhar. Isso ajuda muito! (MO-A/9)

Até em termos de ajuda nas cirurgias, na agilidade com o paciente, isso eu reparei entendeu, depois que começou a ter enfermeiro lá dentro. E em termo das cirurgias eu acho que deram uma ajuda, entendeu, a agilizar o fluxo, a colocar o paciente na sala. Essa dinâmica ficou bem melhor! (MO-A/10)

Uma coisa é você estar por exemplo diante de uma hemorragia pós-parto e demandar a equipe de técnico de enfermagem [...]. Outra coisa é você ter o olhar de um enfermeiro obstetra que conhece a complicaçāo e que pode reconhecê-la muitas vezes antes do seu agravamento e chamar a atenção da equipe médica pra cuidados que podem até evitar ou postergar uma complicaçāo. [...] pode às vezes

ter o diagnóstico dessa complicaçāo muito antes da sua percepção, seja porque você está ocupado em outro parto, ou seja, porque você foi displicente ou não deu a atenção necessária pra aquela situação, enquanto o enfermeiro teve um outro olhar que conseguiu visualizá-la antes de você. (MO-A/13)

Com certeza mudou! Então assim, eu acho que pra paciente é bom ter esse profissional ali, pra equipe médica também porque ajuda ali na hora do aperto, porque quando a coisa flui é bebe que nasce até sozinho, mas quando surge o problema é que a gente vê a qualidade dos profissionais que a gente tem, pra nos ajudar, pra ter agilidade, identificar os problemas rápidos e resolver rápido. (E-GUP/15)

Pelas peculiaridades da maternidade do IFF. É muito risco. A presença de vocês lá dentro é um fator de segurança que desequilibra positivamente o cuidado. [...] eu entendo hoje que as enfermeiras obstetras que estão dentro do CO, elas já participam muito mais ativamente do que o nada que existia antes. (MO-GA/16)

O enfermeiro lá dentro é uma assistência completamente diferenciada, porque ele consegue identificar esse risco, prever uma necessidade e obviamente atuar nessas complicações ou antecipando pra que não aconteça essas complicações. [...] Porque aumenta a qualidade da assistência, aumenta a segurança dos procedimentos. E pra equipe de médicos também. Uma vez que ele não está disputando a cena do parto ele vê sim nesse profissional uma parceria, um apoio indispensável na condução dos casos, seja os complicados ou de risco habitual. [...] hoje, fruto total do Apice On porque acho que de outra forma a gente não conseguiria. A gente se pergunta, “Como a gente conseguiu trabalhar tantos anos num local como o centro obstétrico sem a presença do enfermeiro?”, porque é quase como uma condição sine quo non ter esse profissional lá dentro que garanta a qualidade e segurança da assistência prestada lá, que na maioria das vezes é de média e alta complexidade. (E-GUP/18)

A presença da enfermeira obstétrica, em sala de parto, advinda com o Projeto Apice On, viabiliza uma atuação relacionada a questões inerentes ao centro obstétrico, como auxílio à enfermeira rotina na resolução de questões administrativas, presença e atuação nas salas operatórias, identificação e tomada de decisão em casos com maior gravidade como reanimação neonatal e hemorragia pós-parto. Isto porque esta profissional possui a qualificação prática e teórica para a assistência especializada de baixa a alta complexidade, principalmente, pelo fato de o IFF/Fiocruz ser uma unidade de referência para risco materno-fetal.

Ainda, aspecto que foi possível verificar durante os anos de execução do Projeto Apice On, foram algumas medidas realizadas pela equipe de profissionais assistenciais e gerenciais, como a inserção de DIU em situações de pós-parto e abortamento imediato, a produção de informações sobre a assistência obstétrica e

neonatal oferecida no IFF/Fiocruz registrada no Livro de Indicadores do Apice On, localizado na Sala de Parto, a atualização de protocolos assistenciais referentes à assistência em hemorragia pós-parto e a elaboração de um modelo de plano de parto oferecido pelo ambulatório de pré-natal. Algumas, porém ainda sem um fluxo institucionalizado, como a atenção humanizada às mulheres vítimas de violência sexual. Contudo, todas se alinhavam ao objetivo de qualificação do processo de atenção.

Como a questão do protocolo da hemorragia, a gente criou a caixa de hemorragia, aonde a gente identificou, protocolou, identificou o fluxo, capacitou profissionais. (EO-A/2)

Que a gente não tinha hábito de fazer indicador, e tudo isso a partir da inserção da enfermeira obstétrica do Apice On, começou a levantar os indicadores. Em tudo que você tem o indicador, você tem como ter esse controle. Se melhorou ou não. (EO-A/6)

A gente conseguiu melhorar alguns indicadores. A questão também da inserção do DIU, nós avançamos em outras questões que eram pertinentes do Apice On, [...] a construção do plano de parto, que também eu acho que foi um avanço. (E-GUP/7)

A introdução do DIU no pós-parto imediato e no ambulatório de pré natal. Isso eu acho que foi uma coisa que deu um ganho. [...] cada vez mais nós temos que ter indicadores porque só tem visibilidade quem tem indicador [...] então eu acho que isso sim entendeu, faz o diferencial pro instituto nacional né! Afinal de contas a gente é o espelho né. (MO-A/12)

Até hoje tem a questão dos indicadores que apesar de ainda não ter um trabalho tão frutífero com a coleta dos indicadores, mas assim, entrou no nosso cotidiano [...] A gente fazia alguma contabilização de indicadores, mas era assim, sei lá uns dez itens. [...] de dados assistenciais a gente não tinha muita coisa entendeu, da questão da assistência e do desfecho. E quando a gente tinha a plataforma que lançava, era mais fácil ainda da gente ter um retrato da nossa assistência e isso perdura até hoje. (E-GUP/15)

O que a gente mudou foi a maneira como a gente olhava a prática, quando ela se refletiu nos indicadores. [...] Eu já dava uma chance de parto normal em quem tinha cesárea prévia [...], mas o Apice On trouxe isso como uma das luzes entendeu, e aí as pessoas falam: “Não! Vou dar mais uma chance!” As boas práticas que a gente já praticava acelerou o processo. É muito interessante quando você olha os gráficos. [...] Por exemplo colocar DIU aqui. Práticas que não existiam! Na hora que vem, “Olha! Coloca DIU no parto”. A gente começou a colocar DIU. “Ah! Mas o número está muito abaixo do que poderia ser”. Sim! Sem dúvida, porque a gente também ainda tem que vencer algumas resistências. (MO-GA/16)

E aí o Apice On conseguiu dar luz a isso, e falar: As melhores evidencias mostram que as mulheres precisam do acompanhante, na cesárea também. Porque não tinha espaço dentro da sala, porque não podia. E aí teve que poder! Tem resistência? Teve! Mas sem o Apice On esse acompanhante nunca entraria na sala de cirurgia. Esse bebe nunca estaria pele a pele numa cesárea. Hoje é difícil? É! Mas a gente avançou! Porque antes era muito mito. Não! Não pode! Aqui é muito mal formado! Mas não nasce só mal formado! E pra quem tem a possibilidade? Sabe! Então eu falo que jogou luz praquilo que a gente faz, praquilo que a gente fazia timidamente. [...] E aquilo que a gente não fazia ou fazia de forma mais ou menos, como a mulher em situação de violência ou a interrupção da gravidez na mulher em situação de violência era algo que... tinham mulheres que eram encaminhadas pra outras instituições antes do Apice On. (E-GUP/18)

Em reunião de GEL, constata-se a sinalização da implantação dessas medidas citadas acima pelos participantes.

“Enfermeira informa ao grupo que a equipe do pré-natal está elaborando um plano de parto para ser oferecido as nossas pacientes” (Ata reunião GEL em 04/06/2019)

Outra perspectiva apontada pelos participantes nos trechos abaixo foi a mudança nas relações interpessoais. A atuação da enfermeira obstétrica advinda de sua inserção imprimiu novas características e qualidade na relação com o médico obstetra, como o reconhecimento de melhor diálogo, troca de conhecimento, aproximação entre os pares no processo de trabalho e a constatação dos positivos resultados das boas práticas implementadas pelas enfermeiras obstétricas.

E até algumas pessoas da equipe mesmo percebem e perguntam, “Olha eu tô com um atendimento lá fora, qualquer coisa você fica aqui?”, “Ah você avaliou? Você olhou?” E assim, darem confiabilidade naquilo que a gente passa de informação. É claro que não são todas as equipes né, mas eu percebo que houve sim uma melhora. (EO-A/1)

Você já ser um rosto conhecido ali dentro, já fazer parte da equipe, as pessoas vão te respeitando, vão conhecendo seu trabalho e vão confiando naquilo que você faz. Então eu acredito que você fica mesmo numa posição de líder de equipe e consegue fazer com que o trabalho flua melhor. [...] Então eu acredito que a comunicação com a equipe eu acho que melhorou. [...]. E agora essa questão do enfermeiro não atuar em si no parto, mas ai você já consegue pelo menos partejar essa mulher, conversar né, vê como tá caminhando o trabalho de parto em si. Então eu percebo assim algumas equipes até tem essa troca maior com o enfermeiro. (EO-A/4)

E hoje a gente conseguiu conscientizar um pouco, principalmente os médicos que trabalham em outras maternidades com enfermeiras obstetras atuantes. Hoje eles acreditam mais no papel da enfermeira obstetra, principalmente, no uso das práticas integrativas. [...] E eu acho que a gente consegue hoje dar um passo maior [...] elas conseguem mostrar conhecimento, habilidade técnica, conseguem trabalhar com o cuidado compartilhado e conseguem até uma credibilidade de alguns plantões médicos. (E-GUP/7)

Eu acho que melhorou muito as relações! A minha relação sempre foi boa com a enfermagem obstétrica e a enfermagem em geral, mas eu acho depois de um período que teve uns conflitos, eu acho que a relação foi melhorando sim. E as pessoas foram entendendo melhor quais eram as funções de cada um sem achar que estavam sendo roubadas as suas funções por tal profissional ou outro. (MO-A/8)

Eu acho que teve uma mudança de relação. Eu acho que hoje em dia tem uma interação melhor né. Até porque previamente não tinha ninguém né. Aí depois teve essa época de conflito, ficava um pouco bico pra lá e bico pra cá, e depois acho que apaziguou de certa forma e acho que tem uma interação boa com relação a essa questão. (MO-A/11)

Mudou positivamente no sentido exatamente de você ouvir, de você dar atenção ao saber do outro. “Olha! A EO-A/6 tá falando, tá acompanhando a paciente e tá vendo assim, assado. Opa! Pera aí! Deixa eu ir lá ver o que está acontecendo”. Entendeu?! Então você ouvir o outro e compreender que assim, os dois estão convergindo pra melhor prática com aquela mulher. (MO-A/12)

Na verdade, foi o Apice On junto com outras ações, dessa questão da gestão compartilhada, das reuniões de colegiado, de dar valorização e voz aos outros funcionários da equipe multi e não só a equipe médica e de enfermagem. A enfermagem ficava ali com a equipe médica, mas também sempre sendo abafada e aí a coisa ficou mais clara, mais aberta e tudo mundo começou a participar mais. (E-GA/14)

Porque assim, eles vendo que tem outro profissional ali de obstetrícia, especializado, ele sabe que pode haver uma troca e também eles sentem que: “Poxa! Espera aí, eu não estou trabalhando aqui com um leigo! É com uma pessoa que tem uma especialidade!” então a assistência fica até mais cuidadosa né. (E-GUP/15)

A presença e atuação diária da enfermeira obstétrica, em sala de parto, com o passar dos anos de execução do Projeto Apice On até os dias atuais ampliou as relações de trabalho com os médicos obstetras. Por meio da contínua convivência, estes passaram a observar diariamente sua prática de cuidado com as parturientes e seu posicionamento perante casos clínico-obstétricos complicados. Conjuntura que favoreceu o estabelecimento de confiança e credibilidade por parte dos médicos

obstetras, nas ações desenvolvidas por esta profissional, o que por sua vez, determinou uma harmonia de convivência entre os pares.

5.1.2.6 A qualificação profissional como aprimoramento da prática de cuidado segundo o Projeto Apice On.

Para garantir a adoção de práticas de cuidado baseada em evidências científicas nos processos de atenção e formação no campo do parto e nascimento, o Projeto Apice On contou com o desenvolvimento de cursos e fóruns com conteúdo obstétrico e neonatal, seja na modalidade presencial realizado nas instituições participantes, como também na Plataforma de Boas Práticas em Saúde da Mulher e da Criança gerida pelo próprio IFF/Fiocruz, a fim de estender a qualificação do ensino e exercício da obstetrícia e neonatologia.

Sob esta perspectiva, os participantes desta pesquisa descrevem este processo de contínua qualificação profissional vivenciada na maternidade do IFF/Fiocruz.

A partir disso, a gente teve o curso de acolhimento com classificação de risco, porque a gente entendeu que seria importante ter o acolhimento com classificação de risco e ter a enfermeira obstétrica atuando nesse cenário. O curso de aprimoramento, que nós passamos lá 15 dias de imersão né, foi uma experiência de bastante conhecimento. Tivemos o seminário depois, [...] nós tivemos o curso de hemorragia pós-parto com o convidado do próprio Sofia Feldman. (EO-A/1)

E teve o que eu lembro foi o de hemorragia pós-parto com o diretor do Sofia Feldman. Aquilo foi muito bom, técnicos, médicos, enfermeiros, anestesistas, todos puderam participar, e aquilo foi ótimo pra atualizar todo mundo [...]. Tem os encontros né com os especialistas no portal de boas práticas do Apice On. (EO-A/4)

A gente era estimulado a acessar o portal. Eu lembro que todas as vezes que iam falar uma novidade sobre parto, compartilhava no grupo. A gente era estimulado a se inscrever. [...] Eu lembro mais de acessar bem o portal, nessa época. A gente acabava vendo as enfermeiras lá da UFMG ali também. (EO-A/6)

Então assim, oportunidades nós tivemos! [...] Olha! vai ter um curso na plataforma! Tiveram fóruns, tiveram curso de capacitação, de atualização. Com o projeto Apice On isso nos foi oferecido muito mais do que antes do projeto. [...] Nós conseguimos fazer treinamento de hemorragia envolvendo toda a equipe médica e de enfermagem. A

própria plataforma, foi um que nos proporcionou cursos à distância e que nos ajudou a divulgar muito o trabalho das enfermeiras obstétricas. (E-GUP/7)

[...] teve treinamento de hemorragia no centro obstétrico, teve sim. Que eu me lembre foi isso! (MO-A/8)

Eu sei que existe o portal de boas práticas, tive acesso a ele para pesquisas para outras finalidades como docente. [...] Hemorragia pós-parto, prematuridade, aleitamento materno, complicações relacionadas a hipertensão, cesariana, reanimação neonatal em sala de parto são alguns deles. (MO-A/13)

E a gestão do IFF eles desenvolveram também um portal de boas práticas para que as pessoas tivessem acesso a esse aprimoramento através dos encontros com os especialistas e de estudos que são oferecidos através dessa plataforma. [...] Teve um treinamento de hemorragia. [...] Porque como a gente tinha muito problema com hemorragia e a gente mexeu em muita coisa pra melhorar esse cenário e diminuir o risco dessa complicações. A gente pediu ajuda ao Apice On e a gente conseguiu trazer um médico de Belo Horizonte pra ministrar sobre hemorragia. (E-GUP/15)

A gente fez um treinamento sobre hemorragia, porque o pouco que a gente conseguiu levantar de dados a gente viu que tínhamos um número importante de hemorragias e condutas não padronizadas de atuação. E foi a oportunidade que a gente teve de conhecer o balão de Bakri. Coincidiu também que na mesma época teve o treinamento da OMS de zero morte materna e teve três profissionais aqui que fizeram. [...] Também o acolhimento com classificação de risco. E aí a gente conseguiu fazer um treinamento com as enfermeiras sobre isso. (E-GUP/18)

Nota-se, nos trechos apresentados acima, que diversos cursos de qualificação foram realizados nos dois anos de exercício do Projeto Apice On na maternidade do IFF/Fiocruz. Foram destacados pelos participantes, cursos de acolhimento e classificação de risco, curso de assistência à hemorragia pós-parto, além de ser mencionado a plataforma de comunicação virtual como veículo de acesso a conteúdos atualizados e voltados para a prática clínica e a participação de encontros com especialistas.

O essencial na promoção dos cursos de capacitação está no impacto sobre a oferta de um cuidado individualizado, qualificado e sob os preceitos da humanização, por aqueles que compreendem a necessidade permanente de aprendizado pautado em evidências científicas. Aspecto evidente nas falas abaixo.

A gente não para nunca de aprender e a gente precisa sempre aprender mais. E às vezes o que acontece que eu percebo, por mais que você saiba um determinado assunto, sempre tem algo mais pra você aprender. As pessoas trazem coisas diferentes, [...] vem pessoas específicas daquela situação que traz uma outra visão que você pode melhorar. (EO-A/2)

Porque a gente acaba multiplicando na equipe, multiplicando na formação das nossas residentes. [...] práticas que trazem a diferença no processo de nascer, no processo de parir. Então é nesse sentido de compartilhar mesmo, de ser multiplicador de reflexões. (EO-A/5)

Eu acredito que tudo que eu adquiri de conhecimento eu tento colocar em prática e principalmente eu tento levar isso pros nossos residentes. [...] Isso melhorou o meu cuidado, isso melhorou as minhas boas práticas. Eu me atualizei muito no aprimoramento, muita coisa que eu já tinha esquecido por falta de oportunidade de atuar. (E-GUP/7)

Então eu acho que é sempre bom esse aprender continuado, porque as evidencias vão saindo [...] acaba melhorando porque vai sedimentando o conhecimento que a gente vai produzindo a partir das evidencias que estão expostas ali né e da troca com as outras pessoas que tiveram outras experiências práticas, então eu acho que melhora sim! (MO-A/8)

A partir do momento que você dá a formação ao profissional, você capacita, você dá a ele o conhecimento técnico, científico para que ele possa usar na prática. [...] Agregada a prática que vai ser feita em serviço [...] e esse conhecimento vai poder ser utilizado. (MO-A/13)

Mas é sempre bom porque mesmo que tenha coisas que você já saiba, você rever a ordem dos eventos, alguma coisa nova que chegou, algum detalhe, isso é sempre bom relembrar para a assistência. (MO-A/17)

Eu não vejo cuidado com segurança e com qualidade sem a capacitação da equipe. São coisas indissociáveis! [...] porque a maioria dos casos de óbitos maternos eles acontecem pelas três demoras: [...] as outras duas demoras são totalmente minimizadas com treinamento e protocolo escrito, que é a demora da identificação do problema e na atuação diante do problema. [...] E faz muita diferença no momento que eu acho que essa mulher está sangrando mais do que deveria e aí eu devo abrir o protocolo de hemorragia. [...] Então das três demoras, duas são vencidas com protocolo clínico que o Apice On cobrava e o treinamento da equipe que ele proporcionava. (E-GUP/18)

Ademais, observou-se que esse movimento permanente de aprendizado, não somente traz repercussões positivas para o cuidado obstétrico, mas também reflete no processo de ensino-aprendizagem dos residentes médicos e de enfermagem

obstétrica. Assim, a capacitação dos staff's reverbera na formação qualificada de futuros profissionais que terão a rede de atenção em saúde como objeto de trabalho.

A educação permanente em saúde é uma atividade que envolve a equipe multidisciplinar para que o momento de aprendizado, se estabeleça, a partir dos pares, mediante trocas e valorização de saberes e de diálogo específicos de cada área de conhecimento, com reflexo em uma atuação qualificada e colaborativa entre os profissionais que conduzem a melhoria dos processos de atenção.

Tudo que havia de cursos ou atualizações elas eram convidadas. Quando nós tivemos o seminário, não foi só o seminário de enfermeiras obstétricas, foi realizado por enfermeiras obstétricas, mas nós convidamos médicos para palestrar, convidamos neonatologistas. Então assim, foram eventos integrativos né, onde era aberto pra todos esses profissionais, pediatras, enfermeiros neonatologistas, médicos obstetras, enfermeiros obstetras. Foram eventos que buscaram integrar a equipe, porque é a proposta do Apice On, uma assistência integrada né, visando o melhor [...] (EO-A/1)

O curso, os materiais [...] trouxe uma grande diferença, houve uma unificação do fazer, da comunicação. Então todo mundo recebendo o mesmo material de forma igual, cada um no seu nível de profissão. Então isso eu acho que foi bem vantajoso no sentido de facilitar a comunicação da equipe pra mostrar que o mesmo saber das boas práticas que o médico tem, que eles achavam que só eles sabiam, o enfermeiro tem! (EO-A/5)

Os cursos assim, sempre tem enfermeiro, tem médico, então mostra que dá pra fazer o trabalho conjunto né, sempre tá usando um e outro e tal, conversando na mesma mesa, isso é bom, quebra paradigmas né, não é só mais o médico que fala sozinho. Isso é bom, é importante, ajuda. (EO-A/6)

Então assim, com certeza esses cursos aprimoram sim! [...] Então tinha o obstetra, a enfermeira obstetra, tinha técnico, tinha o anestesista, todo mundo [...]. Acho que isso aprimora porque você consegue ver qual é a função de cada um ali pra num momento de crise você ter como atuar. [...] Quando você faz esse tipo de curso, alguém tá mostrando alguma evidencia, algum organograma, uma maneira de fazer aquilo baseado em alguma evidência e as pessoas também vão trocando! E é a integração da equipe né! As pessoas se conhecendo e atuando juntas, cada um tem a sua função, o seu papel e que todo mundo junto pro bem estar da paciente. (MO-A/8)

E esses mesmos cursos vão refletir em um atendimento de equipe muito melhor. [...] você tem cursos de manejos de situações práticas, onde você tem várias pessoas da equipe multidisciplinar chamadas e que vão atuar, que isso facilita muito. E é para todos, isso vale pra enfermagem, isso vale pro obstetra, pro anestesista, pra equipe inteira entendeu. Se os cursos ajudarem as pessoas a saber mais o que está

acontecendo, perceber mais o que pode acontecer ou não, estamos todos mais prontos para enfrentar as dificuldades que a obstetrícia tem. (MO-A/9)

No caso do treinamento de hemorragia tinha ali a abordagem de todas as categorias e dava pra você ver o papel de cada um. E na verdade de cada um, mas todo mundo junto ali pra resolver aquele problema, em alguns momentos tinha essa fala integrada, essa junção de funções e categorias profissionais pro melhor cuidado. (E-GUP/15)

No treinamento de hemorragia, tem o que cada um deve fazer, a função de cada um muito bem definida [...]. Então não tem um que seja mais importante do que o outro, cada um sabe o que fazer de forma bem articulada. Acho que quando eles estavam no Sofia Feldman, nesses espaços era muito natural esse compartilhamento e essa horizontalidade de cuidado multi. (E-GUP/18)

Nessa perspectiva, foi possível observar nas falas acima o reconhecimento de que os cursos promovidos pelo Projeto Apice On foram capazes de favorecer o aprendizado, a troca de informações e o conhecimento entre os membros de uma equipe multidisciplinar. Cada um, a partir de suas atribuições e saberes específicos, por meio da comunicação e da participação ativa, potencializam o aprendizado e a colaboração interprofissional, principalmente em casos críticos como a hemorragia pós-parto. Tema relevante e que foi citado pelos participantes como necessário o desenvolvimento de habilidades para atuação em equipe.

A relevância da educação permanente em saúde como ferramenta de aprendizagem colaborativa destes cursos de aperfeiçoamento, não somente contribuem para a qualificação da assistência obstétrica, mas também auxiliou, em alguma medida, a inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto, segundo os trechos abaixo.

Eu acho que quebrou um pouco daquele modelo medicocentrado, onde o enfermeiro era visto mais como generalista. Eu acho que as temáticas oferecidas pelo Apice On fizeram os profissionais de outras categorias abrirem os olhos pra que percebessem que existem também enfermeiros especializados né. Então eu acho que essa ampliação da visão através da temática do projeto ajudou bastante. (EO-A/1)

Favoreceu uma atuação mais oficial em termos de escrita, de examinar a gestante, a puérpera, de evoluir, de registrar como enfermeiro obstétrico. Então acho que favoreceu muito nesse sentido. (EO-A/3)

Todos esses cursos baseados em evidencias traz isso dá importância de você ter uma enfermeira obstétrica atuante e vendo os indicativos de boas práticas quando o enfermeiro está inserido. Eu acho que quando isso é falado em público, falado em aula, a mudança, a mentalidade das pessoas, da equipe como um todo vai vendo que aquilo é possível, é real. E que é possível caminhar junto, se eu tenho uma enfermeira obstetra, eu posso confiar essa parte pra ela e aí eu vejo que com aquela atuação tem melhores indicativos de boas práticas, de tecnologias, que aquilo veio da formação dela. Agora que tá mais expandido e aí eu confio naquele trabalho e consigo ter uma equipe mais integrada. [...] (EO-A/4)

O residente quando ele começa a estudar e ele vê que quem tá falando ali é uma enfermeira obstetra, eles também acessam esses portais né. Então eu tô vendo a atuação desse profissional aqui. Eu acho que isso favorece sim, sempre! A gente tá cansado de ver os vídeos do ministério da saúde, sempre tem enfermeiro obstetra falando. Quando você é apresentado como enfermeiro obstetra tem um certo olhar de respeito pela categoria, eu sinto que tem! (EO-A/6)

Porque as pessoas passam a ter mais conhecimento, vão pensar mais sobre aquele propósito. Acho que às vezes as pessoas não gostam, não querem, simplesmente porque não conhecem, não tem conhecimento entendeu. Então você esclarecendo melhor, mostrando os benefícios, as pessoas às vezes abrem mais a mente. (MO-A/10)

Logo, os cursos de atualização por serem responsáveis em divulgar as melhores recomendações para a assistência obstétrica, permitem a capacitação profissional e oportunizam a valorização da atuação da enfermeira obstétrica, pois sua presença como membro integrante da equipe multidisciplinar está bem determinada perante os preceitos nacionais e internacionais quanto às boas práticas para o cuidado materno-infantil.

O aprendizado interprofissional promovido pela instituição via Apice On incentiva a integração entre o aprender e o fazer, entre a teoria e a prática e promove maiores reflexões e transformações sobre as condutas assistenciais. Portanto, o fortalecimento do aprendizado, do treinamento, da participação ativa e da confiança e respeito mútuo entre os integrantes da equipe multidisciplinar favorecem a prática colaborativa.

Além disso, experiências, sobre atualização profissional, ampliam os conhecimentos científicos dos profissionais e são responsáveis pelo espelhamento em outros membros da equipe como os residentes médicos e de enfermagem. Assim, o processo de formação perpassa pela mudança do modelo de atenção com

adoção de melhores práticas de cuidado, segundo objetivo do Projeto Apice On e alinha-se a mudanças nos processos de trabalho das equipes com repercussão na formação de novos profissionais para o SUS, segundo condutas obstétricas qualificadas para uma assistência segura e humanizada às mulheres, seus bebês e família.

5.1.3 O modelo colaborativo em obstetrícia em Hospital de Ensino.

O modelo de assistência obstétrica multidisciplinar passou a ser discutido e planejado pela equipe de médicos obstetras e enfermeiras obstétricas da maternidade do IFF/Fiocruz, visto às concepções e objetivos determinados pelo Projeto Apice On para uma transição do modelo de atenção vigente nas instituições participantes. Nesse sentido, este capítulo apresenta a compreensão e a vivência dos participantes sobre o modelo colaborativo em obstetrícia e sua implantação em hospital de ensino.

[...] a gente cuida dessa mulher que está em trabalho de parto, que está parindo. Hoje a discussão é essa, em torno disso. Porque aqui não existe enfermeira que vai receber o bebê, que vai cortar o cordão, que vai entregar para a mãe, que vai suturar se precisar. E junto com o médico que vai tá ali. Olha! Deixa descer mais um pouquinho. Vamos fazer assim, vamos fazer assado [...]. O mesmo que as outras enfermeiras das outras maternidades atuam. Pura e simplesmente atuar com seu conhecimento. (EO-A/3)

A enfermeira tem essa formação voltada pra fisiologia, para o estar perto, o estar ao lado, então quando a enfermeira entra na cena do parto, eu acho que o acompanhamento se torna mais efetivo por causa desse elo, desse cuidado humanizado e ter o médico junto na entrada de uma intercorrência, na necessidade de uma avaliação, de uma forma suave, isso é um trabalho de equipe. Cada um fazendo a sua parte né. Se é algo que a enfermeira conduz bem, não precisa dele ali. E aí ele pode estar numa cesariana, numa situação que exija a presença dele né. [...] A paciente fica mais satisfeita porque ela tem acesso a tecnologias que eles não foram formados pra aplicar. (EO-A/6)

A visão médica do parto e nascimento é muito voltada pra medicalização e pra identificar o problema. Então acaba que a visão da fisiologia e da naturalidade mesmo do processo com as enfermeiras obstetras é mil vezes melhor. Eu já trabalhei numa maternidade há anos e lá as gestações, os trabalhos de parto e parto de baixo risco são todos assistidos por enfermeira obstetra. E só se realmente tivesse alguma questão, alguma variação da normalidade,

algum problema ou virasse alto risco por algum motivo aí o cuidado passava pra equipe médica. (MO-A/8)

Cada um fazendo a sua parte entendeu. Baixo risco pra enfermagem e alto risco pro médico. Quando a gente é chamado a gente vai, a gente atende a paciente. [...] É lógico que a gente tá ali do lado, que a gente tá ali perto. (MO-A/10)

O que você espera da atuação da enfermagem obstétrica, acompanhamento contínuo, um pra um. Eu acho que a proposta principal é essa porque frequentemente nesses modelos de maternidade, você tem lá o profissional que tá disponível só pro cento obstétrico. Enquanto o médico tá se dividindo entre admissão, centro cirúrgico e outros lugares. E a gente sabe que esse modelo um pra um é o melhor cuidado. É o que traz mais segurança. E a gente percebe isso claramente, até vai reduzir intervenção, necessidade de analgesia. A ideia é que a gente possa dar uma assistência um pra um né, e de certa forma a enfermeira obstétrica consegue fazer essa linha de continuidade do cuidado. (MO-A/11)

Eu acho que há espaço para ambos os profissionais. E que deve ser exatamente compartilhado com cada um atuando de forma a somar a atuação de um e de outro. Eu não tenho nenhuma objeção no cuidado da enfermeira obstetra em gestações de risco habitual, seja do início de trabalho de parto até o parto e o pós-parto. Eu acho que é um procedimento que pode muito bem ser conduzido por esse profissional. E acho que a atuação médica deve ser inserida a partir do momento em que o parto de risco habitual comece a apresentar algum risco além daquele que seria o habitual. (MO-A/13)

Alguns depoentes percebem que o modelo colaborativo em obstetrícia compreende a assistência exclusiva das enfermeiras obstétricas, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato de mulheres classificadas como risco habitual. Caso haja internação do centro obstétrico de uma gestante classificada como alto risco ou ocorra identificação de algum evento distóxico durante o trabalho de parto assistido pela enfermeira, a responsabilidade pela condução dessa assistência passa a ser da equipe médica, mas mantendo sua presença, apoio e suporte para essas mulheres. Muito deste entendimento relaciona-se às experiências individuais de trabalho de cada sujeito em outras maternidades do Município do Rio de Janeiro, que adotam este modelo.

Mas também, conforme demonstram as falas abaixo esta dinâmica de cuidado compartilhado é percebida como uma atuação conjunta, em parceria e troca entre os profissionais de maneira contínua, durante todo o trabalho de parto, não se definindo a responsabilidade pela assistência ao período expulsivo.

Eu entendo que quando a gente compartilha a gente tem troca né, então nenhum conhecimento ele é absoluto, então eu junto o meu conhecimento e a minha visão com a visão do outro profissional. Às vezes ele tá com alguma questão limitada a um determinado desfecho e de repente um outro profissional, um olhar diferente, pode direcionar. Não! Vamos seguir por aqui. Isso dá certo! Às vezes evitar levar uma mulher pra cesariana [...] utilizando uma prática integrativa. Quando a gente compartilha mesmo a assistência, existe troca, existe comunicação sobre a conduta que vai ser adotada com a paciente. (EO-A/1)

Eu acredito que o cuidado compartilhado nada mais seria do que cada um com suas especificidades na área, mas todos tenho o mesmo olhar para a finalização. [...] Ele confia no enfermeiro da equipe dele. [...] E a gente vai junto para o centro obstétrico com essa paciente, trabalhar essa assistência ao parto com ela. E aí se ele tiver que sair pra fazer outro atendimento, EO-A/4 fica aqui, assume. Todos têm confiança no trabalho do outro [...] no sentido de favorecer que no final a mulher tenha o seu desfecho, que é o bebe nascer saudável. [...] todo mundo trabalhando junto em equipe mesmo. Cada um nas suas especificidades, mas trabalhando realmente compartilhado. (EO-A/4)

A gente tem que conversar na emergência, conversar nos partos. Porque um grande aprendizado [...] porque na verdade você vê a pessoa atuando, e ganha confiança porque vê que ela tem a capacidade de atuar, e passa a ser tua aliada e isso é muito legal! E o outro lado passa a te ver também como uma aliada. E isso é muito bom. É segurança pra mim que tem mais alguém, é segurança pra ela, que não vai ficar sozinha, mas principalmente isso é bom pro paciente. O paciente consegue receber a assistência que merece e precisa. Não é briga de classe, quem entra, quem entrou, quem deixa de entrar! (MO-A/9)

E tanto num grupo como no outro tem espaço! Porque se eu tenho uma maternidade que tem uma assistência ao risco habitual e você consegue identificar rapidamente alguma coisa que entre no descompasso, você tem a abertura de trazer o médico junto pra avaliar. E ao mesmo tempo no alto risco, cara, como faz diferença uma assistência diferenciada da enfermagem, entendeu?! (MO-A/12)

Então durante o trabalho de parto que é risco habitual, o enfermeiro está ali mais a frente cuidando e o residente médico ou de enfermagem pode estar ali ajudando. Ele pode estar compartilhando até o final. Só que esse parto seria assistido pelo enfermeiro junto com o residente de enfermagem. Já o parto que é uma mulher hipertensa ou que tenha algum outro risco a gente vai estar oferendo também as tecnologias, ensinando o residente médico e de enfermagem e no final a gente pode também fazer com que o residente médico assuma aquele parto, tentando sempre de uma maneira mais fisiológica. E o enfermeiro sempre estar nos trabalhos de parto independente da classificação, se é risco habitual, se é alto risco, [...]. (E-GA/14)

[...] eu achava que era o ideal é que quando a paciente entrasse em trabalho de parto fosse avaliado esse risco pra ver quem seria o profissional que de cara ia acompanhar aquela mulher. E a partir dali

gerenciar esse cuidado. Como são juntos, eu acho que dá pros dois verem qual o momento mais adequado de qual profissional atuar, ou seja, num trabalho de parto mais ativo mas que ainda não progrediu, ao meu ver, num risco habitual, será que a enfermeira não poderia estar mais ali com essa paciente aplicando todo esse conhecimento da enfermagem obstétrica, será que em alguns momentos também não seria o ideal o médico estar junto e avaliar junto e ter essa organização de como vai ser dada essa assistência a paciente. [...] Então eu acho que ali juntos nesse momento do expulsivo eu acho que é até melhor do que estar um dos dois sozinhos. (E-GUP/15)

Esse modelo do que entendo de obstetrícia, dentro da realidade do Rio de Janeiro, [...] esse negócio de separar o que é baixo risco pra enfermagem do que é alto risco pro médico, isso não existe! Ou trabalhamos juntos, estamos juntos no pré-parto, cada um com suas competências, você fazendo uma parte do trabalho e eu fazendo outra e a gente interagindo. Isso pra mim é o modelo colaborativo! Agora esse negócio de fazer como é feito em alguns lugares, a equipe da enfermagem cuida do risco habitual e se dá alguma confusão A, B, C, D, E chama o obstetra, isso não existe! Ou o contrário, eu tô aqui porque eu sou o obstetra porque a paciente é hipertensa ou com bolsa rota prematura, por que você não pode acompanhar comigo esse parto? Se a tomada de decisão está sendo feita juntos, para o baixo e para o alto. Então não tem baixo e alto, tem equipe obstétrica atendendo a Maria! (MO-GA/16)

Então eu entendo esse cuidado compartilhado, eu não preciso que o médico esteja no período expulsivo, mas seria bom que ele estivesse [...]. E o enfermeiro faz muita diferença, porque ele tá junto, porque ele cria vínculo com a mulher. E nem sempre o médico está junto, e não é porque ele não quer, às vezes ele não consegue porque ele tem outros atendimentos pra fazer. Então eu entendo que esse cuidado compartilhado é isso! [...] Porque de repente eu enfermeira vou estar fazendo outra coisa e aí o médico continua, ele complementa aquela atuação, ele confia que eu toquei agora e está com 3 cm. Que essa mulher esteja assistida durante o tempo que ela precisar, seja pelo enfermeiro ou pelo médico. E aí, não ter aquela coisa, o primeiro estágio é do enfermeiro, o segundo estágio é do médico, e o terceiro sei lá de quem. Sabe?! E uma coisa continuada! (E-GUP/18)

Nesta perspectiva, o modelo colaborativo fundamenta-se em uma atuação conjunta e em permanente associação de conhecimentos científicos e preceitos característicos de cada profissional. Há uma potencialização dessa assistência, principalmente, quando nos referimos a gestações de alto risco, situações em que o cuidado especializado da enfermeira se soma à forma de condução de situações críticas pelo médico obstetra.

Além disso, observa-se no discurso dos gestores o entendimento de uma necessária atuação concomitante entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas,

incluindo a participação conjunta na assistência ao período expulsivo, diferentemente, do que define o protocolo assistencial da Enfermagem Obstétrica da SMS/RJ. Percebe-se que são necessários ajustes para um cuidado compartilhado na maternidade do IFF/Fiocruz a partir dos pré-requisitos que as maternidades municipais estabelecem como modelo colaborativo,

Logo, a caracterização deste modelo de assistência pelos participantes desta pesquisa sofre certa influência do perfil assistencial da maternidade do IFF/Fiocruz. Na medida em que sua clientela de gestantes de risco habitual é reduzida e as gestações de risco materno e fetal são o foco institucional, interfere-se na definição do modelo de atenção e, por sua vez, na dinâmica da assistência ao trabalho de parto, segundo perspectiva da atuação interprofissional.

Além do mais, quando o cuidado compartilhado está fundamento em atitudes profissionais que valorizam a troca de saberes, o reconhecimento e respeito pelas *expertises* de cada profissão e uma comunicação efetiva entre os pares, a convergência das especificidades conduzem a possibilidades de oferta de um cuidado ampliado e qualificado em obstetrícia, aquele sustentado pelas evidências científicas, com objetivo maior de oferecer experiências seguras e positivas de parto para as mulheres e seus bebês.

Eu acho que quando a gente compartilha mesmo a assistência, existe troca, existe comunicação, eu acho que funciona muito bem pra todo mundo [...] pra quem quer que esteja envolvido. (EO-A/1)

O positivo é que quando existe uma vontade de partilhar mesmo, de respeitar o outro profissional, entender que ele também pode estar ali atuando, fazendo aquele mesmo procedimento que ele aprendeu a fazer, isso é positivo. [...] todo mundo pode crescer junto né, respeitando as diferenças, cada um tem um conhecimento, foi preparado para determinado tipo de ação, e é possível conviver. O positivo é isso, respeito! (EO-A/3)

É sempre bom pro paciente né! Porque mesmo que seja o compartilhado, a gente fala o compartilhado, porque a gente divide às vezes né o mesmo parto. "Ah! Fica com você, mas a gente tá vendo também". Então eu acho que a paciente sempre ganha porque a enfermagem tem um cuidado a mais com o paciente, porque elas conseguem estar mais ao lado da paciente por mais tempo, e a gente fica ali na retaguarda também, ajudando no que for preciso, numa coisa mais grave. (MO-A/10)

Eu acho assim, no campo teórico eu acho que é o modelo ideal. Porque você pode compartilhar experiências, e eu acho que os dois

lados ganham com isso. A gente percebe de outras experiencias que muitas vezes os médicos mudam um pouco suas práticas tendo essa vivencia compartilhada com a enfermagem obstétrica. (MO-A/11)

Mas eu acho que as duas profissões podem se somar e trabalhar em conjunto até mesmo porque eu vejo um cuidado da enfermagem muito mais humanizado do que o cuidado do médico obstetra. O olhar da enfermagem pra mim é um olhar menos mecanicista e mais humanizado, enquanto o obstetra ele tem uma atuação mais direcionada a fazer cumprir sua missão. Então ele faz o parto sem dar atenção a outros aspectos relacionados ao parto, a vivência, a experiência da mulher que está parindo, seus sentimentos, suas expectativas. Enquanto eu percebo que a equipe de enfermagem tem o olhar mais aguçado pra esse tipo de cuidado. (MO-A/13)

De maneira geral a geral a gente deveria fazer o cuidado compartilhado do pré-natal até a alta da paciente. O médico entende de diagnóstico e a gente entende de cuidado. Uma coisa não exclui a outra, são complementares. (E-GUP/18)

Contudo, apesar de registrarem em seus depoimentos a potencialidade do modelo colaborativo em obstetrícia para bons resultados materno-fetais, este apresenta algumas características que se apresentam no dia a dia da assistência e que podem conduzir à fragilidade desse processo de trabalho integrado entre as profissões.

[...] a gente ter que ficar buscando essa informação e forçando esse compartilhamento. Então assim, não ser uma demanda espontânea das equipes. Então eu faço o meu cuidado aqui e a outra equipe, a médica faz o seu cuidado ali e no final tudo se desencontra, um fala uma coisa, outro fala outra coisa, a paciente fica perdida [...] quando não tem essa comunicação efetiva. (EO-A/1)

Existe ainda, mesmo dentro dos grupos mais integrados, aquele pensamento de que eu sei mais. O embate, dependendo da unidade, não é tão grande, mas ainda existe. Isso pra mim é o negativo. [...] Porque o objetivo mesmo é que houvesse como um todo. Que se atuasse com parceria e com respeito, sabendo das diferenças, porque realmente um sabe mesmo mais que o outro, estudou mais do que o outro, mas que os dois são capazes. (EO-A/3)

A enfermagem está acompanhando um trabalho de parto, houve algum problema, precisou do médico, a equipe inteira de enfermagem sai. Isso pra mim é abominável. Porque você cria laços com a paciente e simplesmente quando tem algum grau de dificuldade o grupo inteiro sai e entra a médica e todo mundo sai! [...] Acho que também se por algum motivo algo me incomodou não há nenhum problema em eu falar com você! Você se incomoda se eu der uma olhada? Não há nenhum demérito nisso. Se você está acompanhando e houve alguma

intencorrência e me chamou, estamos juntos, mas vamos juntos até o final. Mas ainda assim, você não vai sumir, você não pode sumir! [...] Então você não pode me chamar num momento crítico, porque num momento crítico, é crítico pra você e é crítico pra mim! (MO-A/9)

O problema é que quando você vai considerar esse baixo risco pro enfermeiro? Essa divisão é muito difícil. [...] Aí isso acaba criando um empasse entendeu. A paciente chega lá "Ah! Não! mas essa paciente ela teve escabiose na gravidez, é melhor ficar com vocês" entendeu?! Mas por quê? O que isso vai influenciar no parto? Eu acho que o maior empasse que a gente tem hoje é isso! É definir o que vai ser baixo risco e o que vai ser alto risco. E isso eu vejo como uma fragilidade desse modelo compartilhado. Porque assim, o que é alto risco mesmo, paciente hipertensa, a gente já sabe! Agora definir aquela paciente que tá no meio termo ainda [...]. (MO-A/10)

Por outro lado, também percebo que tem o seu lado negativo. Não raro, a enfermagem obstétrica começa a copiar o médico, a reproduzir o modelo médico. [...] não fica no cuidado um pra um, vai lá pra examinar de meia em meia hora ou de uma em uma hora. Então na verdade tá reproduzindo o mesmo modelo, só muda o personagem do parto. Eu acho que é isso que eventualmente tem que ser enfatizado, que a diferença pro modelo fazer sentido, compartilhado, é que esse cuidado seja contínuo, independente do personagem que vá fazer a assistência ao parto. E quem vai segurar a criança no final das contas? Essa é a parte mais fácil! O acompanhamento é que exige a atenção e faz a diferença. Da mesma forma quando eu acho que rolou alguma coisa diferente e que aí o cuidado tem que chamar o médico, a enfermeira tem que continuar dando assistência, pra dar a continuidade do cuidado. Não é assim, Ah! Passei a bola. Não é mais comigo agora. E eu acho que isso não funciona tão bem. (MO-A/11)

[...] aspecto negativo, diz a não coparticipação em equipe. Ao não trabalho em equipe, como cada um se vendo como um indivíduo, uma profissão isolada, sem ter conhecimento, sem ter a crença que essas duas profissões podem contribuir se somando, ou se ajudando com o foco principal que é a paciente. Então como um aspecto negativo, isso vale pra enfermagem, como para o médico é a de acreditar poder atuar sozinho sem a necessidade da ajuda do outro. (MO-A/13)

Não acho legal essa história da enfermeira sair. Ela estar junto durante o trabalho de parto e no período expulsivo ela sair e deixar o médico em campo porque eu não vejo necessidade disso! (E-GUP/15)

Na cena do parto o problema é que fica todo mundo muito preocupado com o período expulsivo né! Quem vai segurar o bebê? A mãe, o taxista, o porteiro seguram o bebê. Mas esse cuidado de estar do lado, de perceber a fisiologia, de acompanhar, de saber como essa mulher tá e o que ela precisa, você tem que estar do lado. Parece assim que eu só vou oferecer um banho pra essa mulher se eu puder assistir o parto dela até o final. Eu só vou poder fazer uma massagem nessa mulher se eu puder amparar essa criança, entendeu? (E-GUP/18)

No desempenho da assistência obstétrica pela equipe multidisciplinar, algumas atitudes podem favorecer à descontinuidade da atuação colaborativa como a valorização de apenas uma profissão, em detrimento de outra, o que impõe certa limitação para atuação uma integrada. À medida em que, se enfatiza um único conhecimento científico e responsabilização na condução da assistência obstétrica reconhece-se que somente a figura de um profissional é necessária no acompanhamento do trabalho de parto, logo, outros integrantes da equipe assumem papel secundário no processo de cuidado e tomada de decisão.

A metodologia de trabalho no modelo colaborativo implementado, em algumas maternidades do Município do Rio de Janeiro, reflete algumas percepções negativas segundo algumas entrevistas. A atuação da enfermagem obstétrica é sustentada pelos critérios estabelecidos por meio do Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica (2022). No entanto, apesar de nele estar definido que gestantes com intercorrências clínicas ou obstétricas devam ser acompanhadas de maneira compartilhada com a equipe médica, observa-se que alguns participantes identificam a descontinuidade da assistência oferecida pela enfermeira obstétrica nestes casos, e até a ausência desta especialista no acompanhamento e vigilância dessa mulher que apresenta alto risco materno. Situações que sinalizam, de certo modo, a reduzida solidez dos processos de trabalho segundo o modelo colaborativo.

Caminhando no conhecimento sobre o modelo colaborativo, em obstetrícia, em hospital de ensino, foi possível identificar na fala dos participantes como eles compreendem atualmente, após findado o projeto Apice On, a participação das enfermeiras obstétricas em sala de parto da maternidade do IFF/Fiocruz, considerando as especificidades relacionadas ao perfil de usuários e ao número de procedimentos obstétricos realizados. Vale destacar que a presença de uma enfermeira obstétrica, em sala de parto, em escala de serviço diurno se concretizou e permanece até os dias atuais, após a gestão de enfermagem reconfigurar a distribuição das enfermeiras obstétricas plantonistas.

Prestar assistência direta mesmo a paciente, estar ali não só partejando, mas mesmo na hora do período expulsivo [...] realizando o parto de risco habitual. [...] Apesar da peculiaridade do serviço, nós temos gestantes de risco habitual. Chegam pré-natais do posto pra gente e são mulheres que dariam perfeitamente pra enfermagem obstétrica acompanhar [...]. Então eu acho que nós poderíamos sim assumir os trabalhos de parto de risco habitual. (EO-A/1)

Então a gente ser maternidade de alto risco não traria limitação pra nossa atuação porque eu trabalhei no município e também entravam mulheres de risco e a gente atuava lá até onde nós poderíamos ir. Quando chegava o momento do parto, ou de uma distócia, ou de uma complicações o médico estava lá. Por exemplo, uma hipertensa, a pressão dela está controlada, a gente tá ali só acompanhando a evolução do trabalho de parto e vou registrar tudo. Daí a um tempo vai nascer e eu vou chamar o médico, porque aquele parto não é pra mim. Então assim, a gente pode atuar num alto risco, nesse sentido. [...] Eu não vou deixar aquela mulher sozinha. (EO-A/3)

Porque o nosso perfil é a mulher de risco. Então se a gente tem a liberdade e autonomia de atuar no baixo risco, quando interna uma mulher de alto risco a gente vai favorecer a ela nesse cuidado compartilhado a atuação da enfermeira obstétrica. Eu acho que nossa assistência seria assim, o ideal, porque o nosso grupo maior é o alto risco, então a gente estaria fazendo esses cuidados também pra mulher de alto risco. E no risco habitual a gente com mais autonomia pra ficar até o final. Assim, e tê-los quando tivesse uma situação de dúvida ou de uma distocia, enfim. Não precisaria da presença deles né. (EO-A/6)

Só que tem alguns médicos que já tem uma certa prática e aí juntou com alguns enfermeiros que já tem a prática fora daqui. Algumas coisas começaram a sair e aí a gente fazia um modelo que gente chamava de compartilhado. Uma assistência compartilhada, mas que era assim, o enfermeiro ficava muito ali durante o trabalho de parto, atendendo, mas na hora que chegava o momento do parto o residente médico acabava entrando na frente. (E-GA/14)

Como explicitado acima pelas enfermeiras obstétricas, a assistência de enfermagem, no acompanhamento do trabalho de parto e no parto, é possível, pois a maternidade do IFF/Fiocruz recebe gestantes de risco habitual referenciadas de uma CMS localizada no bairro de Copacabana, parceira da Rede Cegonha. Considerando o reduzido quantitativo de partos de risco habitual, a enfermeira obstétrica acredita no compartilhamento dessa assistência com o residente de Medicina e de Enfermagem, em um aprendizado interprofissional. Sobretudo, ela se sente responsável em oferecer seu cuidado às mulheres classificadas como alto risco materno e fetal, garantindo não somente o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e seu apoio emocional, mas também a vigilância obstétrica exigida nesses casos.

Para outros integrantes da equipe assistencial, não foi possível identificar clareza quanto a essa dinâmica de trabalho no modelo colaborativo para o IFF/Fiocruz, definindo-se a participação e responsabilização de cada categoria em determinado período clínico do parto, especialmente, por considerarem o perfil assistencial da maternidade e por não ter se formalizado via protocolo institucional os partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas segundo o Projeto Apice On.

Em sala de parto a gente avaliar a assistência como um todo dessa mulher de baixo risco, como não tem essa assistência direta, mas a gente pode estar junto dessa mulher. Quando é um parto de alto risco, a gente estar junto no cuidado, não só em sala de parto, mas em centro cirúrgico também porque a gente acaba tendo muitos casos de má formação [...]. No trabalho de parto de alto risco, a gente ficar atento a essas eminencias do que pode acontecer com essa mulher, ficar ao lado, [...] estar mesmo vigilante [...], de planejar pra que a gente possa atender melhor aquela mulher. E de risco habitual como a gente não está atuando em si, a gente pode estar ao lado, a gente pode fornecer uma tecnologia não invasiva de alívio da dor né, de orientar essa mulher. (EO-A/4)

Hoje em dia o que eu vejo é por exemplo, a enfermeira que atua muito com a gente, pelo menos nos meus plantões. A gente faz um modelo colaborativo que todo mundo ajuda tanto no trabalho de parto como na hora do parto, eu acho que é tranquilo, quer dizer, eu acho que é maravilhoso. [...] a gente já trabalha com a enfermagem obstétrica e sabe a importância e isso é uma coisa muito nítida pra gente. (MO-A/8)

Nós temos dificuldades e olhares diferentes pro que está acontecendo e ao mesmo tempo nós temos a obrigação de dar a assistência e é do início ao fim. Todos temos que estar do início ao fim. Respeitando claro, situações e individualidades, mas ao mesmo tempo sem deixar de dar a assistência. (MO-A/9)

Já que a gente tem mais alto risco, aí o médico assumir essa assistência, [...], mas eu faço uma prática integrativa, algum cuidado para o alívio da dor, vejo tudo que importa para aquele parto, mas o parto é responsabilidade do médico porque a paciente é de risco obstétrico ou risco fetal. Então eu sei que aquilo não é responsabilidade minha, mas aquilo não pode me impedir de eu prestar o cuidado, só porque é alto risco, não! Ela continua precisando de um banho morno, ela continua precisando de uma massagem, de um acompanhante que seja parceiro, continua precisando de um espaço organizado, ela continua precisando de tudo que uma mulher de risco habitual precisa. Só que ela tem um risco obstétrico e quem tem a capacidade de dar melhor atendimento é o médico. (E-GUP/15)

Na época eu achava que tinha que ser o que eu acabei de falar pra você! Colaborativo raiz! Estamos juntos no pré-parto, acompanhando,

tocando, independente do risco. E passados quatro anos e meio, continuo pensando que é isso! Agora eu tenho certeza que é dessa forma! (MO-GA/16)

[...] aqui a enfermagem obstétrica também não tem uma inserção grande na prática dos partos. Até porque tem muitos residentes, então, eu nunca vivi uma experiência de ter uma enfermeira obstétrica atuando, dividindo e tal. [...] Mas eu também acho que não existe um modelo ideal, acho que depende do contexto, depende da estrutura física, depende de recursos, de quantas são, como é, depende de qual o perfil da instituição. Então dizer que tem um modelo ideal, não! O modelo ideal é o modelo daquela maternidade, daquele contexto, daquelas pessoas. (MO-A/17)

Se eu tivesse esse poder de decidir como a enfermeira deveria atuar, no centro obstétrico do IFF ela ia começar pelo vínculo. O parto ia ser consequência. Ela ia começar pelo vínculo, ela ia oferecer uma tecnologia pra essa mulher, ela ia estar perto, ela ia perceber a evolução desse trabalho de parto. E a humanização da assistência é você estar do lado, é você entender a necessidade do outro, é você não ter padrões rígidos. A gente também não pode virar aquela loucura, todo mundo tem que andar, todo mundo tem que ir pra bola, todo mundo tem que ir pro chuveiro. Não! Tem mulher que quer ficar quietinha, tem mulher que precisa, que ela se movimente, que ela ande, que ela escute música, que de repente você dance com ela. Mas você só consegue fazer isso estando do lado, ouvindo a necessidade dela. (E-GUP/18)

Assim sendo, muitos participantes compreendem que para o IFF/Fiocruz, essa dinâmica do modelo colaborativo deve ser assumida pela enfermeira obstétrica e pelo médico obstetra de maneira integral, independente do período clínico do parto ou da classificação quanto à presença ou à ausência de risco gestacional. Para mais, está explícito que não há um modelo padrão a ser implementado na unidade, pois neste processo desconsideram-se as singularidades do cenário e torna o processo de transição mais árduo para todos os envolvidos. Ou seja, não é possível importar um modelo colaborativo exemplar, como os do Hospital Sofia Feldman ou de algumas maternidades municipais do Rio de Janeiro, para um contexto e realidade com dinâmicas particulares e próprias. Para o IFF/Fiocruz, é necessário avançar em reflexões e discussões coletivas sobre como a enfermeira obstétrica e o médico obstetra estabeleçam parceria, comunicação efetiva, entrosamento e relações horizontais, a fim de conceituar o seu próprio modelo colaborativo e, quiçá, por ser um instituto de referência nacional, tornar-se exemplo para outros hospitais de ensino com padrões semelhantes.

Ao longo desta investigação, foram detalhadas peculiaridades compreendidas pelos participantes, as quais se apresentaram, de certa forma, como entraves para a concretização da inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto. Fato exposto em reunião do GEL.

"Mediadora perguntou se houve algum avanço em relação ao protocolo de assistência ao parto de risco habitual e progressos em relação ao modelo de assistência colaborativa entre as equipes. E-GUP/15 colocou que ainda não houve consenso entre as equipes e nem a assistência ao parto por enfermeira obstétrica está sistematizada. A dificuldade maior é buscar equilíbrio e consenso com a equipe médica e estabelecer o que compete a enfermagem obstétrica. Enfermeira bolsista diz que sua maior dificuldade, aqui no IFF, é a assistência direta ao parto. Na sua opinião existe um viés no modelo colaborativo, uma dicotomia durante a assistência. MO-GA/16 sugeriu que, primeiro temos que marcar uma reunião com todo o grupão (médicos/enfermeiros), revisar os pontos do protocolo e traçar as estratégias de condução. Ainda comentou que se o grupo não tiver maturidade nós não avançaremos no processo de trabalho" (Ata reunião GEL em 07/05/2019)

A legitimação da assistência integral no acompanhamento do trabalho de parto e parto pela enfermeira obstétrica mediante protocolo institucional, não foi contemplada decorrente das adversidades enfrentadas no período de execução do Projeto Apice On expostos anteriormente. Com isso, algumas enfermeiras e obstetras acreditam que apesar de ser vital sua presença, pois relaciona-se às boas práticas obstétricas e maior atenção sobre aquelas mulheres que se encontram em grupos específicos de risco, não ficou clara a dinâmica dessa assistência, principalmente quanto à tomada de decisões e à responsabilidade compartilhada pelos membros da equipe, quando se refere à conduta no período expulsivo de gestantes de risco habitual. Isto ratifica a dificuldade de compreensão dos propósitos do modelo colaborativo e sua implantação em hospitais de ensino por parte da equipe multiprofissional.

5.2. DADOS QUANTITATIVOS

A amostra foi constituída por 2.132 mulheres com idade gestacional ≥ 22 semanas, que realizaram procedimentos obstétricos, parto normal e cirurgia cesariana, no período de execução do Projeto Apice On, na maternidade do IFF/Fiocruz. A maioria se encontrava na faixa etária dos 20 a 34 anos, multíparas e sem parto cesárea prévio. Um pouco mais da metade eram gestantes sem risco gestacional, mas das que se enquadravam neste critério, grande parte apresentou apenas uma complicaçāo, sendo malformação fetal a mais prevalente, seguida da hipertensão arterial (Tabela 1).

Tabela 1 – Características individuais e obstétricas de mulheres com idade gestacional ≥ 22 semanas submetidas a procedimentos obstétricos em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	n	%
Faixa etária (n = 2.039)		
≤ 15 anos	41	2,0
16 a 19 anos	251	12,3
20 a 34 anos	1329	65,2
≥ 35 anos	418	20,5
Paridade (n = 2.095)		
Nulípara	889	42,4
Multípara	1.206	57,6
Parto cesáreo prévio (n = 2.087)		
Sim	538	25,8
Não	1549	74,2
Gestação de alto risco (n = 1.872)		
Sim	794	42,4
Não	1078	57,6
Quantidade de complicações (n = 959)		
1 complicaçāo	794	82,8
2 complicações	137	14,3
3 ou mais complicações	28	2,9
Tipos de complicações (n = 830)		
CIUR*	35	4,2
Diabetes gestacional	59	7,1
Diabetes pré-gestacional	1	0,1
Doença crônica grave	4	0,4
DPP**	1	0,1
Eclâmpsia	2	0,2
Hipertensão arterial	202	24,3
Infecções	113	14,1
MFF***	377	45,2
Placenta prévia	0	0
Outras	36	4,3

*CIUR = Crescimento Intra Uterino Restrito; **DPP = Descolamento prematuro de placenta; ***MFF = Malformação Fetal

Tabela 2 – Distribuição dos tipos de partos em um hospital de ensino conforme o risco gestacional. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	Alto risco n (%)	Baixo risco n (%)
Tipo de parto (n = 2.113)		
Normal	409 (40,3)	481 (43,9)
Cesárea	607 (59,7)	616 (56,1)

Observa-se na tabela 2, que o predomínio dos nascimentos ocorreu por meio da cirurgia cesariana em mulheres de alto risco (59,7%). Desses partos, constata-se que houve maior contribuição relativa mulheres classificadas como grupo 2 (primíparas cujo parto foi induzido ou submetidas à cesariana anteparto, com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas de gestação) e 5 (multíparas com pelo menos 1 cesárea anterior, com feto único,cefálico, ≥ 37 semanas de gestação) da Classificação de Robson (tabela 3).

Tabela 3 – Planilha de Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Grupo	Nº Cesáreas	Nº Total Nascimentos	Tamanho do Gr (%)	% CS no Gr	Contribuição relativa do Gr para taxa de CS
1	90	345	16,3	26,1	8,2
2	198	298	14,1	66,4	18,0
3	39	290	13,7	13,4	3,6
4	82	187	8,9	43,8	7,4
5	294	370	17,5	79,4	26,7
6	40	46	2,2	86,9	3,6
7	50	60	2,8	83,3	4,5
8	188	210	9,9	89,5	17,0
9	5	5	0,2	100,0	0,5
10	116	305	14,4	38,0	10,5
Total	1.102	2.116	100	52,1	100

A tabela, a seguir, apresenta os nascimentos via parto normal em mães de risco habitual, correspondendo a maioria ao grupo 1 (33,2%), seguido do grupo 3 (31,7%) da Classificação de Robson. Ou seja, representam os partos normais potenciais para a assistência da enfermeira obstétrica, segundo critérios definidos no Protocolo Assistência da Enfermagem Obstétrica na SMS/RJ (2022).

Tabela 4 – Distribuição dos partos normais conforme a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	Classificação Robson				
	Grupo 1 n (%)	Grupo 2a n (%)	Grupo 3 n (%)	Grupo 4a n (%)	Grupo 5 n (%)
Mães de baixo risco (n = 519)	200 (33,2)	40 (6,6)	191 (31,7)	37 (6,1)	51 (8,5)

Contudo, observa-se que somente 10 partos normais foram assistidos pela enfermeira obstétrica no período de execução do projeto Apice On, sendo o grupo 3 da classificação de Robson a maior parte dessa assistência obstétrica por esta especialista na sala de parto do IFF/Fiocruz, conforme tabela 5 e 6.

Tabela 5 – Profissional que assistiu o parto normal em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	n	%
Profissional que assistiu o parto (n = 968)		
Enfermeiro	10	1,1
Médico	953	98,4
Outro	5	0,5

Tabela 6 – Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas conforme a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	n (%)
Classificação Robson	
Grupo 1	1 (10,0)
Grupo 2a	0
Grupo 3	4 (40,0)
Grupo 4a	1 (10,0)
Grupo 5	1 (10,0)
Grupo 10*	3 (30,0)

Sobre as variáveis relacionadas às práticas recomendáveis e que devem ser estimuladas na assistência obstétrica aos trabalhos de parto e parto normal, verifica-se na tabela 7 que a maioria das mulheres pôde se alimentar durante o trabalho de parto, fizeram uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, contaram com a presença do acompanhante no parto normal, assumiram a posição semi-sentada no período expulsivo, tiveram contato pele a pele com seu bebê na primeira hora de vida, foram estimuladas quanto à amamentação na primeira hora de vida, sendo a maior justificativa para as que não conseguiram ser beneficiadas para esta boa prática, a condição clínica. Por fim, o clampeamento do cordão umbilical deu-se após 1 minuto

do nascimento, em momento oportuno, e poucas mulheres foram submetidas à analgesia intraparto.

Tabela 7 – Variáveis referentes às práticas recomendadas de cuidado no trabalho de parto e parto normal implementadas em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	n	%
Oferta de dieta líquida (n = 973)		
Líquida/leve	933	95,9
Zero	40	4,1
Uso de método não farmacológico para alívio da dor (n = 929)		
Sim	703	75,7
Não	226	24,3
Presença de acompanhante (n = 960)		
Sim	882	91,9
Não	78	8,1
Posição da parturiente no período expulsivo (n = 938)		
Cócoras	38	4,1
Deitada	228	24,3
Quatro apoios	17	1,8
Semi sentada	560	59,7
Sentada	81	8,6
Outros	14	1,5
Contato pele a pele do bebê com a mãe (n = 955)		
Sim	777	81,4
Não	178	18,6
Estabelecimento de amamentação na 1ª hora de vida (n = 902)		
Sim	590	65,4
Não	312	34,6
Motivo de não amamentar na 1ª hora de vida (n = 206)		
Pedido da mãe	19	9,2
Condição clínica da mãe	20	9,7
Condição clínica do recém nascido	132	64,1
Não informado	35	17,0
Momento do clampeamento do cordão umbilical (n = 953)		
< 1 minuto	324	34,0
≥ 1 minuto	629	66,0
Uso de analgesia intraparto (n = 914)		
Local	123	13,5
Peridural	47	5,1
Peridural + Raqui	6	0,7
Raqui	18	2,0
Venosa	27	3,0
Outras	3	0,3
Não	690	75,5

Ao considerar as boas práticas na cirurgia cesariana, evidencia-se, na tabela 8, que a maioria das mulheres contaram com a presença de acompanhante no momento do nascimento (86,4%), não vivenciaram o contato cutâneo direto precoce (72,8%) e o estabelecimento da amamentação na primeira hora após o parto (83,3%), sendo a condição clínica do recém-nascido a principal justificativa. Quanto ao clampeamento oportuno do cordão umbilical, não se constituiu, em prática regular, ocorrendo para 66,2% das mulheres antes de 1 minuto.

Tabela 8 – Práticas recomendadas no nascimento por cirurgia cesariana em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	Cesáreo n (%)
Presença de acompanhante (n = 992)	
Sim	857 (86,4)
Não	135 (13,6)
Contato pele a pele do bebê com a mãe (n = 1.045)	
Sim	284 (27,2)
Não	761 (72,8)
Estabelecimento de amamentação na 1ª hora de vida (n = 1.021)	
Sim	170 (16,7)
Não	851 (83,3)
Motivo para não amamentar no PC (n = 566)	
Pedido da mãe	8 (1,4)
Condição clínica da mãe	54 (9,5)
Condição clínica do recém nascido	428 (75,6)
Não informado	76 (13,5)
Momento do clampeamento do cordão umbilical (n = 1.038)	
< 1 minuto	687 (66,2)
≥ 1 minuto	351 (33,8)

Na tabela 9, verifica-se que a boa prática oferta de dieta líquida foi prevalente para as gestantes classificadas no grupo 1 (26,8%) e grupo 3 (22,4%) da classificação de Robson.

Tabela 9 – Prescrição de dieta líquida segundo a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	Dieta TP	
	Líquida/leve n (%)	Zero n (%)
Classificação Robson		
Grupo 1	310 (26,8)	31 (3,6)
Grupo 2a	134 (11,6)	33 (3,8)
Grupo 3	259 (22,4)	14 (1,6)
Grupo 4a	113 (9,8)	15 (1,7)

Grupo 5	91 (7,9)	266 (30,5)
Grupo 6	12 (1,0)	30 (3,4)
Grupo 7	11 (0,9)	43 (4,9)
Grupo 8	28 (2,4)	165 (18,9)
Grupo 9	1 (0,1)	4 (0,5)
Grupo 10	184 (15,9)	108 (12,4)

Em relação ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, esta recomendação obstétrica foi empregada em 29,1% das gestantes do grupo 1 e 22,6% do grupo 3 da Classificação de Robson (tabela 10).

Tabela 10 – Método não farmacológico para alívio da dor segundo a Classificação Robson, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	Métodos não farmacológicos	
	Sim n (%)	Não n (%)
Classificação Robson		
Grupo 1	253 (29,1)	55 (5,8)
Grupo 2a	114 (13,1)	36 (3,8)
Grupo 3	197 (22,6)	68 (7,1)
Grupo 4a	89 (10,2)	36 (3,8)
Grupo 5	80 (9,2)	234 (24,5)
Grupo 6	4 (0,5)	30 (3,1)
Grupo 7	4 (0,5)	47 (4,9)
Grupo 8	16 (1,8)	153 (16,0)
Grupo 9	0	4 (0,4)
Grupo 10	102 (11,7)	153 (16,0)

A respeito da recomendação obstétrica, contato pele a pele, a tabela 11 sinaliza que para nascimentos por parto normal, 89,6% dos recém-nascidos (RN'S) com idade gestacional ≥ 37 semanas foram oportunizados para esta prática; de maneira semelhante, os RN's com Apgar no 5º minuto ≥ 7 (98,7%), bebês que não sofreram reanimação (94,1%), ou seja, apresentavam boas condições de vitalidade no nascimento ou não apresentavam MFF (90,1%).

Tabela 11 – Indicadores relacionados ao contato pele a pele entre recém-nascido e mães segundo tipo de parto, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variável	Contato pele a pele	
	Sim n (%)	Não n (%)
Parto normal		
Idade gestacional		
≥ 37 semanas	696 (89,6)	85 (47,7)
< 37 semanas	81 (10,4)	93 (52,3)
Apgar no 5º minuto		
< 7	10 (1,3)	64 (36,2)
≥ 7	761 (98,7)	113 (63,8)
Reanimação do RN		
Sim	44 (5,9)	56 (32,9)
Não	708 (94,1)	114 (67,1)
Malformação fetal		
Sim	77 (9,9)	87 (49,2)
Não	700 (90,1)	90 (50,8)
Parto cesáreo		
Idade gestacional		
≥ 37 semanas	253 (89,1)	496 (65,2)
< 37 semanas	31 (10,9)	265 (34,8)
Apgar no 5º minuto		
< 7	0	61 (8,1)
≥ 7	284 (100,0)	113 (91,9)
Reanimação do RN		
Sim	22 (7,9)	268 (36,9)
Não	255 (92,1)	459 (63,1)
Malformação fetal		
Sim	28 (9,9)	246 (32,5)
Não	256 (90,1)	511 (67,5)

Nos nascimentos por cirurgia cesariana, também se observaram altas porcentagens desta prática, 89,1% para RN's com idade gestacional ≥ 37 semanas; 100% para Apgar no 5º minuto ≥ 7; 92,1% para RN'S que não precisaram de reanimação neonatal e 90,1% dos bebês que não possuíam algum tipo de MFF.

Por conseguinte, o estabelecimento da amamentação, na primeira hora de vida (tabela 12), também se apresentou como uma prática recomendada, amplamente instituída nos nascimentos para parto normal seguindo os critérios como idade gestacional ≥ 37 semanas (92,3%), Apgar no 1º minuto ≥ 7(97,2%), ausência de reanimação neonatal (96,2%) e MFF (91,9%); assim como nos nascimentos por via alta 87,6%, 97%, 92,9% e 94,1%, respectivamente.

Tabela 12 – Indicadores relacionados a amamentação na 1ª hora segundo o tipo de parto, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variável	Amamentação na 1ª hora	
	Sim n (%)	Não n (%)
Parto normal		
Idade gestacional		
< 37 semanas	45 (7,7)	119 (38,1)
≥ 37 semanas	545 (92,3)	193 (61,9)
Apgar no 1º minuto		
< 7	17 (2,8)	117 (37,9)
≥ 7	564 (97,2)	192 (62,1)
Reanimação do RN		
Sim	22 (3,8)	74 (24,7)
Não	563 (96,2)	226 (75,3)
Malformação fetal		
Sim	48 (8,1)	113 (36,3)
Não	542 (91,9)	198 (63,7)
Parto cesáreo		
Idade gestacional		
< 37 semanas	21 (12,4)	271 (31,9)
≥ 37 semanas	147 (87,6)	580 (68,1)
Apgar no 1º minuto		
< 7	5 (3,0)	157 (18,6)
≥ 7	165 (97,0)	686 (81,4)
Reanimação do RN		
Sim	12 (7,1)	281 (34,4)
Não	156 (92,9)	535 (65,6)
Malformação fetal		
Sim	10 (5,9)	264 (31,2)
Não	160 (94,1)	583 (68,8)

Quanto ao clampeamento do cordão umbilical, a tabela 13 informa que para os nascimentos de parto normal, segundo as condições de gestação a termo (90,6%), Apgar no 1º minuto ≥ 7 (96,7%), ausência de reanimação neonatal (97,7%) e MFF (90,5%), ocorreu em preponderância em momento oportuno, ou seja, mais de 1 minuto após o nascimento. Esta boa prática ocorreu de maneira similar para a maioria dos nascimentos por cirurgia cesariana, considerando os mesmos critérios; 84,6%, 98,3%, 88,9% e 89,4%, respectivamente.

Tabela 13 – Indicadores relacionados ao clampeamento do cordão umbilical segundo o tipo de parto, em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	Clampeamento do cordão umbilical	
	< 1 minuto n (%)	≥ 1 minuto n (%)
Parto normal		
Idade gestacional		
< 37 semanas	114 (35,3)	59 (9,4)
≥ 37 semanas	210 (64,7)	570 (90,6)
Apgar no 1º minuto		
< 7	118 (36,8)	23 (3,3)
≥ 7	203 (63,2)	595 (96,7)
Reanimação do RN		
Sim	85 (27,5)	14 (2,3)
Não	224 (72,5)	597 (97,7)
Malformação fetal		
Sim	106 (32,8)	60 (9,5)
Não	217 (67,2)	569 (90,5)
Parto cesáreo		
Idade gestacional		
< 37 semanas	247 (36,0)	54 (15,4)
≥ 37 semanas	440 (64,0)	297 (84,6)
Apgar no 1º minuto		
< 7	157 (23,1)	6 (1,7)
≥ 7	523 (76,9)	344 (98,3)
Reanimação do RN		
Sim	257 (39,4)	38 (11,1)
Não	395 (60,6)	305 (88,9)
Malformação fetal		
Sim	236 (34,6)	37 (10,5)
Não	447 (65,4)	314 (89,4)

A tabela 14 apresenta as variáveis relacionadas a práticas não recomendadas, durante o trabalho de parto e parto para os grupos 1 e 3 da Classificação de Robson. Assim, a maioria das mulheres foram submetidas à cateterização venosa (64,2%), sobre o momento de prescrição da medicação ocitocina ocorreu para a maioria das mulheres (72,4%) no 3º estágio do trabalho de parto como uma importante prescrição para prevenção da hemorragia pós-parto.

Tabela 14 – Variáveis referentes às práticas não recomendadas no trabalho de parto e parto conforme grupo 1 e 3 de Robson em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	n	%
Presença de punção venosa (n = 561)		
Sim	360	64,2
Não	201	35,8
Infusão de ocitocina nos estágios do trabalho de parto (n = 583)		
1º estágio	31	5,3
2º estágio	100	17,1
3º estágio	422	72,4
Não	30	5,2

Observar-se na tabela a seguir que a episiotomia como prática obstétrica não recomendado por organismos internacionais e nacionais, encontra-se em um percentual reduzido de mulheres submetidas a esse procedimento (1,3%).

Tabela 15 – Indicadores relacionados à realização de episiotomia em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	n	%
Realização de episiotomia (n= 2.079)		
Sim	28	1,4
Não	2051	98,6

Identifica-se, na tabela abaixo, que a maioria das mulheres no pós-parto imediato e pós abortamento não tiveram a possibilidade de inserção de DIU com cobre.

Tabela 16 – Indicadores relacionados ao momento de inserção do DIU com cobre em um hospital de ensino. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, maio 2018 a junho 2020.

Variáveis	n (%)
Inserção de DIU com cobre no pós-parto imediato	22 (1,9)
Inserção de DIU com cobre no pós-aborto imediato	2 (2,1)

* MFF = Malformação Fetal

Assim sendo, estes resultados relacionam-se aos indicadores de práticas obstétricas necessários para o acompanhamento, monitoramento e vigilância rumo à qualidade da atenção na maternidade do IFF/Fiocruz refletido nos propósitos do projeto Apice On. Faz-se necessário que haja devolução e disseminação dos resultados pela gestão à equipe assistencial a fim de que, os profissionais envolvidos conheçam as suas práticas e promovam um processo contínuo de avaliação e aprimoramento dos processos de trabalho na maternidade. Para tanto, destaca-se a

necessidade de garantir a manutenção da continuidade na produção desses dados, na medida em que favorecem a comparação com resultados anteriores e com outros serviços na busca por melhorias do cuidado.

5.3 COMBINAÇÃO DOS DADOS POR INCORPORAÇÃO

Segundo o Projeto Incorporado, foi realizada a análise dos dados primários, em seguida a análise dos dados secundários e, neste momento segue-se a análise mais detalhada dos métodos mistos para determinar como e de que maneira os dados secundários corroboram com os dados primários. Sob este aspecto, adotamos a comparação lado a lado ou *joint display*, o qual consiste em integrar os dados reunindo-os por meio visual, como uma tabela, para que possam ser comparados e, assim, extrair novos insights, a partir do entendimento de como os dados qualitativos e quantitativos interagem e produzem inferências (CREWELL; CLARK, 2013; GUTTERMAN; FETTERS; CRESWELL, 2015).

No quadro abaixo, apresentamos o *joint display* para os dados qualitativos e quantitativos. A exibição contém a primeira coluna relacionada aos pontos de execução do componente qualificação da atenção descritos no projeto Apice On, a segunda coluna consiste na organização das narrativas mais representativas dos participantes (domínio qualitativo), seguido da terceira coluna com a apresentação de alguns indicadores (domínio quantitativo) correspondentes aos cuidados obstétricos implementados durante o período de execução do projeto na maternidade do IFF/Fiocruz e, por fim, a quarta coluna apresenta as inferências ou *insights* gerados.

Quadro 9: Mixagem dos dados e produção de inferências entre os dados qualitativos e quantitativos

O IFF/Fiocruz e seu cuidado obstétrico segundo o Apice On	Investigação qualitativa	Investigação quantitativa	Inferências Convergências e divergências
A maternidade do IFF/Fiocruz e seu perfil obstétrico	<p><i>Bem, o IFF tem uma especificidade pela questão do alto risco fetal. (EO-A/2)</i></p> <p><i>A gente é uma maternidade de alto risco fetal, temos alguns casos de alto risco materno e o número de partos aqui, por ser alto risco, por ser referência pra neonatologia é muito pequeno. (E-GUP/7)</i></p> <p><i>Vamos lá. Primeiro a gente tem que lembrar que o Figueira tem um perfil muito específico. Nossos partos, nossas pacientes, é um perfil muito diferente de outras maternidades do município. (MO-A9)</i></p> <p><i>A maternidade sempre teve esse número de partos [...] 100/110 por mês [...] nos últimos 3 meses [...] meu percentual de risco era 90%, porque era mal formado, ou porque era cesárea prévia, ou porque tinha alguma intercorrência materna, porque tinha algum antecedente ruim. (MO-GA/16)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 42,4% das mulheres eram classificadas como risco gestacional, com pelo menos 1 complicação. - Das mulheres classificadas com risco gestacional, 45,2% eram MFF, seguido de 24,3% de hipertensão arterial. - 59,7% dos nascimentos ocorreram por cirurgias cesarianas em mães de alto risco. 	<p>Os dados qualitativos e quantitativos denotam concordância na descrição do perfil institucional do IFF/Fiocruz. Uma instituição que presta assistência de média e alta complexidade nos níveis ambulatorial e hospitalar. Ademais, a assistência obstétrica é reconhecida como referência no Sistema Estadual de Gestação de Alto Risco para risco fetal, através do setor Medicina Fetal.</p>

<p>A execução do Projeto Apice On</p>	<p><i>Acho que a gente poderia ter mais esse compartilhamento com a equipe, não só quando eu preciso, só vou compartilhar com você porque eu estou com uma emergência ali. [...] Não é aquele cenário que a gente imaginou, a atuação da enfermeira obstétrica cem por cento. [...] estar ali não só partejando, mas na hora do período expulsivo [...] realizando o parto de risco habitual. [...] Apesar da peculiaridade do serviço, nós temos gestantes de risco habitual. Chegam pré-natais do posto pra gente e são mulheres que dariam perfeitamente pra enfermagem obstétrica acompanhar [...]. (EO-A/1)</i></p>	<p>- 40,3% de partos normais em mães com alto risco.</p> <p>- Dos 43,9% de partos normais de risco habitual, 33,2% correspondiam ao grupo 1 e 31,7% ao grupo 3 da Classificação de Robson.</p> <p>- 1,1 % de partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas na sala de parto do IFF/Fiocruz.</p>	<p>Os dados quantitativos apresentam um papel suportivo sobre os dados qualitativos. A inserção da enfermeira obstétrica na sala de parto e a assistência a partos normais de risco habitual por elas apresentou inúmeros questionamentos e entraves durante a sua execução.</p>
<p>Resultados não contemplados, segundo o componente qualificação da atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partos normais de baixo risco assistido por enfermeiras obstétricas 	<p><i>A gente foi, mas não tinha um planejamento de como vai ser. A gente vai entrar em um parto de baixo risco por semana? Ou então como vai ser essa divisão com a equipe médica? [...] Eu acho que se deixasse isso mais amarrado, aos poucos talvez as pessoas iriam acostumar com a ideia de a enfermagem obstétrica estar atuando. [...] ninguém pensou nessa proposta de como seria a divisão pra enfermagem atuar. (EO-A/4)</i></p> <p><i>Se a gente tivesse entrado propondo um espaço compartilhado, eu acho que poderia ter sido bem mais aceito do que partos com assistência exclusiva como era proposto no projeto, do início ao fim pelo enfermeiro, em nenhum momento a equipe médica poderia interagir. E pela nossa quantidade baixa e pelo perfil das nossas mulheres que a gente poderia fazer o parto também é baixa, eu acho que isso foi uma falha politicamente nossa aqui na instituição. (EO-A/5)</i></p>		<p>Alguns participantes percebem a existência, mesmo que seja em quantitativo reduzido, daquelas mulheres classificadas como risco habitual e que, constituía-se no público alvo para o cuidado exclusivo da enfermeira obstétrica.</p> <p>As dificuldades que perpassaram esse processo de transição, como a falta de planejamento e esclarecimentos em como seria a assistência obstétrica e os papéis de cada</p>

	<p><i>Acho muito complicado quando as pessoas estão com as coisas só no papel e simplesmente aparece! E você: "Ué! Quem é? Como é? Como vai ser? Tem limites? Não tem limites?" [...] ninguém sabia como a enfermagem obstétrica estava entrando. "E, como é que vai ser? E ninguém sabia!" Precisava ter sido tão difícil? Não precisava! E quem entra, coitados! Entra também armados, porque também não está sendo bem recebido! E isso retroalimenta e fez a gente viver situações sem precisar! (MO-A/9)</i></p> <p><i>Eu acho que essa dificuldade foi por causa dessa falta de divulgação, falta de discussão [...] simplesmente chegaram duas enfermeiras obstetras e colocaram lá entendeu. E aí todo mundo ficou assim! "E agora?" (MO-A10)</i></p> <p><i>Mas se eu também pactuasse com aquela situação, como iriam ficar os meus residentes? Um parto no dia. Pra quem seria o parto? Mas aí vamos voltar para o Fernandes Figueira, um dos pontos que eu inclusive, exerci uma certa resistência, foi que pelas características do Fernandes Figueira, por ser uma maternidade que faz 100 partos/mês, e desses 50% são cesarianas, temos três turmas de residência médica, [...] e aí eu incorporo o corporativismo, de entender que dentro dessa maternidade esse modelo de assistência obstétrica pela enfermeira obstetriz iria tirar espaço do meu residente. E o meu residente está aqui para se formar e a gente deseja que ele se forme e vá pro SUS. [...]. (MO-A/12)</i></p> <p><i>E aí chegavam no centro obstétrico na hora da assistência ao trabalho de parto e parto, os médicos como a maioria não tem experiência com a enfermagem obstétrica, tinham medo da enfermeira atuar. Eu não</i></p>	<p>profissional. Seja o risco habitual exclusivo para a enfermeira assim como determinava o projeto, ou a possibilidade de atuação integrada entre o médico obstetra e a enfermeira obstétrica, como uma alternativa de ajuste do modelo colaborativo tradicionalmente conhecido.</p> <p>Ainda, a deficiência de comunicação durante a inserção destas profissionais no centro obstétrico, associado a não compreensão dos papéis pertinentes a cada categoria profissional induziu a relações conflituosas no cotidiano da maternidade.</p> <p>Igualmente, tornou-se um importante questionamento sobre a harmonização entre a missão de um hospital de ensino, o processo de formação dos</p>
--	--	---

	<p><i>sei se eles pensam que a gente não tem competência ou se eles não entendem até onde vai. Porque alguns até falam: "Ah! Mas você vai prestar assistência, mas se complicar vocês chamam a gente então não adianta!" [...] Eles têm essa visão de que o enfermeiro tem que estar sempre junto ao médico, exercendo uma coisa que seja meio que "autorizado" pelo médico. Isso porque não tem o conhecimento e não trabalha o dia a dia com o enfermeiro, de não saber a competência do enfermeiro. (E-GA/14)</i></p> <p><i>[...] os residentes até já estão mais acostumados a trabalhar com o enfermeiro obstetra lá fora. Os staff's mais novos também. Mas os staff's antigos não sabiam nem quais são as competências da enfermeira obstétrica. Então era visto muito como se a gente não tivesse a qualificação necessária. Fosse um quebra galho sabe?! A gente tá ali, mas a gente não sabe muito bem o que a gente está fazendo. [...] Era uma coisa quase que rivalizada, se o enfermeiro entra eu não posso entrar. Se essa mulher complicar eu não estou aqui para poder corrigir a besteira que a enfermeira fez, uma vez que eu acho que ela não é tão qualificada pra estar fazendo isso. (E-GUP/18)</i></p>	<p>residentes médicos, a caracterização de procedimentos obstétricos do IFF/Fiocruz e o objetivo do projeto Apice On quanto à atuação das enfermeiras obstétricas.</p> <p>Todas estas contrariedades estavam postas no cenário e determinaram desvios para atingir o resultado proposto.</p>
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de inserção imediata de DIU com cobre no pós-parto e pós-aborto. • Serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual 	<p><i>Mas com relação ao DIU no pós-parto e ao atendimento a mulheres vítimas de violência, foi muito pequeno o avanço se a gente for pensar que um dos objetivos da inserção do Apice On era promover o crescimento desse perfil de demanda. (MO-A/13)</i></p> <p><i>Por exemplo a questão do atendimento da mulher vítima de violência. A gente botou no papel, mas até hoje a gente não conseguiu passar adiante, treinar a equipe. E as pessoas que mais atuam nesse eixo da violência e a questão do aborto legal é a equipe multiprofissional [...]. (E-GA/14)</i></p> <p><i>O que a gente mudou foi a maneira como a gente olhava a prática, quando ela se refletiu nos indicadores. [...] As boas práticas que a gente já praticava acelerou o processo. [...] Por exemplo colocar DIU aqui. Práticas que não existiam! Na hora que vem, olha! Coloca DIU no parto. A gente começou a colocar DIU. Ah! Mas o número está muito abaixo do que poderia ser. Sim! Sem dúvida, porque a gente também ainda tem que vencer algumas resistências. (MO-GA/16)</i></p>	<p>- 1,9% inserção de DIU com cobre no pós-parto imediato.</p> <p>- 2,1% inserção de DIU com cobre no pós-aborto imediato.</p>	<p>Os resultados quantitativos validam os qualitativos e possibilitam compreender que os obstáculos para a prática de inserção de DIU com cobre no pós-parto imediato e pós abortamento de alguma forma podem se relacionar a compreensão diferenciada dos médicos obstetras sobre esta conduta profissional, segundo as evidências científicas. Logo, não se tornou uma ação extensiva a todos os plantões da maternidade.</p> <p>Para mais, ratificam a não atuação das enfermeiras obstétricas no quesito inserção de DIU no pós-parto imediato, conforme sua habilitação segundo legislação profissional, pois encontraram limitações na atuação exclusiva nos partos de risco habitual.</p>
---	--	--	--

<p>•Abolição de prática rotineira como venóclise no trabalho de parto, ocitocina no 1º e 2º estágio do parto.</p>	<p>[...] você consegue perceber o trabalho de parto de deixar a mulher mais livre, sem tantas intervenções, a mulher vir para o centro obstétrico sem estar punctionada, antes todas vinham punctionadas. (EO-A/4)</p> <p>O Apice On veio com essa questão de que a gente precisa olhar melhor o tipo de processo que a gente tá produzindo. [...] Olha eu preciso de indicadores, pra ter esses indicadores eu preciso de variáveis. [...] Olha a gente está fomentando não fazer episio, não ficar punctionando paciente à toa, [...] então eles deram um norte entendeu? (MO-GA/16)</p>	<p>- 64,2% das mulheres classificadas nos grupos 1 e 3 de Robson foram submetidas a punção venosa.</p>	<p>Neste ponto da análise mista percebemos divergência dos dados qualitativos e quantitativos. Direciona a reflexão para a necessidade de trabalho contínuo com os indicadores obstétricos e sua constante divulgação junto a equipe assistencial pela gestão da maternidade, para que de fato as condutas obstétricas possam ser percebidas com maior clareza e induza a reflexões e avaliações pela equipe multidisciplinar sobre o seu processo de trabalho na maternidade.</p> <p>Ademais, como esta informação não era registrada antes da execução do projeto, pois dependia do relato do técnico de enfermagem circulante da sala de parto e apontou um percentual de 57,4% da ausência do</p>
---	--	--	---

			registro do momento em que o uterotônico foi prescrito, o que por sua vez impossibilita estabelecer comparações antes e após o Apice On.
A execução do Projeto Apice On Resultados contemplados, segundo o componente qualificação da atenção •Acompanhante de livre escolha no trabalho de parto e parto. •Parturientes com dieta livre, com acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, com estímulo a livre movimentação e partos em posição não litotômica.	[...] o enfermeiro estando ali ele consegue trazer também as boas práticas. Ah! Vamos tentar desse jeito, vamos botar esse bebê pra mamar! Vamos fazer depois os cuidados do bebê porque ele tá mamando, deixa ele em contato com a mãe. [...] A própria dieta, hoje você consegue ver que a maioria consegue ter uma dieta líquida. (EO-A/4) [...] teve o Apice On e hoje eu acho que é zero episio. Tem mês que passa sem uma episio. Por exemplo, a questão do acompanhante nunca mais foi questionada. A questão do primeiro contato, de já botar o bebê no ventre, essas coisas que a gente nem consegue imaginar não ter mais na assistência. Hoje é algo que já flui naturalmente. De não clamar o cordão rápido, a temperatura da sala, a promoção dessa humanização. [...] Mas olhando pra assistência hoje e pra assistência de uns 12 anos atrás é completamente diferente! (EO-A/6) E hoje a gente consegui conscientizar um pouco, principalmente os médicos que trabalham em outras maternidades com enfermeiras obstetras atuantes. Hoje eles acreditam mais no papel da enfermeira obstetra, principalmente, no uso das práticas integrativas. [...] E eu acho que a gente consegue hoje dar um passo maior [...] elas conseguem mostrar	Nos nascimentos por parto normal: - 95,9% das parturientes puderam se alimentar durante o trabalho de parto. - 91,9% das mulheres contaram com a presença de um acompanhante de sua escolha. - 75,7 % das mulheres utilizaram algum tipo de método não farmacológico e não invasivo para alívio da dor. - 59,7% das mulheres assumiram posição semi-sentada em	A combinação dos dados quantitativos com os qualitativos corrobora sobre o fato de que o IFF/Fiocruz, há 10 anos vêm gradualmente introduzindo as boas práticas no parto e nascimento, a partir de alguns atores específicos. Contudo, por meio do convite para que esta instituição aderisse ao Apice On, contatou-se uma legitimação de que as ações alinhadas às evidências, ora praticadas por somente alguns profissionais deveriam deixar de ser questões secundárias e, sim assumir papel prioritário para a reorientação do modelo obstétrico.

<p>•Clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora garantidos.</p>	<p><i>conhecimento, habilidade técnica, conseguem trabalhar com o cuidado compartilhado e conseguem até uma credibilidade de alguns plantões médicos. (E-GUP/7)</i></p> <p><i>A gente já tinha uma situação prévia a entrada do projeto que o Fernandes Figueira já tinha uma assistência, ainda que talvez não em todos os plantões, um pouco mais alinhada ao que o projeto como um todo preconizava do que as outras instituições de ensino. [...] Porque várias coisas a gente já implementava. A dieta [...] a maioria dos obstetras sempre deixaram livre, sempre deixaram a possibilidade de mobilização [...] a gente já tinha uma taxa de episio que não era alta. Então assim, nesse ponto a gente já tava alinhado em certas práticas como um todo. [...] No momento eu acho que o papel é a gente fazer esse cuidado compartilhado mesmo, enfermagem fazer o que sabe fazer bem, que é o cuidado contínuo, podendo oferecer aí os métodos não farmacológicos. [...] A gente consegue oferecer um maior conjunto de boas práticas né. Então assim, ganham as mulheres! (MO-A/11)</i></p> <p><i>[...] No compartilhamento de partos de risco habitual, na atuação no sentido do uso de métodos não farmacológicos para a dor, no diálogo e no acolhimento com a paciente, talvez até num aumento do número de partos vaginais pela paciência e pela compreensão da parturição que muitas vezes a enfermagem traz e que pra nós é menos frequente. Enfim, é falar das vantagens da assistência da enfermagem na parturição. (MO-A/13)</i></p> <p><i>Eu venho vendo isso, com o tempo as coisas mudando né. Quando eu era rotina do centro obstétrico em</i></p>	<p>seu parto normal.</p> <p>- 5,1% das mulheres receberam analgesia peridural como medida para alívio da dor.</p> <p>- 81,4% das mulheres foram oportunizadas para o contato pele a pele.</p> <p>Segundo critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 89,6% para $IG \geq 37$ semanas. b) 98,7% para $Apgar \geq 7$ no 5º minuto. c) 94,1% para ausência de reanimação fetal. d) 90,1% para ausência de MFF. <p>- 65,4% das mulheres amamentaram na 1ª hora de vida</p> <p>Segundo critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 92,3% para $IG \geq 37$ semanas. b) 97,2% para $Apgar \geq 7$ no 1º minuto. 	<p>Logo, as implicações do Projeto Apice On para a maternidade do IFF/Fiocruz, como o aumento de enfermeiras obstétricas atuando sob a perspectiva do cuidado compartilhado, aquele compreendido neste estudo, como a integração dos cuidados de cada especialidade durante o trabalho de parto, possibilitou maior troca e parceria entre médicos e enfermeiras obstétricas, antes inexistente. Configuração relacional que se refletiu na consolidação e incremento de algumas das boas práticas sugeridas pelo MS. Não somente para as gestantes de risco habitual, mas também ser extensivo às gestantes de alto risco, que acabam constituindo-se o público alvo do IFF/Fiocruz.</p>
---	--	---	---

	<p><i>2008-2010, comecei a implementar as boas práticas, as técnicas não invasivas pra controle da dor, só que não tinha enfermeiro pra atuar lá, então os técnicos ajudavam (E-GA/15)</i></p> <p><i>Eu acho que há mudanças de práticas na última década [...] novas formas de atuar [...]. Eu acho que esse processo de mudança nas práticas obstétricas já vem bem antes do projeto. (MO-A/17)</i></p> <p><i>[...] os protocolos não são totalmente fechados, não foram validados pela equipe. Então [...] pode ou não pode oferta de líquidos para a gestante. Foi uma briga pra gente colocar a dieta dentro do centro obstétrico porque muitas equipes não concordavam. Pra alguns plantões isso era absolutamente bem resolvido e natural e para outros isso era um grande tabu. [...] E aí o Apice On conseguiu dar luz a isso, e falar: As melhores evidências mostram que as mulheres precisam do acompanhante, na cesárea também. Porque não tinha espaço dentro da sala, porque não podia. E aí teve que poder! Tem resistência? Teve! Mas sem o Apice On esse acompanhante nunca entraria na sala de cirurgia. Esse bebe nunca estaria pele a pele numa cesárea. Hoje é difícil? É! Mas a gente avançou! (E-GUP/18)</i></p>	<p>c) 96,2% para ausência de reanimação fetal.</p> <p>d) 91,9% para ausência de MFF.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em 66% dos nascimentos ocorreu o clampeamento oportuno do cordão. <p>Segundo critérios</p> <p>a) 90,6% para $IG \geq 37$ semanas.</p> <p>b) 96,7% para $Apgar \geq 7$ no 1º minuto.</p> <p>c) 97,7% para ausência de reanimação fetal.</p> <p>d) 90,5% para ausência de MFF.</p> <p>Nos nascimentos por partos cesáreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em 86,4% dos nascimentos estava presente o acompanhante. - 27,2% para ocorrência de contato pele a pele. 	<p>Assim, torna-se evidente que a presença da enfermeira obstétrica em sala de parto foi capaz de impulsionar a implementação das boas práticas como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Isto porque na linha de base, identificou-se que antes da entrada oficial desta especialista na sala de parto por meio do Apice On, 58,3% das parturientes foram favorecidas com a oferta desta boa prática.</p>
--	--	---	---

	<p>Segundo critérios:</p> <ul style="list-style-type: none">a) 89,1% para IG ≥ 37 semanas.b) 100% para Apgar ≥ 7 no 5º minuto.c) 92,1% para ausência de reanimação fetal.d) 90,1% para ausência de MFF. <p>- 16,7% dos bebês sugaram na 1ª hora de vida.</p> <p>Segundo critérios:</p> <ul style="list-style-type: none">a) 87,6% para IG ≥ 37 semanas.b) 97% para Apgar ≥ 7 no 1º minutoc) 92,9% para ausência de reanimação fetal.d) 94,1% para ausência de MFF. <p>- Em 33,8% dos nascimentos ocorreu o clampeamento oportuno do cordão</p> <p>Segundo critérios</p>	
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Abolição de prática rotineira como episiotomia. 		<p>a) 84,6% para $IG \geq 37$ semanas. b) 98,3% para Apgar ≥ 7 no 1º minuto. c) 88,9% para ausência de reanimação fetal. d) 89,4% para ausência de MFF.</p> <p>- 1,4% das mulheres foram submetidas à episiotomia.</p>	
---	--	--	--

À vista disso, a análise por *joint display*, proporcionou a comparação lado a lado dos resultados qualitativos e quantitativos e, por sua vez, a correspondência dos diferentes métodos aplicados nesta pesquisa. Observou-se importante concordância entre os dados qualitativos e quantitativos, sendo este um elemento suplementar que foi incorporado ao projeto maior, para melhoramentos na interpretação do elemento primário. Logo, foi possível compreender a adesão da maternidade do IFF/Fiocruz no projeto Apice On e a transição da inserção de enfermeiras obstétricas em sala de parto em uma instituição com perfil obstétrico diferenciado na rede de atenção à saúde no Município do Rio de Janeiro. Processo que não refletiu no objetivo esperado pela estratégia ministerial, a atuação plena desta especialista nos partos de risco habitual, contudo, sua presença neste cenário é caracterizada pela defesa dos direitos femininos no parto e nascimento e garantia da implementação de boas práticas obstétricas, independente, da classificação quanto ao risco gestacional e, assim, torna-se importante personagem para a qualificação da assistência obstétrica neste hospital de ensino.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz é uma unidade de ensino, pesquisa e assistência especializada e de alta complexidade, apoiadora do Ministério da Saúde na formulação de políticas nacionais no âmbito da saúde materno-infanto-juvenil. Por este motivo, por fazer parte da Rede Cegonha e por ser responsável pela equipe formuladora do projeto Apice On, foi inserido nesta proposição ministerial em março de 2018, assumindo o compromisso de aprimorar suas práticas de cuidado obstétrico e neonatal baseado nos direitos das mulheres e seus bebês e nas atuais evidências científicas.

Segundo seu perfil de atendimento obstétrico, evidenciado nos dados quantitativos desta pesquisa, a maternidade do IFF/Fiocruz apresenta a organização das suas atividades desenvolvidas, conforme aspectos de um modelo tecnocrático, com implantação de tecnologia necessária na assistência aos casos de risco materno-fetal, visto seu elevado percentual de cirurgias cesarianas (59,7%) e partos normais (40,3%) em mães com critério de alto risco.

Panorama que se fundamenta, no contexto cultural e organizacional dos Hospitais de ensino. Estes possuem os recursos de saúde mais complexos do SUS, realizam procedimentos com alto custo, apresentam forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionados ao tipo de atividade médica que oferecem e provêm serviços imprescindíveis para o desenvolvimento da saúde da população. Por esta razão, acredita-se que os hospitais de ensino se constituem em instituições modelares para outras unidades da rede de saúde (MÉDICI, 2001; GARMATZ; VIEIRA; SIRENA, 2021). Portanto, seus atributos relacionam-se ao proposto pelo projeto Apice On, ao considerar que estas instituições possuem importância crucial para as mudanças necessárias, no modelo de atenção, devido à posição estratégica que ocupam e por serem responsáveis pela produção qualificada da força de trabalho (BRASIL, 2017b).

Ademais, segundo Chourabi, Cechetto e Najaine (2022) os hospitais de ensino se organizam em estruturas científicas de transmissão de conhecimento responsáveis pela formação de profissionais que atuarão no âmbito público ou privado. No campo da saúde da mulher, torna-se referência para gestações de alto risco o que, consequentemente, imputa o pressuposto biomédico que o corpo feminino necessita de controle e intervenção, sendo a mulher submetida a rotinas rígidas e mecanizadas sem avaliação das necessidades individuais (LOPES et al, 2019; OLIVEIRA et al,

2022). Particularidades que influenciam nas taxas elevadas de procedimentos invasivos, cirurgias cesarianas e baixa incorporação de enfermeiras obstétricas nas equipes nestas instituições participantes do projeto Apice On (MENDES; RATTNER, 2020; MENDES; RATTNER, 2021).

Contudo, a partir da Rede Cegonha com suas diretrizes, que propõem, dentre outras ações, a criação de uma rede de cuidados que garanta a mulher o direito à atenção humanizada e qualificada durante o parto e o nascimento com vistas à mudança do modelo obstétrico-neonatal e a reduzir lacunas do modelo hospitalocêntrico e medicocentrado (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021) impulsionou o IFF/Fiocruz a aderir a esta iniciativa, logo após a sua implantação nacional. Assim, deflagrou importantes movimentos iniciais internos rumo à adoção das boas práticas obstétricas como melhoramento da ambiência no centro obstétrico, valorização da presença de enfermeiras obstétricas, oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, estímulo à presença de acompanhantes e à redução de práticas intervencionistas como a episiotomia.

Não poderia ser diferente o IFF/Fiocruz ser convidado a participar do projeto Apice On, pois foi uma unidade responsável, junto a outras instituições, no desenho dessa iniciativa do MS. Constituía-se em uma proposta para a qualificação nos campos da atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres vítimas de violência sexual e aborto legal em hospitais de ensino ou universitários no âmbito da Rede Cegonha. Dessa maneira, visava contribuir com a capilarização das práticas de cuidado sustentadas pelas evidências científicas, nos direitos e princípios da humanização (BRASIL, 2017b).

O convite para adesão do IFF/Fiocruz ao projeto ocorreu, por parte dos representantes do MS, da coordenação de ações nacionais e cooperação IFF/Fiocruz e da direção do instituto, de maneira formal em reunião, para a gestão da Área Clínica e Cirúrgica à Gestante. Assim, iniciava-se a participação, em março de 2018, decorridos 7 meses do lançamento nacional do projeto e um processo de transição organizacional. Para a teórica deste estudo, esta fundamenta-se em mudanças internas na estrutura ou dinâmica institucional, a partir da adoção de novas práticas, procedimentos e modelos de cuidado que acabam por afetar a vida dos trabalhadores neste ambiente. (SCHUMACHER; MELEIS, 2010)

Assim sendo, observa-se na maternidade do IFF/Fiocruz, o início de um período de tempo com um ponto de partida identificável, a adesão ao projeto Apice On, que se estende, desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança; passando por um período de instabilidade, confusão e angústia, conforme observado nas narrativas dos participantes; a um eventual fim com um novo começo ou período de estabilidade decorrente do encerramento do projeto político e a consolidação da presença das enfermeiras obstétricas na sala de parto (IM, 2014)

Em alguma medida, esta entrada repentina no projeto Apice On influenciou o fluxo de comunicação da equipe de gestão da maternidade para as equipes assistenciais de médicos obstetras e enfermeiras obstétricas e que permaneceu fragilizado no seu curso de execução. Constatou-se nesta pesquisa que o déficit de uma comunicação clara, objetiva, horizontalizada entre a gestão e o corpo assistencial para uma nova organização institucional repercutiu, sob inúmeros aspectos negativos, ao longo dos 2 anos de participação do IFF/Fiocruz. Evidenciou-se uma compreensão superficial dos objetivos da projeto, aspecto observado, principalmente em parte da equipe médica, o que instigou reações e relações de tensão e conflitos entre obstetras e enfermeiras obstétricas da maternidade; dinâmicas de relações interprofissionais permeadas pelo poder do saber-fazer médico em um hospital de ensino contra a deficiente autonomia das enfermeiras obstétricas; dilemas, incertezas e falta de credibilidade, quanto à sua capacidade de condução dos trabalhos de parto de risco habitual e, a fragilidade exposta, a partir de diferentes relações contratuais, na maternidade, funcionários servidores e bolsistas, coexistindo no mesmo campo de lutas.

Quanto ao aspecto da comunicação como elemento essencial na dinâmica das relações institucionais, Roman, Martin e Gonzalez (2020) citam que as organizações se constituem em comunidades sociais desenvolvidas graças à comunicação entre seus membros, compreendida como um processo contínuo e dinâmico decorrente da interação social pela qual as mensagens escritas ou faladas são transmitidas por meio de falas, gestos, escritas ou outros meios. Constitui-se em uma ferramenta que pode ser utilizada para transmitir novas ideias e valores, para gerar melhor compreensão das prioridades e objetivos estratégicos e para criar ambientes que facilitem mudanças institucionais.

Nesse sentido, o profissional de saúde deve possuir amplas competências técnicas, refinadas com conhecimentos e habilidades nas áreas de comunicação em saúde, como assertividade e linguagem clara e positiva, mediação de conflitos e resolução de problemas (ALMEIDA, 2019). Por suposto, as organizações que possuem uma liderança sólida e positiva possuem maior vínculo, menos conflitos, maior envolvimento e motivação das pessoas no processo de trabalho e melhor aproveitamento dos recursos para o funcionamento eficaz e dessa forma, alcançar melhores resultados em saúde (MAZIERO 2020; SILVA et al, 2022; RODRIGUES, PEREIRA, MARTINS, 2023).

Assim sendo, destaco que cabe ao líder, exercer a comunicação organizacional, por meio de sua atitude positiva, de seu carisma, da sua força de argumentação e persuasão, a fim de influenciar o comportamento dos indivíduos, atrair a atenção e a simpatia de ouvintes e afetar os outros de modo a fazê-los seguir suas intenções. Portanto, é por meio da comunicação eficiente e horizontalizada, que se promove um consenso entre os pontos de vista, ao mesmo tempo que cria um clima favorável às relações e possibilita grande entrosamento nos grupos de pares, fatores que auxiliam nos aspectos colaborativos do trabalho (TORQUATO, 2015; BIER et al, 2019).

Sob esta perspectiva, a enfermeira gestora da área com sua responsabilidade para o cumprimento das metas estabelecidas pela política institucional e percepção da sua grandeza em afetar, positivamente a maternidade do IFF/Fiocruz; além de se fazer presente nas reuniões do GEL direcionando caminhos e envolvendo as enfermeiras obstétricas para a execução do projeto, adotou o aplicativo Whatsapp® para criação de um grupo com estas profissionais para a comunicação efetiva com seus pares e para integração dos profissionais envolvidos nos novos processos de trabalho. Medida que possibilitou instituir fluxos comunicacionais para informações pertinentes, quanto às ações da gestão e para o compartilhamento e acesso a protocolos necessários ao desenvolvimento de atividades pertinentes ao projeto Apice On. Recurso que conferiu agilidade e um processo dinâmico na disseminação e consumo de informação no ambiente laboral, aspecto que pode auxiliar em respostas e intervenções em tempo hábil, bem como a resolução de problemas (SAVIO et al, 2021; COSTA et al, 2022).

Todavia, os relatos também apontam que o compromisso para tornar a comunicação extensiva, objetiva e clara à equipe de médicos obstetras sobre a execução desta estratégia ministerial, não se fez de forma similar pela gestão médica da área. Em consequência, percebia-se no dia-a-dia dos trabalhadores da maternidade, informações cruzadas, conversas de corredor, redes informais de comunicação, as quais absorvem grande quantidade de mensagens ambientais, principalmente nos momentos de crise, constituindo-se em verdadeiros focos de tensão, atemorização e ameaça que favoreceram alterações de comportamentos, climas internos desestabilizados e compreensões distorcidas sobre as ações necessárias a serem instituídas para contemplar as metas estabelecidas no POA (TORQUATO, 2015).

Por meio da insuficiente comunicação organizacional, evidenciou-se um hiato entre o campo político e o campo prático; uma limitação para a articulação de compromissos e atitudes pertinentes a cada gestor, médico e de enfermagem, para que estes convergessem os elementos teóricos presentes no projeto Apice On e, formulados pelo próprio IFF/Fiocruz, em ações institucionais internas rumo à modificação para um novo modelo de atenção obstétrica na maternidade.

Vale destacar que esta fragilidade no processo de comunicação, também ocorreu, a partir das dificuldades de compreensão ou diferenças culturais que podem distorcer o conteúdo da mensagem. Isto porque, o receptor interpretará a mensagem de acordo com seu histórico de vida, suas experiências e desejos, projetando interesses e expectativas próprios, ou seja, pode ocorrer naturalmente um processo de seleção, rejeição, aceitação e interpretação, a partir de grupos sociais (TORQUATO, 2015). Por este motivo, existe a valorização da comunicação estabelecida pessoalmente por meio de reuniões, na medida em que viabiliza aspectos não-verbais como expressões e posturas, oportuniza um feedback imediato e é adotada quando se deseja abordar decisões importantes, mudanças significativas no processo de trabalho para se evitar falhas de comunicação (SAVIO et al, 2021).

Sendo assim, o convite para participação nas reuniões do GEL, um canal formal e oficial de comunicação, pelos quais passavam tanto informações descendentes como as ascendentes e que visavam assegurar o funcionamento ordenado e eficiente (TORQUATO, 2015), era extensivo a toda equipe assistencial, médicos e enfermeiras. Esses espaços possibilitavam a interlocução dos mediadores juntos à equipe da

maternidade para a definição das prioridades de ações a serem implementadas, os planejamentos e as atividades avaliativas dessas ações (BRASIL, 2017b). Ainda, visavam à construção de acordos interprofissionais que representam a cogestão dos compromissos políticos assumidos na esfera do processo de trabalho dos serviços de saúde e, possibilitavam aos gestores o aprimoramento nas relações estabelecidas entre corpo médico e de enfermeiras (BIER et al, 2019; PEDUZZI et al, 2020).

Infelizmente, constatou-se nesta pesquisa que a participação dos profissionais nas reuniões do GEL ficou restrita às enfermeiras gestoras. Logo, ausência da equipe assistencial dificultou uma comunicação interpessoal neste espaço que favorecesse a exposição das variáveis internas de cada comunicador, assim como as relações existentes entre os participantes envolvidos, suas intenções e expectativas diante das regras do jogo. Por este motivo, na visão dos participantes, a comunicação organizacional assumiu um fluxo descendente, com transmissão de diretrizes políticas de cima para baixo, o que gerou uma deturpação ao longo dessa linha de comunicação devido às interpretações individuais (TORQUATO, 2015) e certificou a falta de comprometimento de grande parte dos profissionais com o projeto.

À vista disso, a ausência do compromisso coletivo afetou a consciência dos participantes, definida como uma importante propriedade da experiência de transição e adquirida a partir da percepção, do conhecimento e do reconhecimento desse processo, que se reflete no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e as respostas. Em suma, para o indivíduo estar em transição este deve ter alguma consciência das mudanças que estão ocorrendo e a ausência desta pode significar que a pessoa pode não ter iniciado a sua transição ainda (MELEIS et al, 2010; IM, 2014). Logo, a comunicação necessária aos integrantes do projeto Apice On, presente principalmente nas reuniões do GEL, sobre os novos processos institucionais, relacionou-se diretamente à consciência dos profissionais sobre este processo de transição organizacional.

Por conseguinte, o nível de engajamento no processo de transição, aquele compreendido pelo grau em que uma pessoa demonstra envolvimento no processo inerente à transição, mostrou-se deficiente. Assim sendo, correlaciona-se que o nível de conscientização, alcançado por meio da procura por informações, influenciou o nível de engajamento dos profissionais (MELEIS, 2010; IM, 2014).

Segundo Allen et al (2017), estas perspectivas abordadas, até o momento, estão explícitas na estrutura organizacional e são importantes para determinar o distanciamento entre o conhecimento e a implantação de medidas inovadoras, tais como: o envolvimento e responsabilização dos líderes com a implantação e o grau em que as metas são claramente comunicadas à equipe; a percepção pelos membros da equipe de que são parceiros essenciais e estão bem informados sobre o processo de mudança; a receptividade e segurança dos indivíduos envolvidos na intervenção para experimentar novos métodos; o comprometimento e conhecimento sobre a intervenção e como incorporá-la nos processos de trabalho; a existência de tempo e espaço suficientes para o grau de ajuste entre os significados e valores atribuídos à intervenção pelos indivíduos envolvidos e à percepção compartilhada dos indivíduos sobre a importância da implementação dentro da organização.

Ou seja, pode-se deduzir, a partir do panorama apresentado neste estudo de caso, a existência de uma correlação entre o recebimento da informação e, como consequência, a produção do conhecimento e o colocar em prática uma nova evidência, podendo estar associado às atitudes, crenças, posicionamentos e envolvimento de gestores e plantonistas diante daquela informação para iniciar os processos de mudança.

Por este espaço de diálogo e decisões coletivas, o GEL, não ter sido vivenciado de maneira plena por estes atores acabou se tornando um momento para mediação de tensões e conflitos advindos dos propósitos do projeto Apice On. Interessante que Cecílio (2005) indica que alguns conflitos institucionais são decorrentes dos resultados de disputa de interesses inconciliáveis inscritos na estrutura social e que adentram na organização institucional e, outros, constituem-se essencialmente de personalidade e de percepções em nível individual, uma discrepância entre as aspirações individuais e imposições organizacionais. Por estas questões, o autor afirma que se deve refletir sobre a capacidade dos gerentes de serviço conduzirem o processo, na medida em que eles-próprios também estão implicados na situação conflituosa, comprometidos com alianças, ajustes e preferências que vão sendo construídos no cotidiano da unidade.

Isto posto, emerge a figura do mediador como elemento externo capaz de fomentar equilíbrio e provocar reflexões nos participantes do GEL, sobre a dinâmica das relações interpessoais e dos processos de trabalho rumo à qualificação das

práticas obstétricas e neonatais. Este personagem representa um recurso metodológico, o apoio institucional, uma estratégia capaz de induzir e potencializar a análise coletiva do trabalho em saúde, com objetivo de mobilização do grupo para incitar discussões sobre o trabalho a fim de fomentar: a participação ativa dos trabalhadores, como sujeitos das atividades analíticas; a incorporação de novos olhares e métodos para se colocar, em análise, o trabalho e, induzir novas formas de operar e produzir fortalecendo os coletivos na própria produção de si como sujeitos e qualificando sua capacidade de intervenção no trabalho (SANTOS FILHO, 2014). Portanto, possui característica de transformar as práticas gerenciais ao ampliar a participação de gestores, trabalhadores e usuários na tomada de decisões, a fim de criar condições para a mudança da lógica tecnocrática da gestão e atenção materno-infantil (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021).

Complementando o entendimento, esse apoiador externo auxiliou o grupo a promover análises de seus processos de trabalho e de suas relações, com necessidade de induzir a percepção sobre o movimento do próprio grupo e dos afetos que nele circulam (DORICCI; LORENZI, 2021)

Por conseguinte, o mediador foi percebido pelas enfermeiras obstétricas como um importante apoio e suporte da gestão para o desenvolvimento de suas atividades, principalmente relacionadas à inserção destas profissionais, na sala de parto. Corrobora-se com Machado et al (2018), ao citar a importância do apoiador na resolução dos problemas das equipes, na ampliação do diálogo e comunicação e como colaboradores para instituir mudanças nas práticas de coletivos, sob a perspectiva da interação, encontro e efeitos entre sujeitos.

Percebe-se a importância não somente de fortalecimento, preparação e qualificação contínua dos gestores para o enfrentamento de problemas e desafios que se apresentam no processo de gestão em saúde, mas também no fomento de estratégias para a gestão compartilhada e espaços de escuta (BRASIL, 2017b). Assim como nesta pesquisa, este aspecto não foi evidenciado no estudo de Santos et al (2021) ao retratar dificuldades da gestão de um hospital de ensino no interior de São Paulo, para envolvimento e inserção da equipe no desenvolvimento do projeto Apice On, bem como entraves para a capilarização da informação necessária para a compreensão de seus significados, metas e competências a serem mobilizadas pela equipe assistencial.

Nesse sentido, cabe considerar maior valorização dos colegiados de gestão, pois ao reunir os coordenadores de todas as unidades de produção ou unidades de cuidado, operacionaliza um modelo gerencial aberto e flexível, com incorporação da participação dos sujeitos nos processos de gestão, da lateralização comunicativa e distribuição mais homogênea de poder e autonomia dos sujeitos nos processos decisórios, representado na democratização das decisões que são capazes de conduzir a uma análise da instituição, de forma a problematizar modos de operar/agir e promover mudanças alinhadas a garantia de ações seguras e qualificadas no parto e nascimento (BERNARDES et al, 2007; DE PAULA et al, 2020; DORICCI; LORENZI, 2021).

Os autores, acima, ainda relacionam as dificuldades deste modelo gerencial instituído no IFF/Fiocruz, no que tange à presença de uma forte resistência na relativização do poder e das decisões por parte de alguns gestores que possuem experiências profissionais pautadas no paradigma hegemônico da prática médica. Práticas difíceis de serem superadas e que devem ser trabalhadas, continuamente, rumo a novas formas de se fazer gestão baseadas no diálogo, no vínculo com as pessoas e no compartilhamento de responsabilidades e decisões.

Segundo preceitos do projeto Apice On e de outras políticas nacionais e internacionais, as enfermeiras obstétricas são profissionais de saúde consideradas fundamentais na prestação de cuidados qualificados com excelentes resultados maternos e neonatais que impactam na redução da mortalidade materna, principalmente, se inseridas em contexto multidisciplinar. Isto porque suas características centrais incluem a otimização dos processos biológicos, psicológicos, sociais e culturais da gestação e parto; a oferta de um cuidado singular, que proporciona à mulher uma assistência livre de danos e confere promoção e prevenção de agravos, empoderamento de suas escolhas para que as tentativas de práticas intervencionistas não ocultem o seu protagonismo (OPAS, 2014; NOVE et al, 2018). Conjunto de atitudes integrantes do exercício da enfermeira obstétrica que garantem o cuidado centrado na mulher, processo no qual essa tem o controle, faz escolhas e está envolvida, em todos os aspectos do seu cuidado (BRADY et al, 2019).

Nesse sentido, estudos apontam importantes resultados quanto a modelos de cuidados que garantem a inserção destas profissionais devido à maior implementação de boas práticas no trabalho de parto. Souter et al (2019) relata que comparando-se

3.816 nascimentos por enfermeiras obstétricas a 19.284 por obstetras observou-se no grupo assistidos pelas enfermeiras obstétricas, menores taxas de intervenção, risco 30% menor de cesariana em nulíparas e 40% menor em multíparas, menos ocorrência de partos vaginais cirúrgicos. Ainda, pesquisa bibliográfica em bases de dados internacionais, conduzida por Raipuria et al (2018), identificou literaturas de diversos países como Irlanda, Noruega, China, Austrália, Canadá e Reino Unido, indicando probabilidade reduzida de partos cesáreos, partos vaginais instrumentais, uso de ocitocina e uso de analgesia regional para grupos de intervenção que receberam cuidados predominantemente liderados por enfermeiras obstétricas.

Isto porque, estas profissionais são capazes de promover experiências positivas de parto, pois garantem melhor atendimento quanto à oferta de informações, participação na tomada de decisões e percepção de controle pelas parturientes (HILDINGSSON et al, 2019). Logo, uma ampliação substancial na incorporação das intervenções essenciais promovidas pelas enfermeiras obstétricas pode impactar potencialmente a mortalidade materna e neonatal evitando 40% das mortes maternas e 26% de mortes neonatais até 2035 (NOVE et al, 2021).

Logo, no Brasil, modelos de cuidado que garantem a atuação da enfermeira obstétrica apresentam maior implantação de boas práticas durante o trabalho de parto, tais como: oferta de líquidos e alimentos, incentivo à livre movimentação da gestante, estímulo à presença de acompanhantes, ocorrência de partos em posição não supina, uso de pelo menos um método não farmacológico para alívio da dor, maior contato pele a pele do RN com a mãe, maior oferta do seio materno na sala de parto e clampeamento oportuno do cordão umbilical, como práticas benéficas para o recém-nascido. Por correspondência, os partos normais de risco habitual assistidos por estas especialistas foram acompanhados de menor uso de analgesia, infusão de ocitocina e realização de episiotomia (BARROS; DIAS; GOMES JUNIOR, 2018; ALVES et al, 2019; SILVA et al, 2019; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020; ALVARES et al, 2020; ZAIDEN et al, 2022; GOMES et al, 2021).

Assim sendo, são percebidos bons resultados de práticas obstétricas seguras e qualificadas decorrentes da presença de enfermeiras especialistas, as quais apoiam o processo fisiológico e psicológico do parto e contribuem para o empoderamento da mulher e a vivência da parturição de forma mais satisfatória. Posto que, sua ação concreta, o cuidado, fundamenta-se em condutas alinhadas às boas práticas no parto

e nascimento e no favorecimento do vínculo, por meio da valorização da comunicação não-verbal, do acolhimento e escuta sensível, conforme descrevem as participantes desta investigação.

Nesse sentido, Oliveira et al (2019), Leal et al (2021), Oliveira et al (2021) e Silva et al (2022) explicitam que o cuidado da enfermeira obstétrica no processo do parto e nascimento fundamenta-se como uma proposta de transversalização ao modelo tecnocrata e sustenta-se no conhecimento científico, o qual determina a sua atitude, habilidade e proporciona um cuidado menos intervencionista e mais qualificado. Aspectos que favorecem à humanização da assistência, por respeitarem a individualidade, a particularidade, a singularidade e o protagonismo de cada mulher e oportunizam o estabelecimento do vínculo, da confiança, do apoio emocional e do cuidado individualizado nessa relação. Por conseguinte, a imagem da enfermeira obstétrica é marcada pela afetividade, cumplicidade, incentivo e orientação no transcorrer parturitivo e representa uma parceira do modelo humanístico, tornando-se um canal facilitador para a implementação das diretrizes de assistência ao parto normal (VIDAL et al, 2021).

No entanto, como o curso de desenvolvimento do projeto Apice On não foi acompanhado por uma comunicação clara, explícita e ampliada segundo narrativas de alguns participantes médicos obstetras, constituiu-se em um elemento primordial para a resistência destes quanto à inserção de enfermeiras obstétricas contratadas na sala de parto do IFF/Fiocruz e dúvidas quanto à sua capacidade técnica para o acompanhamento de partos de risco habitual. Esse desconhecimento da entrada dessas profissionais para atuarem, conjuntamente na assistência aos trabalhos de parto, conforme estabelecido na proposição ministerial, induziram a atitudes coletivas que determinaram reações inesperadas e relações desgastantes entre esses personagens atuantes na sala de parto.

Fato que se mostra similar ao descrito pela teórica Meleis, a qual cita que eventos críticos relacionados a mudanças em indivíduos e ambientes são desencadeados naturalmente pelas experiências de transição, diferentes estágios dinâmicos durante a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro e, geralmente estão ligados à intensificação da consciência de mudanças ou a um engajamento mais intenso nesse processo de transição (MELEIS, 2010, IM, 2014).

Muitos destes comportamentos relatados nesta pesquisa podem relacionar-se a concepções pessoais elaboradas, a partir de aspectos históricos, culturais e sociais atribuídos a figura, posição e poder de médicos e enfermeiras e, que possuem forte representatividade nos hospitais de ensino. Em razão disso, determinam relações e papéis de destaque de alguns profissionais na hierarquização de outras categorias da equipe multidisciplinar. Destaca-se que nestas instituições as relações de poder e os fenômenos se ancoram no paradigma biomédico, cuja lógica estruturante é individualista, excludente e masculina, as quais imprimem ações que afetam, controlam ou alteram as ações ou possibilidades de ação do outro (MAUADIE, 2022; BIONDI et al, 2019).

Tradicionalmente, na relação profissional masculino e feminino, emerge a questão do gênero nesse caminhar histórico de submissão da mulher ao homem; do fazer e obedecer do papel feminino, às funções, definições e saberes do papel masculino; mas também outros determinantes devem ser considerados como o humanismo que sustenta a enfermagem subordinado ao modelo biomédico hegemônico que sustenta a Medicina, bem como a etnia, idade, classe e educação, as quais figuram como vulnerabilidades na imposição de poder e opressão no espaço laboral (COSTA; COSTA, 2017; FLORES; VILLA; ARROYO, 2022).

Sob esta perspectiva, ver um evento transicional como estigmatizado e com significados estereotipados decorrentes de crenças, atitudes culturais e status socioeconômico tende a interferir no processo de transição e tende a ser um inibidor para a transição saudável (MELEIS et al, 2010). Desta forma, a desigualdade de gênero e a hegemonia social médica, presentes de forma ampliada nos diversos cenários de parto e nascimento, principalmente nos hospitais de ensino, constituíram-se em outros fatores influenciadores para o processo de transição da inserção das enfermeiras obstétricas contratadas em sala de parto.

Destarte, as enfermeiras obstétricas relatam que percebiam grande dificuldade para o desenvolvimento do seu trabalho, sustentado por diretrizes governamentais quanto à condução qualificada na assistência à parturiente, como o uso de métodos não farmacológicos, as práticas integrativas e o acompanhamento contínuo da parturiente. Fato que refletia, na limitação da sua capacidade de ação e responsabilidade, na tomada de decisões e, por conseguinte, na sua autonomia profissional, pois alguns médicos obstetras acreditavam que seu cuidado deveria ser

supervisionado por eles, por descrédito e falta de conhecimento sobre as competências e atribuições legais das enfermeiras obstétricas. Tornou-se uma árdua questão a ser legitimada diariamente no seu exercício profissional.

Esta relação hierarquizada identificada nos estudos de Magalhães e Tagner (2020), Santos et al (2019) e Biondi et al (2019) referem-se a diferentes aspectos de ordem cultural, organizacional e estrutural, que determinam a prática autônoma da enfermeira obstétrica. Assim, no âmbito institucional, a condução do parto, segundo o modelo biomédico, a centralidade do poder de decisão do médico obstetra, a falta de reconhecimento da enfermeira obstétrica, pela não aceitação do exercício das funções inerentes à sua especialidade e por serem vistas com papel coadjuvante na assistência, impõem desarticulação das relações interprofissionais e a divisão do trabalho entre aquele que comanda e o que executa. Para mais, essa cultura hospitalar influencia o sistema de normas e valores para a reprodução de relações de dominação e determinam a forma como as enfermeiras obstétricas prestam o seu cuidado, ou seja, se veem impedidas de agir, conforme os ideais de humanização, seus saberes e valores morais, tornando-se um problema ético e gerador de sofrimento moral.

Nesse ponto de vista, torna-se importante a compreensão de que a autonomia profissional não se refere a uma propriedade singular dos indivíduos, mas sim de um sentido que exige intersubjetividade, na medida em que se baseia no conjunto de condições socialmente construídas e encontra-se relacionada às questões referentes à descentralização do poder, visto que busca garantir maior participação política dos sujeitos. Portanto, a tomada de decisão da enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto de risco habitual é mediada pelas questões culturais presentes no local de atuação (SANTOS et al, 2019).

Logo, cabe destacar, o que se torna essencial para quebrar esta polarização e manter um equilíbrio das relações são a comunicação adequada, a divisão de responsabilidades entre as partes, a compreensão de cada profissional acerca do seu papel e a compreensão da importância da boa relação interprofissional para o cuidado da mulher (COSTA; COSTA, 2017).

Aspectos que inicialmente não foram observados na dinâmica das relações interprofissionais, assim que o IFF/Fiocruz aderiu ao projeto Apice On. Uma vez que a comunicação e a interação, como processos centrais de esclarecimento e tomada

de papéis não se consolidaram de maneira plena. Dessa maneira, não foi possível obter o domínio do conhecimento e das informações necessárias para esclarecimento e desempenho dos papéis de obstetras e enfermeiras obstétricas, concebido a partir da identificação de comportamentos, sentimentos e objetivos vinculados a esse papel (MELEIS, 2010). Ainda, resgata-se, na discussão, o entendimento de que estes papéis podem ser influenciados por fatores como o significado pessoal, o nível de preparação prévia e de motivação, os conhecimentos e habilidades pessoais, bem como expectativas pessoais e organizacionais em relação as novas funções (CHANG; UM; TSAY, 2010).

Em face do exposto, apesar das políticas de saúde, permanentemente, fomentarem a inserção de enfermeiras obstétricas como estratégia para reorientação de modelos de cuidado intervencionistas, com ideais tecnocráticos na condução dos processos de trabalho, institucionalização dos saberes que exaltam a hegemonia médica na configuração das relações interprofissionais presentes, especialmente em instituições de ensino, neste estudo, estas se viam em um cotidiano de trabalho permeado por desafios e situações conflituosas. Estes foram decorrentes, da insuficiência de comunicação como descrito acima, o que, por sua vez, ocasionou a não compreensão dos novos papéis que cada integrante deveria assumir a partir da necessidade de reconfiguração dos processos de trabalho na sala de parto determinado pelo projeto Apice On. Ainda, a carência de credibilidade dos médicos obstetras acerca da autonomia e capacidade legal de atuação das enfermeiras obstétricas determinaram este panorama de barreiras e limitações para a efetiva atuação da enfermeira obstétrica na sala de parto do IFF/Fiocruz, ou seja, assistência a partos normais de risco habitual, conforme as narrativas dos participantes.

Neste cenário de enfrentamentos, pesquisas de Maciel e Domfeld (2019), Amaral et al (2020), Ferreira Júnior et al (2021) e Dulfe et al (2022) referenciam os inúmeros conflitos na atuação das enfermeiras obstétricas no campo do parto e nascimento devido, essencialmente, ao antagonismo dos modelos de assistência, o tecnocrático e o humanístico, no mesmo espaço de cuidado. Continuamente, estas profissionais enfrentam a tradicional cultura-médico-centrada, lutando pela conquista da autonomia e reconhecimento de suas competências nesse ambiente caracterizado por competição, divergências de opiniões, descrédito e falta de alinhamento dos profissionais, principalmente, equipe médica quanto às condutas necessárias para a

implantação das boas práticas, aspectos que associados evidenciam uma carência na implementação de processos coletivos de compartilhamento do cuidado. Como efeito, as nuances que perpassam esse modelo de assistência refletem na autonomia profissional da enfermeira obstétrica e sua competência legal para o exercício de suas atividades, inviabilizando a assistência a partos normais de risco habitual na maternidade do IFF/Fiocruz.

Sobre esta vivência na definição de papéis das enfermeiras obstétricas e médicos obstetras no processo de transição para um modelo colaborativo sugerido pelo Projeto Apice On, esclarece-se que mesmo uma enfermeira experiente pode atuar como uma novata ao entrar em um novo ambiente de trabalho ou cargo, pois o indivíduo deve se adaptar a novas formas de pensar, absorver novos conhecimentos, mudar seu comportamento e orientação pessoal, dentro da estrutura social durante a transição de papéis. Dinâmica que pode resultar em conflitos de papéis com outros membros da equipe profissional devido às diferenças nas expectativas de papéis, levando a perturbação do ambiente de trabalho e eficiência organizacional e, como resultado, diminuição da qualidade dos cuidados de saúde (CHANG; UM; TSAY, 2010)

Portanto, pelas insuficiências relatadas acima, supõe-se a essencialidade no amplo reconhecimento dos gestores de área, de enfermagem e médico, constituindo-se em apoio, defensores e divulgadores das potencialidades decorrentes da atuação da enfermeira obstétrica, em sala de parto, para a qualificação da assistência obstétrica. A importância está em amenizar a responsabilidade depositada nas enfermeiras contratadas para a mudança de um modelo pré-existente e somar forças que contribuam para o auxílio dos enfrentamentos e desafios diários vivenciados por estas especialistas (AMARAL et al, 2019).

Ainda, o posicionamento dos gestores pode favorecer o equilíbrio das relações desarticuladas e determinadas pela fragilidade dos vínculos estabelecidos, as quais restringiam a elaboração do poder de decisão sobre questões assistenciais (SANTOS et al, 2019), das enfermeiras contratadas perante os profissionais servidores como uma singularidade das relações interprofissionais apresentadas neste cenário.

A partir da Reforma trabalhista ocorrida no ano de 2017, introduziram-se novas formas de relacionamentos de trabalho, como a terceirização da mão de obra, os contratos temporários e a remuneração por produtividade, ou pejotização, que negam

os direitos trabalhistas, principalmente, a maior estabilidade advinda do vínculo empregatício (SOUZA; MENDES, 2016; FERREIRA et al, 2022; LEVI et al, 2022).

Para Souza e Mendes (2016) e Ferreira et al (2022) observa-se, como consequência, desta precarização e flexibilização do trabalho, os baixos salários, vínculos precários, alta rotatividade que determina a instabilidade laboral, ausência de perspectiva de ascensão, exposição a violência, discriminação, relações de desigualdade, poder e autonomia e segmentação do mercado de trabalho. Ainda, nos hospitais públicos, como constatado, nesta pesquisa, as relações de força e de trabalho entre terceirizado e servidores são mais instáveis, na medida em que se observa a necessidade de maior consentimento por parte dos estatutários no desenvolvimento das ações profissionais. Isto porque, na contratação temporária por projetos ou programas governamentais os funcionários convivem com a possibilidade de demissão, o que influencia a sua prática laboral motivada pelo medo, diferentemente, de um funcionário público, em que sua exoneração não se justifica devido a algum tipo de incompetência.

Assim, este estudo apontou que as diferenças nas relações contratuais entre os profissionais da sala de parto influenciaram o processo de transição da inserção de enfermeiras obstétricas na assistência a partos de risco habitual nesta instituição. Incita-se a reflexão de, novamente, resgatar a importância dos gestores como responsáveis por equalizar essas forças de tensão decorrentes de vínculos trabalhistas desiguais e trazer unicidade para o grupo de profissionais assistenciais, no sentido de elaborar estratégias que garantam o exercício profissional das enfermeiras obstétricas contratadas alinhadas aos objetivos ministeriais quanto ao compartilhamento interprofissional e qualificação da assistência obstétrica e neonatal. Uma possibilidade, estaria pautada, por exemplo, na experimentação da reconfiguração da equipe do centro obstétrico, para que as enfermeiras obstétricas trabalhassem em dupla durante o serviço diurno na sala de parto como sugestão que emergiu do grupo de enfermeiras, e assim, apoiar e empoderar umas às outras quanto aos embates relacionados à mudança do modelo de atenção.

Outra perspectiva evidenciada nesta pesquisa sobre os desafios vivenciados pelas enfermeiras obstétricas da maternidade do IFF/Fiocruz soa similaridade com o processo de inserção destas especialistas no âmbito dos hospitais da SMS/RJ, quais sejam, no Hospital Municipal Fernando Magalhães, na Maternidade Leila Diniz, no

Hospital Municipal Alexander Fleming, no Hospital Municipal Herculano Pinheiro, no Hospital Municipal Carmela Dutra e na criação da Casa de Parto David Capistrano Filho, ocorrido no final dos anos 80 e durante a década de 1990. Movimento que se relacionou ao processo de municipalização das maternidades federais, concomitantemente, a ações políticas nacionais dirigidas para a humanização do parto e nascimento (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Destaca-se que essa mobilização da SMS/RJ para a inserção de enfermeiras obstétricas, nas salas de parto da rede municipal, que ocorre há 30 anos, trouxe importantes ganhos atuais, expostos na sua contribuição quanto ao percentual de partos vaginais assistidos por essas profissionais. Em 2013, correspondeu a 30% dos nascimentos e, em 2017 a 38,3%, acompanhados de modo consequente, no incremento do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, no estímulo à presença de acompanhantes, na adoção de posições não supinas no período expulsivo, na prática do clampeamento tardio, contato pele a pele e amamentação na primeira hora e na redução de intervenções obstétricas (FÓRUM PERINATAL METROPOLITANA I, 2018).

Considerando o exposto, induz-se a análise, no que tange ao processo de transição de modelo proposto pelo projeto Apice On no IFF/Fiocruz, sob duas vertentes. O instituto inserido, neste macro contexto de atuação, e valorização da enfermagem obstétrica da SMS/RJ, possui em sua equipe médicos obstetras que também atuam nas maternidades municipais e conhecem o modelo colaborativo e o cuidado desenvolvido pelas enfermeiras obstétricas retratado nos percentuais acima. Logo, algumas falas dos participantes desta investigação sobre o desconhecimento das habilidades técnicas e responsabilidades destas profissionais na condução do trabalho de parto não estão alinhadas ao que vivenciam no seu cotidiano de trabalho em outras maternidades e apresentam-se, de certa forma, mais como postura de resistência, incerteza e recuos advindos da proposta de transição de modelos de cuidado.

Por outro lado, o exemplo vivenciado pelas maternidades municipais aponta décadas de relações conflituosas e desgastantes, de retrocessos e avanços quanto à inserção destas profissionais para que se pudesse atingir certa estabilidade das relações e legitimidade profissional constatada nos dias atuais. Isto imprime uma importante questão de tempo, imbricado ao processo de transição. Pode representar

para a maternidade do IFF/Fiocruz o início de um movimento institucional que pode atingir futuramente, o objetivo para uma efetiva atuação da enfermagem obstétrica na sala de parto e modelos colaborativos de cuidado obstétrico.

Em vista disso, faz-se correlação com os conceitos de Meleis (2010) sobre a transição abranger os elementos de processo e intervalo de tempo. Sobre o processo, se o evento que causa a transição é de curto ou longo prazo, seu início e fim não ocorrem simultaneamente, há uma sensação de movimento, um desenvolvimento, um fluxo associado a ela. Ou seja, a transição é um processo em que seu fim pode ou não ter as mesmas características de seu início. O intervalo de tempo se estende desde a primeira antecipação da transição, até que a estabilidade no novo status seja alcançada.

Nesse caminho percorrido de execução do projeto Apice On, como estratégia para a transposição de barreiras quanto à inserção de enfermeiras obstétricas, em sala de parto, estimulou-se a participação de seis especialistas no Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO/PN/Apice On) fomentado pela UFMG e UFF, a partir de indicações da enfermeira gestora da maternidade. Nestes cursos proporcionou-se o desenvolvimento não somente de conhecimentos técnico-científicos, atitudes e habilidades para a assistência a partos normais de risco habitual, com base nos preceitos da humanização e das evidências científicas atuais, mas também de competências que instrumentalizassem o protagonismo da enfermagem na organização, gestão e análise-intervenção dos processos de trabalho, assim como na articulação de equipes multiprofissionais integradas (SOUZA et al, 2019).

Assim, na qualificação do enfermeiro para atuação na cena, do parto e nascimento ampliaram-se as discussões para além do preparo técnico, mas também quanto as tradicionais relações de saberes e poderes que podem interferir na aceitação dessa especialista sob a ótica do trabalho interprofissional e na análise das macroforças que convergem para a manutenção do modelo tradicional de atenção e gestão. Portanto, considera-se uma formação ampliada quanto às relações institucionais e ao complexo contexto de organização do trabalho e do cuidado no concreto dos serviços, a fim de analisar os modos tradicionais de trabalhar e gerir que segmentam a prática (SANTOS FILHO; SOUZA, 2020).

Além do mais, em cada turma, era estabelecida uma significativa relação entre aprimoranda e preceptor sustentado em um processo de apoio oferecido por uma

pessoa mais experiente que trabalha lado a lado com o intuito de fornecer suporte clínico e direcionamento, em prol da aquisição de novas habilidades, para uma prática profissional independente e de qualidade. Sobretudo, era capaz de induzir diálogo reflexivo, troca de conhecimento, experiências e fortalecimento de coletivos, a partir de situações de tensão vivenciadas pelas enfermeiras obstétricas aprimoradas. Este processo de ensino-aprendizado se estabelecia, a partir das próprias situações do trabalho, capazes de induzir novos modos de produção de sujeitos/equipes e transformar realidades e mudanças estruturais no cotidiano das instituições (ALVES et al, 2020; MOREIRA et al, 2022).

A enfermeira obstétrica aprimorada, ao se relacionar e interagir com as enfermeiras obstétricas preceptoras das instituições referência do CAEO, refletem o conceito de Meleis (2010) de que os papéis são aprendidos e incorporados de diversas maneiras, dentre elas, através de interações recíprocas com outros personagens relevantes seja, individualmente, ou em grupo. Logo, possibilitam a modelagem de papéis, quando o indivíduo observa outros significativos desempenhando um determinado papel, comprehende e imita as complexidades dos comportamentos daquele determinado papel.

Além do mais, segundo Vasconcelos et al (2016), esse referencial ético-político-pedagógico que se desdobra em diretrizes formativas estão ancoradas nas articulações entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de humanização (PNH) comprometidas com a formação de profissionais. E ainda cita que:

A ideia central é a de que as maternidades-centro possam receber (presencialmente e/ou virtualmente) trabalhadores/as e gestores/as dos vários pontos de atenção da rede de saúde. Nessa inserção, os profissionais visitantes podem observar/participar do desenvolvimento de atividades cotidianas e compor momentos de discussão coletiva sobre práticas locais [...] desenhando, assim, um espaço formativo e de corresponsabilização pelo trabalho em que o grande material pedagógico seja o cotidiano dos processos de trabalho, de modo que essa experiência formativa possa refletir na qualificação de práticas de atenção e gestão obstétrica e neonatal [...]. (VASCONCELOS, p.984, 2016)

Compreende-se que a qualificação profissional poderia promover uma inserção sólida das enfermeiras obstétricas nas salas de parto de todo o país e, por correspondência, contribuir com a melhoria das práticas obstétricas e neonatais, ao promoverem um cuidado individualizado e humanizado às mulheres (SANFELICE et

al, 2020). Contudo, as experiências potencializadoras decorrentes da participação no curso de aprimoramento, como trocas de saberes e práticas interestaduais, vivenciadas por algumas enfermeiras obstétricas da maternidade do IFF/Fiocruz não foram capazes de promover uma efetiva análise dos processos de trabalho que deveriam ser discutidas e trazidas para o GEL, com apoio do mediador.

Reconheceu-se nesta pesquisa que a participação destas enfermeiras obstétricas neste importante espaço de diálogo e reflexão coletiva não aconteceu por inúmeras desculpas, como a dificuldade para estarem nas reuniões em dias que não correspondiam ao seu plantão e por compromissos pessoais. Assim, no IFF/Fiocruz, de certa forma, fragmentou-se a capacidade de análise e intervenção destas profissionais rumo à mudança o modelo de atenção, por sua reduzida presença e responsabilização nesses espaços de discussões gerenciais, para a definição de estratégias quanto à inserção de enfermeiras obstétricas, na sala de parto.

O transcurso de atuação da enfermagem obstétrica na sala de parto também foi, especialmente, determinado por dificuldades decorrentes da correlação entre o proposto no projeto Apice On e a formação dos residentes médicos de obstetrícia e ginecologia. O reduzido quantitativo de partos normais assistidos nesta instituição somados a uma possibilidade de divisão destes com o grupo de enfermeiras obstétricas, aqueceram as discussões e embates, em torno deste problema concreto, na instituição. Os residentes de Medicina apoiados por alguns médicos obstetras preceptores acreditavam que haveria forte impacto negativo para o processo de formação. Por outro lado, as enfermeiras obstétricas acreditavam que uma possível solução para esse impasse estaria no compartilhamento da assistência obstétrica entre residentes médicos e de enfermagem, acompanhados por seus respectivos preceptores. Instalou-se na maternidade uma dinâmica conflituosa que dificultava a formulação de sugestões e propostas dos dois lados para avançar no que determinava a estratégia ministerial.

Assim, o enfrentamento da enfermeira obstétrica nesse cotidiano assistencial do centro obstétrico, onde a preferência para a condução dos partos é do residente médico, se apresenta no campo da atenção por uma deficiente integração entre médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, residentes médicos e de enfermagem e no campo da formação, por uma disputa e segregação durante atuação e aprendizagem em campo prático destes profissionais.

Dinâmica de convívio que pode ser explicada pela característica dos Hospitais de ensino ao proporcionarem a formação de seus profissionais pautados em modelos tradicionais de seleção e avaliação de conteúdos, com ênfase nas especialidades, no destaque para utilização de técnicas e procedimentos tecnocráticos no ensino/aprendizagem e na relação de que a qualidade da aprendizagem está diretamente relacionada à quantidade de procedimentos que os alunos irão assistir. Em vista disso, constitui-se em um modelo hegemônico de formação dos trabalhadores de saúde com foco no caráter uniprofissional e na fragmentação do cuidado, saberes e práticas (DINIZ et al, 2016; AMARAL et al, 2019; VENDRUSCOLO et al, 2020; FREIRE et al, 2022).

Por sua vez, este modelo de formação hegemônico impõe importantes limitações na capacidade de análise de contexto e de trabalhar colaborativamente em equipe (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019) e indica um processo que está na contramão para a reorientação dos processos de formação em saúde, a qual deve considerar os preceitos da Educação Interprofissional em Saúde (EIP). Compreendida como uma importante ferramenta para a transformação do processo formativo, representada quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde, a partir de um diálogo coletivo, e de troca de experiências oportunizando melhor compreensão dos papéis, responsabilidades e desenvolvimento de habilidades indispensáveis à prática colaborativa (WHO, 2010; FREIRE FILHO et al, 2019; TRUONG; WINMANN; EKSTRÖM-BERGSTRÖM, 2022).

Quando incorporada nos currículos pedagógicos de formação profissional, representam estratégia para inverter a lógica da educação verticalizada, a redução de comportamentos negativos por parte dos discentes em relação a outras áreas profissionais, por promover o respeito às outras categorias, o reconhecimento do trabalho e do papel do outro profissional e a eliminação de estereótipos negativos. Com isso, formam-se profissionais com conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para atuação interprofissional e superação da compartmentalização de saberes e práticas (VENDRUSCOLO et al, 2020; PINTO; CYRINO, 2022; BARBOSA et al, 2022).

Nesse sentido, nos Estados Unidos, a educação interprofissional foi reconhecida como uma importante estratégia para readequar um modelo de atenção

responsável por gastos adicionais na assistência obstétrica com altas taxas de mortalidade materna entre os países desenvolvidos. Assim, em fevereiro de 2017 foi lançado o projeto *Maternity Care Education and Practice Redesign* pelo *American College of Nurse-Midwives* e *American College of Obstetricians and Gynecologists* com os seguintes objetivos: desenvolver e implementar um currículo de EIP que promova a prática colaborativa entre obstetras-ginecologistas e parteiras e inclua módulos básicos, habilidades e atividades baseadas em treinamento e oportunidades de prática interprofissional; alinhar requisitos de acreditação e competências educacionais relacionadas à EIP para obstetrícia e ginecologia e identificar e resolver as barreiras à implementação da EIP nos programas de obstetrícia e ginecologia (AVERY et al, 2020).

Os entraves para a educação interprofissional, apresentado neste estudo de caso, aponta os desafios do caminho a ser percorrido, a nível institucional, a fim de contemplar o esperado no campo da qualificação do ensino/formação pelo projeto Apice On, estabelecido na formalização do uso de estratégias educacionais que possibilitem o aprendizado colaborativo entre estudantes de diferentes profissões de saúde e a articulação entre atenção, ensino e trabalho integrado entre equipes multiprofissionais (BRASIL, 2017b). Para tanto, deve-se propor estimular um processo de formação em serviço para além do conteúdo teórico, mas sim com destaque para as relações que se estabelecem entre a prática e a reflexão sobre cada ação que possibilita aperfeiçoar o fazer e, com isso, promover a (re)organização dos serviços de saúde perante a complexidade das demandas de saúde da população (MELLO et al, 2019; ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Nessa direção, o movimento político da EIP é reconhecido como uma importante estratégia a ser adotada nos Hospitais de ensino integrantes do Projeto Apice On para a reflexão e reconstrução das práticas obstétricas, suscitadas nesta iniciativa (SANTOS et al, 2022). Posto que, se fundamenta na mudança da lógica de formação e de trabalho em saúde, principalmente, na mudança do modelo de atenção hegemônico, centrado na doença e nos profissionais; para um modelo orientado para as necessidades das pessoas, família e comunidade, garantindo práticas que proporcionem a integralidade do cuidado, o acesso universal e a qualidade da atenção à saúde alinhados aos princípios do SUS (TORRES et al, 2019; OGATA et al, 2021).

Sob esta perspectiva, em estudo transversal de base institucional realizado por Melkamu e Yetwale (2020) em um hospital de ensino da na capital da Etiópia, apontou que para 358 enfermeiras e 52 parteiras, revelou-se que as participantes concordam que a educação é necessária nesta relação colaborativa entre obstetras e enfermeiras (73,6%), os programas educacionais devem incluir áreas de aprendizagem interprofissionais (67,5%) e os estudantes de Medicina e Enfermagem devem estar envolvidos no trabalho em equipe durante a sua formação, a fim de entender seus respectivos papéis (64,8%). Complementando, pesquisa de Cheng, Costa e Woods (2018) desenvolvido na Austrália sobre a relação entre midwifery e residentes médicos de obstetrícia indica uma sensação gratificante, quando estas percebem que os residentes desejam aprender todos os aspectos da experiência do parto e, não somente dedicar atenção e esforços de aprendizagem no momento do nascimento.

Assim, acredita-se que a convivência entre o residente médico e a residente de enfermagem, em sala de parto, pode ampliar os processos de formação, a partir da valorosa troca interprofissional de conhecimentos e saberes, porque a aprendizagem ocorre por meio do diálogo coletivo e troca de experiências. Há a possibilidade de a enfermagem obstétrica demonstrar as práticas humanizadoras que qualificam a assistência materna e, os residentes por sua vez, introduzirem novas perspectivas de cuidado obstétrico em seu processo de formação e, com isso apresentarem menor resistência a tendência de mudança de paradigma no campo do parto e nascimento. Desta forma, fortalecem-se as relações profissionais e a reestruturação assistencial rumo a novos aprendizados e práticas colaborativas interdisciplinares que perpassam as evidências científicas na atenção ao parto e nascimento.

Em suma, considera-se que um veículo para essa mudança do modelo de atenção ao parto seja a formação adequada de novos profissionais, “forjados na expertise das boas práticas obstétricas” e, para tal, faz-se necessário refletir sobre as perspectivas de formação que transcendam as abordagens pedagógicas tradicionais, pois o processo educativo é essencialmente social, relacional, comunicativo e político (CARVALHO; GÖTTEMS; GUILHEM, 2020)

O projeto Apice On, além de definir como resultados esperados a assistência a partos normais de risco habitual pela enfermeira obstétrica, também determinava outras iniciativas no campo da qualificação da atenção como: acompanhamento e

redução, se pertinente, das taxas de cesariana segundo a Classificação de Robson, especialmente nos grupos 1 a 4; parturientes com dieta livre; com acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor; acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, parto e alojamento conjunto; incentivo à livre movimentação e partos em posição não litotômica; contato pele a pele e amamentação na primeira hora garantidos; clampeamento oportuno do cordão umbilical; abolição de prática rotineira como venóclise no trabalho de parto; uso de ocitocina no 1º e 2º estágio do trabalho de parto; episiotomia; e oferta de inserção imediata de DIU de cobre no pós-parto e pós-aborto (BRASIL, 2017b)

Considerando o exposto, os indicadores apresentados nesta pesquisa apontam que o perfil obstétrico das mulheres submetidas a procedimentos na maternidade do IFF/Fiocruz se constituiu em multíparas, sem cesárea prévia. Considerável porcentagem de gestantes foram classificadas como alto risco gestacional (42,4%), com a maior complicaçāo relacionada à MFF e hipertensão arterial, o que de certa forma explica a elevada taxa de cirurgia cesariana em mães de alto risco (59,7%). Visto que, o IFF/Fiocruz representa papel diferenciado na rede de atenção, apesar de ser recomendado pelo MS, segundo a matriz de indicadores, que a taxa de cirurgias cesarianas para maternidades GAR 2 (Portaria 1020 de 29 de maio de 2010) seja em torno de 35%. Destaca-se que há importante contribuição relativa presente nos grupos 2 e 5 da Classificação de Robson para a taxa de cesariana, ambos responsáveis por 44,7% de todas as cesáreas, o que imputa a necessidade de melhor analisar os subgrupos 2 e 5 para avaliação dos protocolos de indução e as indicações de cesarianas nestes grupos.

No que diz respeito ao percentual de cirurgias cesarianas, esta pesquisa aponta que o IFF/Fiocruz apresenta taxas maiores do que as constatadas em estudo de linha de base que descreve as características dos hospitais participantes do projeto Apice On. Nas instituições da região Sudeste I, identificou-se 37,6% deste procedimento cirúrgico (MENDES; RATTNER, 2020).

Esta alta prevalência corrobora com estudo observacional caracterizado como coorte e realizado em dois hospitais de ensino destinados ao atendimento de gestantes de alto risco localizados em uma capital do nordeste brasileiro. Resultados provenientes da amostra com 291 mulheres evidencia o modelo de atenção obstétrica e indica altas taxas de cirurgias cesarianas (69%) (OLIVEIRA et al, 2022). Ainda,

pesquisa que caracteriza modelos de assistência obstétrica de hospitais da região sul do país identificou-se que no modelo denominado intervencionista I, aquele que apresenta dificuldades na implantação de programas ministeriais e adequação das práticas baseadas em evidências possuem maior proporção de cesárea (42,7%) (VELHO et al, 2019). No âmbito nacional, a incidência de cesariana permanece alta, 43,8% dos nascimentos ocorridos em 2017, segundo dados do sumário executivo Atenção ao Parto e Nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha (LEAL et al, 2021) e 57,2% no ano de 2020 (Observatório Obstétrico Brasileiro, 2020).

Ao analisar a taxa de cesariana do IFF/Fiocruz, conforme a Classificação de Robson, constata-se que os percentuais de cirurgias cesarianas do grupo 1(26,1%), e 3(13,4%), ou seja, grupos de baixo risco para este procedimento, encontram-se maiores quando comparados aos hospitais públicos participantes da pesquisa Nascer no Brasil, com 17,7% e 5,2%, respectivamente (PEREIRA et al, 2016). Assim como, se comparados com as instituições participantes do projeto Apice On na região Sudeste I com 22,4% e 9,5%, respectivamente (MENDES; RATTNER, 2021). Vale lembrar que a região Sudeste I é representativa de 16 hospitais de ensino integrantes do projeto e localizados nos Estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

No tocante as recomendações para a assistência qualificada em obstetrícia, constatou-se nos nascimentos por parto normal a garantia para as mulheres da presença do acompanhante (91,9%) e a oferta de dieta líquida (95,9%), alcançando a meta definida pelo MS segundo a matriz de indicadores do componente atenção do projeto Apice On, quais sejam, 90% e 85%, respectivamente. Já o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (75,7%) e partos em posição não litotômica sendo a mais frequente a posição semi-sentada (59,7%), ficou aquém da recomendação de 100% das mulheres em trabalho de parto, segundo a mesma matriz. Em relação aos nascimentos por cirurgia cesariana, a presença de acompanhantes (86,4%) superou os 70% proposto pela matriz de indicadores.

Sobre a boa prática presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a fim de garantir apoio emocional para as mulheres, pesquisas apresentam semelhanças em seus resultados. Estudo que realizou comparação das práticas assistenciais no ano de implantação da Rede Cegonha, em 2012, na maternidade de um hospital universitário, referência para alto risco de uma capital do sul do país, com resultados após quatro anos de adesão à estratégia, evidenciou que para uma

amostra de 386 puérperas aumentou-se o percentual da presença de acompanhante durante o parto normal ou cesariana (de 91,0% para 95,7%) (LOPES et al, 2019). Em hospital da região sul do Brasil, com um modelo de assistência pautado em boas práticas obstétricas, apresentou percentual de 88,1% para a presença de acompanhante (VELHO et al, 2019).

Logo, observa-se uma preocupação crescente das instituições em promover condições adequadas de ambiência, a fim de garantir o cumprimento da Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005. Visto que, os acompanhantes são essenciais em proporcionar o apoio prático, incentivando a mulher a se movimentar, fazendo massagens e segurando sua mão, o que contribui para o alívio não farmacológico da dor; promovem o apoio emocional, usando elogios e garantias para ajudar as mulheres a se sentirem no controle e confiantes e prestam o apoio informativo, fornecendo informações sobre o parto, eliminando as lacunas de comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres. Desta forma, sua presença contínua proporciona às mulheres uma experiência de parto positiva (BHOREN et al, 2019).

A oferta de dieta líquida livre é uma prática que dever ser amplamente estimulada para as parturientes, a fim de propiciar adequado aporte calórico e hídrico durante a evolução do trabalho de parto. Segundo os fortes dados desse estudo, foi constatado que esta prática no IFF/Fiocruz apresenta valores bem acima dos encontrados na região sudeste em estudo avaliativo de Leal et al (2019). Nesta pesquisa de comparação dos resultados do inquérito nacional Nascer no Brasil com avaliação da Rede Cegonha em 2017, houve aumento de 9,6% para 49,7% no consumo de líquidos ou alimentos pelas parturientes da região sudeste do país.

Sobre a oferta e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor identificamos resultados próximos ao deste estudo de caso com 62,8% de mulheres que fizeram uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor na pesquisa de Oliveira et al (2022) e 74,2% na investigação de Lopes et al (2019). Ainda, em pesquisa transversal desenvolvida em um hospital universitário do sul do país com 586 puérperas, 77,9% referiram utilizar algum método não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto (MIELKE; GOUVEIA; GONÇALVES, 2019)

É forte a recomendação de livre movimentação e adoção de posições não supinas no período expulsivo. Assim, confronta-se o resultado desta investigação com

trabalho de Alcântara e Silva (2021) que também apresentou altas taxas, 72,3% de mulheres que tiveram a liberdade de movimento e posição no parto.

Importante aspecto a ser destacado sobre os indicadores relacionados ao contato pele a pele logo após o nascimento, ao início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida e o clampeamento do cordão umbilical após 1 minuto, quando avaliadas as suas frequências relativas para partos normais apresentam-se taxas de 81,4%, 65,4% e 66%, respectivamente. Em relação aos nascimentos por cesarianas, apresentaram-se inexpressivas taxas de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, 27,2% e 16,7% respectivamente; e 33,8% de clampeamento oportuno do cordão. Nota-se que a implementação destas boas práticas fica distante dos 90% de meta estipulada pelo MS e indicam a necessidade de maior envolvimento e esforço da equipe multidisciplinar para ampliar a oferta de tecnologias apropriadas na assistência obstétrica sustentadas por evidências científicas às mulheres e seus bebês nascidos no IFF/Fiocruz.

Vale ressaltar, que os indicadores acima também foram avaliados seguindo os critérios estabelecidos para a oportunização destas rotinas no nascimento, quais sejam: idade gestacional ≥ 37 semanas, ausência de reanimação fetal, Apgar no 1º minuto ≥ 7 e inexistência de MFF. Os dois primeiros definidos pela matriz de indicadores do projeto Apice On e os dois seguintes sugeridos pela equipe de obstetrícia e neonatologia, após encontros no GEL, segundo o perfil obstétrico e neonatal do IFF/Fiocruz. Nesta análise, identificamos que tanto em parto normal, quanto em cesariana, estas boas práticas alcançaram o mínimo de 90%, conforme o sugerido pela matriz de indicadores.

Dentre estas boas recomendações a serem adotadas no pós-parto, o contato pele a pele esteve presente em 81,4% dos partos normais ocorridos na maternidade do IFF/Fiocruz. Boas taxas desta prática também foram identificadas no trabalho de Araújo et al (2021), um estudo transversal com 727 gestantes a prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida foi de 83,6%, havendo importante correlação de fatores para esta prática, o nascimento a termo, o parto vaginal, peso ao nascer $\geq 2500\text{g}$, índice de Apgar ≥ 7 no 1º minuto, assim como as variáveis apresentadas nesta pesquisa. De maneira oposta, em pesquisa de corte transversal realizado por Campos et al (2020) em uma unidade obstétrica de um hospital universitário no Estado do Rio Grande do Sul, com uma amostra de 586 puérperas verificou-se que apenas 60,1%

dos recém-nascidos realizaram o contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto e 24,1% tiveram esse contato após o profissional ter realizado os primeiros cuidados. Relembra-se que no recém-nascido, com boas condições de vitalidade, deve-se postergar os cuidados imediatos como pesagem, vacinação e medição antropométrica, justamente, para proporcionar maior tempo de contato pele a pele do bebê no ventre de sua mãe e favorecer o início do aleitamento materno (BRASIL 2017a; WHO, 2018).

Da mesma forma, meta-análise conduzida por Karimi et al (2019) relatou que nos 9 ensaios clínicos randomizados analisados originários de países como Reino Unido, Egito, Ásia (Irã, Paquistão, Índia) e Estados Unidos, contabilizou-se um total de 597 participantes do grupo intervenção e 553 participantes do grupo controle. A maioria dos estudos mediu os resultados, dentro de duas horas, após a estratégia de intervenção empregada, o contato pele a pele entre mãe e bebê por 2 horas. Todos os estudos reconheceram que esta prática afetou o mecanismo de redução do estresse, uma vez que o cortisol salivar considerado um marcador de estresse, diminuíram em bebês que receberam o contato pele a pele precoce. Ainda como resultado revelou-se que o sucesso da amamentação era maior no grupo intervenção em comparação ao grupo controle.

Outro estudo realizado na China, tinha como objetivo explorar a associação entre contato pele a pele após cesarianas e os resultados da amamentação. Assim, dos 679 participantes, 136 (20%) pertenciam ao grupo controle sem contato pele a pele após cesariana; 543 (80%) participantes realizaram o contato pele a pele imediatamente após a cesariana com 145 (21,4%) destes participantes permanecendo em contato pele a pele por pelo menos 90 minutos após o nascimento. No geral, 58% dos recém-nascidos, iniciaram a amamentação precocemente e a taxa de amamentação exclusiva na alta hospitalar (62,9%) foi superior ao grupo controle (51,5%) (JUAN et al, 2022)

A respeito do estabelecimento da amamentação na primeira hora de vida, foi identificado 65,4% dos nascimentos por parto normal. De maneira semelhante a esta pesquisa, identificou-se em estudo observacional transversal em uma instituição credenciada pelo IHAC localizada no Município de São Paulo, em que 64,1% dos recém-nascidos iniciaram a amamentação dentro da primeira hora de vida, com importantes associações para maior duração desta prática, mulheres com períneo

íntegro, partos assistidos por enfermeiras obstétricas, Apgar no quinto minuto de vida com índice 10, bebê não submetido a aspiração de vias aéreas superiores e sem cuidados de rotina na primeira hora (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021).

Além do mais, destaca-se que no estudo nacional avaliativo da Rede Cegonha houve aumento na prevalência de amamentação na sala de parto (82%), principalmente em hospitais públicos com iniciativa HIAC e que contam com a presença da enfermeira na atenção ao parto (MENDES et al, 2021). Baixa prevalência desta boa prática, contudo, foi descrita no estudo transversal de Ledo et al (2021) com amostra de 351 nascimentos em uma instituição da baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro. Apenas 28,0% dos recém-nascidos foram levados ao seio, logo após o nascimento e descreve que este menor contato precoce esteve associado a alterações no exame físico ao nascimento e a recém-nascidos de parto cesárea.

Faz-se necessário destacar que o nível de instrução representa um fator associado à amamentação na primeira hora de vida. Assim, ter ensino básico aumenta em aproximadamente seis vezes as chances de o bebê não ser amamentado nesse espaço de tempo em relação às mães com ensino superior e, de maneira correspondente, não ser colocado em contato ao seio materno na sala de parto aumenta em, aproximadamente, seis vezes as chances de não ser amamentado na primeira hora nesse ambiente (LUCCHESE et al, 2023).

Assim, as pesquisas evidenciam, em suma, a existência de alguns fatores dificultadores para a efetivação do quarto passo da IHAC, dentre as quais estão as rotinas centradas no modelo biomédico, fatores que comprometem a vitalidade materno-infantil como mulheres com complicações relacionadas ao parto ou cansaço e fraqueza devido ao laborioso trabalho de parto e recém-nascidos com desconforto respiratório ou complicações que determinam o encaminhamento para unidade neonatal (SILVA et al, 2020).

Portanto, como instituição credenciada como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o IFF/Fiocruz promove, constantemente, capacitações com impactos positivos sobre os conhecimentos, as habilidades e práticas profissionais obstétricas e neonatais humanizadas e qualificadas, com importantes repercussões para a mulher; ao se garantir o cumprimento do critério global Cuidado Amigo da Mulher e para o recém-nascido saudável; menor risco para intervenções desnecessárias após

o parto, maior contato pele a pele a amamentação na primeira hora de vida e prática do alojamento conjunto (LAMOUNIER et al, 2019).

A prática do clampeamento oportuno do cordão umbilical foi evidente na sala de parto da maternidade do IFF/Fiocruz em 66% dos nascimentos por parto normal. Taxa superior quando comparada ao estudo de Strada et al (2022), observacional, transversal e analítico realizado em uma unidade de centro obstétrico de um hospital universitário no sul do Brasil, credenciada pelo IHAC e que participou do projeto Apice On. Com uma amostra de 300 duplas mãe-bebê, verificou-se que 53,7% foram submetidas ao clampeamento tardio/oportuno do cordão umbilical, indicando que apesar da existência de políticas e evidências sobre os benefícios de tal prática, estes resultados podem ser reflexo da resistência por parte de profissionais na mudança de suas práticas.

Para mais, ressalta-se a relevância desta boa prática segundo a recomendação do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2020) e na pesquisa de Quian et al (2019), sinalizando que o clampeamento tardio do cordão em bebês nascidos a termo e prematuros mostrou níveis mais altos de hemoglobina e armazenamento de ferro, melhor desenvolvimento neurológico, menor anemia, menos transfusões, bem como taxas mais baixas de hemorragia intraventricular. Esta prática raramente foi associada a escores de Apgar mais baixos, hipotermia neonatal de admissão, desconforto respiratório e icterícia grave. Além disso, não houve associação com o aumento do risco de hemorragia pós-parto e transfusão de sangue materno, seja em cesariana ou parto vaginal.

Apesar da matriz de indicadores do projeto não determinar o percentual da oferta de analgesia peridural, neste estudo identificou-se que 5,1% das parturientes tiveram recomendação obstétrica para alívio da dor durante o trabalho de parto por este método farmacológico. Enfatiza-se que esta é uma prática recomendada, após se esgotarem todas as possibilidades de uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, devendo ser realizadas com baixas concentrações de anestésico local, com vistas a evitar complicações e preservar o máximo da função motora, garantindo mobilidade a mulher para ser encorajada a deambular e a adotar posições mais verticais (BRASIL, 2017a; WHO 2018). Uma vez que, verificou-se em estudo de coorte retrospectivo realizado no Iran, que a duração da segunda fase do trabalho de parto foi significativamente maior nas mães que receberam raquianestesia (LARIJANE et

al, 2022). Assim, esta pesquisa apresenta importantes resultados, quanto a esta prática quando comparado à pesquisa seccional avaliativa da Rede Cegonha, que apontou aumento de 13,1% para 18,7% na taxa de analgesia na região sudeste (LEAL et al, 2019). Por suposto, pode-se relacionar a extensão e a representatividade no uso dos métodos não farmacológicos pela equipe da sala de parto do IFF/Fiocruz, especialmente, determinado pela presença da enfermeira obstétrica.

Sobre as práticas não recomendadas nos cuidados na atenção ao parto, os indicadores evidenciaram que na assistência ao parto normal dos grupos 1 e 3 da Classificação de Robson, a punção venosa periférica foi praticada em 64,2% das parturientes. De certa forma, aponta a necessidade de se avaliarem práticas prescritoras de analgésicos durante o trabalho de parto como medida de alívio da dor já que a prescrição da medicação ocitocina ocorreu para grande parte das mulheres destes 2 grupos no 3º estágio do trabalho de parto (72,4%) como manejo para prevenção de hemorragia pós-parto (Brasil, 2017a).

Taxa elevada de venóclise também identificada no estudo de Pinto et al (2020), em que 50% das mulheres tiveram prescrição de ocitocina, durante o trabalho de parto, assim como no estudo de Lopes et al (2019); que constatou aumento de instalação de venóclise durante o trabalho de parto, de 85,4% para 97,8%, após implantação da Rede Cegonha.

Ainda, a prática da episiotomia foi realizada em 1,4% dos nascimentos por via vaginal. Encontramos semelhança em relação à reduzida taxa de episiotomia no trabalho de Alcântara e Silva (2021), um estudo transversal com 314 atendimentos de parto normal, realizado em um hospital de nível terciário localizado em uma capital do nordeste, apontou 7% de realização de episiotomia. Em oposição, a recomendação da OMS de taxas de episiotomia até 10% (OMS, 1996), identificou-se no estudo de Oliveira et al (2022) a presença desta prática em 15,1% dos partos normais e no trabalho de Lopes et al (2019), apesar de constatar-se uma redução de 63,6% para 55,0%, ainda permanece porcentagem muito aquém da recomendação proposta em estudos internacionais, os quais citam que as intervenções necessárias para manutenção da integridade perineal incluem o controle manual da expulsão do feto no final do segundo estágio do trabalho de parto e o suporte do períneo posterior, não sendo reconhecido o benefício da episiotomia em partos normais (RIETHMULLER; RAMANAH; MOTETO, 2018; GIMOYSKY; BERGHELLA, 2022) .

Significativo destaque relacionando o perfil das maternidades como referência para risco gestacional com as práticas adotadas, estudo transversal realizado em duas maternidades públicas no Estado do Paraná com 344 participantes, apontou que na presença de doença materna, as intervenções obstétricas foram mais frequentes, principalmente o uso de ocitocina e a rotura artificial das membranas ovulares (PINTO et al, 2020). Assim como, as taxas de cesárea foram estatisticamente maiores em mulheres de alto risco obstétrico (67,7%) em comparação com mulheres de baixo risco obstétrico (35,3%) (PEREIRA et al, 2016)

Quanto à inserção das enfermeiras obstétricas, depreende-se sua inexistente participação na assistência a partos normais de risco habitual na sala de parto da maternidade do IFF/Fiocruz, contribuindo com 1,1% dos partos assistidos no período do projeto Apice On, contrapondo a meta de 70% estabelecida na matriz de indicadores do MS. Em muito relacionou-se ao perfil da maternidade, ao quantitativo de partos normais que se adequam aos critérios definidos no protocolo assistencial pelas enfermeiras obstétricas da SMS/RJ e às resistências para o avanço desta prática, conforme analisado anteriormente. Dado que apresentou movimento de oposição ao estudo de Leal et al (2019), o qual verificou um aumento na porcentagem de partos assistidos por enfermeiras obstétricas de 13,7% no estudo Nascer no Brasil, para 24,6% na avaliação da Rede Cegonha para a região sudeste do Brasil.

Reafirma-se no estudo de Gama et al (2021), o impacto da presença da enfermeira obstétrica na atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha e descreve que do total de 606 maternidades do SUS que aderiram a estratégia da Rede Cegonha, 30% dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiras obstétricas.

Isto posto, no contexto do alto risco gestacional, constata-se que as enfermeiras obstétricas empenhadas na modificação do cenário obstétrico, desenvolvem seu processo de cuidar com características desmedicalizadas com enfoque nas relações, no uso das tecnologias leves, na valorização da dimensão subjetiva e relacional do cuidado, os quais possibilitam a centralidade do cuidado em maternidade de alto risco, local tradicionalmente, marcado pelo uso de tecnologias e valorização de saberes biomédicos sobre o processo de parto e nascimento, com foco no trabalho morto e nas tecnologias duras (PRATA et al, 2019; SILVA et al, 2020).

No que tange à inserção de DIU no pós-parto imediato (1,9%) e no pós aborto (2,1%), os indicadores evidenciaram que o IFF/Fiocruz ficou muito distante dos 30% sugeridos pela matriz de indicadores do componente atenção do projeto Apice On. Pesquisa nacional de coorte prospectivo com 100 mulheres, cujo DIU pós-placentário foi oferecido após a admissão para o parto e colocado durante a cesariana, verificou que das 97 mulheres que completaram o acompanhamento, a taxa de manutenção do DIU foi de 91% em 6 semanas e 83,5% em 6 meses. A taxa de expulsão/ remoção nas primeiras 6 semanas não foi diferente daquela entre 6 semanas e 6 meses, 9% e 9,1%, respectivamente (ZACONETA et al, 2019).

Outro estudo de coorte ratifica a inserção do DIU como uma intervenção útil no planejamento reprodutivo, na medida em que descreve 352 inserções de DIU pós-parto imediato no parto vaginal ou cesariana, verificou-se que com 6 semanas pós-parto, o DIU estava bem posicionado em 65,1% dos casos. Aos 6 meses após o parto, foram obtidas informações de 234 mulheres, destas, 74,4% ainda permaneciam com o dispositivo. Constatou-se que a taxa de expulsão é maior após o parto vaginal quando comparada com a cesariana, 68,4% versus 31,6%, respectivamente (NAHAS et al, 2023). Em relação ao momento da inserção existe diferença significativa entre mulheres que receberam o DIU no pós-parto imediato e no pós-parto tardio, quanto à taxa de expulsão, existindo 8,73 vezes mais chance de haver expulsão, quando o procedimento é realizado logo após o parto (TRIGUEIRO et al, 2021).

Na perspectiva do planejamento reprodutivo para o fortalecimento das ações de saúde sexual e saúde reprodutiva com a oferta de anticoncepção pós-parto e pós-abortamento, segundo objetivo específico do projeto Apice On (BRASIL, 2017b), faz-se necessário refletir sobre as condutas individuais dos profissionais médicos no que tange à reduzida adesão a esta prática, visto que não houve participação das enfermeiras obstétricas para a inserção do dispositivo intrauterino, as quais foram capacitadas através da participação no CAEO e respaldadas pela Resolução COFEN nº690/2022. Logo, percebe-se que para desburocratizar as estruturas organizacionais e ampliar o acesso ao dispositivo uterino é necessário identificar profissionais que estejam engajados com estratégias que ampliem a inserção e cobertura do uso do dispositivo nos serviços de saúde e avançar na capacitação por meio de informações embasadas em evidências científicas (RODRIGUES et al, 2023)

Interessante ressaltar que as práticas obstétricas instituídas pelos profissionais da maternidade do IFF/Fiocruz, ora se aproximam das recomendações quanto ao cuidado pautado em evidências científicas, ora são determinados por práticas intervencionistas provavelmente imposto pelo perfil obstétrico da instituição. Reflexão que supõe a complexidade na implementação de evidências científicas na medida em que envolve múltiplas facetas e camadas (BICK; CHANG, 2014). Assim como, os processos de trabalho, os quais estão em transição e contínua evolução, e envolvem mudanças e superação de barreiras nos âmbitos individuais e institucionais, como o objeto desta tese, representado pela a inclusão de enfermeiras obstétricas na equipe multidisciplinar da sala de parto.

Desta forma, os indicadores analisados apontam a importância na manutenção de algumas boas práticas obstétricas e melhor diálogo gerencial e assistencial da equipe de obstetrícia, enfermagem e anestesia nos espaços de colegiados de atenção, a fim de elaborar e implementar ações que repercutam nos processos de trabalho para incrementar aqueles cuidados que não atingiram as metas definidas pelo MS. Assim, a análise dos indicadores representa a avaliação da linha de cuidado à mulher na maternidade do IFF/Fiocruz e constitui-se em uma oportunidade para melhoria da prática obstétrica e para a qualificação e segurança do cuidado perinatal, devendo ser continuamente adotada como ferramenta de avaliação institucional.

Um importante componente do projeto Apice On fundamenta-se no campo da qualificação do ensino, uma vez que fomentava para o processo de formação de novos profissionais a proposta de ensino das boas práticas de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2017b). Para tanto, era necessário a qualificação, dos profissionais staff's em um importante movimento de integração entre novos processos de ensino-aprendizagem e da atenção obstétrica sustentada por evidências científicas.

Fato apresentado nesta pesquisa quando os entrevistados identificaram a existência de cursos sobre condutas obstétricas na hemorragia pós-parto e acolhimento com classificação de risco, seja de forma presencial ocorrido no segundo seminário do Apice On ou promovido pela própria instituição; assim como a disponibilização de conteúdos atualizados no âmbito da saúde materno-infanto-juvenil presente na Plataforma de Comunicação Virtual, por meio de encontros com especialistas e apresentações temáticas.

Além desta percepção, os participantes compreendiam que os conteúdos relacionados a esses cursos de qualificação profissional promoviam melhor interação para atuação interdisciplinar, diante de eventos críticos, pois o foco estava na abordagem temática orientada para a atuação integrada de cada membro da equipe, médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, anestesistas e técnicos de enfermagem, segundo saberes e práticas de cada profissão. De forma consequente, foi evidenciado pela equipe assistencial que a qualificação profissional, sustentada por cuidados interdisciplinares se refletem no desempenho profissional, na melhoria e eficácia da assistência obstétrica oferecida às usuárias da maternidade do IFF/Fiocruz.

Conforme aponta Bier et al (2019) em que relata ser a ação interdisciplinar, aquela que rompe hierarquias, valoriza a escuta do outro e unifica o trabalho do médico e da enfermeira, atitudes essenciais para a redução da mortalidade perinatal, visto que a qualidade do atendimento a mães e recém-nascidos pode ser melhorada com atendimento adequado e trabalho conjunto e solidário.

Apesar destes importantes aspectos relacionados à busca por saber científico como subsídio para a qualificação da prática profissional, elucidou-se nesta investigação que as ações formativas não abrangeram todo o corpo assistencial da maternidade, pois muitos alegaram inviabilidade no ajuste de compromissos, horários e outros vínculos empregatícios para estarem presentes nos cursos e oficinas, aspecto similar apresentado na pesquisa de Santos et al (2020), o qual cita que tais fatores da vida pessoal e profissional se tornaram verdadeiros desafios nas trajetórias educacionais desses profissionais.

Agrega-se a este cenário a descontinuidade das propostas explícitas no projeto Apice On; qual seja, o cenário de trabalho como indutor de reflexões coletivas e propostas formativas para a reorientação do modelo de atenção. O término do projeto determinou uma redução desses movimentos internos institucionais em prol da formação e aprimoramento profissional. Por similaridade de pressupostos relacionados a Educação Permanente em Saúde (EPS) e seus princípios de educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho; a pedagogia da problematização e a interprofissionalidade (OGATA et al, 2021), considera-se também uma fragilidade da periodicidade necessária proposta pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPS) instituída como estratégia do Sistema Único de Saúde para a

formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004c), que se constitui em:

Política estratégica para fomentar mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no SUS, tendo como pressupostos a problematização da realidade do cotidiano de trabalho para a reflexão e construção coletiva de solução de problemas permitindo o delineamento de novos conceitos e paradigmas, bem como a oportunidade de disparar mudanças efetivas nos processos de trabalho (OGATA et al, 2021, p.3)

Além do mais, no campo da conceituação da EPS, esta favorece a gestão dos problemas vivenciados na prática, na medida em que sua estratégia pedagógica está centrada na aprendizagem-trabalho, onde este é fonte de conhecimento e local de aprendizagem e acontece no cotidiano das pessoas e dos serviços de saúde. Isto possibilita a capacidade de autoavaliação pelos profissionais sobre os hiatos existentes entre o cenário ideal e o vivenciado nos contextos dos serviços de saúde e proporcionam também reflexões críticas e integradas sobre as práticas de cuidado e a conscientização sobre o contexto de trabalho (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019; FIGUEIREDO et al, 2022).

Logo, torna-se relevante a constância de investimentos na formação para o cuidado baseado em evidências, no engajamento dos profissionais e na superação de barreiras para a implementação de melhores práticas de cuidado em saúde (PÜSCHEL, 2022). Principalmente, porque nos hospitais de ensino, ambiente em que prevalece um modelo de assistência ao parto fortemente medicalizado, com excesso de intervenções desnecessárias e baixa incorporação das boas práticas disponíveis, cujos profissionais preceptores que adotam práticas não embasadas cientificamente são os responsáveis pelo processo de ensino-aprendizado dos residentes em formação (VILELA, 2017). Assim, replicam-se, continuamente, futuros profissionais com posturas sustentadas em ações que não respeitam a individualidade, a autonomia e o protagonismo feminino no processo fisiológico de parturição

Como exemplo da relevância da educação profissional e os reflexos na qualidade da assistência prestada, identificou-se no estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, de Cortes et al (2018), o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal após intervenção educativa no grupo de profissionais de uma maternidade referência no Estado do

Amapá. Verificou-se aumento na taxa de parto normal (de 63,7% para 69,0%), na presença do acompanhante de livre escolha (de 83,6% para 93,6%), na verticalização do parto (de 10,7% para 42,1%) com consequente redução de partos na posição litotômica (de 75,0% para 50,7%) e administração de ocitocina (51,5% para 46,2%).

Outro panorama que emergiu deste estudo de caso, debruçou-se sobre a compreensão dos sujeitos que integram a equipe assistencial e gerencial da maternidade do IFF/Fiocruz sobre o modelo colaborativo em obstetrícia. Processo de entendimento que envolveu reflexões pessoais e coletivas, assim como importantes e intensos diálogos entre estes atores no espaço GEL e apoiados na figura do mediador, na tentativa de redefinir os papéis profissionais para implementar o acompanhamento a partos de risco habitual por enfermeiras obstétricas. Um dos resultados esperados do projeto Apice On que demandou maior tempo, análises do processo de trabalho, avanços e recuos, expectativas e desgastes, inerentes à transição organizacional para um novo modelo de atenção obstétrico.

Fato representado pela teórica Meleis (2010), ao descrever que a transição de papéis denota uma mudança nas relações, expectativas e habilidades e exigem que a pessoa incorpore novos conhecimentos, novos comportamentos e, com isso, promova a definição de si em relação ao contexto social. Além disso, é inconcebível que um papel possa existir sem um contra papel para reforçá-lo e complementá-lo, ou seja, as mudanças em um papel exigem ajustes complementares no contra papel. Logo, a transição de papéis descreve e antecipa papéis perdidos, modificados ou adquiridos, reflete-se na reconstrução da identidade com base em novos papéis e responsabilidades. (KRALIK; VINSENTIN; VON LOON, 2010).

Deste modo, por parte de um grupo, havia a compreensão de que o modelo colaborativo nesta instituição deveria seguir conforme a definição de responsabilidades e papéis no processo de trabalho similar à de outras maternidades da rede municipal de saúde. Conforme conceituação, este modelo é definido pela participação de enfermeiras obstétricas e obstetras na assistência ao trabalho de parto e parto de risco habitual, com acionamento, suporte e condução dos casos com complicações e/ou distocias identificadas por esta profissional, pela equipe de médicos obstetras. No caso de gestações de alto risco, há uma estreita colaboração entre estes profissionais especializados (VOGT; SILVA; DIAS, 2014; ZAIDEN et al, 2022).

Relembra-se que a implantação do modelo colaborativo de atenção nos estabelecimentos de saúde foi uma diretriz recomendada pela OMS, em 2018, na tentativa para redução das significativas taxas de cirurgias cesarianas em diversos sistemas de saúde pelo mundo, principalmente países desenvolvidos (WHO, 2018d), na medida em que estudos indicam importantes resultados relacionados à atuação das enfermeiras obstétricas e redução de intervenções obstétricas desnecessárias.

Por outro lado, alguns entrevistados percebiam que este modelo colaborativo a ser desenvolvido em um hospital de ensino, com seu perfil obstétrico específico detalhado anteriormente, deveria se definir a partir de si mesmo e de suas próprias características. Sugestionava seguir a compreensão de que os papéis de médicos obstetras e enfermeiras obstétricas deveriam se fundamentar em uma atuação conjunta, integrada em todos os momentos da evolução do trabalho de parto, seja nos casos de risco habitual, como no alto risco obstétrico. Nesse sentido, aponta uma sensibilidade na replicação de modelos de atenção e apresentam-se como pistas para a formulação de um modelo próprio de cuidado obstétrico qualificado e seguro e potencializado pela presença da enfermeira obstétrica na equipe multidisciplinar.

Independente dos papéis desempenhados por obstetras e enfermeiras obstétricas para implantação do modelo colaborativo na maternidade do IFF/Fiocruz, é necessário enfatizar que, para avançar em direção à prática colaborativa interprofissional, os profissionais de diferentes áreas devem trabalhar em conjunto, por meio de uma relação de cooperação, colaboração, diálogo, confiança, respeito e capacidade de execução articulada das ações. Conjunto de atitudes e comportamentos que contribuem para um empenho coletivo na construção de um processo de trabalho em saúde com objetivos e metas comuns, em prol da qualidade da atenção à saúde. Dessa forma, supera-se a fragmentação do trabalho e da individualização biomédica rumo à democratização do contexto de trabalho e concepção ampliada do processo saúde-doença, integralidade, resolutividade e mudanças organizacionais (BAIÃO; MACIEL; SANTOS, 2019; SANTOS et al, 2020; PEDUZZI et al, 2020; BARBOSA et al, 2022).

Ainda, os participantes explicitaram alguns aspectos positivos e negativos decorrentes das relações pessoais no processo de trabalho do modelo colaborativo. Na perspectiva negativa, incluem-se atitudes que impedem o trabalho colaborativo como o julgamento de que somente um conhecimento científico é necessário para o

cuidado obstétrico, tornando subalterna a presença e troca de saberes com outros profissionais, as dificuldades de comunicação entre os pares e a desvalorização da capacidade de atuação das enfermeiras obstétricas.

Estudo de Colomar et al (2021) e Magalhães e Taffner (2020) evidenciaram semelhança de posicionamentos por parte dos médicos obstetras, na implantação do modelo colaborativo. Por parte destes, estava presente a preocupação sobre a experiência e capacidade de atuação das enfermeiras obstétricas e dúvidas quanto à definição de responsabilidades, pois entendem que a competência técnica para a condução do parto deve ser exclusivamente médica. Na visão das enfermeiras obstétricas, concebem que são responsáveis pelos cuidados às mulheres e discordam sobre o fato de que os médicos devem ser os principais decisores no processo de trabalho, o que lhes impõe a uma posição de subordinação e mero cumprimento de ordens (MELKAMU; YETWALE, 2020).

Interessante definição de Vendruscolo et al (2020) e Freitas et al (2022), ao explicarem a existência de quatro dimensões interligadas para a efetiva condução da colaboração interprofissional: objetivos e visão compartilhados; a tomada de consciência dos profissionais sobre a sua interdependência, no processo de trabalho e consequente necessidade de interação e confiança; a liderança que estimula a participação de todos e a formalização por meio de comunicações e fluxos bem estruturados para a atuação das equipes.

Aspecto conceitual que se refletiu na prática, na maneira como o princípio de trabalho integrado proposto pelo projeto Apice On foi exposto ao grupo assistencial da maternidade, caracterizando-se como uma limitação para colaboração interprofissional. A deficiente capilarização sobre a comunicação dos objetivos políticos e institucionais, assim como a inexistência de protocolos oficiais que descreveriam a dinâmica da atuação interprofissional limitou a compreensão da importância e valorização na troca de saberes e práticas entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas e determinaram a reduzida valorização e reconhecimento de competências e habilidades das especialistas quanto à tomada de decisões no processo de cuidar.

Em oposição, sob a ótica positiva, está o reconhecimento de comportamentos de ambos os profissionais que garantem comunicação, respeito mútuo, confiança, boa relação interprofissional, reconhecimento das competências e habilidades de cada

especialidade e a conciliação de preceitos humanísticos relacionados à formação das enfermeiras obstétricas, com a necessária objetivação para a condução de casos específicos como cesarianas e complicações materno-fetais inerente à atuação médica.

Esse processo relacional sustentado por tais atitudes possibilita melhor compreensão das funções e saberes específicos de cada profissão e o alinhamento de concepções sobre o trabalho colaborativo. Cria-se um ambiente favorável a oferta de um cuidado ampliado, individual qualificado e seguro a partir do olhar e atuação em âmbito multidimensional (CHODZAZA et al, 2020; PEREIRA et al, 2018; NEVES et al, 2021).

Logo, o desenvolvimento de interações saudáveis e relações de confiança entre os profissionais, devido à compreensão dos diferentes processos inerentes a convivência é um indicativo de uma transição saudável (MELEIS et al, 2010) sobre a incorporação de enfermeiras obstétricas, na sala de parto, como colaboradoras para a garantia do cuidado obstétrico qualificado.

Decorridos 3 anos da finalização do Projeto Apice On, atingiu-se um período de equilíbrio nas relações e abrandamento dos conflitos entre os obstetras e as enfermeiras obstétricas. Sob a perspectiva da teoria das transições, o tempo é uma propriedade do processo de transição. Este caracteriza-se por fluxo e movimento ao longo do tempo, ou seja, possuem um intervalo de tempo que se estende, desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança; por um período de instabilidade confusão e angústia; a um eventual “fim” com um novo começo ou período de estabilidade (MELEIS et al, 2010).

Após a vivência desta experiência transicional, a inserção de enfermeiras obstétricas na sala de parto, a equipe como um todo passou a compreender o escopo de sua prática. As enfermeiras obstétricas se conformaram e se desapontaram com a limitação para a sua plena atuação profissional imposto pelas adversidades do cenário. Logo, não havia mais motivo pela sua luta por um espaço de atuação, na medida em que não houve a formalização por meio do protocolo institucional o que determinou, por conseguinte, a compreensão de seu papel como uma personagem coadjuvante no campo do parto e nascimento.

Assim, a não-concretização do papel idealizado pela enfermeira obstétrica, o qual atendia o objetivo do Projeto Apice On e representava a consolidação das suas

atribuições legais culminou com a insuficiência de seu papel. É considerado como qualquer dificuldade no conhecimento e desempenho de um papel resultando em comportamentos e sentimentos associados a qualquer disparidade no cumprimento das obrigações ou expectativas do papel. Esse estado foi demonstrado nas falas das enfermeiras obstétricas por meio de sentimentos como ansiedade, apatia, frustrações, impotência e infelicidade (MELEIS et al, 2010; IM, 2014).

Por parte da equipe de médicos obstetras, houve reconhecimento da importância desta profissional, em atuação conjunta, no acompanhamento de mulheres em trabalho de parto com sua sensibilidade para a oferta de escuta, acolhimento e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, bem como na condução de casos críticos maternos e neonatais, características que potencializam a qualidade e segurança da assistência obstétrica.

Aspectos desta estabilidade induzida pela desistência pela briga por espaço e que determinaram novas relações interprofissionais estabelecidas entre esses personagens e indicam neste cenário uma importante característica da conclusão saudável do processo de transição, qual seja a aquisição de um período de maior estabilidade, em relação ao que havia antes. Mesmo que em geral, as mudanças pareçam menores quando comparadas a um estado pré-transição, isso não significa que o resultado da transição não possa ser positivo. Assim, a conclusão do processo de transição significa que o potencial de ruptura e desorganização associado às circunstâncias precipitantes foi findado (MELEIS, 2010).

O novo/antigo acordo de papéis, novo porque se define um novo papel para a enfermeira obstétrica decorrente de sua inédita presença na sala de parto e, antigo pois o papel do médico obstetra permanece inalterado em relação à fase pré-transicional, qual seja, o principal responsável pela realização do parto institucional possibilitou a compreensão dos participantes sobre as características de sua convivência. Fato decorrente do tempo de trabalho juntos e que resultou em ajustes nos detalhes, relacionados à melhor comunicação, interação, melhor possibilidade de conhecer o trabalho do outro com respectiva clareza dos papéis de cada componente da equipe e melhor capacidade de resolução de conflitos interprofissionais. Em consequência, observa-se interdependência de ações, colaboração interprofissional e planejamento do cuidado integrado com maior capacidade de resposta as

necessidades de saúde (PEDUZZI et al, 2020; BARBOSA et al, 2022; FREITAS et al, 2022).

Apesar da reconfiguração de papéis propostos inicialmente com o projeto Apice On, necessários para a efetivação do modelo colaborativo neste hospital de ensino não ter sido ser contemplada, o papel da enfermeira obstétrica se alinha à teoria das transições. Isto porque, houve a combinação de habilidades previamente estabelecidas com habilidades recém-desenvolvidas, ao longo do tempo com a experiência, que resultaram em domínio de novas habilidades necessárias ao desenvolvimento de uma identidade fluida e dinâmica por parte desta profissional, indicando um resultado do processo de transição (MELEIS et al, 2010).

Assim, as condições que influenciaram a qualidade desta experiência de transição para os sujeitos, como os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e o bem-estar emocional, conduziram a uma nova configuração assistencial entre enfermeira obstétrica e obstetra na sala de parto da maternidade do IFF/Fiocruz e, que se mantém em equilíbrio até os dias atuais. Pode representar o sucesso na conclusão saudável do processo de transição, devido ao estabelecimento de um bem-estar no relacionamento e o domínio de papéis, habilidades e padrões de comportamentos necessários para gerenciar as novas situações ou ambientes de trabalho (SCHUMACHER E MELEIS, 2010; IM, 2014).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On) abrangeu 97 hospitais de ensino, em todo o país, com o propósito de qualificar o ensino e o exercício da obstetrícia e neonatologia nessas unidades, e com isso impulsionar a reorientação de um modelo obstétrico que ainda permanece cercado de práticas profissionais que não se alinham às evidências científicas e são replicadas em ações e atitudes dos futuros profissionais que terão como objeto de trabalho o cuidado às mulheres. Na maternidade do IFF/Fiocruz, cenário deste estudo de caso, a execução desta proposição ministerial foi determinada por importantes especificidades como uma lacuna de aspectos comunicacionais que refletiu em baixo conhecimento e adesão dos profissionais a esta iniciativa de saúde; o perfil obstétrico da instituição que permeava sobre o processo de formação dos residentes de Medicina e as relações assimétricas entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas em sala de parto.

No campo da qualificação da gestão, ficou nítido o desarranjo de fluxos comunicacionais institucionais relacionados ao projeto Apice On. A superficialidade das informações divulgadas e sua restrita abrangência ao corpo assistencial não foram suficientes para aprofundar o conhecimento de médicos obstetras e enfermeiras obstétricas, sobre o processo de transição organizacional, definido pela teoria de Afaf Meleis, que se iniciou em março de 2018. Deste modo, mostrou-se presente a inaptidão em utilizar a ferramenta da comunicação como um importante recurso gerencial para engajamento e envolvimento de todos os funcionários em prol da política institucional. De certa forma, indica a necessidade de os projetos políticos abrangerem o aprimoramento das habilidades gerenciais, para além do apoio institucional representado na figura do mediador, pois os gestores figuram como importante personagem responsável por gerar ampla sensibilização e corresponsabilização junto aos trabalhadores sobre as metas institucionais.

Por conseguinte, as reuniões do Grupo Estratégico Local (GEL) que tinham por objetivo promover a ampla participação e discussões coletivas dos trabalhadores nos processos decisórios, planejamentos e avaliações no curso de implantação do projeto não ocorreu de forma eficaz. A ausência de uma articulação interprofissional nesse espaço, onde somente se observava a presença das enfermeiras obstétricas gestoras à frente da elaboração de diagnósticos situacionais e planos de ação, se refletiu para

o campo assistencial e potencializou o distanciamento para harmonização das relações, já abalada pelos aspectos comunicacionais descritos acima. Assim, evidencia-se uma inexperiência das instâncias gerenciais, e destaco aqui, o desenho institucional de cogestão de Área de Atenção Clínica e Cirúrgica a Gestante, para que a dinâmica de relação entre médico gestor e enfermeira gestora se configurasse em parceria, alinhamento e compromisso com as políticas de saúde. Atitudes fundamentais para favorecer o equilíbrio das relações desalinhadas, equalizar as forças de tensão, operacionalizar o trabalho em equipe, integrar os profissionais na dinâmica da assistência obstétrica e, principalmente, apoiar e defender a atuação da enfermeira obstétrica em sala de parto, que não esteve na pauta como prioridade de implementação.

Destaco a necessidade de maior ênfase aos indicadores de atenção materna e neonatal elaborados, a partir da matriz sugerida pelo projeto Apice On, como um recurso gerencial na implantação de novos processos de trabalho e monitoramento do cuidado oferecido às usuárias da maternidade do IFF/Fiocruz. Durante os dois anos de execução do projeto, as informações relacionadas aos procedimentos obstétricos parto normal, parto cesárea e abortamento foram registradas pelos residentes de obstetrícia, no livro de indicadores do projeto Apice On. Contudo, essas informações não retornaram para a equipe assistencial na forma de indicadores, conforme relato dos participantes e, por conseguinte, não permitiram reflexões da equipe assistencial e gerencial sobre as práticas de cuidado obstétrico e não se concretizou como ferramenta essencial para avaliação, divulgação e condução de mudanças internas nos processos de trabalho, a fim de atingir os resultados esperados pelo projeto.

No campo da qualificação do ensino e formação, esta pesquisa revelou que o perfil obstétrico da maternidade do IFF/Fiocruz com baixo quantitativo de partos normais de risco habitual, compôs um importante fator para a não participação integrada no acompanhamento de trabalhos de parto entre staff's médico, de enfermagem e seus residentes. Havia a compreensão de que este trabalho colaborativo, com subsequente divisão dos partos comprometeria o processo de aprendizado e formação médica e tornou-se um importante entrave exposto na Coordenação do Ensino e no Núcleo Diretor do Instituto. Fato que, influenciado pelas tensões e desajustes relacionais transpareceu a fragilidade da instituição em avançar

na elaboração de estratégias educacionais entre os dois programas de residência que permitissem a educação interprofissional em saúde.

Assim sendo, propõe-se soluções para este impasse através do avanço nas discussões em reuniões de colegiado sobre a possibilidade de ampliação do perfil de mulheres de risco habitual atendidas por esta instituição. Isto para favorecer a atuação conjunta entre enfermeiras obstétricas, suas residentes de enfermagem e médicos residentes como estratégia para aproximar os programas de residência em área profissional da saúde – uni e multiprofissional e trabalhar os projetos pedagógicos e os processos de formação apoiados em diálogo coletivo e troca de experiências entre os estudantes, pontos necessários ao desenvolvimento de habilidades para a prática colaborativa em suas futuras vidas profissionais.

Ainda, neste componente do projeto Apice On, identificou-se que a baixa participação da equipe assistencial nos cursos e eventos promovidos pelo projeto fragmentou os princípios da educação permanente em saúde, pois a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho não se fizeram presente entre os profissionais. Elucidou-se, nesta pesquisa, a participação de enfermeiras obstétricas no Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas do projeto Apice On (CAEO/Apice On), contudo não foram capazes de transformar a experiência coletiva de aprendizado, trocas de conhecimentos e experiências interestaduais em ações concretas no seu ambiente de trabalho, a fim de favorecer a necessária reformulação dos processos de trabalho para a sua atuação na sala de parto.

Dessa forma, a ausência dos profissionais da assistência nas instâncias de execução do projeto Apice On, reuniões do GEL ou cursos/eventos, por motivos pessoais e incompatibilidade de horários, segundo alegação dos depoentes, pode sinalizar que este afastamento ocorre por medos e inseguranças próprios a vivencia do processo de transição, o que não permitiu o desenvolvimento dos trabalhadores para uma reflexão e problematização da realidade do seu trabalho. À vista disso, a compreensão sobre o trabalho integrado entre equipes multiprofissionais, seja preceptores e residentes, como fomentado pelo projeto e necessário à oferta de uma assistência que forneça integralidade às muitas singularidades que perpassam a gestação e o parto não foi contemplado. Assim, salienta-se a necessidade em continuamente, revisar os processos de educação e de trabalho com o objetivo maior de promover práticas colaborativas interprofissionais, na medida em que os atos de

fazer, de ensinar e de aprender são indissociáveis e podem conduzir de fato, a mudança da realidade obstétrica.

Já no campo da qualificação da atenção, este estudo descreveu o exercício das boas práticas no parto e nascimento, tais como oferta de dieta líquida às parturientes e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, principalmente para os grupos 1 e 3 da Classificação de Robson; garantia da presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e abolição do uso rotineiro de episiotomia. De modo geral, para recém nascidos de parto normal e cesariana a termo, com boa vitalidade e sem malformação foi oportunizado para as práticas que garantam a hora de ouro e o clampeamento oportuno do cordão umbilical.

Para mais, esta tese apresentou os relevantes resultados da presença da enfermeira obstétrica, em sala de parto, somente conquistada com a execução do projeto e que repercutiu no aumento da oferta e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor se comparado os resultados antes e depois do Apice On. Mas sua práxis de cuidado humanizado não foi capaz de refletir no quantitativo de partos normais de risco habitual assistido por estas profissionais, identificados nos 0,8% no período de execução do projeto, ficando muito aquém da recomendação de 70% segundo a matriz de indicadores. As relações de poder institucional e social entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas e dificuldades para o exercício de sua autonomia na tomada de decisões sobre o processo de cuidar no parto e nascimento, a qual é respaldada por uma vasta e consistente legislação profissional, influenciaram profundamente a não concretização deste resultado esperado pela iniciativa do MS.

Nesse processo de reconhecimento, por parte da equipe assistencial e da gestão sobre as múltiplas adversidades, para se atingir o propósito do projeto Apice On quanto à assistência a partos normais de risco habitual pelas enfermeiras obstétricas, acabou por influenciar reflexões individuais e coletivas sobre o modelo colaborativo. Para o grupo de profissionais houve compreensão de que a assistência às mulheres em trabalho de parto deveria ocorrer de maneira integrada, conjunta e articulada entre obstetras e enfermeiras obstétricas, independente da classificação quanto à presença ou ausência de risco gestacional. Mas também, observou-se nas falas que não havia definição para a responsabilização da assistência ao 2º e 3º período do parto, muito pelo fato de todos os entraves relatados nesta pesquisa

determinarem a não oficialização do protocolo de assistência a partos de risco habitual pela enfermeira obstétrica chancelado pela direção institucional.

Assim, comprehende-se a necessidade de ampliar reflexões sobre o modelo colaborativo ideal a ser instituído na maternidade do IFF/Fiocruz, pois a incorporação de um modelo de atenção reconhecido em muitas instituições municipais e nacionais pode não ser a melhor proposta para o instituto, visto que não considerava o seu perfil obstétrico. Realidade diferente da rede Municipal do Rio de Janeiro, cujas maternidades possuem alta demanda de procedimentos obstétricos com perfil de usuárias classificadas como risco habitual. Logo, com a experiência vivenciada pelo IFF/Fiocruz, recomenda-se caminhar na construção de modelos de cuidado adequados aos cenários, mas sempre considerando a perspectiva interprofissional.

Por suposto, superada a época de instabilidade e desavenças pessoais marcado pelo início do processo de transição alcançou-se um período de equilíbrio e estabilidade nas relações interprofissionais, devido à finalização do projeto Apice On em junho de 2020 assim como descreve a teoria das transições de Afaf Meleis. O papel da enfermeira obstétrica, na sala de parto, estava definido: sua presença foi reconhecida pelos obstetras como essencial em proporcionar qualidade da assistência obstétrica por meio da oferta de cuidado humanizado e científico capaz de potencializar a condução de situações de risco materno-fetal. Por outro lado, as enfermeiras obstétricas, após passar por um campo de reconstruções de seu papel e vivenciar sentimentos de frustrações, impotência e apatia decorrentes da insuficiência de atuação perceberam que sua presença neste cenário estava limitada em proporcionar a vivência de uma experiência de parto mais satisfatória às parturientes. Nos dias atuais, com a oficialização da presença da enfermeira obstétrica em sala de parto em plantões diurnos e através do domínio de papéis observou-se a finalização saudável deste processo de transição organizacional a partir do projeto Apice On.

Apesar de, indicar que a consolidação da enfermeira obstétrica em sala de parto da maternidade do IFF/Fiocruz, é determinada por uma complexidade de fatores que atravessam as relações de poder e que ainda permanece no campo de lutas institucionais. Refletiu-se na não legitimação da sua autonomia profissional e fez com que erroneamente, sua prática fosse interpretada sob o viés de supervisão da equipe médica, na medida em que neste modelo a responsabilidade prioritária pela assistência às mulheres é deste grupo de profissionais. Assim sendo, dificuldades

estão postas nesse caminhar apontando a necessidade de uma verdadeira e madura compreensão pelas diferentes instâncias gerenciais, do papel ampliado que as enfermeiras obstétricas da sala de parto do IFF/Fiocruz possuem para a mudança do modelo de atenção nesta instituição.

Por fim, esta tese ao compreender a transição da inserção da enfermeira obstétrica em sala de parto, a partir do Projeto Apice On, em hospital de ensino expõe a íntima dependência entre os processos de transição organizacional, os espectros que perpassam pelo campo das comunicações, das relações interpessoais e concepções do profissional sobre parto e nascimento, bem como do tempo necessário para a definição de novos papéis a serem incorporados por obstetras e enfermeiras obstétricas rumo à implantação de novos modelos de assistência obstétrica.

Nesse contexto transicional, assegura-se que o valor da presença e atuação desta profissional está além do reconhecimento da fisiologia do parto para garantir a implementação de práticas recomendáveis para aquelas mulheres de risco habitual, as quais se enquadram em seu escopo de atribuição legal. Mas também, em proporcionar cuidado técnico especializado e relacional por meio da sua sensibilidade, escuta, apoio e acolhimento para aquelas mulheres com algum risco materno-fetal. População obstétrica que vivencia um processo parturitivo permeado por angústias, ansiedades e medos do que virá pela frente associado ao seu prognóstico e de seu bebê e, que são tão merecedoras de experenciar este momento único, o nascimento, considerando uma assistência qualificada, segura e humana em um cenário altamente especializado e de alta complexidade.

Diante da descrição sobre a execução de uma proposição ministerial suscitada a partir de um contexto de baixa incorporação de evidências científicas no cuidado obstétrico e neonatal em hospitais de ensino, com destaque especial promovido por esta tese, para a inserção e atuação de enfermeiras obstétricas nestes cenários impulsiona alguns desdobramentos e recomendações. Os eixos de desenvolvimento do projeto Apice On incluindo a assistência a partos normais de risco habitual por estas especialistas e a produção de indicadores de qualidade do cuidado devem superar o recorte temporal de dois anos definido para as ações do projeto. É imprescindível que estratégias, iniciativas e projetos do MS ganhem amplitude e abrangência temporal e territorial, bem como se constituam em trabalho contínuo, a fim de se estabelecer como uma efetiva política deste órgão governamental.

Ainda, fomenta-se a necessidade de futuras pesquisas que apresentem o papel desempenhado por enfermeiras obstétricas nestas instituições de ensino e seu impacto para a reorientação do modelo obstétrico. É necessário reavaliar e revelar as implicações do complexo objeto de estudo desta pesquisa em maior escala, em nível nacional antes e após o projeto Apice On e, assim, buscar compreender como as especificidades que se apresentaram neste contexto institucional ocorrem em outros hospitais de ensino integrantes desta iniciativa. Isto, para que se possa retomar, após períodos de pausas determinados pela pandemia e pela gestão pública, a discussão sobre a atuação das enfermeiras obstétricas nestes cenários de cuidado, representando uma pauta na agenda das políticas de saúde da mulher.

No campo das limitações do estudo, destaca-se a impossibilidade de abranger a percepção de outros personagens da equipe multidisciplinar como técnicos de enfermagem, anestesistas e neonatologistas que podem apoiar, defender ou afetar a atuação das enfermeiras obstétricas no campo do parto e nascimento. Assim, como a inviabilidade de abranger a compreensão de residentes médicos de obstetrícia e as residentes de enfermagem obstétrica sobre a execução do projeto Apice On. Isto porque no período de coleta de dados, os residentes que participaram deste processo de transição organizacional, de maio de 2018 a junho de 2020, já estavam formados e atuando nas mais diversas instituições de saúde do Município do Rio de Janeiro. Desse modo, aponto como um desdobramento deste estudo a realização de futuras pesquisas que envolvam estes personagens sobre a compreensão do trabalho colaborativo em maternidades de ensino referência para alto risco materno-fetal.

Outro aspecto que se constitui em limitação desta pesquisa está no fato de a coleta de dados quantitativos depender do registro manual de profissionais, os residentes médicos de ginecologia e obstetrícia, o que por conseguinte, pode influenciar a ocorrência de erros de preenchimento do livro de indicadores do Apice On. Admite-se ser necessário adotar a estratégia de obter os indicadores obstétricos, por meio de preenchimento em tempo real, através de um prontuário eletrônico, recurso ainda não adotado nesta instituição. Ressalta-se que os indicadores produzidos refletiram práticas que não puderam ser comparadas antes e depois do projeto Apice On, inviabilizando um monitoramento adequado da assistência obstétrica neste hospital de ensino. Ademais, o registro do tempo de duração das boas condutas profissionais, na primeira hora de vida, como contato pele a pele,

amamentação precoce na sala de parto e clampeamento oportuno do cordão foi outra restrição desta investigação, na medida em que não havia esta informação no livro de indicadores do Apice On.

Por fim, aponto, de alguma forma, a inviabilidade em reproduzir com fidedignidade estes resultados para os demais 97 hospitais de ensino participantes do projeto Apice On. Isto porque, este estudo de caso apontou inúmeras peculiaridades relacionadas ao seu contexto institucional, as quais foram determinantes para a transição da inserção de enfermeiras obstétricas, em sala de parto, como um dos resultados esperados por esta estratégia do MS.

8. REFERÊNCIAS

ACOG COMMITTEE OPINION. American College of Obstetricians and Gynecologists. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth, n.817, 2020. Disponível em: [https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth#:~:text=birth\)%204%205.,Delayed%20umbilical%20cord%20clamping%20appears%20to%20be%20beneficial%20for%20term,favorable%20effect%20on%20developmental%20outcomes](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth#:~:text=birth)%204%205.,Delayed%20umbilical%20cord%20clamping%20appears%20to%20be%20beneficial%20for%20term,favorable%20effect%20on%20developmental%20outcomes). Acesso em: 23 jun. 2023.

ADORNO, Alexandrina Maria Nogueira Guerra et al. Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, Recife, v.11, n.8, p.3143-3150, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110220/22135>. Acesso em: 10 mai. 2021.

ALCÂNTARA, Natalia de Abre; SILVA, Thais Jormanna Pereira. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, Recife, v.21, n. 03, p.773-83, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300003> Acesso em: 02 jul. 2023.

ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos et al. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.43, spe1, p.97-105, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S108> Acesso em 22 jun. 2023.

ALMEIDA, Cristina Vaz. Modelo de comunicação em saúde ACP: as competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In: LOPES & ALMEIDA (coord). Literacia em saúde na prática. Lisboa: Edições ISPA [ebook], 2019, p.43-52.

ALLEN, Jenifer D. et al. Measures of organizational characteristics associated with adoption and/or implementation of innovations: A systematic review. *BMC Health Services Research*, v.17, n.591, p.2-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2459-x> Acesso em: 19 ago. 2023.

ALVARES, Aline Spanevello et al. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Rev Bras Enferm, Rev Bras de Enferm*, Brasília, n.71, Suppl6, p.2776-2783, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290> Acesso em: 02 jun.2023.

ALVARES, Aline Spanavello et al. Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 54, e03606, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018039003606> Acesso em: 03 jul. 2023.

ARAÚJO, Kadja Elvira dos Anjos Silva et al. Contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida: um estudo transversal. *Texto contexto – enferm*, Florianópolis, v. 30, e20200621, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621> Acesso em: 2 jul. 2023.

AVERY, Melissa D et al. Interprofessional Education Between Midwifery Students and Obstetrics and Gynecology Residents: An American College of Nurse-Midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists Collaboration. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v.65, n.2, p.257-264, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13057> Acesso em: 15 jul. 2023.

ALVES, Taynara Cassimiro de Moura et al. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm. Foco*, Brasília, v.10, n.54, p.54-60, 2019.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210> Acesso em: 11 mai. 2023.

ALVES, Valdecyr Herdy et al. Preceptoria em enfermagem obstétrica: formação-intervenção no trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 73, Supl. 6, e20190661, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0661> Acesso em: 12 ago. 2022.

AMARAL, Rosangela da Conceição Sant'anna et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.1-10, e20180218, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0218>. Acesso em: 03 mar. 2021.

AMORIM, Torcata et al. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, v. 9, n.30, p.1-19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769234868> Acesso em: 03 abr. 2021

ANDRADE, Selma Mafei et al. *Bases da saúde coletiva* [recurso eletrônico]. 2º ed. Londrina: Eduel, 2001. 578p.

AMORIM, Torcata; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Coadjuntores das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. *Rev Rene*, Fortaleza, v.12, n.4, p.833-40, 2011. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4352>. Acesso em: 20 mar. 2021

ASSIS, Simone Gonçalves et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 256p, cap3, p.102-132.

BACKES Marli Theresinha Stein et al. The prevalence of the technocratic model in obstetric care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm*, Brasília, n.74, Suppl4, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689> Acesso em: 02 jun.2023

BAIÃO, Darli Chahine; MACIEL, Regina Heloisa; SANTOS, João Bosco Feitosa. É possível falar em colaboração nos hospitais brasileiros? Uma revisão integrativa da literatura. *Rev. SBPH*, São Paulo, v.22, n.1, p.5-27, jan./jun., 2019. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a02.pdf> Acesso em: 06 nov. 2020

BARBOSA, Ailma de Souza et al. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.46, n.esp 5, p.67-79, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506> Acesso em: 25 jun. 2023.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016. 141p.

BARROS, Geiza Martins; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GOMES Júnior, Saint Clair dos Santos. O uso das boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenção ao parto. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, v.18, n.1, p.21-28, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.31508.1676-3793201800004>. Acesso em: 15 jul.2023.

BERNARDES, Andrea et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.4p.861-870, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400008> Acesso em: 15 mai. 2023.

BETRAN, Ana Pilar; YE, Jiangfeng; MOLLER, Ann-Beth; SOUZA, João Paulo; ZANG, Jhun. Trends and projections of cesarian section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, v. 6, e005671, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671> Acesso em: 12 mar. 2021

BICK, Debra; CHANG, Yan-Shing. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. *Rev. Esc. enferm. USP.*, São Paulo, v. 48, n.4, editorial, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400001> Acesso em: 13 jun. 2023.

BIER, Laryssa de Col Dalazona et al. Olhares da gestão hospitalar sobre mortalidade perinatal: contextualização e perspectivas. *Revista Gestão & Conexões*, Vitória, v. 8, n.3, p.31-53, 2019.
DOI: <https://doi.org/10.13071/regec.2317-5087.2019.8.3.27022.31-51> Acesso em: 21 jun. 2021.

BIONDI, Heitor Silva et al. Moral suffering in assistance to childbirth: situations present in the work of nurses of obstetric centers and maternities. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 28, e20180052, 2019.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0052> Acesso em: 21 jun. 2023.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p. 801-821, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020> Acesso em: 7 dez. 2022

BRADY, Susannah et al. Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *Int J Nurs Stud*, v. 94, p.107-119, 2019. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001. Acesso em: 02 mai. 2023.

BRANDÃO Yluska Myrna Meneses, RATTNER Daphne. Cesarean section rates in a university hospital based on the Robson classification. *Rev Panam Salud Publica* [Internet], Washington DC, v. 19, e47196, 2021
DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.16> Acesso em: 26 abr. 2023

BRASIL. Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em:
http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. Decreto n. 94.406, de 30 de março de 1987. Regulamenta a Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 30 mar. 1987. Disponível em:
http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html Acesso em: 10 jun. 2021

BRASIL. Portaria GM n. 2.815 de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS grupo de procedimentos para o parto normal realizado por enfermeiro obstetra e parteira e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 29 mai. 1998a.
Disponível em:
<https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%202.815.pdf>.
Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Portaria n. 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a assistência ao parto normal sem distócia, assistido por enfermeiras obstétricas no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 set. 1998b. Disponível em:
<<https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%20163.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Portaria n. 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 5 ago. 1999. Disponível em:
<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20985,%20de%2005ago99.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1º jun. 2000. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde *Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. 60p.
Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. 202p.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 20 p.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 82 p.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>.

Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.

Institui a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatricesConsolidacao/comum/13150.html> Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. 14p.

Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsinfo22.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

BRASIL. Lei nº11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de

acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 07 abr. 2005.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Lei nº11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 27 dez. 2007a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para

Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 20 set. 2022

BRASIL. Portaria n. 2.010 de 29 de maio de 2010. *Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 29 mai. 2010.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

Acesso em: 02 mai. 2023

BRASIL. Portaria n. 4.159 de 21 de dezembro de 2010. Define o Instituto Fernandes da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), como Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fiocruz, para atuar como órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento, na coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 dez. 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4159_21_12_2010.html.

Acesso em: 02 fev. 2022

BRASIL. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 – Institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 jun. 2011a Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha [Internet]*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 42p. Disponível em:
http://www.saude.ba.gov.br/images/arquivoa/rede_cegonha/1.manual_pratico_ms.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturação_hospitais_ensino_filantrópicos_2003_2010.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Folder Conheça a Rede Cegonha.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Portaria n.1020 de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em

conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 mai. 2013b.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

BRASIL. Portaria n. 1.153 de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/70959997/dou-secao-1-28-05-2014-pg-43>>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. – 2. ed., 4. reimpr. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 68 p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_4imp.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

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

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Portaria Interministerial n.285 de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 mar. 2015c. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html>. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017a. 53p. Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes_Diretrizes_PartoNormal_VersaoR_eduzida_FINAL.pdf> Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia*. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017b. 31p. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2018/03/Apice-ON-2017-09-01-DIGITAL-WEBSITE.pdf> Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 430p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: 09 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018: Uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 428p. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doenças_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf>. Acesso em: 09 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS- Tecnologia da Informação a serviço do SUS. Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), 2020a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico n°20*. v. 51, n. 20, p. 1–47, 2020b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>. Acesso em: 09 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. 32p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus2019_ncov/#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 10 mai. 2021.

BOHREN, Meghan A et al. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.3, n.3, CD012449, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD012449.pub2 Acesso em: 01 jul. 2023.

CAMACHO, Karla Gonçalves; PROGIANTI, Jane Márcia. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], Goiânia, v. 15, n. 3, p. 648-55, jul./set., 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n3/pdf/v15n3a06.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 187-193, jan/mar., 1999. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1999000100019&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 29 mar. 2021.

CAMPOS, Paola Melo et al. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 41 (spe), e20190154, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. 328p.

CARVALHO, Michele Cristina de. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.22, n.3, p.746-53, 2013.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a22.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; GUILEM, Dirce Bellezi. A temática das boas práticas obstétricas no contexto do projeto político pedagógico da residência. In: Fornari, Lucimara. *Investigação qualitativa em saúde: avanços e desafios*, p.93-104, 2020 DOI: <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.93-104> Acesso em: 13 jun. 2023.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.508-16, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200017> Acesso em: 17 mai. 2023.

CHENG, Hon C.; COSTA, Carolina; WOODS, Cindy. Medical students and midwives – How do they view each other? *ANZJOG Australian and New Zealand Journal*, v.58, n.5, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajo.12803> Acesso em: 29 jun. 2023.

CHANG, Wei-Chin; MU, Pei-Fan; TSAY, Shiow Luan. The experience of role transition in acute care nurse practitioners in Taiwan under the collaborative practice model. In: MELEIS, Afaf Ibrahim. *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. 664p. cap 8, p.430-438.

CHAVES, Ricardo Lêdo. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 supl, s14-s16, 2014.
DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE03S114> Acesso em: 15 jul.2020

CHICK, Norma; MELEIS, Afaf. Ibrahim. *Transitions : A Nursing Concern*. In P.L. Chinn (org.). *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publicação, 1986. cap. 8, p. 237-257.

CHODZAZA, Elisabth et al. Midwives' and Medical professionals' perspectives of collaborative practice at Queen Elizabeth Central Hospital Maternity Unit, Malawi: The discovery phase of an appreciative inquiry Project. *Malawi Medical Journal*, v.

32, n.1, p.13 – 8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4314/mmj.v32i1.4> Acesso em 11 jul.2023.

CHOURABI, Lizandra Flores; CECCHETTO Fatima; NJAINE Katie. “Tirando o jaleco”: notas etnográficas sobre as práticas obstétricas em um hospital de ensino. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.32, n.2, e320217, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320217> Acesso em: 5 mar. 2023

COLOMAR, Mercedes et al. Collaborative model of intrapartum care: Qualitative study on barriers and facilitators to implementation in a private Brazilian hospital. *BMJ Open*, v. 11, e053636, p.1-10. DOI:10.1136/bmjopen-2021-053636 Acesso em 15 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN- Resolução COFEN n. 516/2016 de 23 de junho de 2016. *Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casa de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência, estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiros Obstetras e Obstetriz no âmbito do sistema CFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem e dá outras providências*. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html Acesso em: 26 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN- Resolução COFEN n. 690/2022 de 04 de fevereiro de 2022. *Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo*. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html Acesso em: 10 jul. 2023.

CÔRTES, Clodoaldo Tentes et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 49, n.5, p.716-725, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf Acesso em: 04 nov. 2020.

CÔRTES, Clodoaldo Tentes et al. Implementação de práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, e2988, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988> Acesso em: 26 jun. 2023.

COSTA, Lanna Gabriela Façanha. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 137–45, 2016. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181> Acesso em: 23 mai. 2020

COSTA, Ana Maria. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos a Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (livro eletrônico). 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. 1880p. cap. 33, p. 1631-1682.

COSTA, Rafaela Lira Mendes; COSTA Ives Leocelso Silva. Um ponto de resistência: enfermagem, medicina e gênero no contexto hospitalar. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, v. 30, n.2, p.357-366, 2017.

Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/39015> Acesso em: 11 jun. 2023.

COSTA, Luana dos Santos et al. Tecnologias de informação e comunicação: interfaces com o processo de trabalho da enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 75, n.02, e20201280, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1280> Acesso em: 5 mai. 2023.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. *Pesquisa de Métodos Mistos*. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Trabalho de campo-Construção de informações qualitativas e quantitativas. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 256p. cap. 5. p.136-179.

DIAS, Marco Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014. 417p. cap 14. p.351-369.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Revista Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p.627-637, 2005.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019> Acesso em: 12 abr. 2020.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, São Paulo, v.19, n.2, p.313-326, 2009. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822009000200012 Acesso em:12 abr. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.20, n.56, p.25-259, 2016.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736> Acesso em: 11 nov. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface- Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.18, n.48, p.217-220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0910> Acesso em: 11 nov. 2022.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113> Acesso em: 17 mai. 2020.

DORICCI, Giovanna Cabral; LORENZI, Carla Guanaes. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n.8, p.2949-59, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019> Acesso em 2 jun. 2023.

DOWNE, Soo; FINLAYSON, Kenny; FLEMING, Anita. Creating a collaborative culture in maternity care. *J Midwifery Womens Health*, v.55, n.3, p.250-4, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.01.004> Acesso em: 30 jun. 2020.

DUARTE, Teresa. A possibilidade da investigação a três: reflexões sobre triangulação (metodológica). *Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. e-Working Paper*, Portugal, n. 60, 2009. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1319/3/CIES-WP60%20_Duarte.pdf Acesso em: 20 jul. 2020.

DULFE, Paolla Amorim Malheiros et al. Challenges of midwives in labor and birth care: a descriptive and exploratory study. *Online Braz J Nurs.*, Niterói, v. 21, e20226582, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226582>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Marcia Ferreira Teixeira; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1527-1536, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017> Acesso em: 3 jan. 2022.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica Brasileira. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-1878, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014> Acesso em: 11 out. 2020.

FERREIRA JUNIOR, Antônio Rodrigues et al. Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no centro de parto normal. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.25, n.2, e20200080, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0080>

FERREIRA, Ithana Queila Borges Pizzani et al. Repercussões da reforma trabalhista sobre o trabalho em enfermagem no contexto da pandemia Covid-19. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 75, Suppl 1, e20220058, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0058pt> Acesso em: 13 jun. 2023.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão et al. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.46, n.135, p.1164-1173, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>
Acesso em: 23 jun. 2023.

FLICK, Uwe. *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. Porto Alegre: Penso, 2013. 256p.

FLOYD, R Davis. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n.75, 2001.
 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0) Acesso em: 23 set. 2021.

FLORES, Yesica Yolanda Rangel; VILLA, Consuelo Magdalena Martinez; ARROYO, Vanesa Jimenez. Relaciones de poder y opresión dentro de la sala de parto: narrativas de enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*, Ribeirão Preto, v. 56, e20210476, p1-9, 2022. DOI:<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0476en> Acesso em 28 abr. 2023.

FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, spe1, p.86-96, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>

Acesso em: 21 jun.2023.

FREITAS, Wesley; JABBOUR, Charbel. Utilizando estudo de caso(s) como estratégias de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & Debate*, Lajeado, v. 18, n.2, p.07-22, 2011. Disponível em:
<http://www.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560/550> Acesso em: 17 dez. 2020

FREITAS, Carolina Caldas et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. *Interface* (Botucatu), v. 26 e210573, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210573>
 Acesso em 21 jun.2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Disponível em:
https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf Acesso em: 08 out. 2020.

GAMA, Silvana Granado Nogueira et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive health*, 13 (supl1), n.123, 2016. Disponível em:
<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0236-7.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2021.

GAMA, Silvana Granado Nogueira et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil-2017. *Ciênc. saúde colet*, Rio de Janeiro, n.26, v.3, mar, 2021.
 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020> Acesso em: 15 ago. 2022.

GARMATZ, Aline; VIEIRA, Guilherme Bergmann Borges; SIRENA, Sérgio Antônio. Avaliação da eficiência técnica dos hospitais de ensino do Brasil utilizando a análise envoltória de dados. *Ciênc. saúde colet*, Rio de Janeiro, n. 26, Supl 2, p.3447-3457, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.34632019>

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120p.

GIMOVSKY, Alexis C.; BERGHELLA, Vincenzo Evidence-based labor management: second stage of labor (part 4). *Am J Obstet Gynecol MFM*, v. 4, n.2, e100548, 2022. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2021.100548 Acesso em: 07 jul. 2023.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. [recurso eletrônico] 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. 129p.

GUETTERMAN, Thimoty; FETTERS, Michael. CRESWELL, John. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Ann Fam Med*, v.13, n.6, p.554-61, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1865>. Acesso em 12 jun. 2023

GUIDA, Natasha Faria Barros et al. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. *Rev Rene*, v.18, n.4, p.543-550, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324053756017> Acesso em: 01 jun. 2023.

GUIMARÃES, Marcelle Sampaio de Freitas; SILVA, Leila Rangel da. *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para a enfermagem*. [internet]. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://jurnaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf> Acesso em: 10 jan. 2019.

GOMES, Maysa Ludovice; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da. Desafios para o acompanhamento do processo fisiológico na atenção ao parto: transição paradigmática na prática obstétrica da enfermeira. In: ZVEITER, Marcele; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo (org). *Curso de aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas, com enfoque no Componente parto e Nascimento da Rede Cegonha*. Ministério da Saúde: Caderno do Facilitador. Rio de Janeiro: Ed. ABENFO-RJ, 2014. 105p. cap. 1. p.13-20.

GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes et al. Boas práticas na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil: O mestrado profissional na qualificação de quadros estratégicos para atenção ao parto e nascimento. In: GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; MAGLUTA, Cyntia; NAKANO, Andreza Rodrigues (org). *Olhares para a saúde de mulheres e crianças – reflexões no contexto da incorporação de boas práticas de cuidado e gestão*. São Paulo: HUCITEC, 2020. 381p. cap. 1, p.47-73.

GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia de boas práticas? *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, n.26, v.3, mar, p.859-874, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020> Acesso em: 15 ago. 2022.

HILDINGSSON Ingegerd et al. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare*. v. 21, p.33-38, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.2063202110.1016/j.srhc.2019.06.004> Acesso em: 12 jun. 2023.

HONG, Quan Nha et al. Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *Journal Evaluation in Clinical Practices*. v.24, n.3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12884> Acesso em 06 jun. 2023.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzwig. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Interface. *Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v.12, n.24, p.215, jan/mar., 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100019 Acesso em: 07 abr. 2021.

IM, Eun OK. Transitions Theory. In: ALLIGOOG, Marta Reile. *Nursing theorists and their work*. 8 ed. Missouri: Elsevier, 2014. Cap. 20, p.378-395.

JUAN, Juan et al. Association between Skin-to-Skin Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes. *Children*, v.9, n.1742, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/children9111742> Acesso em: 26 jun.2023.

KARIMI Fatemeh et al. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 58, p.1-9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002> Acesso em: 2 jul. 2023.

KRALIK, Debbie; VISENTIN, Kate; VAN LOON, Antonia. Transition: A literature review. In: MELEIS, Afaf Ibrahim. *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. 664p. cap 2, p.72-84.

KUAMOTO, Rosely Sayuri et al. Contato pele a pele entre mãe e recém nascido a termo no parto normal: um estudo transversal. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 74, suppl 4, e20200026, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026> Acesso em: 02 jul. 2023.

LAMOUNIERA, Joel Alves et al. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. *Rev Paul Pediatr.*, São Paulo, v.37, n.4, p.486-493, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004> Acesso em 07 jul. 2023.

LARIJANI, Samaneh Saghafian et al. Comparison of the outcomes of normal vaginal delivery with and without spinal anesthesia in mothers admitted to the maternity ward of Firoozabadi Hospital. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 11, n.9, p 5633-5637, 2022. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1998_21 Acesso em: 01 jul. 2023.

LEAL, Maria do Carmo et al. *Nascer no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. A mãe sabe como parir, e o bebê sabe como e quando que nascer*, 2014a. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
Acesso em: 20 ago. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 Sup: S17-S47, 2014b.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513> Acesso em: 20 ago. 2020.

LEAL, Maria do Carmo. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n.5, editorial 00063818, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. *História, Ciências e Saúde*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, jan./mar., p.319-334, 2019.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100018> Acesso em: 20 set. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n.7, e00223018, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018> Acesso em: 05 jul. 2023.

LEAL, Maria do Carmo et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha- Sumário Executivo. Ministério da Saúde; Fundação Osvaldo Cruz; Universidade Federal do Maranhão. 2021. Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/sumario-executivo-atencao-ao-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha/> Acesso em 11 out. 2022.

LEAL, Mariana Silveira et al. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v.74, Suppl 4, e20190743, 2021. DOI: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743> Acesso em: 12 jun. 2023.

LEDO, Beatriz Cabral et al. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, e20200102, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0102>. Acesso em: 02 jul. 2023.

LEVI, Maria L. et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00846199. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs846> Acesso em: 27 jun. 2023.

LIMA, Claudia Feio da Maia et al. Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p.1-5, 2016.

DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870> Acesso em: 7 mai. 2020

LIMA, Gabrielle Parrilha Vieira et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.593-599, 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150079 Acesso em: 6 set. 2020

LOPES, AA. Medicina Baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Rev Ass Med Brasil*, São Paulo, v.46, n.3, p.285-8, 2000. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010442302000000300015&lng=es&nrm=iso&tlang=pt Acesso em: 29 mar. 2021.

LOPES, Giovana Di Carli et al. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v.27, e3139, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139> Acesso em: 23 jun. 2023.

LUCHESE, Ingrid et al. Amamentação na primeira hora de vida em município do interior do Rio de Janeiro: fatores associados. *Esc. Anna. Nery*, Rio de Janeiro, v. 27, e20220346, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0346pt> Acesso em: 3 jul. 2023.

MACIEL, Viviane da Silva; DORNFELD, Dinara. A inserção da enfermeira obstétrica na assistência hospitalar ao parto. *Enferm. Foco*, Brasília, v.10, n.4, p.148-52, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.979> Acesso em: 16 jun. 2023.

MAIA, Ana Carolina Mendes Soares Benevuto et al. Programa Cegonha Carioca: contrataualização do serviço por organização social. *Rev Enferm UFPE*, Recife, v. 13, e-239431, 2019.

DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239431> Acesso em: 12 set. 2020

MACHADO Sávia Souza et al. Apoio institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 66, p.813-25, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0829> Acesso em: 12 mai. 2023.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual-Brasil, século XX. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.358-371, mai./jun. 2002.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300010> Acesso em: 15 jul. 2020

MAGALHÃES, Tayná Tomé de Souza; TAFFNER, Viviane Barrere Martin. Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. *Revisa*, v. 9, n.4p. 685-97, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p685a697> Acesso em: 29 mai. 2023.

MARQUES, Gabriela Moreno; MARIN, Daniela Dagostini; NASCIMENTO, Diego Zapelini; ISER, Betine Moehlecke. Estratégias de melhoria na atenção ao parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, 2019.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32952018> Acesso em: 11 fev.2021.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A Ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n.2, p.645-665, set./dez. 2005. Acesso em: 11 fev.2020.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v.4, n.1, 2015.

Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157/156>
Acesso em: 10 abr. 2021.

MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva et al. Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.41, e20190294, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190294>
Acesso em: 02 mai. 2023.

MAZIERO, Vanessa Gomes et al. Aspectos positivos da liderança autêntica o trabalho do enfermeiro: revisão integrativa. Positive aspects of authentic leadership in nursing work: integrative review. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.73, n.6, e20190118, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0118> Acesso em: 02 mai. 2023.

MC EWEN, Melaine. Visão geral de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. In: MC EWEN, Melaine; WILLIS, Evelyn M. *Bases Teóricas de Enfermagem*. Trad. Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 590p. cap 10. p.216-245

MC LACHLAN, HL et al. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from COSMOS randomised controlled trial. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, Londres, v.123, n.3, p.465-74 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26498455/> Acesso em: 05 nov. 2020.

MEDEIROS, Renata Marien Knup et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm [internet]*. Brasília, v.69, n.6, p.1091-8, 2016.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295> Acesso em: 16 out. 2021.

MEDICI, AC. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. *Rev Ass Med Brasil*, São Paulo, v. 47, n.2, p.149-56, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302001000200034&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 29 mar. 2021.

MELEIS, Afaf Ibrahim. Role Insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In: MELEIS, Afaf Ibrahim. *Transitions Theory. Middle Range and*

Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. 664p. cap 1, p.13-25.

MELEIS, Afaf Ibrahim et al. Experiencing transition: a emerging Middle range theory. In: MELEIS, Afaf Ibrahim. *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice.* New York: Springer Publishing Company, 2010. 664p. cap 2, p.52-64.

MELKAMU, Eneyew; YETWALE, Aunalem. Attitude of nurses and midwives towards collaborative care with physicians in Jimma University medical center, Jimma, South West Ethiopia. *Human Resources for Health.* v.18, n.1, p.1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00531-6>
Acesso em: 11 mai. 2023.

MELLO, Amanda de Lemos et al. Integração ensino-serviço na formação de residentes em saúde: perspectiva do docente. *Texto contexto-Enferm.*, Florianópolis, v.28, e20170019, p.1-12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0019> Acesso em: 22 mai. 2023.

MENDES, Yluska Myrna Meneses Brandão e; RATTNER, Daphne. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 54, n.23, p.1-13. 2020.
DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>. Acesso em: 14 jan. 2021

MENDES, Yluska Myrna Meneses Brandão e; RATTNER, Daphne. Cesarean sections in Brazil's teaching hospitals: an analysis using Robson Classification. *Rev Panam Salud Publica*, v. 45, e16, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2021.16> Acesso em: 15 abr. 2023.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas*, Porto Alegre, v.15, n.2, p.250-271, abr-jun, 2015. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151960892015000200005&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 10 out. 2020.

MIELKE, Karem Cristina et al. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário do Brasil. *Av.enferm.*, Bogotá, v. 37, n.1, p.47-55, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045> Acesso em: 6 jul. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 256p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.* 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 107p.

MONTICELLI, Marisa et al. Especialização em Enfermagem Obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. *Texto e Contexto Enferm*, Florianópolis, v.17, p.482-491, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a09v17n3.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

MOREIRA, Katia Fernanda Alves et al. Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.43, e20210100, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210100.pt>
Acesso em: 21 jun. 2023.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm*, v.18, n.4, p.731-40, 2009.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400015> Acesso em: 12 mar.2022.

MOUTA, Ricardo José Oliveira. *A reconfiguração do espaço social da Maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/11350>. Acesso em: 12 mar.2022.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História*. São Paulo, n. 25, dez, 2002. Disponível em:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878> Acesso em: 24 jul. 2020.

NAGAHAMA, Elisabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização do parto no Brasil. *Revista Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p.651-65, 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzNppPXN3VkJyyDRsfDg/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 24 jul. 2020.

NAGAHAMA, Elisabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. Práticas de atenção ao parto e desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.44, n. 8, p.1859-1868, 2008. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000800014&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 05 nov. 2020.

NAHAS, Georgia et al. Immediate postpartum insertion of Copper intrauterine device a brazilian university hospital: expulsion and continuation rates. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Botucatu, v. 45, n.1, p.31-37, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1759628> Acesso em: 27 jun. 2023.

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elisabete Franco; GOLÇALVES, Roselane. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Revista Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p.1059-1068, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

NEVES, Ingrid Alves Reis et al. Qualidade e segurança na assistência obstétrica. Rev enfermagem UFPE On line, Recife, v.15, n.1, e245809, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245809> Acesso em: 17 jun. 2023.

NOVE, Andrea et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*, v. 9, n.1, p.24-32, 2021. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30397-1. Acesso em: 15 mai. 2023.

NOVE, Andrea et al. The Midwifery services framework: What is it, and why is it needed? *Midwifery*, v.57, p.54-58, 2018.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.11.003> Acesso em: 15 jun. 2023.

Observatório Obstétrico Brasileiro. Resumo de Indicadores. Brasil, 2020. Disponível em: <https://observatorioobstetricobr.org/paineis/> Acesso em: 18 ago. 2023.

OGATA, Marcia Niituma et al. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. Rev Esc Enferm USP., São Paulo, v.55, e03733, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733> Acesso em: 05 jul. 2023.

OLIVEIRA, Thalita Rocha et al. 1º Seminário Apice On do Rio de Janeiro: Vivências de aprimorandas do curso de aprimoramento para enfermeiras(os) obstétricas(os) (CAEO/MS/UFF/UFMG). In: 20º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM (SENPE). Rio de Janeiro, junho de 2019.

OLIVEIRA, Patrícia Santos et al. Boas práticas no processo de parto: concepções de enfermeiras obstétricas. Rev Bras Enferm, Brasília, v.72, n.2, p. 475-483, 2019.
DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477> Acesso em: 20 abr. 2023

OLIVEIRA, Patrícia Santos et al. Enfermeira obstetra e os fatores que influenciam o cuidado no processo do parto. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, n.42 esp, e20200200, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020-0200> Acesso em 10 jul.2023.

OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer et al. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.75, n.1, e20200896, 2022.
DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0896> Acesso em: 14 jun.2022.

Organização Panamericana de saúde (OPAS). Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. Montevidéu: CLAP/SMR, 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49383#:~:text=O%20documento%20Conjunto%20de%20ferramentas,sexual%20e%20reprodutiva%20de%20qualidade>. Acesso em: 01 jun. 2023.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde PUBL*, Rio de Janeiro v. 14 (supl 1), p.25-32, 1998.
Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011.
Acesso em: 10 out. 2020.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório de Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 32, n.4, p.492-499, 2008. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012.
Acesso em: 07 de abr. 2021.

PASCHE, Dário Frederico. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. *Rev Med Minas Gerais*, Belo Horizonte, n.19, supl. 2, p. 33-41, 2009.

Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1131>. Acesso em: 06 mar. 2020.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e Nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão do cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Col*, Brasília, v. 4, n. 4, 2010. Disponível em:

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801> Acesso em: 29 mar. 2021.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. *Interface- Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.20, n.56, p.199-201, 2016.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, suppl 1, e0024678, p.1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

Acesso em: 21 jun.2023.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. Assistencia materna e neonatal na Casa e Parto Davis Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. *R. Pesq. Cuid. Fundam. Online*, Rio de Janeiro, vol 4, n.2, p.2905-13, 2012.

Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1659/pdf_512

Acesso em: 12 mar.2022.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo (org). *Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas, com enfoque no componente parto e nascimento da Rede Cegonha-Ministério da Saúde: Caderno do Facilitador*. Rio de Janeiro, ED: ABENFO-RJ, 2014. 104p.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; NICÁCIO, Marina Caldas. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, vol 22, n.1, 2014. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11418/8977>
Acesso em: 1 abr. 2021.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; NICÁCIO, Marina Caldas. A escolha pelo

atendimento em Casa de Parto e avaliação do cuidado pré natal. *Rev Enferm UFSM*, Santa Maria, vol 4, n.3, p.546-555, 2014.

DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769213268>. Acesso em: 17 fev. 2022.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. *Rev Min Enferm.* 2018;22(e-1107):1-8.

DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180035> Acesso em: 2 mai. 2021

PEREIRA, Ricardo Motta et al. Novas práticas de atenção ao parto e desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 3517-3424, 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016> Acesso em: 7 ago. 2021.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 71, suppl 3, p.1393-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>
Acesso em: 2 jun. 2023.

PEREIRA, Marcos Nakamura et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*, v.13, Supl 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7> Acesso em: 15 jul. 2023.

PERDOK, Hilde et al. Opinions of professionals about integrating midwife- and obstetrician-led care in The Netherlands. *Midwifery*, v.37, p.9-18, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.011>. Acesso em 16 jul. 2023.

PINTO, Tiago Rocha; CYRINO, Eliana Goldfarb. Os programas de residência multiprofissional em saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. *Interface* (Botucatu), v.26, e20770, 2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200770>. Acesso em: 7 jul. 2023.

PINTO, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca et al. Fatores associados a intervenções obstétricas em maternidades públicas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife.,v 20, n.4, p.1091-1100, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400009>
Acesso em: 5 jul. 2023.

Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência. (SUBHUE/SHPM). Apresentação Fórum Perinatal Metropolitana I. 22 de agosto de 2018. Disponível em:
<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTk1NTY%2C>
Acesso em: 11 mai. 2023.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. [recurso eletrônico]*. 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 658p.

Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Classificação de Robson. Postado em 05 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspaticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/> Acesso em: 01 jul. 2023.

PRATA, Juliana Amaral et al. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, e20180259, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0259> Acesso em: 25 jun. 2023.

PROGIANTI, Jane Márcia; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. As enfermeiras Obstétricas Frente ao Uso de Tecnologias Não Invasivas de Cuidado como Estratégias na Desmedicalização do Parto. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, não paginado, ago, 2004.

PROGIANTI, Jane Márcia; MOUTA, Ricardo José Oliveira; SANTOS, Simone Pereira dos. A inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar no Rio de Janeiro (1988-1992). *Revista Eletrônica (HERE)*, v.2, p.89-104, 2011. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol2num2artigo7.pdf> Acesso em: 12 mar.2022.

PROGIANTI, Jane Márcia; PORFÍRIO, Aline Bastos. Participação das enfermeira no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming (1998-2004). *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, v. 16, n.3, p.443-450, 2012.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300003> Acesso em: 12 mar.2022.

PROGIANTI, Jane Márcia; PORFÍRIO, Aline Bastos; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Capacitação de enfermeiras no Japão: contribuição para a implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. *Texto e Contexto Enferm*, v.22, n.1, p.193-200, 2013.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100023> Acesso em: 12 mar.2022.

PROGIANTI, Jane Márcia; PRATA, Juliana Amaral; BARBOSA, Pedrita Machado. A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca. *Rev Enferm UERJ*, Rio de janeiro, v.23, n.2, p.164-171, 2015.

DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.12540> Acesso em: 21 set. 2021.

PROGIANTI, Jane Márcia; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. As enfermeiras Obstétricas Frente ao Uso de Tecnologias Não Invasivas de Cuidado como Estratégias na Desmedicalização do Parto. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, não paginado, ago, 2004.

PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. Implementation of evidence in health: reducing the gap between research and practice. *Online Braz J Nurs.*, Niterói, 21, e20226581, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226581> Acesso em 1 jul. 2023.

QUEIROZ, Ana Carolina Spolidoro; ALBUQUERQUE, Lindolfo Galvão de; MALIK, Ana Maria. Gestão Estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. *R. Adm*, São Paulo, v.48, n.4, p.658-670, out/dez., 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008021072013000400003&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 29 mar. 2021.

QIAN Yiyu et al. Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet*, v.300, n.3, p.531-543. DOI: 10.1007/s00404-019-05215-8. Acesso em: 01 jul. 2023.

RAIPURIA, Harinder Dosanjh et al. A Literature Review of Midwifery-Led Care in Reducing Labor and Birth Interventions. *Nursing for Women's Health*, v. 22, edição 5, p.387-400, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.07.002> Acesso em: 01 jul. 2023.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v.13, supl I, p.759-68, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf> Acesso em: 08 jul. 2019.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface- Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.20, n.56, p.185-196, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092> Acesso em: 5 jan. 2022.

REGO, Amélia; RODRIGUES, Mónica; ARAÚJO, Beatriz. Motivação para o trabalho em enfermeiros após transição do modelo de gestão hospitalar. *Revista Servir*, Lisboa, v.59, n.5-6, p.76-86, 2017. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/index.php/servir/article/view/23470>. Acesso em: 17 mai. 2021.

RODRIGUES, Gabrielle Almeida et al. Planejamento reprodutivo e inserção de dispositivo intrauterino realizada por médicos e enfermeiras no Brasil. *Cogitare Enferm*, Curitiba, v.28, e86717, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86717> Acesso em: 28 jun. 2023.

RODRIGUES, Filipe Madeiros Aguiar; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; MARTINS, Maria Manuela. Cultura organizacional para a mudança num contexto hospitalar: uma perspectiva de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v.36, eAPE00551, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00551> Acesso em: 07 ago. 2023.

REY, Fernando Gonzales; BIZERRIL, José. *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB, 2015. Disponível em: https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/5756/1/Sa%c3%bade_Cultura_Subjetividade.pdf. Acesso em: 15 mai. 2021.

RITTER, Simone Kozen; GONÇALVES, Annelise de Carvalho; GOUVEIA, Helga Geremias. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paulista Enferm*, São Paulo, v. 33, p.1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284> Acesso em: 1 mai. 2021.

RIETHMULLER D; RAMANAH R; MOTTET N. Fetal expulsion: Which interventions for perineal prevention? CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, v.46, n.12, p.937-947, 2018. DOI: 10.1016/j.gofs.2018.10.029 Acesso em: 3 jul. 2023.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.48, n.2, p. 308-314, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016> Acesso em: 22 jun. 2021.

ROHDEN, Fabíola. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Gênero*, Niterói, v. 6, n.1, p.213-224, 2006.

ROMAN Camilo Prado; MARTIN, Francisco Diez; GONZALEZ, Alicia Blanco. O efeito da comunicação sobre a legitimidade e o desempenho das organizações. *Rev. Bras. Gest. Neg.*, São Paulo, v.22, n.03, p.656-581, 2020. DOI: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v22i3.4071> Acesso em: 01 mai. 2023.

ROSSI, Flavia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n.4, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342005000400013&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 29 mar. 2021.

SANDALL, Jane; SOLTANI, Hora; GATES, Simon; SHENNAN, Andrew; DEVANE, Declan. Midwife led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, n. CD004667, 2016. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early. Acesso em 15 jul. 2020.

SANFELICE, Clara Froes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene*, Fortaleza, v.15, n.2, p.362-370, mar/abr. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3170/2433>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SANFELICE, Clara Froes de Oliveira et al. Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto Apice On: relatao de experiência. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 1-7, e20190212, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0212>. Acesso em: 20 out. 2020.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Rev Eletrônica de Educação*, São Paulo, v.6, n.1, p.383-387, mai. 2012. Disponível

em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SANTOS, Eduardo José Ferreira dos et al. O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*, Viseu, v.49, p.153-171, jun/dez. 2015. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 26, n.3, e1590016, 2017.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016> Acesso em: 22 mar. 2020.

SANTOS, Flávia Andreia Pereira Soarez et al. Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v.9, n.2, p.471-479, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200012> Acesso em: 17 mai. 2023.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde. *Interface* (Botucatu), v.18, suppl 1, p.1013-25, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0159> Acesso em: 13 jun.2023.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; SOUZA, Kleyde Ventura de. Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação na educação profissional em enfermagem. *Ciênc. saúde colet.*, São Paulo, v.25, n.1, p.79-88, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28322019> Acesso em: 30 mai. 2021.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; SOUZA, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. *Ciênc. saúde colet.*, São Paulo, v.26, n.3, p.775-780, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020> Acesso em: 30 mai. 2021.

SANTOS, George Luiz Alves et al. Prática colaborativa interprofissional e assistência em enfermagem. *Esc. Anna. Nery*, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, e20190277, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0277> Acesso em: 22 jun. 2023.

SANTOS, Tâmessa Simões et al. Qualificação profissional de enfermeiros na atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. *Rev Cuid*, Bucaramanga , v. 11, n. 2, e786, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2023.

SANTOS, Maryelle Peres da Silva. Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.5, p. 1793-1802. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23602021> Acesso em 15 abr.2023.

SANTOS, Maryelle Peres da Silva. Deployment and Implementation of Apice On: Conception of Health Professionals. *New Trends in Qualitative Research*,, v. 8, p.

796–803, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803> Acesso em: 15 abr. 2023.

SAVIO, Renata Otszewski et al. Uso do Whatsapp® por gestores de serviços de saúde. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 34, eAPE001695, 2021.

DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001695> Acesso em: 7 mai. 2023.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.4, 721-725, 2008. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020.

Acesso em: 10 mai. 2021.

SÉ, Carla Coutinho Santo; PROGIANTI, Jane Márcia; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Implantação do módulo acolhimento do programa cegonha carioca no município do Rio de Janeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental* [internet]. Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.3935-3944, jan-mar, 2016. Disponível em:

<http://www.index-f.com/pesquisa/2016/r83935.php>. Acesso em: 10 out. 2020.

SENA, Chalana Duarte de et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev Enferm UFSM*, Santa Maria, vol 2, n.3, p.523-529, 2012.

Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SEVERINO, Antonio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2017. 226p.

SCHUMACHER, Karen L; MELEIS, Afaf Ibrahim. Transitions: A central concept in nursing. In: MELEIS, Afaf Ibrahim. *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. 664p. cap 1, p.38-51.

SILVA, Alexsandra Freire da. Indicadores como instrumentos para a tomada de decisão : uma contribuição sobre a construção de Indicadores Hospitalares e sua importância para a Gestão [internet]. *Escola Nacional de Sanidad*, Madrid, p. 1–19, 2015. Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/06/Tema_04.04_Indicadores_como_instrumentos.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

SILVA JÚNIOR, Luiz Alberto; LEÃO, Marcelo Brito Carneiro. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. *Ciênc. Educ*, Bauru, v.24, n.3, p.715-728, 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011> Acesso em: 19 ago. 2022.

SILVA, Lara Adrienne Garcia Paiano da; MERCÊS, Nen Nalú Alves das. Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 71, n.3, p.1263-7, 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066> Acesso em: 1 ago. 2021.

SILVA, Thales Phillip Rodrigues da et al. Obstetric Nursing in best practices of labor

and delivery care. Rev. Bras. Enferm, Brasília, v.72, supl 3, p.245-53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561> Acesso em: 13 mar. 2021. Acesso em: 17 jun. 2023.

SILVA, Giuliana Fernandes et al. A formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, e2019090387, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0387> Acesso em: 1 abr. 2021.

SILVA, Monise Martins et al. Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno na sala de parto. Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro, v.28, n4, p.529-536, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040409> Acesso em: 02 jul. 2023.

SILVA, Giuliana Fernandes et al. Possibilidades para mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 28, e49421, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49421> Acesso em 25 jun. 2023.

SILVA, Clemilda Alves da et al. Perceptions of obstetric nurses' caregiving. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, vol.12, e22, p.1-19, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769268105> Acesso em: 5 mar. 2023.

SILVA, Gilberto Tadeu Reis et al. Gestão e liderança na percepção de enfermeiras: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v.26, e20210070, 2022. DOI: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0070> Acesso em: 02 mai. 2023.

STAKE, Robert E. *Pesquisa qualitativa [recurso eletrônico]: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso, 2011. 263p.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr./jun., 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044> Acesso em: 27 out. 2021.

SOUZA, Edinilda Ramos de et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilda Ramos de (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais [recurso eletrônico]*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 256p.cap 4, p. 112-135.

SOUZA, Kleyde Ventura de et al (org). *Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão (CAEO/PN/APICE ON)*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019. 116p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wpcontent/uploads/2019/04/caderno_Curso_Aprimoramento_Enfermeiras_Obst%C3%A9tricas.pdf

SOUZA, Virginia Ramos et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.34, eAPE02631, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631> Acesso em 06 jun. 2023.

SOUZA, Helton Saragor; MENDES, Áquiles Nogueira. Outsourcing and "dismantling" of steady jobs at hospitals. *Rev. Esc. Enferm. USP*, Ribeirão Preto, v. 50, n. 2, p.286-294, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-785777> Acesso em: 15 jun. 2023.

SOUTER, Vivienne et al. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstet Gynecol*, v. 134, n.5, p.1056-1065, 2019. DOI: [10.1097/AOG.0000000000003521](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003521) Acesso em: 02 jul. 2023.

STRADA, Juliana Karine Rodrigues et al. associated with umbilical cord clamping in term newborns. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 56, e20210423, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0423> Acesso em: 30 jun. 2023.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v.10, n.5, abr./jun., 2015. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013> Acesso em: 06 nov. 2020.

TORQUATO, Gaudêncio. Comunicação nas organizações: empresas privadas, instituições e setor público. São Paulo: Summus, 2015. 248p.

TORNQUIST, Carmen Suzana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos feministas*, Florianópolis, ano 10, p.483-492, 2002.

TORRES, Rafael Bruno Silva et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde. *Interface (Botucatu)*, v.23, e170691, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691> Acesso em 05 ago. 2023.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira et al. Inserção de dispositivo intrauterino por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 42, e20200015, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20200015>

TRUONG, Anh Thuc; WINMANN, Thomas; EKSTRÖM-BERGSTRÖM Anette. Studying intraprofessional and interprofessional learning processes initiated by an educational intervention applying a qualitative design with multimethod approach: a study protocol. *BMJ Open*, v.12, n. 4, p.1-8, 2022.
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058779> Acesso em: 28 set. 2022.

UNICEF, World Health Organization, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2015. New York, USA: UNICEF, 2015. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/levels-and-trends-child-mortality-2015>

report?gclid=CjwKCAjwpuajBhBpEiwA_Ztfhcr6Qe_LtSJbamc7NVGGfp7kcGIOKQCX9_WpO09qOKKwClmswUnl_BoCMHwQAvD_BwE Acesso em: 11 mai. 2020.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso. 18 out. 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu> Acesso em: 22 jul. 2023.

VALLERINI, Ana Paula Lage Guimarães. *Estratégias de aprimoramento de formação de preceptores em enfermagem obstétrica: desafios e perspectivas*. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços em Saúde) - Universidade Federal Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/33991>. Acesso em: 28 out. 2020.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Calento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.1-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170015> Acesso em: 10 ago. 2020.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria et al. Entre políticas (EPS- Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização. *Interface* (Botucatu), v. 20, n.59, p.981-91, 2016 DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0707> Acesso em: 15 jul. 2023.

VELHO, Manuela Beatriz et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n.3, e00093118, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118> Acesso em: 8 jul. 2023.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v.73, n.2, e20180359:1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359> Acesso em: 22 set. 2022.

VIDAL, Ávila Teixeira ET AL. Barreiras à implantação das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n.01, e310110, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310110> Acesso em: 19 jun. 2023.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque. *Atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino: o que dizem as mulheres*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27406>. Acesso em: 05 mar. 2022.

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Kátia Silveira da; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n.2, p.304-313, 2014.
 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633> Acesso em: 13 jul. 2021.

VOS, Leti et al. Towards an organization-wide process-oriented organization of care: a literature review. *Implementation Science*, v.6, n.8, p. 2-14, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21247491/> Acesso em: 15 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization; 1996. Disponível em: <https://www.mhtf.org/document/care-in-normal-birth-a-practical-guide/> Acesso em: 11 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> Aceso em: 10 jul. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3 Acesso em: 09 out. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: World Health Organization; 2018a. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1> Acesso em: 10 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018b. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338eng.pdf?ua=1> Acesso em: 10 out. 2020.

YIN, Robert K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim [recurso eletrônico]*. Porto Alegre: Penso, 2016. 286p.

ZAAMI, S et al. Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v.23, p.1847-1854, 2019. DOI:
https://doi.org/10.26355/eurrev_201903_17219 Acesso em: 2 jul. 2023.

ZACONETE, Alberto Moreno. Intrauterine device insertion during cesarean section in women without prenatal contraception counseling: lessons from a country with high cesarean rates. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Botucatu, v. 41, n. 8, p.485-92, 2019. DOI:
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1693677> Acesso em: 29 jun. 2023.

ZAIDEN Laura et al. Intervenções obstétricas em uma maternidade com modelo colaborativo: estudo observacional comparativo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p.2741-2752, 2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20632021> Acesso em 3 jul. 2023.

ZAPPELLINI, Marcelo Beckert; FEUERSCHÜTTE, Simone Guisi. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. *Administração: Ensino e pesquisa*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr./jun., p. 241-273, 2015.

DOI: <https://doi.org/10.13058/raep.2015.v16n2.238> Acesso em: 18 mai. 2020.

ZVEITER, Marcele; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo (org). Curso de aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas, com enfoque no Componente parto e Nascimento da Rede Cegonha. Ministério da Saúde: Caderno do Facilitador. Rio de Janeiro: Ed. ABENFO-RJ, 2014. 105p. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/291015683_Curso_de_Aprimoramento_para_Eنfermeiras_Obstetricas_com_Enfoque_no_Componente_Parto_e_Nascimento_da_Rede_Cegonha-Ministerio_da_Saude_Caderno_do_Facilitador Acesso em: 29 set. 2021.

9. APÊNDICE

Apêndice A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO

Instrumento de Coleta de Dados- Enfermeiras Obstétricas

1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA		
1. Entrevista n.:		
2. Data da entrevista: / /		
3. Início:	Término:	Duração:
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (A)		
1. Nome (iniciais):		
2. Idade:	3. Sexo: () Masculino () Feminino	
4. Cor autodeclarada:		
5. Naturalidade:		
6. Formação obstétrica (Titulação):		
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
7. Instituição: () Privada () Pública		
8. Tempo de atuação na área obstétrica?		
9. Qual o ano de admissão no IFF/Fiocruz?		
10. Setor(es) já trabalhados no IFF/Fiocruz:		
1º _____		
2º _____		
3º _____		
11. Atualmente, qual função desempenha? () Plantonista () Rotina () Gestor		
12. Quais atividades você executa relacionada ao seu cargo?		
2- O PROJETO APICEON		
1. Você conheceu o projeto ApiceOn? () sim () não.		
Caso sim responder à questão 2. Caso não ir para a questão 3		

2. Qual a sua compreensão sobre esta proposta política do Ministério da Saúde?
3. Você se lembra como aconteceu a inserção da maternidade do IFF/Fiocruz no Projeto ApiceOn? Houve divulgação da proposta por parte da Instituição e gestores?
4. Na sua percepção como reagiram os profissionais a este novo momento?
5. Descreva como você percebia a maternidade do IFF/Fiocruz antes de sua inserção no Projeto ApiceOn. Como eram as relações e atuação multidisciplinar? E a assistência obstétrica pautada por evidências científicas?
6. Você comprehende se houve alguma mudança na rotina de cuidado obstétrico a partir da inserção da maternidade no projeto ApiceOn?
7. Como você percebeu a sua participação no processo de implantação da maternidade do IFF/Fiocruz no Projeto ApiceOn? Participação no Grupo Estratégico Local (GEL) ou em reuniões específicas sobre a implantação do Projeto ApiceOn na maternidade. Fóruns, seminários sobre o Projeto ApiceOn e cursos de aprimoramento.
8. Como você avalia a trajetória de participação da maternidade IFF/Fiocruz no Projeto ApiceOn? Em quais aspectos a maternidade foi favorecida pela sua participação? Apresentou resultados esperados ou ficou deficiente em relação a proposta inicial do projeto?
3- O CUIDADO COMPARTILHADO NO CAMPO DO PARTO E NASCIMENTO
1. Você teve informação sobre a inclusão de enfermeiras obstétricas compondo a equipe do Centro Cirúrgico Obstétrico? Caso tenha ocorrido a informação: como ocorreu essa formalização da contratação de duas profissionais enfermeiras obstétricas para atuar especificamente neste setor de segunda a sexta feira?
2. Em relação ao modelo de cuidado compartilhado, me descreva como você percebe esta dinâmica na assistência ao parto e nascimento? Descreva as potencialidades e fragilidades desta dinâmica de cuidado.
3. Qual o seu entendimento sobre a atuação das enfermeiras obstétricas na Sala de Parto do IFF a partir do Projeto ApiceOn? De que forma estas profissionais devem atuar?
4. Você identifica se houve algum aspecto favorecedor (positivo) ou dificultador (negativo) após a inserção da enfermeira obstétrica na Sala de Parto? Na dinâmica das relações multidisciplinares? Na atuação colaborativa? No cuidado obstétrico pautado em evidências científicas?
4- A FORMAÇÃO EM SERVIÇO

<p>1.Durante a execução do ApiceOn você identificou ações ou cursos desenvolvida(o)s pela instituição que possibilitaram o aprimoramento da sua formação? () sim () não. Se sim vá para a questão 2, se não vá para a questão 3</p>
<p>2. Quais foram essas ações ou cursos?</p>
<p>3. Você percebe que estes cursos possibilitaram uma formação integrada da equipe para uma atuação colaborativa no campo do parto e nascimento? De que forma você percebe que os cursos promoviam essa atuação colaborativa?</p>
<p>4. Você acha que esta formação integrada pode ter influenciado no processo de inserção das enfermeiras obstétricas na Sala de Parto?</p>
<p>5. De que maneira você acredita que sua participação por meio dos cursos de formação em serviço pode refletir na qualificação da atenção ao parto e nascimento?</p>

Apêndice B – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO

Instrumento de Coleta de Dados- Médicos Obstetras

1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA		
1. Entrevista n.:		
2. Data da entrevista: / /		
3. Início:	Término:	Duração:
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (A)		
1. Nome (iniciais):		
2. Idade:	3. Sexo: () Masculino () Feminino	
4. Cor autodeclarada:		
5. Naturalidade:		
6. Formação obstétrica (Titulação):		
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
7. Instituição: () Privada () Pública		
8. Tempo de atuação na área obstétrica?		
9. Qual o ano de admissão no IFF/Fiocruz?		
10. Setor(es) já trabalhados no IFF/Fiocruz:		
1º _____		
2º _____		
3º _____		
11. Atualmente, qual função desempenha? () Plantonista () Rotina () Gestor		
12. Quais atividades você executa relacionada ao seu cargo?		
2- O PROJETO APICEON		
1. Você conheceu o projeto ApiceOn? () sim () não.		
Caso sim responder à questão 2. Caso não ir para a questão 3		
2. Qual a sua compreensão sobre esta proposta política do Ministério da Saúde?		
3. Você se lembra como aconteceu a inserção da maternidade do IFF/Fiocruz no Projeto ApiceOn? Houve divulgação da proposta por parte da Instituição e gestores?		
4. Na sua percepção como reagiram os profissionais a este novo momento?		

5. Descreva como você percebia a maternidade do IFF/Fiocruz antes de sua inserção no Projeto ApiceOn. Como eram as relações e atuação multidisciplinar? E a assistência obstétrica pautada por evidências científicas?
6. Você compreende se houve alguma mudança na rotina de cuidado obstétrico a partir da inserção da maternidade no projeto ApiceOn?
7. Como você percebeu a sua participação no processo de implantação da maternidade do IFF/Fiocruz no Projeto ApiceOn? Participação no Grupo Estratégico Local (GEL) ou em reuniões específicas sobre a implantação do Projeto ApiceOn na maternidade. Fóruns e seminários sobre o Projeto ApiceOn.
8. Como você avalia a trajetória de participação da maternidade IFF/Fiocruz no Projeto ApiceOn? Em quais aspectos a maternidade foi favorecida pela sua participação? Apresentou resultados esperados ou ficou deficiente em relação a proposta inicial do projeto?
3- O CUIDADO COMPARTILHADO NO CAMPO DO PARTO E NASCIMENTO
1. Você teve informação sobre a inclusão de enfermeiras obstétricas compondo a equipe do Centro Cirúrgico Obstétrico? Caso tenha ocorrido a informação: como ocorreu essa formalização da contratação de duas profissionais enfermeiras obstétricas para atuar especificamente neste setor de segunda a sexta feira?
2. Em relação ao modelo de cuidado compartilhado, me descreva como você percebe esta dinâmica na assistência ao parto e nascimento? Descreva as potencialidades e fragilidades desta dinâmica de cuidado.
3. Qual o seu entendimento sobre a atuação das enfermeiras obstétricas na Sala de Parto do IFF a partir do Projeto ApiceOn? De que forma estas profissionais devem atuar?
4. Você identifica se houve algum aspecto favorecedor (positivo) ou dificultador (negativo) após a inserção da enfermeira obstétrica na Sala de Parto? Na dinâmica das relações multidisciplinares? Na atuação colaborativa? No cuidado obstétrico pautado em evidências científicas?
4- A FORMAÇÃO EM SERVIÇO
1. Durante a execução do ApiceOn você identificou ações ou cursos desenvolvida(o)s pela instituição que possibilitaram o aprimoramento da sua formação? () sim () não. Se sim vá para a questão 2, se não vá para a questão 3
2. Quais foram essas ações ou cursos?
3. Você percebe que estes cursos possibilitaram a formação integrada da equipe para uma atuação colaborativa no campo do parto e nascimento? De que forma você percebe que os cursos promoviam essa atuação colaborativa?
4. Você acha que esta formação integrada pode ter influenciado no processo de inserção das enfermeiras obstétricas na Sala de Parto?
5. De que maneira você acredita que sua participação por meio das ações de formação em serviço pode refletir na qualificação da atenção ao parto e nascimento?

Apêndice C- MATRIZ DE DADOS EPI INFO 7®

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNADES FIGUEIRA -IFF
Área de Atenção a Gestante

PROJETO APICE ON

Nome Mãe: _____ Registro _____ Idade _____
Tipo Parto: O PN O Ces O Fórc O Vácuo O Outro Data Parto: ____ / ____ / ____ Hora Parto ____ : ____
Gesta 1? O Sim O Não O IGN Cefálico? O Sim O Não O IGN NuFetos: ____ IG ____ s ____ dias
Início TP: O Espontâneo O Induzido O Ces Eletiva Ces Prévia: O Sim O Não O IGN Robson ____
Quem assistiu TP? O Médico O Enfermeiro O Outro Dieta TP: O Liquida/Leve O Zero O IGN
Punção Venosa? O Sim O Não O IGN Ocitocina: O 1º est O 2º est O 3º est O Não O IGN
Método Não Farmacol no TP? O Sim O Não O IGN Acompanhante PN: O Sim O Não O IGN
Acompanhante Cesárea? O Sim O Não O IGN Indicação Indução/ cesárea: _____
Posição expulsivo: O Deitada O Semi sentada O Sentada O Cócoras O 4Apoio O Outra O IGN
Episiotomia: O Sim O Não O IGN Apgar 1º ____ 5º ____ 10º ____
Natimorto? O Sim O Não O IGN Clampea/ Cordão: O < 1 min O > 1min O Cessar batir/ O IGN
Pele/pele mãe-bebe: O Sim O Não O IGN Amamenta 1ª hora? O Sim O Não O IGN
DIU pós-parto: O Sim O Não oferecido O Não desejado O Não disponível O IGN
Teste Olho: O Normal O Anormal O Realizado O Não realizado O Agendado O IGN
Teste Coração: O Normal O Anormal O Realizado O Não realizado O Agendado O IGN
Teste orelha: O Normal O Anormal O Realizado O Não realizado O Agendado O IGN
Analgesia: O Não O Raqui O Peridural O Raqui+Peri O Entubação O Venosa O Local O Outras O IGN
Lacerção: O Não O 1º grau O 2º grau O 3º grau O ângulos cesárea O Bexiga O Outros O NSA O IGN
Temperaturas: Sala de Parto: ____ ____ Mãe: ____ ____ RN: ____ ____
MFF principal: O Não Qual? _____ Interrupção judicial? O Sim O Não O IGN
RN sexo: O Masc O Fem O Ambíguo O IGN RN peso: _____ g
RN classe: O AIG O PIG O GIG O IGN RN destino Imediato: _____
Mãe Alto Risco? O Não O Sim O IGN Qual(is) fatores de risco? _____
Número do gêmeo: O Não O G1 O G2 O G3 O G4 O G5+
Aborto < 12 s precisa esvaziar? O Sim O Não O NSA O IGN US guia? O Sim O Não O NSA O IGN
Técnica esvazia/ útero: O AMIU O Curetagem O AMIU + Curetagem O NSA O IGN
Inserção DIU pós esvazia/: O Sim O Não oferecido O Não desejado O Não disponível O NSA O IGN
Mãe hemorragia? O Sim O Não Mãe hipertensão? O Sim O Não Mãe infecção? O Sim O Não
Mãe outra complicação: O Sim O Não Caso fechado? O Sim O Não

*Alto Risco: S hipertensivas, Eclampsia, Diabete pré- e gestacional, DPP, placenta prévia, doenças crônicas graves, qualquer infecção (urina, outras, pneumonia, corioamnionite), CIUR e MFF maiores.

Apêndice D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



"TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO"

Título da Pesquisa: "Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia (ApiceOn): a ressignificação do papel da enfermeira obstétrica na rede de atenção ao parto e nascimento"

Pesquisador Responsável: Thalita Rocha Oliveira. Contato: (21) 99978-2997 ou (21) 2554-1936.

Instituição Responsável: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Avenida Rui Barbosa, 716-Flamengo. Telefone: (21) 2554-1700.

Orientador: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves/Universidade Federal Fluminense

Nome do participante: _____

Documento identificação: _____

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada **"Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia (ApiceOn): a ressignificação do papel da enfermeira obstétrica na rede de atenção ao parto e nascimento"** que tem como objetivo: compreender a transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto a partir do Projeto ApiceOn em uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência.

Esta é uma pesquisa de estudo de caso único, do tipo descritivo sustentado pela abordagem do método misto, que utilizará como técnicas metodológicas a entrevista semi estruturada, a análise documental de registros de reuniões realizadas pelo Grupo Estratégico Local (GEL) e análise estatística descritiva dos indicadores de qualidade obstétrica.

A sua participação é importante para que se possa obter informação acerca do processo de inserção desta maternidade, uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência, no Projeto ApiceOn e descrever e analisar a transição da implantação das enfermeiras obstétricas

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador



Ministério da Saúde

FOICRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



na Sala de Parto correlacionando com as políticas públicas de saúde da mulher no campo do parto e nascimento. Além disso, poderá subsidiar futuras pesquisas relacionadas a esta temática impulsionando reflexões e mudanças na reorientação do modelo de atenção obstétrico vigente no país.

Sua inclusão nesta pesquisa se dará na etapa de coleta de dados por intermédio de um roteiro de entrevista semi estruturada contendo 14 perguntas de identificação e caracterização profissional e 9 perguntas abertas com a finalidade de atingir o objetivo proposto. O tempo estimado de gravação das entrevistas está entre 40 e 50 minutos, podendo variar de acordo com o andamento da mesma. O pesquisador concede garantia sobre a inexistência de qualquer tipo de penalização, discriminação ou retaliação decorrentes de sua opinião, assim como assume postura de neutralidade diante dos depoimentos.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você tem a plena liberdade para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem prejuízo algum. Ademais, não haverá custos adicionais advindos de sua participação. Você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos no estudo, porém se houver, possui direito a resarcimento de gastos decorrentes da pesquisa.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Você terá garantia de acesso em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

Se autorizado, as entrevistas serão gravadas por meio de um aplicativo gravador de voz e a transcrição das informações será feita sem a identificação dos participantes, através do uso de pseudônimos. O objetivo da gravação é alcançar o maior volume de informações, e o resultado do estudo será publicado de forma agregada com o conjunto das opiniões dos participantes, garantindo a confidencialidade.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA

DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A entrevista ocorrerá em um local reservado e livre de interferências, garantindo sua privacidade, assim como não comprometer a qualidade do áudio. As entrevistas serão posteriormente transcritas e revisadas, cujo acesso ao conteúdo gravado se dará pelo pesquisador e seu orientador. O armazenamento deste material em arquivo protegido pelo pesquisador, se dará por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 510/2016.

Toda pesquisa apresenta riscos e esta possui os mínimos inerentes ao ato da entrevista, tais como o desconforto pelo tempo gasto com a entrevista e o retorno à memória de alguma situação desgastante vivenciada. A abordagem será realizada no ambiente de trabalho ou outro a ser definido pelo entrevistado e em tempo oportuno para que não atrapalhe a rotina. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem estar dos participantes da pesquisa. Será prestado suporte psicológico caso haja alguma intercorrência proveniente da entrevista e, a pesquisadora estará à disposição para pausar, encerrar ou até mesmo cancelar a entrevista, caso seja de seu desejo.

No que tange às questões éticas, a proposta desta pesquisa científica será elaborada a partir dos pressupostos da Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A resolução traz em seu contexto normas e diretrizes que todo o pesquisador deve seguir, definindo que toda pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente, deva ser submetida a um comitê de ética para ser analisada.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo,

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador



Ministério da Saúde

FOICRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Instituição Instituto Fernandes Figueira, Avenida Rui Barbosa, 716-Flamengo, cepiff@iff.fiocruz.br ou (21)2554-1730

Este termo está redigido em duas vias e você recebe uma delas, sendo a outra guardada pela coordenação da pesquisa.

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e aceito conceder a entrevista que será gravada, estando claro que falas minhas poderão ser reproduzidas no relatório e publicações da pesquisa.

“Eu,

Autorizo voluntariamente a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo conteúdo deste documento.

Assinatura: _____

Telefone: _____

Data: ____ / ____ / ____

Thalita Rocha Oliveira

Pesquisadora Responsável

Email: thalita.oliveira@iff.fiocruz.br

Celular: (21) 99978-2997

Assinatura da Pesquisadora: _____

Valdecyr Herdy Alves

Orientador

Email: herdyalves@yahoo.com.br

Celular: (21) 99505-1765

Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-IFF

Instituto Nacional da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira

Avenida Rui Barbosa, 716-Flamengo-Rio de Janeiro-RJ-CEP: 22.250-020

Telefone: 2554-1730 ou email: cepiff@iff.fiocruz.br

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

10. ANEXOS

Anexo A – MATRIZ DE INDICADORES COMPONENTE ATENÇÃO, DO PROJETO APICE ON

APICEon – INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE ATENÇÃO

As evidências científicas sobre a assistência obstétrica e neonatal acumuladas nas últimas décadas apontam para os benefícios da adoção de um modelo de cuidado que valorize a fisiologia do trabalho de parto, parto e nascimento. A adoção de recomendações acerca das práticas benéficas, como o apoio físico e emocional às mulheres e abolição de intervenções utilizadas de forma rotineira aponta para resultados maternos e neonatais superiores, não apenas porque reduz intervenções desnecessárias como também está associada a maior satisfação da mulher com o cuidado oferecido.

Os indicadores abaixo foram selecionados por refletirem o modelo de cuidado obstétrico e neonatal de um determinado serviço e a implementação de algumas das políticas públicas de atenção à saúde das mulheres e crianças.

Alguns dos indicadores listados fazem parte da rotina de avaliação dos serviços e as fontes de coleta das informações estão bem definidas. Entretanto, uma parte dos indicadores apresentados ainda não são rotineiramente avaliados pelos serviços e essas informações não constam nos instrumentos de registro dos prontuários da mulher ou do recém-nascido. Assim sugere-se a adoção de uma ficha que possa conter os dados da assistência de forma simples e objetiva facilitando a construção desses indicadores.

Este documento apresenta os indicadores selecionados, sua definição, método de cálculo, fonte de verificação sugerida, período de avaliação, parâmetros para guiar a performance do serviço, sua interpretação e limites.

Alguns indicadores possuem parâmetros estabelecidos nacional e/ou internacionalmente. Outros indicadores dependem do perfil da clientela, podendo variar de acordo com o percentual de mulheres com alto risco obstétrico. Neste caso, cada maternidade deverá construir uma linha de base específica. A adoção da classificação de Robson permite a distinção de grupos mais homogêneos de mulheres, podendo assim acompanhar alguns indicadores a partir destes grupos.



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
1-Percentual de cirurgia cesariana	A cesariana é uma cirurgia efetiva para salvar a vida de mulheres e bebês, quando realizada sob indicação precisa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (WHO, 2015). Desta forma, para populações com baixas taxas de nascimentos por cesariana, a meta de 10-15% de cesariana permanece válida. Entretanto, considerando que o Brasil é um dos países com maiores taxas de cesariana no mundo, todos os esforços deverão ser no sentido de redução destas taxas, tendo em vista que grande parte destas cirurgias poderia ser evitada.	Numerador: Número de cesarianas em determinado local e período Denominador: Número total de partos normais e cesarianas no mesmo local e período (x100)	Sistema de registro local ou SIH	Mensal	Pela portaria GM/MS 1020 de 29/05/2013 que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, as maternidades habilitadas como alto risco pelo MS devem apresentar até 30% de cesarianas (maternidade GAR tipo 1) ou até 35% (maternidade GAR tipo 2). As que apresentam taxas superiores a estas deverão elaborar plano de redução de cesarianas. Caso as taxas de cesariana de uma maternidade de alto risco forem superiores às estabelecidas, deverá haver documento do gestor da maternidade e do gestor local do SUS, justificando o seu papel diferenciado na rede e a especificidade do serviço que justifique as taxas elevadas.	A taxa de cesariana reflete o uso dessa intervenção em determinado local e período. A taxa de cesariana pode sofrer flutuações mensais e o indicador de um mês isolado tem pouco valor para avaliar se a taxa está aumentando ou reduzindo. Essa tendência é melhor avaliada em um conjunto de meses comparado a um conjunto de igual número de meses anterior.	A taxa de cesariana reflete a prática obstétrica de determinado local e período, mas deve ser avaliada em conjunto com outros indicadores para sua melhor interpretação. A taxa de cesariana de determinado local pode ser mais elevada que de outro pela maior prevalência de mulheres com cesárea prévia, por exemplo, ou maior número de mulheres de alto risco. A taxa de cesárea recomendada para uma população não pode ser interpretada como a taxa ideal de cesáreas recomendadas individualmente para cada hospital. Em 2015, a OMS recomendou a utilização da classificação de Robson para avaliação das cesarianas em determinada instituição.



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
2- Taxa de cesarianas segundo a Classificação de Robson – Grupos de 1 a 5	A OMS propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesarianas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. Esta metodologia classifica as gestantes, ao internar, em 10 grupos. Os 5 grupos aqui selecionados para monitoramento das taxas de cesariana são: 1 - Nulípara, feto único céfálico ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo 2 - Nulípara, feto único céfálico ≥37 semanas, cujo parto é induzido ou submetida à cesariana antes do início do trabalho de parto 3 - Multipara sem cesariana anterior, feto único céfálico ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo 4 - Multipara sem cesariana anterior, feto único céfálico ≥37 semanas, cujo parto é induzido ou submetida à cesárea antes do início do trabalho de parto. 5 - Multipara com pelo menos uma cicatriz uterina prévia, com gestação simples, em apresentação céfálica, ≥37 semanas. Nota: esforços devem se concentrar em garantir que cesarianas sejam feitas nos casos em que são necessárias.	Numerador: Número de nascimentos ocorridos por cesariana em determinado grupo num local e período. Denominador: Número total de nascimentos ocorridos em determinado grupo no mesmo local e período	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita produção e registros das informações relativas à classificação de Robson. Ou Painel de monitoramento de nascidos vivos segundo classificação de risco epidemiológico (grupos de Robson) acessível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/entrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/	Mensal	Percentuais máximos de cesarianas em grupos mais uniformes com características semelhantes, podendo-se implementar melhorias visando a otimização da taxa de determinado grupo. Os grupos 1 a 5 de Robson abrangem aproximadamente 80% do total de partos no Brasil, onde a proporção de mulheres com cesariana prévia é muito elevada*.	Permite avaliar a taxa de cesarianas em grupos mais uniformes com características semelhantes, podendo-se implementar melhorias visando a otimização da taxa de determinado grupo. Os grupos 1 a 5 de Robson abrangem aproximadamente 80% do total de partos no Brasil, onde a proporção de mulheres com cesariana prévia é muito elevada*.	Pode haver diferenças na conceituação de trabalho de parto espontâneo e dificuldades na determinação da idade gestacional. Recomenda-se que trabalho de parto espontâneo seja conceituado, considerando contrações iniciadas espontaneamente, sem uso de agentes farmacológicos. O uso da ocorrência após início das contrações espontâneas regulares deve ser interpretado como aceleração e não como indução do trabalho de parto, mesmo que a dilatação cervical seja inferior a 4 cm.



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
3- Percentual de partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetizes (EO). Há duas opções para produção deste indicador: 1- Para as maternidades que ainda não estão utilizando a classificação de Robson, informar o percentual de partos normais assistidos por EOO em relação ao total de partos normais. 2-Para os serviços que avançaram no uso da classificação de Robson, informar o total de partos dos grupos 1 e 3 de Robson assistidos por EO sobre o total de partos normais destes mesmos grupos	Parturientes de baixo risco acompanhadas por enfermeiras obstétricas ou obstetizes têm menor chance de serem submetidas a intervenções desnecessárias, mantendo a mesma segurança da assistência da médica obstetra.	Numerador: Número de partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetizes em determinado período (X 100) Denominador: Número de partos normais ocorridos no mesmo local e período (x100) Ou Numerador: Número de partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetizes nos grupos 1 e 3 de Robson em determinado período (X 100) Denominador: Número de partos normais nos grupos 1 e 3 de Robson ocorridos no mesmo local e período (x100)	Sistema de registro local ou SIH/SUS	Mensal	Incremento mensal da proporção de partos normais assistidos por Enfermeira Obstétrica ou Obstetriz a partir da linha de base de cada maternidade. Meta > 70% dos partos normais nos grupos 1 e 3 de Robson	Identifica a inclusão da enfermeira obstétrica ou obstetriz na assistência ao parto normal de baixo risco, prática reconhecida pelo impacto positivo na redução de intervenções e cesarianas desnecessárias e na maior satisfação das mulheres com a experiência de parto.	Sub registro do parto assistido por enfermeira obstétrica ou obstetriz no prontuário e na AIH.

Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
4 - Percentual de parturientes com dieta líquida/leve. Há duas opções para produção deste indicador: 1-Para as maternidades que ainda não estão utilizando a classificação de Robson, informar o percentual de parturientes com dieta líquida/leve em relação ao total de parturientes. 2-Para os serviços que avançaram no uso da classificação de Robson, informar o total de parturientes com dieta líquida/leve dos grupos 1 e 3 de Robson sobre o total de parturientes destes mesmos grupos	Disponibilização de dieta líquida/leve às gestantes durante o trabalho de parto e parto, com registro da prescrição no prontuário. De acordo com as Diretrizes para o Parto Normal (MS, 2017) mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água; Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir dieta líquida/leve.	Numerador: Número de parturientes que tiveram prescrição de dieta líquida/leve no período Denominador: Total de parturientes no período independente da via de nascimento Para os serviços que utilizam a classificação de Robson: Numerador: Número de parturientes dos grupos 1 e 3 de Robson, que tiveram prescrição de dieta líquida/leve em determinado período Denominador: Total de parturientes classificadas nos grupos 1 e 3 de Robson no mesmo período, independente da via de nascimento (x 100)	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permitam a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto. Nota: considerar as parturientes dos grupos 1 e 3 de Robson (independente se o parto foi normal ou cesariana)	Mensal	Para as maternidades que não utilizam a classificação de Robson, considerar, na construção do parâmetro, as parturientes com alguma restrição. Parâmetro sugerido: 85% Para as maternidades que já utilizam a Classificação de Robson, considerar como parâmetro 100% nos grupos 1 e 3 de Robson.	Permite avaliar se está sendo prescrita dieta líquida/leve para as gestantes em trabalho de parto conforme as recomendações do Ministério da Saúde e da OMS. Taxas elevadas demonstram que a prática está incorporada na assistência às parturientes.	A não utilização da classificação de Robson poderá criar dificuldades na determinação precisa do denominador, incluindo parturientes de alto risco, com indicação de cesariana ou outras intervenções que necessitem restrição de dieta.

Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
<p>5 - Percentual de parturiente com punção venosa periférica</p> <p>Há duas opções para produção deste indicador:</p> <p>1- Para as maternidades que ainda não estão utilizando a classificação de Robson, informar o percentual de parturientes internadas em trabalho de parto que foram submetidas à punção venosa periférica em relação ao total de parturientes</p> <p>2-Para os serviços que avançaram na classificação de Robson, informar o total de parturientes com punção venosa periférica dos grupos 1 e 3 de Robson sobre o total de parturientes destes mesmos grupos</p>	<p>A punção venosa consiste na introdução de cateter venoso para infusão de líquidos para reposição volêmica, infusão de medicamentos, ou apenas para manter um acesso venoso imediato. No trabalho de parto não é necessária, na maioria das vezes, a manutenção do acesso, sendo o seu uso de rotina considerado inadequado.</p>	<p>Numerador: Número de parturientes internadas em trabalho de parto que tiveram prescrição de punção venosa periférica no período. Denominador: Total de parturientes</p> <p>Para os serviços que utilizam a classificação de Robson: Numerador: Número de parturientes dos grupos 1 e 3 de Robson, com punção venosa periférica em determinado local e período Denominador: Total de parturientes classificadas nos grupos 1 e 3 de Robson no mesmo período, independente da via de nascimento (x 100).</p>	<p>Sistema de registo local, eletrônico ou não que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.</p>	Mensal	<p>Redução pactuada, a partir da linha de base de cada maternidade.</p>	<p>A inserção de cateter venoso periférico é uma intervenção desnecessária para a maioria das mulheres em trabalho de parto.</p> <p>Taxas altas nesses grupos demonstra que a prática está incorporada como rotina no serviço, exigindo mudança da prática assistencial.</p>	<p>Não foi identificado parâmetro ideal na revisão de literatura. Em nosso meio, ainda é prática frequente (no Inquérito Naser no Brasil, foi encontrada em 74% de mulheres de baixo risco).</p>



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
<p>6 - Percentual de parturientes que utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor</p> <p>De acordo com as Diretrizes para o Parto Normal (MS, 2017) métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto devem ser oferecidos às mulheres sempre que possível. Dentre os quais destacam-se: chuveiro/imersão em água; aromaterapia, massagens, bola, exercícios respiratórios, cavalinho, escada de ling, massagem. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.</p>	<p>Numerador: Número de parturientes que usaram algum método não farmacológico de alívio da dor em determinado local e período Denominador: Total de parturientes no mesmo local e período</p> <p>Para os serviços que utilizam a classificação de Robson:</p> <p>Numerador: Número de parturientes do Grupo 1 a 5 Robson que utilizaram pelo menos um método não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto em determinado local e período Denominador: Total de parturientes do Grupo 1 a 5 de Robson no mesmo local e período (x 100).</p>	<p>Sistema de registo local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.</p>	Mensal	<p>100% das mulheres em trabalho de parto que utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor.</p>	<p>Considerando-se as evidências sobre os benefícios dessa prática, espera-se que seja 100% para mulheres em trabalho de parto espontâneo ou induzido. Tratam-se de tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo. Portanto, possíveis de serem oferecidas pelos serviços de saúde.</p> <p>Se o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto está próximo a 100% neste grupo indica uma boa prática implementada no serviço.</p>	<p>Sub registro desta prática, devendo os serviços construir meios para realizar registro rotineiro dessa informação, o que ainda não é frequente nos serviços brasileiros.</p>	



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
7 - Percentual de acompanhante no parto vaginal.	A garantia de acompanhante de livre escolha durante parto a todas as mulheres visa assegurar maior segurança, proteção e apoio afetivo. Lei 11.108/2005 - garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.	Numerador: Número de partos normais de mulheres que tiveram acompanhante no momento do parto em determinado local e período x 100) Denominador: Número de partos normais no mesmo local e período E	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	Incremento mensal a partir da linha de base Meta 90% para parto normal e 70% para cesariana (apesar de ser lei para todas as mulheres, as taxas esperadas deste indicador não é 100%, pois há casos onde não existe acompanhante, ele não chegou a tempo, ele não quis entrar na cesariana ou a mulher não desejou a permanência do acompanhante durante o parto normal ou a cesariana)	Identifica o cumprimento da lei do acompanhante nas instituições. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática recomendada a todas as mulheres em processo de parturição. O indicador permite identificar a presença do acompanhante, mas não possibilita qualificar o tipo de participação do acompanhante no parto.	Sub registro desta prática, devendo os serviços construir meios para realizar registro rotineiro dessa informação, o que ainda não é frequente nos serviços brasileiros.
8 - Percentual de acompanhante na cirurgia cesariana.		Numerador: Número de cesarianas de mulheres que tiveram acompanhante no momento da cirurgia em determinado local e período (x 100) Denominador: Número de cesarianas no mesmo local e período (X100)					



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
9 - Percentual de partos em posição não litotómica (ginecológica)	As posições durante o trabalho de parto e parto devem ser de livre escolha da mulher. De acordo com as Diretrizes para o Parto Normal (MS, 2017) a mulher deve ser incentivada a adotar qualquer posição que ela acha mais confortável durante o trabalho de parto e parto, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. As posições não supinas (deitadas) devem ser incentivadas. Para fins de qualificação desta informação entende-se posição litotómica aquela em que a mulher é acomodada em posição ginecológica deitada, com perneiras ou com pernas fletidas apoiadas na cama/mesa.	Numerador: Número de partos normais assistidos em qualquer posição não litotómica (semi sentada; sentada, de cócoras, de lado, de quatro, de pé) em determinado local e período Denominador: Número de partos normais ocorridos no mesmo local e período (x 100)	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	100%	Considerando as evidências científicas, todos os partos normais devem ser assistidos em posição não-litotómica. As posições mais fisiológicas para o parto são aquelas onde o sacro não está apoiado, permitindo a sua retroflexão no período expulsivo. Caso a mulher se sinta mais confortável deitada, utilizar a posição semi-sentada (inclinação de 45° do dorso, porém nunca com as pernas fixadas em perneiras). Taxas altas desta prática demonstram a mesma está incorporada no serviço.	Sub registro desta prática, devendo os serviços construir meios para realizar registro rotineiro dessa informação, o que ainda não é frequente nos serviços brasileiros.
10 - Percentual de episiotomia	De acordo com as Diretrizes para o Parto Normal (MS, 2017) não deve ser realizada episiotomia de rotina no segundo período da assistência ao parto normal. Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral, precedida de anestesia efetiva.	Numerador: Número de partos normais com episiotomia em determinado local e período Denominador: Número de partos normais ocorridos no mesmo local e período (x 100)	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres com parto vaginal espontâneo (WHO,2018)	A episiotomia, embora em declínio como prática obstétrica no Brasil, ainda permanece com taxas elevadas. No presente momento, não há provas corroborando a necessidade de episiotomia em qualquer situação.(WHO,2018)	Não identificada, considerando-se a facilidade e confiabilidade desse registro.



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Período	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
11 - Percentual de contato pele a pele entre mãe e bebê em partos normais e cesarianas	<p>De acordo com as portarias 371/2014 e 1.153 /2014, todo o RN a termo sem necessidade de reanimação neonatal deve ser colocado em contato pele a pele imediatamente após o parto e de forma ininterrupta por pelo menos 1 hora, colocando o RN no colo da mãe de acordo com sua vontade e cobrindo-o com uma cobertura seca e aquecida para evitar a perda de calor, orientando a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de sucção, oferecendo ajuda se necessário.</p> <p>No caso de cirurgias cesarianas atentar para a temperatura da sala no momento do nascimento, em torno de 26 graus, para evitar a perda de calor</p>	<p>Numerador: Número de recém-nascidos por parto normal a termo sem necessidade de reanimação que ficaram em contato pele a pele</p> <p>Denominador: Total de recém-nascidos por parto normal a termo sem necessidade de reanimação em um determinado local e período (x 100)</p> <p>Numerador: Número de recém-nascidos por cesariana a termo sem necessidade de reanimação que ficaram em contato pele a pele</p> <p>Denominador: Total de recém-nascidos por cesariana a termo sem necessidade de reanimação em um determinado local e período (x 100)</p>	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	<p>Considerando-se os benefícios e o recorte da população avaliada, o parâmetro deve estar acima de 90%, considerando-se a autonomia das mulheres para realizar ou não o contato pele a pele imediato.</p>	<p>Os benefícios do ponto de vista fisiológicos e psicosociais do contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe têm sido evidenciados em inúmeros estudos. Como prática, esse indicador deve ser compreendido como componente fundamental da atenção ao parto e nascimento baseada em evidências científicas. O acompanhamento desse indicador possibilita conhecer o cuidado ao RN no momento do nascimento. Sua análise pode indicar a necessidade ou não de revisão nos processos de trabalho, incluindo a atuação dos diferentes integrantes da equipe multiprofissional.</p>	<p>A definição do contato pele a pele inclui o período de, pelo menos, 1 hora imediatamente após o parto, antes de qualquer procedimento de rotina. As equipes locais devem estar familiarizadas com essa definição e acordar a padronização dessa medida e de seu registro nos prontuários.</p>



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Período	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
12 - Percentual de amamentação na primeira hora em partos normais e cesarianas	<p>De acordo com a portaria 371/2014, para o RN a termo sem necessidade de reanimação deve ser realizado o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, de acordo com o desejo da mulher, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas.</p>	<p>Numerador: Número de recém-nascidos por parto normal a termo sem necessidade de reanimação com amamentação na primeira hora de vida.</p> <p>Denominador: Total de recém-nascidos por parto normal a termo sem necessidade de reanimação em um determinado período (x 100)</p> <p>E</p> <p>Numerador: Número de recém-nascidos por cesariana a termo sem necessidade de reanimação com amamentação na primeira hora de vida.</p> <p>Denominador: Total de recém-nascidos por cesariana a termo sem necessidade de reanimação em um determinado período (x 100).</p>	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	<p>Considerando-se os benefícios e o recorte da população avaliada, o parâmetro deve estar acima de 90%, considerando-se a autonomia das mulheres para amamentar ou não imediatamente após a parto.</p>	<p>Os benefícios fisiológicos e psicosociais da amamentação na primeira hora estão bem estabelecidos. Como prática, deve ser considerada no contexto do contato pele a pele entre o recém-nascido e sua mãe e componente fundamental da atenção ao parto e nascimento baseada em evidências científicas. O acompanhamento desse indicador possibilita conhecer o cuidado ao RN no momento do nascimento. Sua análise pode indicar a necessidade ou não de revisão nos processos de trabalho, incluindo a atuação dos diferentes integrantes da equipe multiprofissional.</p>	<p>A definição de amamentação na primeira hora inclui a nova interpretação do passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (portaria MS/GM 1.153 de 22 de maio de 2014). As equipes locais devem seguir uma mesma padronização em relação a esta prática, assim como seu registro em prontuário.</p>



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Período cidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
13 - Percentual de clampamento oportun o do cordão umbilical em partos normais e cesarianas	De acordo com a portaria 371/2014, para o RN a termo sem necessidade de reanimação, o clampamento do cordão umbilical deve ser feito depois de cessadas suas pulsas (aproximadamente de 1 a 5 minutos), exceto em casos de mães RH negativo/pai RH positivo ou desconhecido, sensibilizadas ou não, ou HIV e HTLV positivas. Nesses casos o clampamento deve ser imediato.	Numerador: Número de recém-nascidos por parto normal a termo sem necessidade de reanimação com clampamento oportun o do cordão umbilical em um determinado local e período Denominador: Total de recém-nascidos por parto normal a termo sem necessidade de reanimação em um determinado local e período (x 100) Numerador: Número de recém-nascidos por cesariana a termo, sem necessidade de reanimação com clampamento oportun o do cordão umbilical Denominador: Total de recém-nascidos por cesariana a termo sem necessidade de reanimação em um determinado período (x 100)	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	Considerando-se os benefícios e o recorte da população avaliada, o parâmetro deve estar acima de 90%.	Os benefícios fisiológicos do clampamento oportun o do cordão umbilical estão bem estabelecidos. O acompanhamento desse indicador deve estar contextualizado no conjunto das boas práticas atencionado ao parto e nascimento.	As equipes locais devem padronizar o registro da informação sobre tempo de clampamento do cordão umbilical. .
14 - Percentual de RN com Apgar < 7 no quinto minuto.	De acordo com as Diretrizes para o Parto Normal (MS, 2017) a assistência ao recém-nascido imediatamente após o parto deve-se realizar o índice de Apgar ao 1º e 5º minutos de vida. Este indicador é um importante sinalizador da asfixia intraparto. O diagnóstico clínico de asfixia perinatal se baseia num conjunto de critérios, sendo um dos principais o escore de Apgar < 7, no quinto minuto de vida.	Numerador: Número de RN com peso ao nascer = ou > 2500g com Apgar < 7 no quinto minuto Denominador: Total de RN com peso ao nascer = ou > 2500g em um determinado local e período (x 100)	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	< 3 %	A construção desse indicador, utilizando apenas os recém-nascidos com peso ao nascer = ou > 2500g, possibilita sua análise em um grupo mais uniforme e de menor risco perinatal. É um indicador que tem sido utilizado para monitoramento da ocorrência de asfixia, refletindo as práticas obstétricas e neonatais no parto e nascimento.	Não identificada, considerando-se a facilidade e confiabilidade e desses registros (apgar e peso ao nascer).



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Período cidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
15 - Percentual de recém-nascidos com realização do Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olho)	A triagem neonatal constitui-se de métodos para detecção precoce de doenças nos recém-nascidos e deve ser realizada ainda na maternidade.	Para cada um dos testes: Numerador: Número total de recém-nascidos com desfecho alta com realização dos testes do olho / orelhinha / coraçãozinho Denominador: Total de RN com desfecho alta em um determinado local e período (x 100)	Sistema de registro local, eletrônico ou não, que permita a coleta de dados clínicos provenientes da assistência ao parto.	Mensal	100% dos RN com realização dos 3 testes antes da alta da maternidade	A detecção precoce de recém-nascidos com cardiopatia congênita, com risco para deficiência auditiva ou deficiência visual possibilita as intervenções adequadas e em tempo oportuno, para a continuidade do cuidado após a alta da maternidade. Os três indicadores possibilitam o acompanhamento e análise do cuidado neonatal e dos processos de trabalho da equipe multiprofissional envolvida na realização dos testes.	Necessita incluir nos processos de trabalho dos profissionais o registro sistemático dos testes.
16 - Percentual de recém-nascidos com realização da Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha)	Teste da orelhinha: objetiva a detecção de deficiência auditiva. Teste do olhinho: trata-se da verificação da coloração naturalmente vermelha do fundo do olho do RN. Objetiva detectar doenças oculares, como a catarata congênita e o retinoblastoma. Teste do coração: objetiva a detecção de cardiopatias congênitas.						
17 - Percentual de recém-nascidos com realização de Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho)	A técnica de AMIU é indicada para esvaziamento uterino em mulheres com, no máximo, 12 semanas de gestação. Tal procedimento deve ser feito sob analgesia ou anestesia.	Numerador: Número de AMIU pós-abortamento realizado Denominador: Número de mulheres com abortos até 12ª semana no mesmo local e período (x 100)	Sistema de registro local ou SIH	Mensal	Incremento mensal a partir da linha de base. Meta 80%	A técnica de AMIU realizada sob analgesia ou anestesia, é recomendada para o atendimento a mulheres em situação de abortamento ocorrido até a 12ª semana de gestação. Espera-se que todas as mulheres admitidas em situação de abortamento até a 12ª semana de gestação tenham como oferta de cuidado o esvaziamento uterino com a técnica de AMIU. Identifica o percentual de utilização de AMIU na assistência a abortamentos ocorridos até a 12ª semana de gestação. Identificar a qualidade da assistência prestada nos casos de abortamento até 12ª semana.	Falhas na especificação do tipo de procedimento realizado nos casos de abortamento até 12ª semana.
18 - Percentual de utilização de aspiração manual intrauterina (AMIU) no pós abortamento	A técnica de AMIU é indicada para esvaziamento uterino em mulheres com, no máximo, 12 semanas de gestação. Tal procedimento deve ser feito sob analgesia ou anestesia.						



Indicador	Definição	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Periodicidade	Valores de referência	Interpretação e usos	Limitações
19 - Percentual de mulheres com inserção pós-parto imediata de DIU com Cobre	Oferta do DIU como contraceptivo de alta eficácia e longa duração às mulheres atendidas para o parto (normal ou cesariana). Trata-se de uma estratégia para garantia do acesso da mulher a um método seguro, eficaz e de longa duração, independente da lembrança diária, sem interferência na lactação e livre de hormônios.	Numerador: Número de mulheres com inserção imediata de DIU com Cobre pós-parto Denominador: Número de partos ocorridos no mesmo local e período (x 100)	Sistema de registro local ou SIH	Mensal	30% - Parâmetro definido pelo MS. Necessidade de trabalhar as realidades locais.	Este indicador reflete a garantia de direitos das mulheres a informações e à livre escolha de métodos contraceptivos de longa duração e alta eficácia em momento oportuno. Sugere-se estabelecimento de meta para cada serviço. O incremento deste indicador pode estar relacionado às ações de informação em saúde às mulheres e à população em geral em outros pontos de atenção bem como investimentos nos veículos de comunicação social.	Sub registro do procedimento no prontuário, apesar da possibilidade de inserção do procedimento na AIH de parto normal e de cesariana como procedimento secundário
20 - Percentual de mulheres com inserção pós-aborto imediata de DIU com Cobre	Oferta do DIU como contraceptivo de alta eficácia e longa duração às mulheres atendidas em situação de abortamento, como forma de garantir o acesso à contracepção após a realização de AMIU ou Curetagem, prevenindo uma gestação futura indesejada, tendo em vista o retorno breve da fertilidade no pós-abortamento.	Numerador: Número de mulheres pós-aborto com inserção imediata de DIU com Cobre Denominador: Número de casos de abortos atendidos no mesmo local e período (x 100)	Sistema de registro local ou SIH	Mensal	30%. Parâmetro definido pelo MS. Necessidade de trabalhar as realidades locais.	Este indicador reflete a garantia de direitos das mulheres a informações e à livre escolha de métodos contraceptivos de longa duração e alta eficácia em momento oportuno.	Sub registro do procedimento no prontuário, apesar da possibilidade de inserção do procedimento na AIH de curetagem e de AMIU como procedimento secundário



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil, Ministério da Saúde Portaria no 371, de 07 de maio de 2014. Institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido no Sistema Único de Saúde; Diário Oficial da União. 08 de maio 2014; nº86, Seção 1:50-51

Brasil. Lei No 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 abril 2005. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília. 2011

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Nascer no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, v. 30, supl. 2014.

Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reprod Health 2016; 13 Suppl 3:128.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO statement on Caesarean section rates. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf>.

WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <file:///E:/Apice%20ON/Textos/OMS%202018%20TP.pdf>



Anexo B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FIOCRUZ

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ApiceOn: a ressignificação do papel da enfermeira obstétrica na rede de atenção ao parto e nascimento.

Pesquisador: THALITA ROCHA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44940921.2.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.681.235

Apresentação do Projeto:

Resposta às pendências do parecer 4.673.339 de 27/04/2021.

Parecer baseado nos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707168.pdf, TCLE.pdf, carta_resposta_parecer.pdf anexados à PB em 29/04/2021.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Compreender a transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto a partir do Projeto ApiceOn em uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência.

Objetivo Secundário:

Identificar como se deu o processo de inserção da maternidade de uma Instituição Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência no Projeto ApiceOn; Descrever o processo de implantação das enfermeiras obstétricas na Sala de Parto da maternidade de um hospital Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência que integra o Projeto ApiceOn; Analisar a transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto de um hospital Federal de Ensino, Pesquisa e Assistência favorecendo compreensão das relações e ações

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 4.681.235

interprofissionais no campo do parto e nascimento; Apresentar os indicadores de qualidade da assistência obstétrica da maternidade durante seu período de participação no Projeto ApiceOn; Correlacionar o processo de transição da inserção da enfermeira obstétrica em Sala de Parto com os indicadores de qualidade em obstetrícia proporcionando sustentação teórica e o fortalecimento de ações institucionais."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Estarão explícitos no TCLE, para apreciação dos participantes, os benefícios da pesquisa e seus riscos, por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos e cujo instrumento de coleta de dados será uma entrevista semi estruturada. Os possíveis riscos da pesquisa poderão envolver aspectos de natureza psicológica. Tais quais:- Cansaço ou aborrecimento ao responder a entrevista, que serão amenizados pela liberdade de poder interromper sua participação a qualquer momento, inclusive recusando-se a participar, se assim julgar pertinente.- Desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a entrevista - Alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias- Alterações de visão de mundo, sobre seus relacionamentos e comportamentos, diante tais acometimentos, e se solicitado pelo participante, será realizado encaminhamento ao serviço de Saúde Mental do cenário de estudo, conforme consta anexado na submissão desta plataforma, "Declaração de Assistência Psicológica". Além disso, será destacado que as informações ficarão sob posse da pesquisadora por cinco anos e serão descartadas após esse prazo.

Somente a pesquisadora e seu orientador terão acesso ao conteúdo gravado.

Benefícios:

Endereço: RUI BARBOSA, 716	CEP: 22.250-020
Bairro: FLAMENGO	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730	Fax: (21)2552-8491
E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br	

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 4.681.235

Espera-se ampliar conhecimento e ferramentas gerenciais sobre a inserção e atuação de enfermeiras obstétricas em salas de parto a partir do Projeto ApiceOn. Uma política ministerial recente que exige maiores estudos com o intuito de analisar o processo de implantação, desenvolvimento e resultados da estratégia de qualificação nos processos de atenção, gestão e formação relativas ao parto e nascimento. Logo, isso demanda maior aprofundamento teórico do processo que está sendo vivenciado. Para a sociedade, com a pesquisa busca-se ampliar a proposta de divulgação do trabalho da enfermagem obstétrica e do cuidado obstétrico compartilhado e qualificado e, assim garantir melhores índices maternos e neonatais, bem como experiências/vivências gratificantes e únicas de parto e nascimento para mulheres, pais e família, contribuindo com a mudança do modelo de atenção no cenário de pesquisa, referência institucional para mulheres de todo o Estado do Rio de Janeiro."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendência do parecer 4.673.339 de 27/04/2021:

Associar ao texto sobre o direito à indenização um texto sobre a garantia de resarcimento de despesas realizadas em decorrência da pesquisa - Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707168.pdf - ok

TCLE.pdf - ok - ajuste realizado

carta_resposta_parecer.pdf - ok

Recomendações:

O (A) pesquisador(a) deve observar os prazos e frequências estabelecidos pela resolução 466/12 e NOB 001/13 para o envio de relatórios de modo a manter o CEP informado sobre o andamento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: RUI BARBOSA, 716	CEP: 22.250-020
Bairro: FLAMENGO	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730	Fax: (21)2552-8491
	E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 4.681.235

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707168.pdf	29/04/2021 10:11:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/04/2021 10:10:03	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_resposta_parecer.pdf	29/04/2021 10:09:38	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	05/04/2021 15:22:53	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	26/03/2021 11:11:57	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_psicologia.pdf	24/02/2021 09:08:35	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Outros	autorizacao_orientador.pdf	23/02/2021 14:46:52	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Outros	termo_sigilo.pdf	23/02/2021 14:45:56	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Outros	autorizacao_imagem.pdf	23/02/2021 14:45:07	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_chefia.pdf	23/02/2021 14:43:42	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito
Outros	registro_projeto_dep_pesquisa.pdf	23/02/2021 14:30:20	THALITA ROCHA OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUI BARBOSA, 716	CEP: 22.250-020
Bairro: FLAMENGO	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730	Fax: (21)2552-8491
	E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 4.681.235

RIO DE JANEIRO, 29 de Abril de 2021

Assinado por:

Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador(a))

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br