

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**Giuliana Paola Hoepner Rondelli**

**COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO DE MULHERES NO PARTO  
E NASCIMENTO MOBILIZADAS EM EGRESSOS DE UM CURSO  
NACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
OBSTÉTRICA**

**BELO HORIZONTE**

**2019**

**Giuliana Paola Hoepfner Rondelli**

**COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO DE MULHERES NO PARTO  
E NASCIMENTO MOBILIZADAS EM EGRESSOS DE UM CURSO  
NACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
OBSTÉTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kleyde Ventura de Souza

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

**BELO HORIZONTE**

**2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Rondelli, Giuliana Paola Hoepner.

Competências para o cuidado de mulheres no parto e nascimento mobilizadas em egressos de um curso nacional de especialização em enfermagem obstétrica [manuscrito] / Giuliana Paola Hoepner Rondelli. - 2019.

95 f.

Orientadora: Profª Drª Kleyde Ventura de Souza.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Competência Profissional. 2.Enfermagem Obstétrica. 3.Maternidade segura. 4.Cuidados de Enfermagem. 5.Noviço a expert. I.Souza, Kleyde Ventura de. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

**ATA DE NÚMERO 607 (SEISCENTOS E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA GIULIANA PAOLA HOEPPNER RONDELLI PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 13 (treze) dias do mês de maio de dois mil e dezenove, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - sala 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR DE MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO ADQUIRIDAS EM UM CURSO NACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA", da aluna *Giuliana Paola Hoepfner Rondelli*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Kênia Lara da Silva e Sérgio Joaquim Deodato Fernandes (participou da sessão por videoconferência), sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

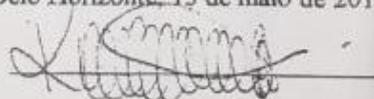
APROVADA;  
 REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

*"COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO DE MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO MOBILIZADAS EM EGRESSOS DE UM CURSO NACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA"*

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de maio de 2019.

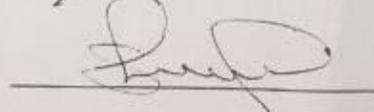
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kleyde Ventura de Souza  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



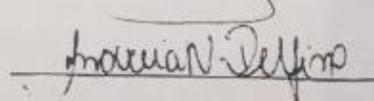
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kênia Lara da Silva  
(Esc.Enf/UFMG)



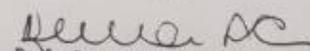
Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes  
(Universidade Católica de Portugal)



Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em sessão do CPG  
Em 03.06.2019

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Kênia Lara da Silva  
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

*Dedico esta dissertação a toda  
Força de Trabalho da Enfermagem  
Obsétrica, que tanto contribui para  
o melhor da saúde das mulheres e  
bebês!*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, meu Pai eterno, por me guiar e me conduzir para que eu chegasse até aqui! Cada conquista e vitória devo a Ti, Senhor! Sou e serei eternamente agradecida!

Em segundo lugar, à minha família, meu pai Julio Rondelli e mamãe Maria Christina: vocês são meu porto seguro, meu suporte e meu alicerce de vida! Sem vocês jamais poderia sequer sonhar, e com vocês pude ir além: vencer desafios e acumular conquistas! Aos meus irmãos, agradeço ao João Carlos e Raphael, que mesmo de longe sempre me apoiaram e me transmitiram palavras de conforto durante esta etapa!

Mariana, minha única irmã e doutora da família: minha referência profissional! Graças à sua experiência e ensinamentos cresci profissionalmente e por influência sua (uma boa influência!) cheguei até onde estou! Muito obrigada pelas co-orientações extraoficiais e pelo apoio no período que mais precisei! Serei eternamente grata!

Ao meu irmão André Luiz e cunhada Leilane, obrigada pelas conversas e conselhos que me ajudaram a retomar o caminho e chegar ao final desta etapa! Estar com vocês todos e com nossa "iti malia" (Fernanda) me faz bem e nossos momentos festivos durante esses dois anos me deram energia para chegar ao fim!

Ao meu noivo Wilson Júnior, quase que sem palavras para descrever o quão importante você foi para que eu concluísse esta etapa em minha vida! Você foi meu companheiro, compreendendo minha ausência. Foi quem me trouxe motivação para seguir, pois em meio ao caminho, quando eu havia perdido o sentido e a esperança, foi você quem me reergueu e me ajudou a seguir até o fim! Com você me sinto segura, capaz, querida e amada! Muito obrigada!

Nair Nara, Sr. Wilson e Neide. Obrigada pelo apoio! Aos meus padrinhos, Sandra e Juarez! Muito obrigada pelo apoio e torcida!

À minha orientadora, professora doutora Kleyde Ventura, a pessoa mais vibrante que conheci na vida! Sou eternamente grata por ter sido aprovada nesta pós-graduação e ter ficado sob sua orientação! Com você aprendi muito mais do que sobre competências e sobre a vida acadêmica; com você me modifiquei enquanto aluna, pessoa, filha, irmã, amiga, namorada e profissional! Meu crescimento pessoal e profissional não poderia ter sido melhor e mais profundo ao te acompanhar em suas grandiosas iniciativas e trabalhos! Obrigada não só por me orientar, mas por me acolher, por me incentivar e por sempre me jogar para cima, frente ao crescimento! Meus sinceros agradecimentos!

A Turma do Hospital Sofia Feldman, em especial à Ana Paula Vallerini, Danúbia, Débora Rodrigues, Débora Lucas, Carla Guanabens, Tácia Fagundes, Cristiane, Taty e Carol, por me acolherem e fazerem parte desta etapa em minha vida! Com vocês pude levar as coisas com mais leveza!!! Cynthia Romano, quem me incentivou a tentar o processo seletivo!

Amigos e amigas que sempre torceram e acreditaram em mim, mesmo quando eu não acreditava: Professor Guilherme Nobre, meu orientador de antes e de sempre; Lúcia Helena, sempre compartilhando comigo os detalhes árduos e me incentivando neste trabalho. Renata Keiko: saudades enormes! Obrigada pelo incentivo!!! Aos amigos e amigas que trilharam esta jornada comigo: Walkíria, Bárbara, Laís, Thaizy, Ana Luiza, Fernanda Manso, Débora Chaves, Aline de Abreu, Karine, Taisa, Luana e Kelly: agradeço pela companhia e palavras de conforto e incentivo do início ao fim!!!

Turma do #SOS Kleyde#: Stella, Samire, Larissa, Juliana, Camila, Andressa e Mariene, com este grupo aprendi a pertencer e partilhar sempre!

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para minha conquista e torceram por mim (Maria Cristina – BLUE, Karoline, Nathália, Amanda, Valéria, Juliana Maidana, Ana Carolina, Claudiany).

Meus sinceros agradecimentos a todos que me apoiaram, torceram, acreditaram e contribuíram para que eu finalizasse esse ciclo em minha vida!

## RESUMO

A atenção obstétrica no Brasil e no mundo vivenciou consideráveis progressos, a exemplo da redução da razão de mortalidade e taxas de morbidade materna e neonatal. A enfermagem obstétrica é apontada como uma das profissões potenciais para mudança do modelo obstétrico vigente no Brasil. No entanto, desafios ainda persistem para a efetivação do modelo humanizado e para a atuação da enfermagem, e um deles está no quantitativo de profissionais formados, preparados e qualificados para tal. Compreendendo este desafio, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com financiamento do Ministério da Saúde e vinculado à Rede Cegonha, desenvolve o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO), em parceria com Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de todas as regiões do país. O Curso objetivou a formação de especialistas com atuação em serviços públicos de atenção obstétrica, que além de seguir marcos legais e políticos nacionais para a certificação, adotou as Competências Essenciais (CE) para o exercício básico da obstetria como referência. Neste contexto, esta dissertação teve por objetivo identificar as competências mobilizadas por enfermeiros trabalhadores egressos de um curso nacional de especialização em Enfermagem Obstétrica. Esta pesquisa é um recorte de um estudo maior intitulado “Especialização em Enfermagem Obstétrica: avaliação do processo de desenvolvimento e efeitos do curso na perspectiva da formação-intervenção”, não experimental, descritiva e de abordagem quantitativa, com uso de banco de dados. Os locais da pesquisa foram as IFES que sediaram o CEEEO II – Rede Cegonha que ocorreu durante o período de Outubro de 2016 a Janeiro de 2019. Os participantes foram trabalhadores especializando que concluíram o curso em janeiro de 2019. A coleta de dados foi realizada por meio de dois questionários autoaplicáveis: um referente aos dados sócio demográficos e informações profissionais e o segundo sobre as CE. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e analítica. Os resultados apontaram para um alto escore de competência e confiança nos domínios relacionados ao trabalho de parto, parto, nascimento e cuidados com o recém-nascido. As competências com maiores escores estavam relacionadas à amamentação, cuidados com o RN em sala de parto e fisiologia do trabalho de parto e as competências com menores escores relacionadas às emergências e urgências obstétricas. Os maiores escores eram dos profissionais com menor tempo de atuação na área, que assistiram entre 20 e 39 partos, que participaram de cursos e eventos nos últimos anos e que prestava assistência em partos na instituição em que atuava. Os resultados evidenciaram que o CEEEO II – Rede Cegonha contribuiu para a formação de um quantitativo de profissionais qualificados e competentes para atenção obstétrica no e para o SUS e para o fortalecimento das capacidades institucionais, uma vez que investiu na força de trabalho com foco nas necessidades dos serviços e competências de campo, aumentando seus poderes de agir e rumo às mudanças efetivas no modo de ofertar o cuidado.

**Palavras-chave:** Competência Profissional. Enfermagem Obstétrica. Maternidade segura. Cuidados de Enfermagem. Novião a *expert*.

## ABSTRACT

In the whole world midwifery had considerable progress, for example the decrease of mortality and rates of maternal and neonatal morbidity. The midwives are pointed out as one of the potential professional to change the Brazilian obstetric model. However there are challenges that still persist for the implementation of the humanized model and for the performance of nursing, and one of them is the number of prepared and contemplated professionals to offer assistance. In this context, the Nursing School of the Federal University of Minas Gerais, with funding from the Ministry of Health and linked to the Rede Cegonha strategy, develops the Specialization Course in Obstetric Nursing (CEE0), in partnership with Federal Institutions of Higher Education (IFES) at all regions of the country. The course aimed to educate nurses from public health services in nursing obstetrics, adopting the essential competences (CE) for the basic exercise of obstetrics as a reference. In this context, this dissertation aimed to identify the competencies mobilized by the graduated nurses of a national course of specialization in Obstetric Nursing. This research is a part of larger study "Specialization in Obstetric Nursing: evaluation of the process of development and effects in the perspective of training-intervention", a non-experimental, descriptive study with quantitative approach, using database. The research places were the IFES that hosted CEE0 II – Rede Cegonha from October 2016 to January 2019. Data were collected through two self-applied questionnaires: one given to socio-demographic data and professional information and the second on CE. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics. The results pointed to a high score of competence and confidence in data on labor, delivery care and care of the newborn. The competencies with higher scores were related to breastfeeding, care of newborns in the delivery room and physiology of labor, and those with lower scores related to emergencies and obstetric emergencies. The highest scores were from professionals with less time in the area, who attended between 20 and 39 births, who participated in courses and events in the last years and those who assist deliveries at the institution they work. The results showed that CEE0 contributed to the formation of a number of qualified and competent professionals for obstetric care in and for the National Health System and for the strengthening of institutional capacities, since it invested in the workforce of health professional focusing on the needs of the services and field competencies, increasing their powers of action and towards the effective changes in offering care.

**Keywords:** Professional Competence. Obstetric Nursing. Safe maternity. Nursing care. Novice to expert.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Principais causas de morte materna no mundo.....	21
<b>Figura 2.</b> Triângulo de referência como base para os Cursos do CEEO II – Rede Cegonha: Formação, Trabalho e Avaliação.....	29
<b>Figura 3.</b> Diagrama com representação visual da estrutura das competências organizadas em quatro categorias.....	38
<b>Figura 4.</b> Divisão demográfica dos especializandos.....	43
<b>Figura 5.</b> Extrato do formulário <i>online</i> “Acompanhamento do Desenvolvimento da Competência para o Exercício da Obstetrícia na formação de Enfermeiras (os) Obstétricas (os) – Ferramenta de Autoavaliação”.....	44
<b>Figura 6.</b> Distribuição dos escores de competência e confiança segundo assistência ao parto na instituição de atuação do enfermeiro especializando.....	52
<b>Figura 7.</b> Distribuição dos escores de competência e confiança segundo atuação na área e/ou serviços de atenção obstétrica.....	53
<b>Figura 8.</b> Distribuição dos escores de competência e confiança segundo a faixa de número de partos assistidos pelos enfermeiros especializandos.....	54
<b>Figura 9.</b> Competências essenciais para a prática obstétrica e o percentual de respostas desejáveis em relação ao conhecimento adquirido pelos enfermeiros egressos.....	55
<b>Figura 10.</b> Competências essenciais para a prática obstétrica e o percentual de respostas desejáveis em relação à confiança dos enfermeiros egressos.....	57
<b>Gráfico 1.</b> Distribuição do percentual de participantes segundo a natureza do trabalho.....	50

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1.</b> Distribuição das vagas do CEEO I e II segundo regiões do país.....	27
<b>Quadro 2.</b> Os cinco estágios de aquisição de habilidades de Patrícia Benner.....	33
<b>Quadro 3.</b> Relação das Instituições Federais de Ensino Superior parceiras e que sediaram o CEEO II – Rede Cegonha.....	41
<b>Quadro 4.</b> Extrato das opções de respostas para as ênfases de competência e confiança do questionário auto avaliativo.....	45
<b>Quadro 5.</b> Descrição do domínio e referidas Competências Essenciais divulgadas pela ICM e adotadas pela ABENFO – Nacional.....	46
<b>Tabela A:</b> Distribuição bivariada do perfil das especializadas segundo o nível de escore da competência, CEEO, 2018.....	58
<b>Tabela B:</b> Distribuição bivariada do perfil das especializadas segundo o nível de escore da confiança, CEEO, 2018.....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ABENFO – Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras

APICE-ON – Projeto de aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia

CE – Competências essenciais

CEE – Conselho Estadual de Educação

CEEO – Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CLAP – Centro Latino-americano de Perinatologia

EE – Escola de Enfermagem

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICM – *International Confederation of Midwives*

IFES – Instituição Federal de Ensino Superior

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

RMM – Razão de mortalidade materna

SMR – Saúde da Mulher e Reprodutiva

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	15
2 CENÁRIO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL E MUNDO: A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA COMO “a ponta de UM ICEBERG”. .....	19
2.1 A FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL E O CURSO NACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA .....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	31
3.1 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERÍCIO BÁSICO DA OBSTETRÍCIA .....	36
4 METODOLOGIA.....	40
4.1 OS LOCAIS DO ESTUDO.....	40
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	42
4.3 COLETA DE DADOS .....	43
4.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	47
4.5 ANÁLISES DOS DADOS .....	47
6 DISCUSSÃO .....	64
6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO CEEO II – REDE CEGONHA .....	66
6.2 AS COMPETÊNCIAS AUTORREFERIDAS PARA O CUIDADO OBSTÉTRICO PELOS ENFERMEIROS EGRESSOS DOS CURSOS.....	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	75
REFERÊNCIAS .....	77
ANEXOS .....	83

# 1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem passado por grandes evoluções em relação a atuação de seus profissionais nas diversas áreas de cuidados em saúde, tanto no que diz respeito à sua prática quanto à suas atribuições. Ao longo do século XX, a profissão passou de uma atuação conhecida pela execução de técnicas junto ao cliente para um cuidado baseado em evidências científicas, com raciocínio clínico e crítico, reconhecida como ciência e com importante parcela de contribuição para a melhoria da saúde das populações (PROGIANTI, et al., 2004; SANDALL, et al., 2016).

A atenção obstétrica no Brasil e no mundo vivenciou consideráveis progressos, a exemplo do aumento da cobertura e qualidade pré-natal, redução da razão de mortalidade e taxas de morbidade materna e neonatal (VIELLAS, et al., 2014); embora, estas últimas ainda se encontrem em níveis inaceitáveis diante dos avanços científicos e tecnológicos disponíveis. A enfermagem e suas especialidades possuem reconhecimentos pelo seu alto nível científico, como também por sua importante contribuição na melhoria dos desfechos maternos e neonatais, com participação em ações de planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e nascimento e puerpério (COFEN, 2016; CAMPBELL et al, 2016; SANDALL et al, 2016). Assim, a enfermagem obstétrica é apontada como uma das profissões potenciais para mudança do modelo obstétrico vigente no Brasil, tanto no que se refere ao seu saber-fazer quanto como membro da equipe multiprofissional de saúde, capaz de gerar impacto na diminuição das mortes maternas que ainda ocorrem em um número além do desejado.

O Brasil vivencia o chamado “paradoxo neonatal”, com mais de 90% dos partos ocorrendo no ambiente hospitalar; com 55% dos nascimentos por meio da cirurgia cesariana (DATASUS, 2019) e ainda, tendo a causa obstétrica direta a responsável pela maior parcela dos óbitos maternos. Além desta situação, as mulheres durante o trabalho de parto e parto normal são demasiadamente submetidas a intervenções consideradas desnecessárias, dentro de instituições de saúde e instituições de assistência e ensino em saúde (LEAL, et al, 2014).

A institucionalização e medicalização do parto no Brasil e no mundo não causaram reflexos como o esperado nos indicadores de saúde materna e neonatal. A implementação de um modelo de assistência obstétrica seguro e efetivo, que visa o resgate ao parto enquanto evento fisiológico, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis e ofertado por profissionais qualificados é discussão cotidiana em todo o mundo (CLAP, 2014; SANDALL, et al, 2016; CAMPBELL et al, 2016).

Garantir um profissional qualificado para a oferta de um cuidado seguro a todas as mulheres e seus bebês durante a gestação e no nascimento faz parte da agenda internacional, presente nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ONU, 2019), é tema central na estratégia global para a saúde

das mulheres, das crianças e dos adolescentes 2016-2030 (ONU, 2016) e de instituições como o Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), Confederação Internacional de Parteiras (ICM – International Confederation of Midwives), além da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Desde a década de 1990 o Ministério da Saúde (MS) investe na formação de Enfermeiros Obstétricos para atuação nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esta uma estratégia para a concretização da mudança do modelo de atenção obstétrica no país. A ONU aponta que investir na força de trabalho da saúde (que inclui a enfermagem obstétrica) com foco na atenção qualificada ao parto é ponto chave para o alcance da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2016).

A assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal ofertado por uma equipe que possui a enfermagem obstétrica como profissional colaborador está associada a benefícios para as mulheres e serviços de saúde, como: redução de intervenções; induções sem indicações precisas e incremento dos trabalhos de parto normais; verticalização da mulher em trabalho de parto; com maior sucesso no desfecho de parto normal; redução do número de episiotomias; maior satisfação das mulheres em relação à experiência de parto; e, com isso, menor custo e maior efetividade para os serviços de saúde (BENJAMIN, et al, 2001; SANDALL, et al, 2016; The Lancet, 2016; ENTRINGER, et al, 2018).

No entanto, desafios ainda persistem para a efetivação do modelo humanizado e seguro na atenção obstétrica e para a atuação da enfermagem, e um deles está em se ter profissionais formados, preparados e qualificados para tal (FILLBY; MCCONVILLE; PORTELA, 2016). Há uma estimativa de que o mundo precisa de pelo menos 675.000 profissionais na área obstétrica até o ano de 2035 para atender às necessidades atuais de saúde das mulheres e seus bebês (ONU, 2016).

Compreendendo o desafio de formar profissionais competentes no contexto global e nacional. Mais, que esta formação constitui importante ferramenta para a promoção da maternidade segura, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG), com financiamento do Ministério da Saúde (MP), como ação estratégica a partir da Rede Cegonha, desenvolve desde 2014 o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO), em parceria com Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de todas as regiões do país. Com a proposta de formação profissional no e para o SUS, este Curso Nacional adotou princípios e diretrizes baseados em políticas e programas nacionais em prol da assistência qualificada e segura às mulheres e seus bebês.

O curso atual, denominado de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II Rede Cegonha (CEEEO II - Rede Cegonha) que está em sua segunda versão, teve como foco a formação de enfermeiros trabalhadores de maternidades públicas do país. Para atingir seus objetivos, adotou-se como base estruturante e guia para a prática e ensino as Competências Essenciais (CE) para o exercício básico da obstetria, definidas

e divulgadas pela ICM. Estas competências tratam de uma abordagem e organização em uma estrutura de quatro categorias, as quais estão inter-relacionadas entre: competências gerais, que possui aplicação a todos os aspectos da prática da enfermagem obstétrica; e as competências específicas, voltadas para o cuidado no planejamento familiar, pré-natal, parto, nascimento e período pós-natal.

“As competências atualizadas são escritas como declarações holísticas que refletem a Filosofia e o Modelo de Atendimento de Obstetrícia da ICM, além da Definição e Escopo de Prática da ICM de uma parteira. Como tal, as competências promovem: a autonomia das parteiras para a prática em todo o escopo da prática da obstetrícia e em todos os contextos; o papel da parteira para apoiar a fisiologia e promover o parto normal; o papel da parteira para defender os direitos humanos e o consentimento informado e a tomada de decisão para as mulheres; o papel da parteira para promover a prática baseada em evidências, incluindo a redução de intervenções desnecessárias; o papel da parteira para avaliar, diagnosticar, agir, intervir, consultar e encaminhar, conforme necessário, incluindo intervenções de emergência. As competências são declarações integradas e não uma lista de tarefas. Os exemplos são ilustrativos e não uma lista exaustiva. Espera-se que os educadores de obstetrícia estruturem currículos e projetem atividades de aprendizado que permitirão que os estudantes de obstetrícia aprendam o conhecimento e desenvolvam as habilidades e os comportamentos que são integrados dentro de cada competência”. (ICM, 2018).

O Curso objetivou a formação de especialistas com atuação em serviços públicos de atenção obstétrica do país, que além de seguir marcos legais e políticos nacionais para a certificação, adotou uma referência internacional como padrão de profissional para assistência. Tem-se ainda o fato de que os especializandos foram e são enfermeiros que prestam assistência direta às mulheres durante a gestação, parto e nascimento. Diante do exposto, surgiu uma inquietação quanto a aquisição de competências para o cuidado obstétrica pelos enfermeiros egressos deste curso. Assim, surgiram os seguintes questionamentos: “Qual o perfil dos enfermeiros trabalhadores deste Curso nacional de especialização em enfermagem obstétrica?” e “Quais as competências mobilizadas pelos egressos do curso para o cuidado de mulheres e seus bebês, no parto e nascimento, sob a ótica das competências essenciais?”

Neste contexto, esta dissertação teve como objeto de pesquisa os enfermeiros trabalhadores egressos de um Curso Nacional de Especialização, sendo este último o cenário do estudo, junto às instituições que o curso ocorreu e seus locais de trabalho. O objetivo geral elaborado desta dissertação foi identificar as competências mobilizadas por enfermeiros trabalhadores egressos de um curso nacional de especialização em Enfermagem Obstétrica. A fim de maior aproximação com o objeto de pesquisa e meios para concluir o objetivo geral deste trabalho, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o perfil dos enfermeiros egressos do Curso Nacional de Especialização em Enfermagem Obstétrica;
- Analisar a relação entre os requisitos nacionais legais para certificação e as competências mobilizadas pelos sujeitos da pesquisa, sob a ótica das CE da ICM;
- Analisar os escores de competência e confiança para o cuidado na atenção obstétrica e sua relação com o número de assistências ao parto durante o curso.

Esta investigação se justifica pela urgência de profissionais qualificados para assistência obstétrica no Brasil; pela necessidade de se conhecer o grau de qualificação profissional para cuidados obstétricos de enfermeiros especialistas atuantes; por não haver na literatura nacional uma avaliação de um curso de especialização com foco na prática de trabalhadores em situação real dos serviços de saúde brasileiros e pelo número importante de profissionais que estão se formando no curso em questão e em atuação nas maternidades públicas do país.

Os resultados desta pesquisa podem servir de subsídios para um guia de formação e aprimoramento da enfermagem para assistência obstétrica; para apontar o grau de competência da enfermagem para atuar e seu potencial na contribuição para a saúde das mulheres e bebês, atendidos pelo nosso sistema público de saúde; sugerir uma forma de análise e acompanhamento das competências técnicas, políticas e atualização profissional nos seus serviços e cursos, aos moldes de um padrão internacional e no contexto nacional; além de informar aos serviços de saúde e à população a importância e contribuição já existente da Enfermagem Obstétrica no cotidiano dos serviços brasileiros.

## **2 CENÁRIO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL E MUNDO: A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA COMO “A PONTA DE UM ICEBERG”.**

A razão da mortalidade materna (RMM) consiste em um importante indicador de saúde das mulheres e seu bem-estar, bem como aponta para as inequidades em relação ao gênero, para a o nível da assistência que tem sido ofertada a esta população, a qualidade de vida da população feminina e mostra dados sobre o desenvolvimento social. A estimativa é de que 287 mil mortes maternas ocorreram no mundo no ano de 2010 (WHO, 2012), e em 2015, 216 óbitos ocorreram por causas maternas por 100 mil nascidos vivos, sendo a ocorrência em maior número nos países em desenvolvimento (THE LANCET, 2016).

A mortalidade materna é definida como a morte de mulheres que ocorre durante a gestação ou no período de 42 dias após o parto ou término da gravidez, por causas relacionadas ou agravadas pela gestação ou seu manejo. Os óbitos maternos são classificados por causas obstétricas diretas (quando resultam de complicações durante a gestação, parto ou puerpério, decorrentes de intervenções, omissões, tratamento ou eventos associados a esses fatores), e causas indiretas (doenças preexistentes ou que surgiram durante a gestação, e que foram agravadas por este estado) (BRASIL, 2009).

Nos anos de 1980 o mundo iniciou uma preocupação acerca da problemática mortalidade materna, época na qual a estimativa de óbito materno era de aproximadamente 500 mil mulheres por ano, sendo grande parte por causas obstétricas evitáveis. Dentre as causas mais comuns estavam a hemorragia pós-parto, as síndromes hipertensivas da gestação, infecções e complicações do abortamento (SOUZA, 2015).

A nível mundial, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como a Conferência do Cairo, que ocorreu em 1994, foi um marco sobre a questão da saúde sexual e reprodutiva para a população. A partir da CIPD, três metas foram estabelecidas a serem alcançadas até 2015, sendo uma delas a redução da mortalidade materna e infantil (Conferência de Cairo, 1994).

A atenção quanto à saúde materna direcionada pela CIPD precedeu o estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) nos anos 2000, uma iniciativa promovida pelas Nações Unidas e assinada por mais de 180 países, com um conjunto de metas distribuídas em 8 objetivos a serem alcançadas entre os anos de 2000 e 2015, em um movimento contra a pobreza e a favor do desenvolvimento social. O quinto ODM em específico objetivou reduzir em 75% a razão de mortalidade materna nos países signatários (SOUZA, 2015).

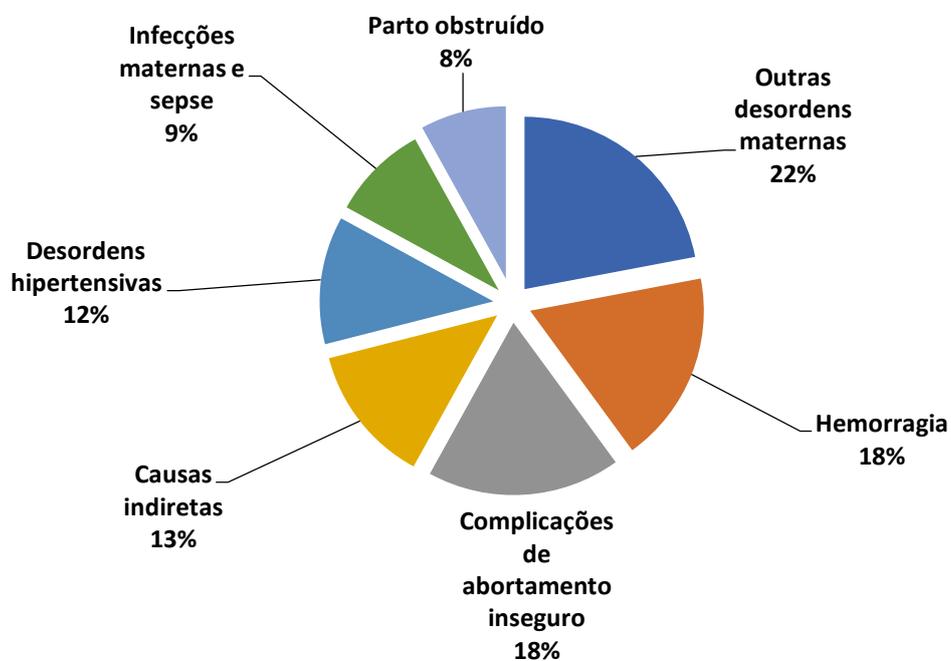
O Brasil iniciou a realização de programas e estratégias que incluíam metas dos ODM, mesmo antes do estabelecimento desses objetivos, com atenção aos problemas de saúde prevalentes, dentre eles a saúde materna e infantil. Na década de 80 algumas iniciativas foram realizadas com o objetivo de melhorar a cobertura e qualidade das informações acerca dos óbitos maternos, destacando-se a implantação e estruturação dos Comitês de Mortalidade Materna e a institucionalização da vigilância do óbito materno, por meio da Portaria Ministerial de nº 1.119 de 2008 (Portaria Ministério da Saúde, 2008; BRASIL, 2009).

Em 2006, o MS lançou o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria/GM nº 399, um Pacto firmado entre as três esferas de governo e gestores do SUS, com o objetivo de obter respostas eficientes e com qualidade, frente às necessidades de saúde da população e em prol das diretrizes e princípios do SUS (Portaria 399, Pacto pela Saúde, 2006). No ano de lançamento, as áreas prioritárias e com metas estabelecidas para os municípios e estados brasileiros incluíam o controle do câncer do colo uterino e mama e redução da mortalidade infantil e materna.

O número de mortes maternas no mundo apresentou uma redução de 543 mil no ano de 1990 para 287 mil em 2010, e a RMM declinou de 400 mortes a cada 100 mil nascidos vivos em 1990 para 216 em 2015 (WHO, 2012; THE LANCET, 2016). As principais causas de morte materna no mundo atualmente são outras desordens maternas, hemorragia e complicações relacionadas ao abortamento inseguro, causas indiretas, desordens hipertensivas, infecção e parto obstruído, respectivamente (Figura 1).

A razão de morte materna no Brasil em 1990 era de aproximadamente 141, com redução para 81 nos anos 2000, 68 em 2010 e para 62 em 2015, representando uma queda de 56% (BRASIL, 2012 – boletim epidemiológico; BRASIL, 2018). Atualmente no Brasil as principais causas de morte materna são os transtornos hipertensivos, hemorragias graves, as infecções puerperais, complicações no parto e complicações relacionadas ao abortamento, respectivamente (PAHO, 2018).

**Figura 1.** Principais causas de morte materna no mundo.



Fonte: The Lancet, 2016. In: Series Papers Maternal health 1 e 6. Tradução livre.

Em todo o mundo a taxa de mortalidade materna diminuiu 45%, e a sobrevivência materna aumentou de maneira significativa desde a adoção dos ODM. No entanto apesar desta importante redução, os óbitos ainda ocorrem em números elevados e sendo em sua maioria por causas consideráveis evitáveis. Uma investigação de 74% de mortes maternas ocorridas no Brasil em 2010 apontou que 17% desses óbitos ocorreram durante a gestação, 9% durante o período do parto e 56% no puerpério. 92% do total de óbitos ocorreu dentro do ambiente hospitalar (BRASIL, 2012 – boletim epidemiológico).

Há consenso de que a redução da mortalidade materna está fortemente associada à atenção qualificada ao parto e atenção obstétrica de emergência, além do acesso ao pré-natal de qualidade e planejamento familiar. Além disto, o Brasil afirma ainda a necessidade de redução nas taxas de nascimentos por cirurgias cesarianas por estar associada a um maior risco de morte e infecção puerperal. Vale ressaltar que esta via de nascimento representou 53,9% dos nascimentos em 2011 e 55% em 2016 (BRASIL, relatório ODM 2015; DATASUS, 2019).

A mobilização global em torno das metas dos ODM provocou

mudanças importantes em diversas áreas e muitos países atingiram as metas de desenvolvimento. Além dos progressos na saúde materna, houve importante redução da mortalidade infantil no Brasil e no mundo. A meta correspondente ao quarto ODM era de, até 2015, reduzir a mortalidade na infância em dois terços do nível do ano de 1990 (SOUZA, 2015).

A saúde infantil também foi acometida positivamente com a adoção dos ODM. A taxa de mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos caiu de 90 para 43 mortes por mil nascidos vivos no mundo, entre o ano de 1990 e 2015. No Brasil, a taxa de mortalidade na infância entre 1990 e 2011 passou de 47,1 para 15,3, superando a meta do 4º ODM. O país também alcançou a meta na redução da mortalidade infantil, com uma redução de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos (UNFPA, 2015).

Apesar destes avanços, a mortalidade ainda ocorre em números elevado, com mais de 85% das mortes infantis ocorrendo no primeiro ano de vida (FRANÇA, *et al.*, 2017). Mundialmente a taxa de mortalidade neonatal caiu de 33 para 19 mortes por mil nascidos vivos. A mortalidade infantil pode ser analisada por seus componentes, sendo eles o neonatal precoce, que corresponde do primeiro ao sexto dia de vida do bebê, o neonatal tardio, que corresponde do sétimo ao 28º dia de vida e o pós-neonatal, de 28 a 364 dias após o nascimento.

Em 2011 no Brasil, as afecções perinatais, relacionadas ao período de 22 semanas de gestação até sete dias de nascimento, correspondiam a 59% do total de óbitos infantis. A segunda maior causa eram as malformações congênitas, seguidas das doenças infecciosas e do aparelho respiratório. As mortes neonatais correspondem a maior parte do número de óbitos absolutos em crianças abaixo dos 5 anos no mundo (FRANÇA, *et al.*, 2017; UNFPA, 2015).

Esta elevada participação das causas consideradas perinatais, onde quase 3 em 4 óbitos neonatais no mundo ocorrem por complicações da prematuridade, 24% por complicações do trabalho de parto e parto e 15% por infecções, evidencia a íntima relação com fatores do ciclo gravídico-puerperal, com causas passíveis de prevenção, por meio de acesso a serviço e pessoal da saúde qualificado (FRANÇA, *et al.*, 2017).

Pelo contexto acima apresentado e outros aspectos importantes da saúde das populações, chefes de Estado e de Governo se reuniram com a Organização das Nações Unidas e lançaram os *ODS Global* (ONU Agenda 2030). Transformado em *Agenda para 2030*, as ações e metas foram criadas sendo guiadas pelos propósitos da Carta das Nações Unidas, fundamentada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, Declaração do Milênio e outros tratados e instrumentos internacionais.

Os resultados pós ODM também serviram de base para a reafirmação de áreas que ainda necessitam de atenção dentro dos ODS,

devido seu progresso ter ocorrido de forma desigual entre diferentes países do mundo, com especial atenção à saúde materna, neonatal e saúde reprodutiva (SOUZA, 2015). Os objetivos que incluem metas diretamente relacionadas à saúde materna e infantil são:

- Objetivo 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades;
- Objetivo 5: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

A matemática questionável desta realidade nacional se dá pelo fato de que no Brasil, a cobertura pré-natal nacional melhorou em quase todo o território nacional nos últimos dez anos (NUNES *et al*, 2016) e 99% dos partos ocorrem no ambiente hospitalar. O acesso aos serviços e atendimento por profissional da saúde é a base para melhoria dos indicadores e disto depende a luta para a redução das mortes e morbidades na atenção obstétrica (CAMPBELL *et al.*, 2016; BRASIL, 2018).

No entanto, são as práticas que ocorrem no dia a dia dos serviços de atenção obstétrica nacionais e a qualidade dos serviços ofertados (como estão sendo ofertados e o que está sendo feito) que apontam para a necessidade efetiva de mudança no modelo de atenção no país. Para isto, é urgente a necessidade do fortalecimento da obstétrica, a fim de produzir desfechos maternos e perinatais satisfatórios, com qualidade na atenção.

Mundialmente estima-se que poucos são os países que possuem uma equipe obstétrica habilitada para atuar por completo nas situações essenciais na área da saúde da mulher (THE STATE OF THE WORLD'S MIDWIFERY, 2014 – UNFPA/ICM/WHO). Segundo a pesquisa conduzida em 2014 pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), ICM e OMS, intitulada *The State of the World's Midwifery – SoWMy: A Universal Pathway*, a enfermagem obstétrica, quando qualificada e regulamentada conforme padrões internacionais, possui competência para atender a cerca de 90% das necessidades dos serviços de atenção obstétrica e neonatal de um país (THE STATE OF THE WORLD'S MIDWIFERY, 2014 – UNFPA/ICM/WHO). No entanto, esta categoria profissional corresponde a apenas 36% dos profissionais em atuação na área.

Quanto à assistência ofertada no parto, a proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados no mundo é de 71%, o que significa que um a cada quatro nascimentos (o que inclui bebês e mulheres) permanece sem cuidados médicos durante o parto e nascimento (ONU, 2015). No Brasil estima-se que ocorram 3 milhões de nascimentos anuais que requerem atendimento durante a gestação e parto. Para que haja cobertura de 100% de atendimento por pessoal qualificado, há, portanto, uma necessidade de um grande quantitativo de profissionais (CAMPBELL, *et al.*, 2016; MASSARI, 2017).

Mundialmente estima-se que poucos são os países que possuem uma equipe obstétrica habilitada para atuar por completo nas situações essenciais na área da saúde da mulher (THE STATE OF THE WORLD'S MIDWIFERY, 2014 – UNFPA/ICM/WHO).

Segundo a pesquisa conduzida em 2014 pelo UNFPA, ICM e OMS, intitulada *The State of the World's Midwifery – SoWMy: A Universal Pathway*, a enfermagem obstétrica, quando qualificadas e regulamentadas conforme padrões internacionais, possui competência para atender a cerca de 90% das necessidades dos serviços de atenção obstétrica e neonatal de um país (2014), porém esta categoria profissional corresponde a apenas 36% dos profissionais em atuação na área.

Massari (2017) em seu estudo sobre o quantitativo necessário de enfermeiras obstetras e obstetrizes para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil, estimou que o país necessita de pelo menos dez mil enfermeiras obstetras/obstetrizes para atender cerca de 70% de partos normais. A autora considerou o número de Nascidos Vivos de 2015 e incluiu em sua projeção os nascimentos dos serviços do SUS e do setor privado e considerou a atuação da Enfermagem Obstétrica apenas no momento do trabalho de parto e parto.

No entanto, apesar dos esforços com políticas públicas e investimento na formação de profissionais, ainda existe o desafio no contexto da saúde das mulheres, com falha no processo de garantia dos seus direitos como à vida e saúde. Segue o problema como uma das pontas de um iceberg: o desafio da mortalidade materna e neonatal. Estas informações reforçam que a qualificação profissional para a assistência obstétrica é um ponto importante, porém a inserção destes profissionais na assistência, a sustentabilidade destes profissionais e de um cuidado seguro e qualificado à saúde materna e infantil são áreas prioritárias e de importância. Para tanto, é necessário investir em profissionais com potencial de ação, ou seja, competentes, sendo este um foco, como noutra ponta de um iceberg.

## 2.1 A FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL E O CURSO NACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

O modelo predominante de formação de enfermeiros especialistas em obstetrícia no Brasil é o modelo similar ao americano, no qual o enfermeiro graduado realiza uma especialização de no mínimo 360 horas. A segunda opção é a graduação e formação de obstetrizes, modelo este similar ao inglês, chamado de modelo de formação direta ou ainda ingresso direto, que consiste de duração de 14 semestres. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) prevê ainda concessão do título de especialista que difere dos critérios de formação previamente citados na *Resolução COFEN nº 577/2018* (COFEN,

2018).

No Brasil existe uma variedade de pós-graduações, diferentes tanto no que diz respeito à carga horária quanto à estrutura dos cursos. Há cursos que variam desde 360 a mais de 1000 horas de duração, divididos entre teoria e prática e os programas de residência, ofertados por Instituições de Ensino Superior, com fiscalização e normas do Ministério da Educação (MEC), que têm duração de dois anos e carga horária de aproximadamente 5.700 horas, sendo cerca de 20% voltada para teoria e 80% para a prática (CNRMS, 2010).

A enfermagem obstétrica é regulamentada no território nacional pelo COFEN, por meio de suas resoluções e portarias, e é representada pela Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). Para atuação profissional o Conselho exige registro de título junto ao Conselho Regional da jurisdição do profissional e que o certificado do curso seja emitido por instituições credenciadas pelo MEC ou Conselho Estadual de Educação (CEE) (COFEN, 2018).

Ainda em relação à sua regulamentação e legislação, o COFEN adotou em 2016, por meio da resolução 516/2016 (COFEN, 2016), requisitos mínimos para reconhecimento enquanto especialista, complementando a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 1986 (COFEN, 1986), como descrito a seguir:

- 20 acompanhamentos completos do trabalho de parto, parto e puerpério;
- 15 atendimentos ao recém-nascido na sala de parto e
- 15 consultas de Enfermagem pré-natais.

Durante cerca de 30 anos, o MS tem investido na inserção da enfermagem na assistência obstétrica hospitalar e com isto, investiu na formação de profissionais especialistas. A Rede Cegonha, em 2011, veio reforçar o apoio à inserção deste e outros profissionais no cenário obstétrico neonatal, enquanto estratégia para investir na melhoria da saúde de mulheres e crianças; que seguiu nos esforços para qualificação de profissionais para atuarem na área (BRASIL, 2014).

Com o panorama da saúde materno-infantil no país (e no mundo) houve uma preocupação não só do quantitativo de pessoal qualificado para a atenção obstétrica, mas ainda, com a qualidade da assistência ofertada pelos serviços de saúde. Ainda que a prática baseada nas melhores evidências científicas esteja em alta, sendo um norte para a assistência de qualidade e que mundialmente haja incentivo para mudança concreta da atenção obstétrica, o Brasil ainda possui desafios para a efetivação deste modelo.

Há uma dificuldade de modificação das práticas dos profissionais atuantes consideradas inadequadas ou ainda desnecessárias que culminam em uma assistência chamada de intervencionista. Este desafio persistente é evidenciado pelos estudos que apontam para o alto índice de intervenções utilizadas na assistência às mulheres e recém-nascidos (LANSKY *et al.*, 2014), para o número elevado de cesarianas como modo de nascimento (DATASUS, 2019) e pela predominância do modelo medicalizado e médico centrado, tanto nas instituições privadas quanto em instituições públicas do país (LEAL *et al.*, 2014).

A Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL, 2014) contemplou duzentas e sessenta e seis maternidades com quinhentos partos ou mais por ano, cento e noventa e um municípios e mais de vinte mil mulheres entrevistadas. Os pesquisadores analisaram a assistência prestada a mulheres e mostrou que nos hospitais de ensino, há a realização rotineira de práticas intervencionistas, o que aponta para processos de ensino na contramão do modelo obstétrico almejado.

Após a publicação deste panorama sobre o parto e nascimento no país, iniciativas ocorreram e ainda estão em andamento com intuito de melhorar este cenário. Dentre elas citamos aqui a criação do programa Parto Adequado no âmbito da saúde suplementar; a resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.144/2016) que estabelece a cesariana eletiva nas gestações de risco habitual apenas a partir da 39ª semana gestacional; a criação pelo MS do Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em obstetrícia e neonatologia (*Apice On*)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) e melhoras a partir da iniciativa Rede Cegonha (2011), que apontou maior frequência na utilização das chamadas boas práticas e redução de intervenções desnecessárias (LEAL, 2018).

Mesmo diante da melhora em alguns indicadores relativos à saúde materna e neonatal, a atuação e práticas cotidianas ainda realizadas de forma inadequada e com indicadores ainda aquém do ideal, são notórias que a criação de leis, resoluções, políticas públicas e a formação tradicional de profissionais, mesmo que se fazendo uso das melhores evidências científicas e recomendações atuais, não consegue ser suficiente para a mudança de modelo obstétrico e neonatal no Brasil.

É neste e partir deste “nó crítico” que a Escola de Enfermagem (EE) da UFMG, em parceria com o financiamento do MS criou em o CEEO - Rede Cegonha, com uma proposta político-pedagógica pensada e executada a partir desta realidade, com o objetivo geral de formar profissionais qualificados para o cuidado à mulher e recém-nascido. A criação deste curso tomou ainda o reconhecimento de que os processos formativos até então disponíveis, com transmissão e reprodução do modelo biomédico dentro dos hospitais de ensino, refletem diretamente nos processos de trabalho das instituições. Considerando também a lacuna existente na integração das ações de trabalho e ensino, o Curso teve como foco o fortalecimento de enfermeiros e de suas ações no cuidar e agir, compreendendo que é necessário mais do que

profissionais habilitados técnica e cientificamente para mudança concreta de modelo (SANTOS-FILHO; SOUZA, 2019).

Elaborado na modalidade *lato sensu*, com carga horária de 705 (setecentas e cinco) horas, divididas em 285 (duzentas e oitenta e cinco) horas de teoria e 420 (quatrocentas e vinte) horas de prática, o Curso seguiu os critérios regulatórios do COFEN, os critérios propostos pela ABENFO e ainda os recomendados pelo MS.

O CEEO ocorreu em duas versões, o CEEO I em 2014 e o CEEO II com início em 2016. A oferta do Curso foi designada a enfermeiros (as) que atuassem em Maternidades Públicas do país ou que fossem conveniadas ao SUS, aderidas à Rede Cegonha. Os cursos (CEEI e II) ofertaram um total de 600 vagas (300 em cada versão), distribuídas por regiões conforme disposto no (Quadro 1).

**Quadro 1.** Distribuição das vagas do CEEI e II segundo regiões do país.

REGIÃO	CEEI	CEEII
Norte	90	62 vagas
Nordeste	144	163 vagas
Centro-Oeste	36	12 vagas
Sudeste	15	51 vagas
Região Sul	15	12 vagas

Fonte: Informações cedidas pela coordenação geral do CEEI/EE/UFMG.

O objetivo geral deste curso é especializar enfermeiros atendendo a padrões nacionais e com qualidade para prática obstétrica, num novo modelo de cuidado; deste extraem-se ainda os chamados objetivos ampliados de formação do CEEI (citaremos CEEI por se tratar da segunda versão do curso e cenário desta dissertação). Um deles é a formação de profissionais com capacidade ampliada dos processos de gerir, de modo que se consiga avançar para e nas ações do cuidado, ou seja, os cursos têm como foco formar sujeitos com maior capacidade de intervir nas situações reais da prática profissional, com direcionamento ainda para o campo da gestão e atenção.

A proposta de formação do CEEI foi (e ainda é) tentar reduzir a lacuna existente entre a academia e as necessidades e desafios reais do trabalho, dentro dos serviços do SUS. No intuito de efetivar a mudança de

modelo obstétrico, o CEEO I e II foi ofertado para enfermeiros trabalhadores de maternidades ou outros serviços públicos de saúde de Atenção Obstétrica. Desta forma, criou-se uma rede de formação, envolvendo todos os profissionais deste cenário, bem como seus serviços de origem, os locais de estágios, as Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) coordenadoras locais dos cursos, os preceptores e as equipes dos serviços.

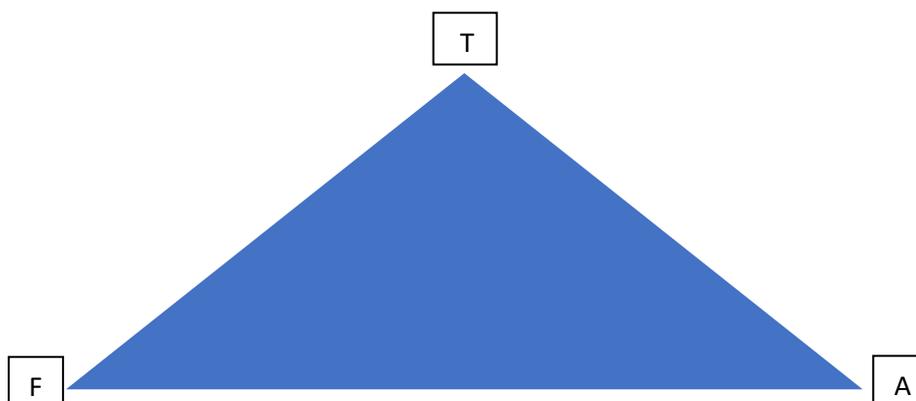
Para atingir seus objetivos, o curso adotou como referencial estruturante o que se chamou de *tríade*, que quando tem seus eixos articulados formam a triangulação *formação-trabalho-avaliação* (FIGURA 2). Este processo foi pensado sob a compreensão de que para mudança real do modelo de cuidado no parto e nascimento, seria necessária uma formação na qual os âmbitos dos processos de trabalho e práticas de atenção perpassassem o processo pedagógico do Curso (SANTOS-FILHO, 2010; PROJETO DO CURSO).

Iremos trazer aqui uma explanação breve dos vértices desta triangulação do referencial teórico-metodológico do Curso e os objetivos na perspectiva da formação-intervenção. O CEEO II incorporou a concepção de *formação-intervenção* em seu referencial sob a ótica de que a formação em saúde se associa às ações de *intervenção*, tomando a compreensão que não há dissociação entre os processos de *formação*, *modos de agir* e *modos de cuidar* (HECKERT; NEVES, 2007).

No vértice **formação** o objetivo geral é suprir a necessidade de profissionais com conhecimento e habilidades técnico-práticas e aumentar o número de especialistas nos serviços de saúde, aos moldes da necessidade deste cenário nacional. Este é o chamado *objetivo reduzido* do curso, com proposta de resultado em curto prazo. Temos ainda o chamado *objetivo ampliado* do Curso, que é aumentar a capacidade de análise-intervenção na organização nos serviços, com maior capacidade de intervir e gerir o trabalho. O propósito é acrescer e fortalecer as habilidades de análise dos *especializando*s no seu contexto de trabalho e sua capacidade para tomada de decisões de forma ampliada, além de corresponsabilização no planejamento e avaliação das ações produzidas desta forma, se ampliará as redes de sujeitos com maior capacidade de mudar o modelo (PROJETO DO CURSO).

No vértice **trabalho** este está compreendido como atividade laboral, tendo a produção e intervenção de serviços, um produto; neste eixo está ainda a compreensão da relação do trabalhador com o serviço, significando produção de saberes e conhecimentos práticos, como local de formação permanente e onde se concretiza as situações de trabalho. O trabalho aqui é visto na dinâmica do CEEO II como o ambiente, onde os enfermeiros especializando aplicarão aquilo que estão aprendendo no curso, se formando enquanto profissionais especialistas no cotidiano de seus serviços, construindo em conjunto com sua equipe de trabalho e se formando, a partir dos enfrentamentos e situações reais dos e nos serviços (PROJETO DO CURSO).

**Figura 2.** Triângulo de referência como base para os Cursos do CEEO II - Rede Cegonha: Formação, Trabalho e Avaliação



Fonte: SOUZA-FILHO, 2010. PROJETO DO CURSO.

Além destes, o eixo **avaliação** foi inserido no processo metodológico como componente transversal, adicionado com função estratégica de *“induzir análises, correções de rumo e construções compartilhadas de saberes e de processos de produção de saúde, envolvendo os diferentes sujeitos”* envolvidos (PROJETO DO CURSO). A avaliação decorre do acompanhamento dos processos de formação e intervenção ao longo do Curso, chamados de *objetos/dimensões* e seus *focos de análise*.

O **objeto/dimensão 1** se refere ao *Curso e sua dinâmica*: a estrutura e conteúdos pedagógicos e metodológicos utilizados para organizar e conduzir o processo de formação. Neste item a avaliação tem função de acompanhar o desenvolvimento do curso no que diz respeito às articulações de organização, práticas pedagógicas e recursos. Aqui os saberes e seus conteúdos ocupam o mesmo conjunto avaliativo, sob a visão de que estes elementos são indissociáveis.

O **objeto/dimensão 2** se refere a todos os sujeitos envolvidos nesta rede de formação (enfermeiros em formação). Aqui a avaliação tem como foco acompanhar e informar quanto à inserção e inclusão dos trabalhadores especializando nos serviços e atividades, articulação e produção de práticas integradas com o trabalho, seu protagonismo e autonomia; o fortalecimento da capacidade de agir das enfermeiras nos processos e relações institucionais de trabalho.

O terceiro **objetivo/dinâmica** se refere ao serviço e sua dinâmica. Neste foco de análise o intuito é identificar e avaliar as repercussões da formação para os serviços e as práticas de atenção e gestão, tendo como objeto as mudanças geradas para os usuários e usuárias nos serviços de saúde dos profissionais enfermeiros em formação.

O Curso traz ainda no seu eixo avaliativo a inclusão dos

enfermeiros especializando nos processos de análise, tomada de decisões e na construção compartilhada, ao considerar as diferenças particulares dos sujeitos e singularidades de seus espaços de atuação e formação. Este princípio é o que o Curso colocou como protagonismo dos sujeitos, associado ao seu modo de inserção no trabalho, nas atitudes nos processos de produção de saúde e de seu próprio trabalho. Assim, a avaliação é realizada tanto pelos sujeitos à frente do processo de formação quanto por aqueles em formação (no curso de especialização) que realizam assim avaliação conjunta e uma análise de si dentro do processo.

Conforme descrito anteriormente, esses pilares do referencial estruturante do curso trazem para o centro não só o sujeito em formação, que é o objetivo geral do curso, como também uma arquitetura de sujeitos, instituições e áreas como foco durante este processo formativo. O Curso não se limita ao acúmulo de conhecimento e formação de especialistas desarticulados de um contexto; e sim tem como objetivo ampliado a produção e mudança da prática.

Existe o compromisso de formação dos profissionais na sua especialidade, como elemento necessário para que estes enfermeiros se tornem sujeitos capazes de ofertar um cuidado seguro e mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento. Desta forma “espalham-se” pelo triângulo da formação-trabalho-avaliação as CE para o Exercício Básico da Obstetrícia, definidas por iniciativa da ICM e adotadas pela ABENFO Nacional (ABENFO, 2007), como uma diretriz para programas de educação em enfermagem obstétrica e um guia a um padrão nacional de formação e atuação.

As CE foram utilizadas dentro do caminho estruturante do Curso, no acompanhamento avaliativo. Esta lista de competências e seus domínios foram utilizados tanto para guiar a prática formativa quanto uma referência para avaliação dos enfermeiros em especialização. Ao longo do Curso, enquanto os especializando realizavam suas atividades teóricas e práticas para atender aos critérios normativos para certificação enquanto especialistas, eles faziam uma auto avaliação à luz das CE.

Desta forma, os enfermeiros se auto avaliavam de acordo com as competências e em duas dimensões de análise: em relação ao conhecimento e competência adquirida no curso; e em relação à confiança na execução de técnicas e atividades práticas da área. Esta análise aconteceu por meio de um questionário eletrônico respondido pelo próprio enfermeiro-especializando periodicamente, ao longo do alcance dos critérios mínimos para formação.

Esta forma de avaliação reforça a participação ativa dos sujeitos na dinâmica do Curso e objetivou acompanhar o desenvolvimento das competências para a prática obstétrica pelos trabalhadores especializando

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentaremos o referencial teórico de sustentação deste estudo, o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Habilidades aplicado na Enfermagem por autoria de Patrícia Benner (*From-Novice-to-Expert Theory*) (BENNER, 1982) e abordaremos sobre as habilidades técnico-práticas e competências da Enfermagem para atuação na obstetrícia, sob a ótica das CE para o Exercício Básico da Obstetrícia, divulgadas pela Confederação Internacional de Parteiras (FULLERTON; THOMPSON, 2011; ICM, 2018).

Historicamente a Enfermagem passou por avanços no que se refere a sua prática e atribuições, ainda que no presente esta profissão enfrente constantes esforços para se firmar enquanto ciência e na busca de compreender o que compete a estes profissionais (QUEIRÓS, 2016). A enfermeira Patrícia Benner pontuou, em 1982, que não era possível descrever ou atribuir de forma padronizada ou rotinizar os cuidados que eram prestados pela Enfermagem (BENNER, 1982).

Os avanços obtidos na Enfermagem e suas especialidades decorreram dos progressos e da compreensão multifatorial e multicausal do estado de saúde das populações, influência das mudanças no processo de saúde-doença, da transição epidemiológica, do crescente nível de complexidade dos pacientes e das necessidades das populações e dos serviços de saúde.

Apesar do desenvolvimento da enfermagem na ciência e como profissão, a afirmação de Benner tem total aplicação para a realidade contemporânea que os enfermeiros enfrentam mundialmente, em seus diversos âmbitos de atuação. Esses acontecimentos exigem enfermeiros cada vez mais experientes, qualificados e competentes para lidar com as diversas situações de saúde e com as diferentes modalidades de formação/qualificação profissional, conforme a região que atuam (THE LANCET, 2014; MALISSA, 2017).

A complexidade dos cuidados e a responsabilidade da equipe de enfermagem frente aos desafios clínicos requerem um desenvolvimento profissional constante que conforme descrito por Benner, pode-se distinguir a partir de diversas características e/ou diferenças entre os níveis de um enfermeiro; desde o nível inicial, denominado de novicho, até o último nível profissional, intitulado de experiente/especialista (ou *expert*, como utilizaremos por vezes ao longo do texto) (BENNER, 1982).

Stuart e Hubert Dreyfus descreveram um modelo teórico em meados dos anos 1980 que descreve esses níveis profissionais. O primeiro um matemático, e, o segundo um filósofo, realizaram um estudo sobre a aquisição de habilidades com jogadores de xadrez, pilotos da força aérea, comandantes e pilotos de tanques do exército. Eles dissertam em seu Modelo Teórico sobre

um saber desenvolvido no aprendizado experimental e situado em um campo de atuação complexo e específico, num período de tempo indeterminado. (DREYFUS; DREYFUS, 2009).

Este modelo se diferencia dos demais modelos lineares do campo das ciências exatas por ser situado e contextualizado, e que apesar de não objetivar identificar traços ou talentos pessoais, tem como foco o comportamento e o uso do conhecimento pelo profissional. Segundo Stan Lester (2005), este modelo é utilizado amplamente para prover meios de avaliar e dar suporte no progresso de desenvolvimento profissional, com ênfase nas habilidades e competências; e é capaz de fornecer uma definição aceitável de níveis de avaliação por competência ou capacidade do profissional.

Dreyfus e Dreyfus (2009) afirmaram em seu estudo que um profissional avança e perpassa por cinco níveis de proficiência, sendo eles:

- o noviço;
- o iniciante avançado;
- o competente;
- o proficiente; e
- o experiente.

Em seu estudo, Benner identificou que os estágios de aquisição de habilidades descritos por Dreyfus e Dreyfus eram aplicáveis na prática clínica e então generalizou este modelo para a enfermagem, pontuando que, assim como no Modelo Dreyfus, o profissional avança pelos cinco níveis de proficiência conforme adquire e desenvolve uma habilidade (BENNER, 1982). Assim, o profissional enfermeiro atravessa cinco estágios e apresenta diferentes comportamentos em sua prática profissional, como sintetizados no quadro a seguir:

**Quadro 2.** Os cinco estágios de aquisição de habilidades de Patrícia Benner

Estágio 1: NOVIÇO
Os iniciantes não têm experiência com as situações e não possuem uma atuação que se espera. Eles têm uma compreensão parcial das situações, realizam tarefas de forma mecânica e necessitam de supervisão para completá-las, não tendo confiança o suficiente para demonstrar uma prática segura.
Estágio 2: INICIANTE AVANÇADO
Neste nível, o profissional demonstra um desempenho mais aceitável por já ter tido experiências em situações anteriores e compreensão sobre o trabalho. São eficientes e possuem habilidades em certas ações da área, podendo realizar tarefas sem supervisão, o que requer algum suporte ocasional.
Estágio 3: COMPETENTE
Neste estágio a competência é demonstrada pelo profissional quando este está na mesma atividade ou similar por 2 ou 3 anos. O enfermeiro demonstra eficiência, coordenação e possui confiança na realização de suas ações. Outros elementos fazem parte no estabelecimento de planos, como o abstrato, considerações conscientes e contemplação do problema. O cuidado é realizado dentro de um tempo aceitável e sem sugestões de suporte.
Estágio 4: PROFICIENTE
Este estágio se difere do nível competente pela percepção e compreensão mais profunda acerca das situações. Aqui o profissional alcança a realização de ações em alto padrão de forma rotineira. Há melhoria na tomada de decisões, uma vez que o profissional se atenta para quais atributos e aspectos numa determinada situação são realmente importantes.
Estágio 5: EXPERIENTE/ESPECIALISTA
O profissional experiente (ou <i>expert</i> ) possui uma compreensão intuitiva sobre cada situação. Com sua vasta experiência em situações prévias, possui uma compreensão holística da situação. Neste nível o profissional está apto a ir além das interpretações já existentes e alcança a excelência com facilidade.

Fonte: adaptado de Benner, P. (1984) From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley, pp. 13-34. Tradução nossa.

Na teoria de Benner o primeiro estágio é apenas uma descrição para que as diferenças nos demais níveis sejam de fácil apreensão. A partir do estágio três há uma diferença principal na execução das tarefas, havendo uma distinção deste para o proficiente e *expert*. Do primeiro nível ao terceiro, a confiança e o conhecimento teórico aparecem para o competente. Já os dois últimos níveis se diferenciam pelo uso da intuição, guiada pela experiência prática, na tomada de decisões e elaboração do plano de cuidados pelo indivíduo (BENNER, 1984).

O noviço ou principiante é o profissional que não possui experiência no campo, que está iniciando sua atuação e age com base em regras e normas abstratas. Nunes (2010) descreve de forma resumida que o principiante é aquele que fará aquilo que lhe for dito para fazer. Lester em sua apresentação em escala das características de cada nível de proficiência indica que para o principiante, a tomada de decisão é realizada de forma racional e o contexto é avaliado de maneira analítica (LESTER, 2005).

No segundo estágio, o iniciante avançado consegue realizar uma avaliação dos aspectos que compõem uma situação, devido à vivência com situações reais. Benner (1982) exemplifica que neste nível a identificação da disponibilidade de um paciente para aprender depende da vivência do profissional com uma situação similar anterior. Neste nível, Nunes (2010) descreve que pela experiência inicial o profissional reconhece situações e aspectos significativos, e começa a guiar sua ação com fatos baseados na experiência.

No terceiro nível, o competente, é o profissional que Benner descreve como aquele que está há cerca de dois ou três anos na função. Neste estágio, o profissional está consciente dos seus planos, avalia as situações e realiza tomada de decisões pensando em longo prazo. O plano estabelecido por um profissional competente é baseado na avaliação analítica do problema, com tomada de decisão a partir do racional (BENNER, 1982), o que representa uma evolução na organização da ação (chamado de *saber-fazer*).

O profissional se torna mais confiante pelo fato de ter lidado com situações similares previamente, e, portanto, possui uma melhor percepção e avaliação da situação que vivencia, com influência no controle e tomada de decisão.

O nível proficiente é alcançado a partir da prática contínua e neste estágio o profissional possui habilidade de reconhecer situações como um todo devido à sua experiência. Diferente do competente, o proficiente possui mais experiência prática para reconhecer as situações de uma maneira holística. Assim, neste nível, o enfermeiro lista um número menor de opções, com tomada de decisões mais assertivas (BENNER, 1982).

No quarto nível o profissional reconhece aquilo de importante na situação, avalia o contexto e realiza tomada de decisões a partir da

racionalidade. Com sua vivência, o proficiente consegue identificar o que esperar de cada situação e como mudar seu plano de ação (NUNES, 2010).

No último e quinto nível, o profissional *expert* (ou perito) atua com base na compreensão holística das situações. Seu desempenho não se baseia mais em regras, guias e normas, e sim em conexão e compreensão com a situação de forma intuitiva, devido sua vasta bagagem de experiência. A diferença principal entre o *expert* e os demais níveis está na tomada de decisão a partir da intuição, além de tomar para si total responsabilidade pelos acontecimentos e passível de criar suas próprias interpretações.

Ao atravessar os níveis de aquisição de habilidades, o enfermeiro realiza escolha de decisões de maneira cada vez mais intuitiva, devido à vasta experiência com situações e vivências similares, o que torna sua atuação mais fácil, uma vez que se conecta ao objetivo principal e executa o que é necessário ser feito, de maneira precisa (DREYFUS; DREYFUS, 2009).

O modelo de Dreyfus de aquisição de habilidades clínica e ética e formação de um *expert*, se baseia na noção de que o aprendizado experimental (a experiência prática) é essencial para o progresso do estágio de novição até *expert* (DREYFUS; DREYFUS, 2009). Benner afirma ainda que, apesar do profissional se beneficiar visivelmente da prática constante para aprimorar sua atuação, a teoria é dependente da prática, e esta dá suporte à teoria, sem haver uma confirmação precisa da soberania de uma sobre a outra (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

A autora Patrícia Benner fez uso do Modelo de Dreyfus, o qual considerou ser preditivo e descritivo para os distintos estágios de aquisição de competências na prática da enfermagem (BENNER, 1982). No entanto, Benner considera outras dimensões de análise na avaliação do desempenho profissional, como a educação recebida por ele, diferente do modelo matemático do estudo de Dreyfus; visto que na Enfermagem as ações requerem uma compreensão científica e seu desenvolvimento está fundamentado no conhecimento teórico (BENNER, 1982).

Para Benner (2009), o enfermeiro especialista em sua área de atuação se beneficia do conhecimento adquirido pela experiência prática, sem, contudo, abrir mão do conhecimento teórico, reconhecendo e afirmando que é necessária uma atualização contínua do conhecimento científico e das evidências da área da saúde, para seu constante desenvolvimento e alto desempenho de atuação.

A execução de uma habilidade depende de um aprendizado prévio e está sempre relacionada a uma situação específica. No estágio profissional competente, a enfermeira demonstra um envolvimento maior com o problema, resultado de uma maior compreensão e entendimento da situação. Este modelo de aquisição de habilidade volta-se para o indivíduo e sua mobilização de conhecimento, pensamento crítico e avanços nas atitudes durante sua

experiência profissional.

A definição de Benner para o nível competente ao *expert* possui similaridade com a definição de um profissional competente. Apesar de não haver um conceito fechado e redondo sobre como atua e como é um profissional competente, há consenso de que competência reúne características como habilidades técnico-práticas, conhecimento, atitude profissional, confiança e um saber agir situado, voltadas a um posto ou função (CLAP/OPAS/OMS, 2014).

Esta definição tem sido ponto de estudo e discussões no campo da saúde e em específico na obstetrícia, associado à noção de profissional qualificado enquanto estratégias para um cuidado seguro e de alta qualidade, com foco na redução das mortes e morbidades maternas e infantis e a sustentabilidade desses indicadores de saúde.

### 3.1 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERCÍCIO BÁSICO DA OBSTETRÍCIA

A área da obstetrícia é um exemplo de campo de atuação da Enfermagem que se enquadra dentre as atividades que não são facilmente padronizadas e simples de generalizar. As ações e cuidados prestados às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal se mesclam com atribuições de outros profissionais da saúde e são diferentes a depender da região e instituição de atuação do profissional.

À Enfermagem Obstétrica<sup>1</sup> compete ações/deveres/atribuições específicas e que são chamadas de competências de núcleo (o saber da especificidade). Aos enfermeiros obstétricos e obstetrizas competem ainda uma atuação que integra e se interconecta à de outros profissionais da área da saúde, chamadas de competências de campo, havendo, pois, uma justaposição entre o núcleo da enfermagem obstétrica e outros profissionais (CLAP/OPAS/OMS, 2014).

As competências de campo envolvem competências e atribuições em comum a diversos trabalhadores da saúde, sem detrimento de sua formação profissional individual, mas sim, como competência de um profissional que trabalha e atende à clientela no ciclo gravídico-puerperal e neonatal ((CLAP/OPAS/OMS, 2014). Como exemplo podemos citar: o acompanhamento pré-natal, que pode ser acompanhado pelo médico generalista, médico ginecologista/obstetra ou pela enfermagem obstétrica.

Já as competências de núcleo fazem referência às competências específicas da enfermagem obstétrica, aquilo que lhes é privativo, mas que se

---

<sup>1</sup> A enfermagem obstétrica refere-se aos enfermeiros generalistas, enfermeiros obstétricos e obstetrizas.

diferenciam das competências de campo, por requerer outros conhecimentos e habilidades que estão e são inerentes à formação e prática do profissional enfermeiro. Apesar de algumas competências serem atribuições comuns à enfermagem e outras profissões, a forma como o cuidado é prestado que diferencia e faz da enfermagem obstétrica um cuidado único (CLAP/OPAS/OMS, 2014; CAMPBELL, et al., 2016; SANDALL, et al., 2016).

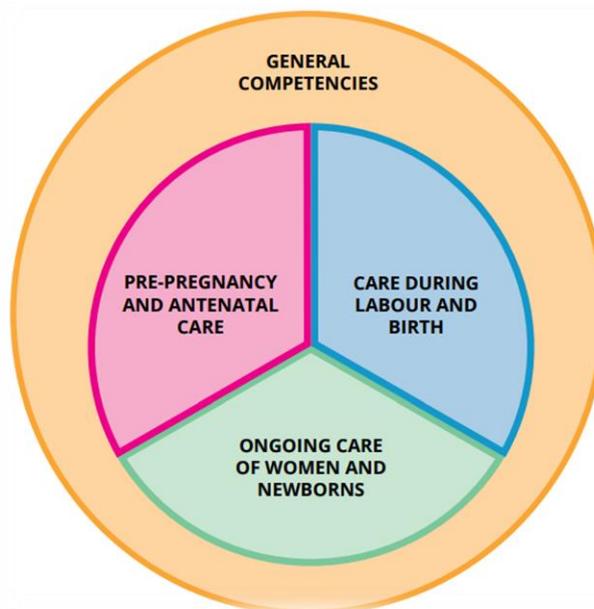
Em razão às diferentes formações no mundo de enfermeiros especialistas em obstetrícia, à distinção na atuação, sejam por parte dos órgãos regulatórios, políticas de saúde ou instituições, a Confederação Internacional de Parteiras tomou a iniciativa de conduzir um levantamento multicêntrico com o intuito de identificar aquilo que a enfermagem obstétrica realizava nos países afora. O estudo objetivou responder à seguinte questão: o que faz uma enfermeira obstétrica/*midwife* ou que se espera que este profissional saiba fazer?

O primeiro estudo de uma série de quatro, em 2003, contou com a participação de 22 países-membros da ICM que validaram um documento respondendo quais atividades eram realizadas pelas *midwives*, tendo representação das quatro regiões da ICM (África, Américas, Europa e Pacífico/Ásia). Ao final, houve consenso naquilo que seriam competências básicas, ou seja, comum a todos os profissionais, independente do país de atuação, e aquelas chamadas competências adicionais, que a sua prática divergia conforme o país e/ou região (FULLERTON, et al., 2003).

Em 2010 outro estudo foi conduzido com objetivo de atualizar as CE e então o sétimo domínio de competência foi adicionada: o de atenção às mulheres em situação de abortamento (FULLERTON, et al., 2011). Em 2013 houve uma segunda atualização e a última em 2017 (BUTLER, et al., 2018), com a proposta de uma nova estrutura de apresentação das competências, na qual competências são apresentadas em quatro categorias (ICM, 2018) (tradução nossa):

- competências gerais;
- competências específicas ao cuidado pré-natal e ante natal;
- competências específicas do cuidado durante o trabalho de parto e parto;
- competências específicas dos cuidados durante o puerpério e recém-nascidos).

**Figura 3.** Diagrama com representação visual da estrutura das competências organizadas em quatro categorias



Fonte: Essential Competencies for midwifery practice. 2018 *update*. ICM, 2018.

Estas CE têm sido utilizadas como referência de um padrão para a prática obstétrica. Todos os enunciados e competências do documento são baseados em evidências científicas e possuem concordância com a literatura científica. A literatura científica investiga a consonância da prática de enfermeiras e *midwives* e as competências descritas e divulgadas pela ICM, outros avaliam o nível de conhecimento e competência de estudantes ao final de cursos de especialização, tendo as CE como referência e algumas publicações descrevem o uso das CE para uma educação e formação baseada em competências. O foco comum presente nos estudos é o de avaliar a prática de enfermeiros em atuação, visto que este é o documento elaborado que delinea o conceito e prática comum de um profissional competente na obstetrícia (FULLERTON, et al, 2013).

No Brasil os estudos disponíveis descrevem a identificação de ações na prática de enfermeiros e correlacionam sua atuação às competências da ICM, sendo a maioria deles voltado para a atenção pré-natal. Cunha e colaboradores (2009) fizeram uma pesquisa sobre as CE desempenhadas por enfermeiros na assistência pré-natal no Rio Branco, no estado do Acre. Em 2012, Duarte e Mamede realizaram um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, que objetivou caracterizar as ações desenvolvidas por enfermeiros na assistência pré-natal, tomando por referência as CE da ICM.

Em 2016, Nogueira, Mamede e Souza realizaram um estudo sobre o perfil da enfermagem na atuação ao pré-natal na atenção básica em Ribeirão Preto, São Paulo, tendo como participantes deste estudo auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras e enfermeiras obstétricas e como

referência para a prática as CE.

Um único estudo foi encontrado acerca das competências obstétricas desempenhada na admissão e evolução do trabalho de parto em duas maternidades no Rio Branco, Acre (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2008). Esta pesquisa incluiu todos os profissionais que participavam da assistência às parturientes, que incluíram técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Tanto os estudos na literatura nacional quanto internacional apontam para a importância da avaliação periódica de profissionais que atuam na assistência obstétrica, bem como a necessidade de estratégias educacionais para o ensino e aprimoramento das CE, com foco na prática qualificada (FULLERTON, *et al*, 2013).

A qualificação profissional tem sido pauta de discussão mundial e tema de estudos na literatura científica. A OMS afirma que um ponto em comum e que deve ser tema central de todos os países interessados em reduzir a incidência de morbidade e mortalidade materna, é assegurar que haja um profissional qualificado presente em todos os nascimentos e que todas as mulheres e bebês tenham acesso a serviços e práticas qualificadas (CLAP/OPAS/OMS, 2014).

Para o alcance de um contingente de profissionais qualificados, a recomendação é de que haja um padrão a ser seguido para a prática obstétrica segura, sendo uma referência à qualidade na saúde; qualidade compreendida como o grau de serviço prestado, atendendo a determinadas necessidades da população (CLAP/OPAS/OMS, 2014). A ICM, assim como o MS, aponta para a necessidade de formar profissionais para a atenção obstétrica com qualidade e com bagagem suficiente para atender e atuar nas condições do sistema de saúde que atuam chamada de “a terceira geração” da reforma educacional, na qual os profissionais da educação em saúde estão em sintonia com o contexto específico dos sistemas de saúde (FULLERTON, *et al.*, 2013; CLAP/OPAS/OMS, 2014).

Neste contexto, as CE entram como uma referência deste citado padrão, que pode ser um guia tanto para avaliar a prática profissional, quanto uma referência do que se espera que um profissional tenha como habilidades, atitudes e conhecimento; referência esta utilizada ainda para guiar a formação de especialistas, para avaliação periódica da prática profissional, podendo ser utilizado para concessão de diplomas, licenças, títulos, admissão em cargos de trabalho e avaliação dos profissionais dentro de um serviço. Além do mais as competências servem como uma referência individual para o profissional da área (FULLERTON, *et al.*, 2013; CLAP/OPAS/OMS, 2014).

## 4 METODOLOGIA

Esta pesquisa é um recorte de um estudo maior intitulado “Especialização em Enfermagem Obstétrica: avaliação do processo de desenvolvimento e efeitos do curso na perspectiva da formação-intervenção”.

Para contemplar os objetivos propostos conduziu-se um estudo não experimental, descritivo e de abordagem quantitativa, com uso do banco de dados originado pela pesquisa anteriormente citada e cedida para elaboração desta dissertação.

Por atender aos preceitos éticos em pesquisas com seres humanos, conforme consta na Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa maior foi aprovada pelo Departamento de Enfermagem da EE/UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG sob o registro e CAEE 67150017.8.1001.5149.

Para início do estudo houve ainda aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das Instituições de Ensino Superior envolvidas na pesquisa maior.

### 4.1 OS LOCAIS DO ESTUDO

Os locais da pesquisa foram as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) que sediaram o CEE0 II - Rede Cegonha, que se desenvolveu durante o período de Outubro de 2016 a Janeiro de 2019. O curso ocorreu (e ocorre) em todas as regiões do território brasileiro e estão distribuídas como a seguir:

- região Norte: 5 IFES;
- região Nordeste: 9 IFES;
- região Centro-Oeste: 1 IFES;
- região Sudeste: 4 IFES;
- região Sul: 1 IFES.

**Quadro 3.** Relação das Instituições Federais de Ensino Superior parceiras e que sediaram o CEEO II – Rede Cegonha

<b>INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR POR REGIÃO</b>
<b>Região Norte</b>
Universidade Federal do Amazonas
Universidade Federal do Pará
Universidade Federal de Tocantins
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Universidade Federal de Roraima
<b>Região Nordeste</b>
Universidade Federal do Maranhão
Universidade Federal do Piauí
Universidade Federal do Ceará
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Universidade Federal de Pernambuco
Universidade Federal de Alagoas (Maceió)
Universidade Federal de Alagoas (Arapiraca)
Universidade Federal de Sergipe
Universidade Federal da Paraíba
<b>Região Centro-Oeste</b>
Universidade de Brasília
<b>Região Sudeste</b>
Universidade Federal de Minas Gerais
Universidade Federal do Espírito Santo
Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Universidade Federal de Uberlândia
<b>Região Sul</b>
Universidade Federal do Paraná

Fonte: Projeto Executivo do CEEO II - Rede Cegonha/Ministério da Saúde, 2016.

Os locais da pesquisa incluíram, ainda, as instituições de atenção à mulher no período pré-natal, durante o trabalho de parto e parto, locais de estágio dos enfermeiros durante a especialização. Este número de instituições abrange mais de 90 serviços dentre Centros de Parto Normal, Centros Obstétricos e Maternidades públicas do país.

A apuração do número exato destes serviços não foi possível até a apresentação deste trabalho devido ao fato de que as IFES tiveram períodos diferentes de início e término da carga horária prática do curso de especialização, com instituições que ainda não concluíram esta etapa.

Nesta pesquisa os espaços de trabalho dos enfermeiros especializando também configuram locais de realização da pesquisa, por se tratar de um curso de especialização com foco na formação-intervenção, no qual os sujeitos da pesquisa foram selecionados estrategicamente conforme seu local de trabalho, e por seguirem atuando nestes cenários durante a especialização.

## 4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os trabalhadores especializando dos cursos. O CEEO II - Rede Cegonha teve início com a oferta de 300 vagas distribuídas entre todas as regiões do país, preenchidas conforme descritas adiante:

Região Norte: 76 especializando;

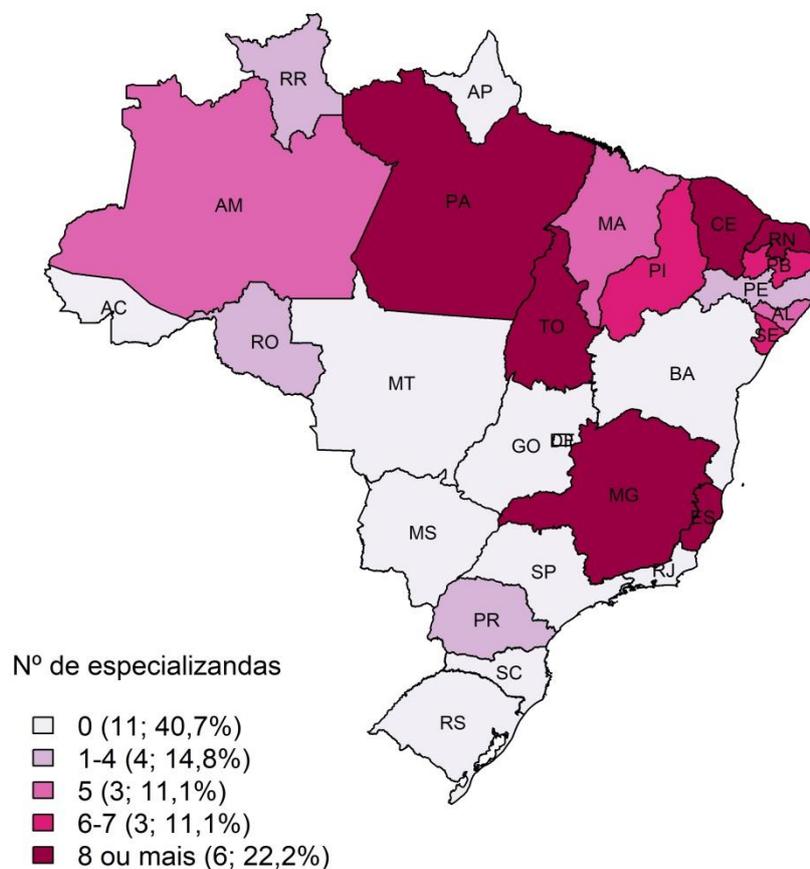
Região Nordeste: 155 especializando;

Região Centro-Oeste: 12 especializando;

Região Sudeste: 45 especializando;

Região Sul: 12 especializando.

Na Figura a seguir apresentamos o número de especializando participantes da pesquisa segundo a localização da Instituição Federal de Ensino Superior que sediou o curso:

**Figura 4.** Divisão demográfica dos especializandos

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

Para este estudo foram incluídos os 189 especializandos que concluíram o curso até o mês de janeiro de 2019, respondendo aos critérios de conclusão do curso estabelecidos pelo COFEN (Resolução COFEN nº 524 de 2016 e demais critérios adotados pela coordenação geral do Curso da EE/UFMG e que preencheram os questionários completo.

### 4.3 COLETA DE DADOS

Para este estudo utilizamos o banco de dados da pesquisa conduzida pela EE/UFMG e Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero, com apoio do Departamento Materno-Infantil e de Saúde Pública da EE/UFMG e ABENFO Nacional.

A coleta de dados do referido estudo foi realizada por meio de dois

questionários autoaplicáveis: um primeiro, referente aos dados sociodemográficos, informações quanto à formação profissional e atuação na área da obstetrícia e um segundo questionário (figura 5), que abordou as CE para o Exercício Básico da Obstetrícia.

**Figura 5.** Extrato do formulário *online* “Acompanhamento do Desenvolvimento da Competência para o Exercício da Obstetrícia na formação de Enfermeiras (os) Obstétricas (os) – Ferramenta de Autoavaliação”.

Seção 1 de 14

## Acompanhamento do Desenvolvimento da Competência para o Exercício da Obstetrícia na formação de Enfermeiras(os) Obstétricas(os)-Ferramenta de Autoavaliação

Este instrumento deverá ser preenchido pelas(os) Especializandas(os) do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/Rede Cegonha II.

Instruções de preenchimento:

1- Cada pergunta é composta por dois itens: "a. COMPETÊNCIA" e "b. CONFIANÇA: AUTOAVALIAÇÃO DE CONFIANÇA NO CONHECIMENTO ATUAL OU NA REALIZAÇÃO SEGURA DESTA TAREFA", sendo que cada participante deverá escolher apenas uma opção em cada um dos itens.

2- O item "b. CONFIANÇA" utiliza a Escala de Likert (1 a 5), com evolução crescente no que se refere à confiança. O número 1 representa nenhuma confiança no conhecimento atual ou na realização segura da tarefa em questão; o número 3 representa um pouco de confiança; e o número 5 representa muita confiança. Faça sua autoavaliação considerando a Escala.

Ativar

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Esta lista de competências foi adotada pelo ABENFO Nacional desde 2002 como base para a prática, em apoio à qualificação profissional da enfermagem obstétrica e neonatal (ABENFO, 2002).

O segundo questionário foi elaborado a partir do modelo sugerido no guia *Conjunto de Ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia*, pela Organização Pan-americana de Saúde e CLAP e Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR), em parceria com a OMS (OPAS/CLAP, 2014).

Para a construção deste questionário utilizou-se ainda o referencial ético e legal da profissão no Brasil e baseou-se em manuais da OMS e MS adaptado para a realidade brasileira e dos especializandos. Após sua elaboração, o questionário passou por avaliação de um grupo de especialistas da área da enfermagem obstétrica e que estão envolvidos com a pesquisa.

No total o questionário abordou 169 itens distribuídos entre cinco dos sete domínios das competências divulgadas pela ICM, com duas ênfases de análise: competência e confiança, totalizando 338 itens. O campo de resposta para a ênfase competência se baseia em três opções de resposta e a da confiança em uma escala de 1 a 5 ao modelo da escala de Likert (LIKERT, 1932) conforme ilustrado no quadro 4.

**Quadro 4.** Extrato das opções de respostas para as ênfases de competência e confiança do questionário auto avaliativo

COMPETÊNCIA			CONFIANÇA				
			Autoavaliação de confiança no conhecimento atual ou na realização segura desta tarefa				
<i>Não atualizei meu conhecimento,</i>	<i>Atualizei meu conhecimento,</i>	<i>Estou em dia com meus conhecimentos,</i>	<i>Nenhuma</i>		<i>Um pouco</i>		<i>Muito</i>
<i>ou</i>	<i>ou</i>	<i>ou</i>					
<i>Não tenho realizado esta destreza de forma segura no decorrer do último ano</i>	<i>Realizei esta destreza de forma segura pelo menos uma vez no decorrer do último ano</i>	<i>Realizei esta destreza de forma segura em mais de uma oportunidade no decorrer do último ano</i>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Fonte: Monitoramento da manutenção da competência para o exercício da obstetria. Monitoramento das competências de obstetria - Ferramenta de autoavaliação. In: Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetria. 2014

Para este estudo foram selecionados itens dos seguintes domínios e suas referidas competências divulgadas pela ICM (2013):

- conhecimentos, habilidades e comportamentos gerais;
- atenção durante o parto e nascimento;
- atenção pós-natal à mulher;
- atenção ao recém-nascido (até 2 meses de idade).

A aplicação do questionário foi realizada por meio eletrônico, durante o período de setembro de 2017 a fevereiro de 2019, utilizando-se plataforma *online*. Ao concluir os critérios de formação exigidos pelo curso, os especializandos recebiam através de endereço eletrônico o questionário para preenchimento. A plataforma *online* gerou os dados em tabela *Excel*.

**Quadro 5:** Descrição do domínio e referidas Competências Essenciais divulgadas pela ICM e adotadas pela ABENFO - Nacional

DOMÍNIO	COMPETÊNCIA
Conhecimentos, habilidades e comportamentos gerais.	As (os) Parteiras (os) Profissionais têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.
Atenção pré-concepcional e métodos de planejamento familiar.	As (os) Parteiras (os) Profissionais fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporciona, serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.
Atenção e orientação durante a gravidez.	As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.
Atenção durante o parto e nascimento.	As (os) Parteiras (os) Profissionais durante o parto um cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem um parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.
Atenção pós-natal à mulher.	As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.
Atenção ao recém-nascido (até 2 meses de idade).	As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.
Atenção às mulheres em situação de abortamento.	As (os) Parteiras (os) Profissionais prestam uma série de serviços de atenção individualizados, com empatia cultural e relacionados com o abortamento a mulheres que solicitam pôr fim a sua gestação ou que se apresentam em situação de abortamento, conforme o direito e as regulamentações correspondentes e seguindo protocolos nacionais. *

Fonte: Documento on-line. ABENFO-Nacional, 2002.

<https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/116.pdf>. Acessado em 27 de abril de 2019.

## 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo à Resolução nº 466/2012, que trata das normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta dos dados foi iniciada após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos enfermeiros ao ingressarem no Curso, juntamente com a carta de intenção e demais critérios documentais para inscrição e admissão no CEE0 II. Os documentos são mantidos junto da Coordenação Geral do Curso (EE/UFMG) e em meio digital.

Para participação da pesquisa e uso dos dados, foi assegurada a preservação do anonimato dos enfermeiros egressos.

## 4.5 ANÁLISES DOS DADOS

Para análise dos dados seguimos uma versão adaptada das técnicas de análise quantitativa utilizada pelos autores Tamiro e colaboradores, em seu estudo sobre o desempenho e competências auto avaliadas por enfermeiros e parteiras profissionais na Tanzânia (TAMIRO, et al, 2018).

Os dados coletados foram baixados e tabulados a partir do arquivo tipo Excel versão 2013. Para codificação das variáveis utilizamos o Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20 e para

Foram selecionadas 66 afirmações para análise neste estudo e as duas ênfases de resposta, totalizando 132 itens. A escolha destas afirmativas e competências anteriormente citadas se deu pela justificativa de que estas áreas concentram as maiores causas de morte e morbidade materna, neonatal e primeira infância, sendo áreas de maior interesse das organizações de saúde e prioritários para melhoria (ANEXO 1).

Na primeira etapa da análise os dados foram explorados por meio de estatística descritiva, com cálculo da frequência absoluta das respostas e ambas as ênfases competência e confiança. As respostas foram codificadas e divididas entre respostas consideradas desejáveis e não desejáveis. A mediana para o escore de competência foi de 99,15 e para confiança de 90,91.

Para a ênfase competência, a opção “Não atualizei meu conhecimento” ou “Não tenho atualizado meu conhecimento” foi recodificada para 0. Para as opções “Atualizei o meu conhecimento” ou “Realizei esta destreza de forma segura pelo menos uma vez no decorrer do último ano”

houve recodificação como 1.

Para as respostas na ênfase confiança as opções foram recodificadas como “0” para as respostas 1 a 3, sendo estas respostas consideradas não desejadas e as respostas 4 e 5, consideradas respostas desejadas foram recodificadas como “1”.

Na segunda etapa foi realizada uma análise de associação entre os níveis de percentuais desejáveis e número de partos, com os percentuais de competência e confiança e as variáveis descritas a seguir:

- variáveis demográficas: estado civil, município de residência, sexo, idade e cor autodeclarada;
- variáveis quanto à formação profissional: tipo de instituição de graduação (se pública ou privada), vínculo profissional e carga horária de trabalho semanal, anos de experiência na área obstétrica, formação profissional complementar (especialização, mestrado e doutorado) e participação em congressos e eventos nos últimos 5 anos;
- variáveis quanto ao curso de especialização: número de partos assistidos durante o curso de especialização.

Os gráficos e imagens foram elaborados pelo programa R (R Core Team, 2017), garantindo uma resolução de 600 dpi.

## 5 RESULTADOS

Um total de 125 enfermeiros especializando foi incluído no estudo. Em relação aos dados sócio demográficos dos participantes, a idade variou de 25 a 54 anos e a idade média foi de 34,92 (desvio padrão de 6,13). Houve predomínio da faixa etária dos 30 aos 34 anos (33,6%), seguido de 35 a 39 anos (24%); 22,4% tinham 40 anos ou mais. O sexo prevalentemente foi o feminino, correspondendo a um percentual de 92%, com 10 sujeitos (8%) do sexo masculino.

A cor autodeclarada correspondeu à branca para 48% das respostas e 48% para parda. Apenas 3,2% se autodeclarou preta e 0,8% amarela. Em relação ao estado civil, mais da metade era casada (o) ou tinham união estável (62,4%) e a segunda maioria era solteira (o) ou divorciada (o) (36,8%). Quanto ao número de filhos um percentual de 35,2 respondeu ter nenhum; 30,4% um filho; 24% dois e 10,4% três ou mais filhos.

Sobre as informações profissionais, 56% dos participantes fizeram sua graduação em Instituição de Ensino privada, contra 43,2% em instituição de ensino pública. Um sujeito descreveu a opção “outra” para a IES de graduação. Já em relação ao ano de conclusão da graduação, o ano mais antigo foi em 1992 e o mais recente em 2018. A maior parcela dos participantes graduou entre os anos de 2006 a 2009 (30,4%), seguido dos anos 2011 a 2013 (27,2), correspondendo a um percentual de 57,6.

A experiência profissional dos enfermeiros na atenção obstétrica foi de até 5 anos para 66,5% dos participantes. A segunda opção mais assinalada foi de 6 a 10 anos (22,5%) e de 11 a 20 anos correspondeu a 10,8%.

Quanto à formação complementar, 70,4% afirmou ter especialização (diferente da especialização em curso); 4,8% eram mestres e 1,6% doutor; 23,2% não possuíam formação complementar. No quesito atualização profissional, apenas 44% afirmou ter participado de cursos externos a instituição que possuíam vínculo empregatício, dentro dos últimos 5 anos e 40,8% afirmou não ter participado.

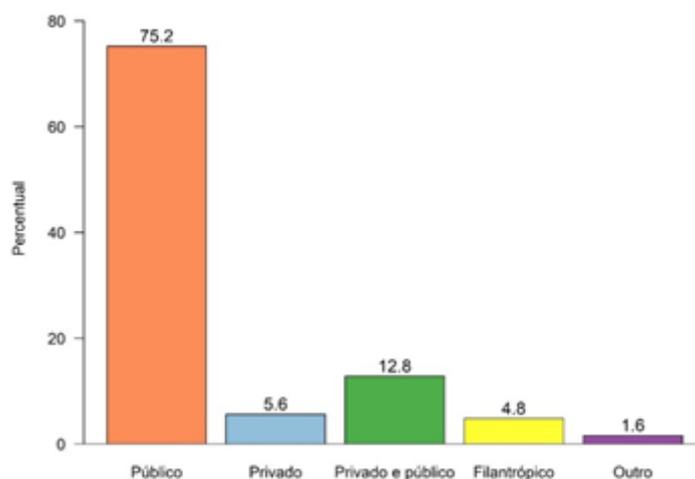
Em contrapartida, 56,8% informou ter participado de congressos nos últimos 5 anos; o percentual daqueles que não participou foi de aproximadamente um terço (38,4%). Destes que afirmaram ter participado 56 (44,8%) não informou o nome/área do evento. Os eventos quando citados incluíram congressos, visitas técnicas, oficinas, treinamentos, fóruns, simpósios e programas de qualificação profissional, estando em sua maioria relacionados à saúde da mulher e/ou da criança.

O número de empregos ao qual o profissional estava vinculado no momento da coleta de dados foi de um vínculo para 59,2%, dois vínculos para

32% e 8,8% com três ou mais vínculos profissionais. A carga horária de trabalho foi para a maioria, de 24 a 36 horas semanais (36%), seguidas de 37 a 48 horas (28%), e 49 ou mais horas para 24,8% dos participantes. A renda média mensal era de 3 a 4 salários mínimos para 52,8% dos enfermeiros especializando e 5 a 10 para 36%; outros 10% informou renda de 1 a 2 salários mínimos e 4% com 11 ou mais.

O gráfico 1 apresenta a relação do percentual e natureza do trabalho dos participantes do estudo.

**Gráfico 1:** Distribuição do percentual de participantes segundo a natureza do trabalho



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Em relação ao setor de atuação, 26,4% dos profissionais da especialização informou que atuação em Centro obstétrico/Sala de parto e PPP (pré-parto, parto e puerpério); e 26% atuam em Centro obstétrico/Sala de parto, PPP e Alojamento Conjunto. Outros locais de atuação incluíam coordenações, centro cirúrgico, pronto-atendimento/classificação de risco, Unidade de Terapia Intensiva neonatal e atenção primária à saúde. A área de atuação predominante era atenção hospitalar (92%), seguido da Atenção Básica (6,4%), e outros (0,16%), ligados à área da saúde materno-infantil.

Quanto à atuação e assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, 78,4% respondeu que não realiza consultas de pré-natal e aproximadamente dois terços dos enfermeiros não realizava assistência ao parto na instituição que atua (59,2%), contra 40,8% que responderam sim. Em relação às consultas de pré-natal, 79,2% assinalou não ter realizado nenhuma consulta durante toda a atuação profissional.

Quanto sobre estar filiado a uma entidade da classe profissional, 71,2% dos participantes não era filiado a nenhuma entidade de caráter sociocultural, técnico-científico e político; 20,8% estavam filiados à ABENFO e Conselho Regional de Enfermagem (COREN); e 8% a sindicatos.

As informações sobre as CE adquiridas pelos participantes e o escore de competência (conhecimento adquirido) e confiança auto informadas foram divididos entre abaixo e acima da mediana. Foram realizadas ainda associações entre a competência e confiança autodeclaradas e variáveis que incluíam: características sócio demográficas, experiência profissional em anos dos participantes, participação em cursos nos últimos cinco anos, formação complementar e número de assistências ao parto realizadas no curso de especialização (Tabelas A e B).

A mediana para o escore de competência foi de 99,15%. Dos 125 enfermeiros, 70 (56%) estavam acima da mediana na ênfase competência. Dos especializando que apresentaram um escore acima da mediana em relação à ênfase competência 64,3% tinham de 30 a 39 anos, 92,8% eram do sexo feminino, 55,7% eram casados ou tinham união estável, 37% não tinham filhos e 48,5% se autodeclararam pardo,

Em relação às informações profissionais, dos 70 participantes que no escore competência estava acima da mediana, 55,7% eram graduados por instituição de ensino superior privada; 67,1% possuíam outra especialização; 58,6% participaram de congressos e eventos na área nos últimos anos; 44,3% participaram de cursos nos últimos 05 anos; 85% atuam na área da enfermagem obstétrica; e 51,4% possuíam até 05 anos de experiência prática em obstetria.

Com relação à assistência às mulheres em trabalho de parto, parto e nascimento, 59,2% não acompanhava partos na instituição principal de atuação e 40,8% sim. Destes, mais da metade (64,7%) estavam acima do indicador mediano da ênfase competência, enquanto que 50% dos que não acompanhavam partos estavam acima do mesmo indicador mediano.

A mediana para o escore de confiança foi de 90,91%. Do total de participantes 66 (52,8%) estavam acima da mediana na ênfase confiança. Houve semelhança na relação dos enfermeiros que estavam acima do indicador mediano e as características sócio demográficas, assim como no escore de competência. Dos 66 indivíduos que estavam acima da mediana; 60,6% tinham de 30 a 39 anos; 90% eram do sexo feminino; 65% eram casados ou tinham união estável; 33 3% não tinham filhos; 57,6% se autodeclararam da cor parda.

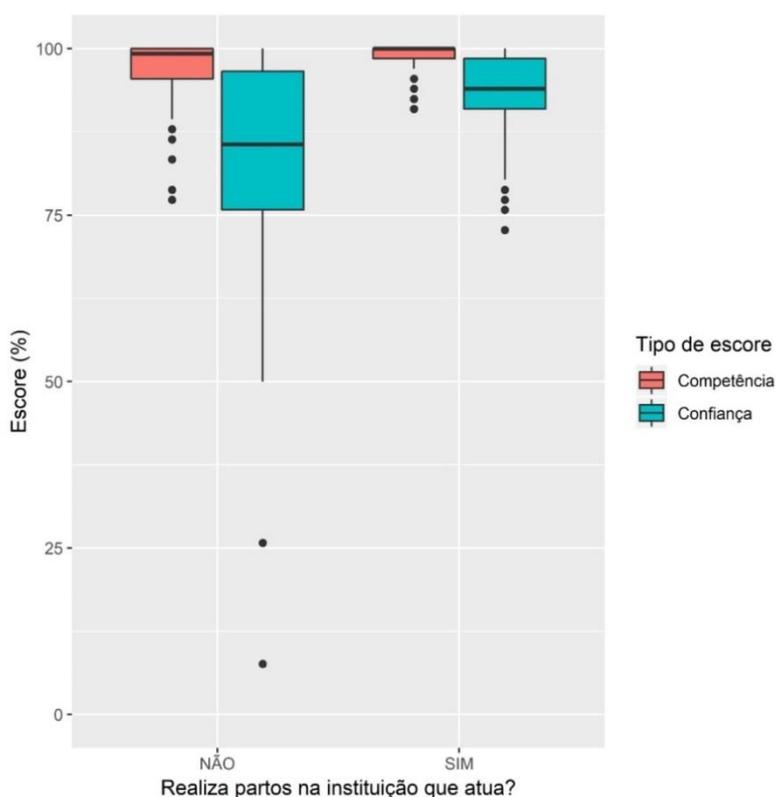
Quanto às informações profissionais e o escore de confiança, 56% dos que estavam acima da mediana possuía graduação por instituição de ensino superior privada, 74,2% possuía outra especialização; 59% participaram de congressos e eventos na área nos últimos anos; 47% participaram de cursos nos últimos 05 anos; 89% atuam na área da enfermagem obstétrica; e 63% possuíam até 05 anos de experiência na área.

Foi possível observar que os escores acima da mediana tanto na ênfase competência quanto no escore confiança estavam associados aos

profissionais que afirmaram assistir partos na instituição que atuavam. A figura 6 apresenta a distribuição dos escores de competência e confiança e a variável assiste ou não partos na instituição que atua.

Tanto na ênfase competência quanto confiança o indicador mediano foi maior para os profissionais que prestavam assistência ao parto que os que não realizavam partos. Em relação à variabilidade destes indicadores, houve maior homogeneidade nos escores aos que afirmaram assistir parto onde atuam profissionalmente.

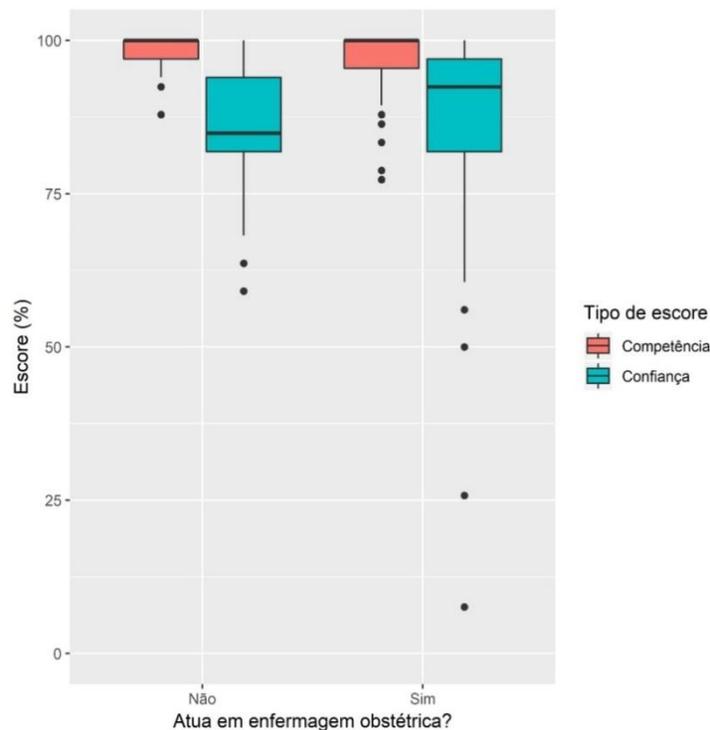
**Figura 6.** Distribuição dos escores de competência e confiança segundo assistência ao parto na instituição de atuação do enfermeiro especializado



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Houve destaque para o escore de confiança em relação aos enfermeiros que possuíam atuação na área e/ou serviços de atenção obstétrica. A figura 7 apresenta a distribuição dos escores de competência e confiança e a atuação nos serviços obstétricos. Observa-se que para os que atuam, o indicador mediano na ênfase confiança foi maior que os que não atuam. Já na ênfase competência, não houve diferença para os indicadores medianos. Em relação à variabilidade destes indicadores, houve mais heterogeneidade para as pessoas que atuavam na área.

**Figura 7.** Distribuição dos escores de competência e confiança segundo atuação na área e/ou serviços de atenção obstétrica



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

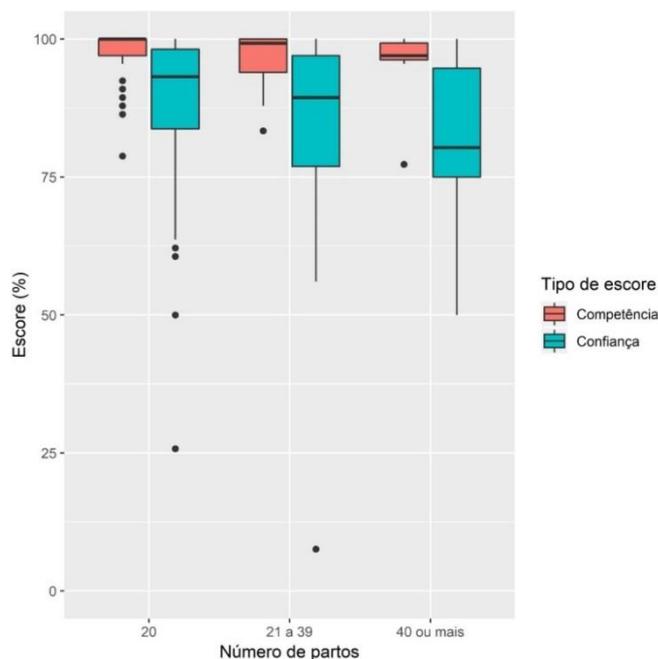
Cada um dos 125 especializandos participantes deste estudo realizaram no mínimo 20 assistências ao trabalho de parto e parto até o momento da pesquisa. Destes, 59,2% assistiu 20 partos, 35,2% de 21 a 39, e apenas 5,6% assistiu a 40 ou mais partos. Em relação ao escore competência, 56% estavam acima da mediana, dos quais 65% estavam na faixa de 20 partos assistidos no curso. Em relação ao escore confiança, 52,8% estavam acima da mediana e destes, 65,1% haviam assistido 20 partos.

A figura 8 apresenta a distribuição dos escores de competência e confiança em relação ao número de assistências ao parto realizadas pelos especializandos. Nas três faixas de número de partos, os indicadores de competência foram maiores que os indicadores de confiança e houve maior homogeneidade na distribuição dos escores em relação ao indicador confiança. Ainda na ênfase confiança, houve similaridade para os que assistiram até 39 partos. Na faixa de 40 ou mais, houve um indicador menor de confiança, certamente devido a um pequeno número de especializandos que atingiu este número de partos.

Na Figura 9 estão descritas uma seleção de 14 competências e suas respectivas porcentagens com relação ao quanto os profissionais mantiveram seu conhecimento atualizado e o nível de confiança na execução da habilidade, avaliada por meio de escala tipo *Likert*. Estas competências foram

selecionadas com base nas maiores causas de morbidade e mortalidade materna e neonatal e associação destas habilidades serem desejáveis nos profissionais especialistas em obstetrícia

**Figura 8.** Distribuição dos escores de competência e confiança segundo a faixa de número de partos assistidos pelos enfermeiros especializando



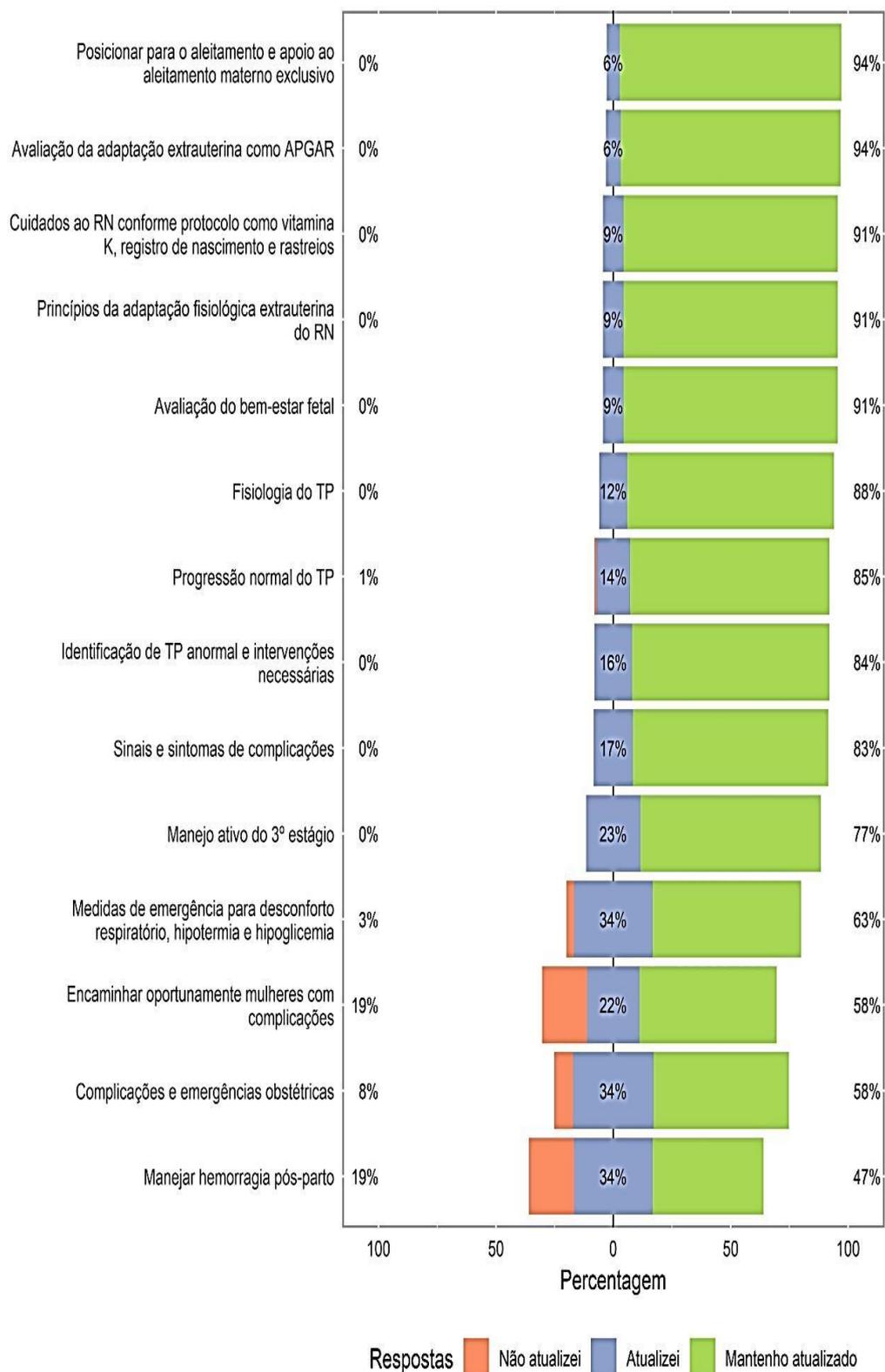
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os profissionais citaram o conhecimento sobre aleitamento materno e apoio ao aleitamento materno exclusivo como a primeira competência mais forte nas ênfases de conhecimento e confiança. Para 94% dos participantes seu conhecimento sobre o tema se manteve atualizado e para todos o nível de confiança na execução desta habilidade eram 4 e 5 na escala *Likert*.

As competências relacionadas aos cuidados com o recém-nascido foram as cinco mais assinaladas em relação à atualização do conhecimento, seguida das competências relacionadas ao trabalho de parto espontâneo e de risco habitual. As competências com menor percentual para a opção “mantenho meu conhecimento atualizado” foram as relacionadas às situações de urgência e emergência obstétrica.

Apenas 47% dos respondentes afirmaram ter mantido conhecimento atualizado acerca do manejo da hemorragia pós-parto e 19% não atualizou afirmou não ter atualizado o conhecimento sobre o assunto. O mesmo percentual (19%) apontou não ter atualizado o conhecimento sobre o momento de encaminhar a mulher com complicações para seguimento do cuidado.

**Figura 9.** Competências essenciais para a prática obstétrica e o percentual de respostas desejáveis em relação ao conhecimento adquirido pelos enfermeiros egressos

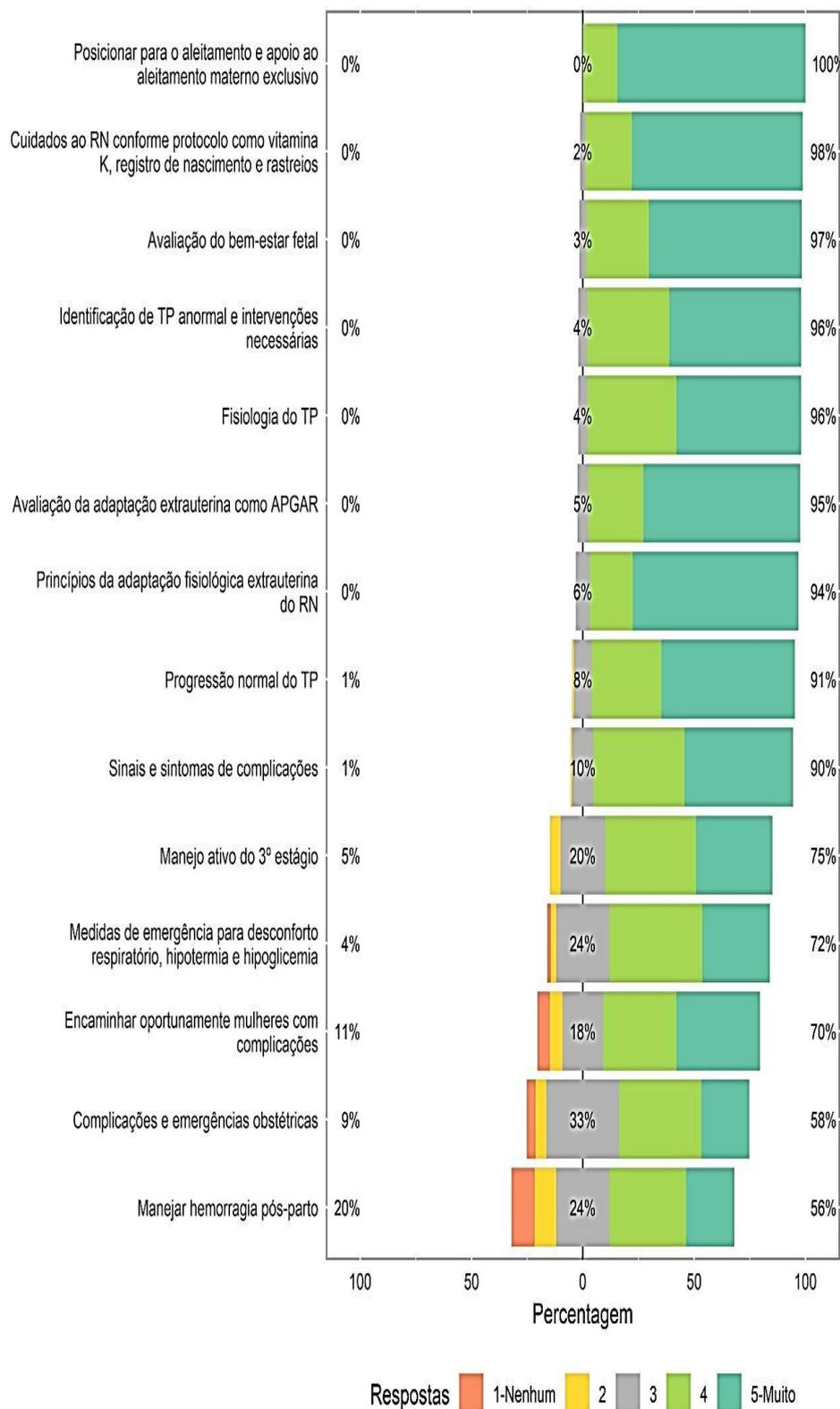


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Já na ênfase confiança, a competência relacionada à amamentação foi a citada como as que eles possuíam mais confiança para atuar, seguido das competências relacionadas ao conhecimento e habilidades sobre cuidados e acompanhamento do trabalho de parto fisiológico. O índice de confiança teve queda nas competências relacionadas às emergências e urgências obstétricas, em comparação às demais.

Apenas 56% dos enfermeiros apontaram se sentir muito confiante para manejo da hemorragia pós-parto e 20% apresentou nenhum ou um nível de confiança muito baixo para lidar com esta emergência obstétrica.

**Figura 10.** Competências essenciais para a prática obstétrica e o percentual de respostas desejáveis em relação à confiança dos enfermeiros egressos



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Tabela A:** Distribuição bivariada do perfil das especializadas segundo o nível de escore da competência, CEEO, 2018.

Variáveis do perfil	Escore da competência				Total	
	Abaixo da mediana		Acima da mediana			
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	50	43,5	65	56,5	115	92,0
Masculino	5	50,0	5	50,0	10	8,0
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
Até 29	14	56,0	11	44,0	25	20,0
De 30 a 34	16	38,1	26	61,9	42	33,6
De 35 a 39	11	36,7	19	63,3	30	24,0
40 ou mais	14	50,0	14	50,0	28	22,4
<b>Estado civil</b>						
Solteiro/Divorciado	16	34,8	30	65,2	46	36,8
Casado/União estável	39	50,0	39	50,0	78	62,4
Outros	0	0,0	1	100,0	1	0,8
<b>Número de filhos</b>						
Nenhum	18	40,9	26	59,1	44	35,2
Um	17	44,7	21	55,3	38	30,4
Dois	15	50,0	15	50,0	30	24,0
Três ou mais	5	38,5	8	61,5	13	10,4
<b>Cor autodeclarada</b>						
Branca	27	45,0	33	55,0	60	48,0
Parda	26	43,3	34	56,7	60	48,0
Preta	2	50,0	2	50,0	4	3,2
Amarela	0	0,0	1	100,0	1	0,8
<b>IES da graduação</b>						
Pública	24	44,4	30	55,6	54	43,2
Privada	31	44,3	39	55,7	70	56,0
Outra	0	0,0	1	100,0	1	0,8
<b>Formação profissional complementar</b>						
Doutorado	0	0,0	2	100,0	2	1,6
Mestrado	3	50,0	3	50,0	6	4,8

Outra Especialização	41	46,6	47	53,4	88	70,4
Não tem	11	37,9	18	62,1	29	23,2
<b>Participou de congressos e eventos na área da Obstetria/Neonatal nos últimos anos?</b>						
Sim	30	42,3	41	57,7	71	56,8
Não	22	45,8	26	54,2	48	38,4
Não lembro	3	50,0	3	50,0	6	4,8
<b>Participou de curso externo à instituição de atuação principal nos últimos 5 anos?</b>						
Sim	24	43,6	31	56,4	55	44,0
Não	23	45,1	28	54,9	51	40,8
Não lembro	8	42,1	11	57,9	19	15,2
<b>Participou de curso à distância nos últimos 5 anos?</b>						
Sim	15	37,5	25	62,5	40	32,0
Não	40	47,1	45	52,9	85	68,0
<b>Você atua na área de Enfermagem Obstétrica?</b>						
Sim	48	44,4	60	55,6	108	86,4
Não	7	41,2	10	58,8	17	13,6
<b>Experiência prática em clínica obstétrica (em anos)</b>						
Até 05	32	47,1	36	52,9	68	54,4
06 a 10	10	43,5	13	56,5	23	18,4
11 a 20	3	27,3	8	72,7	11	8,8
Não informado	10	43,5	13	56,5	23	18,4
<b>Vínculo profissional</b>						
01 Vínculo	36	48,6	38	51,4	74	59,2
02 Vínculos	15	37,5	25	62,5	40	32,0
03 ou mais	4	36,4	7	63,6	11	8,8
<b>Horas semanais de trabalho</b>						
1 a 12	3	75,0	1	25,0	4	3,2
13 a 24	5	50,0	5	50,0	10	8,0
24 a 36	22	48,9	23	51,1	45	36,0
37 a 48	14	40,0	21	60,0	35	28,0
49 ou mais	11	35,5	20	64,5	31	24,8
<b>Natureza do trabalho</b>						
Serviço público	45	47,9	49	52,1	94	75,2
Serviço privado	2	28,6	5	71,4	7	5,6
Serviço privado e público	5	31,3	11	68,8	16	12,8

	Filantrópico	2	33,3	4	66,7	6	4,8
	Outro	1	50,0	1	50,0	2	1,6
<b>Remuneração média mensal (em salários mínimos)</b>							
	1 a 2	6	60,0	4	40,0	10	8,0
	3 a 4	29	43,9	37	56,1	66	52,8
	5 a 10	18	40,0	27	60,0	45	36,0
	11 ou mais	2	50,0	2	50,0	4	3,2
<b>Realiza partos na instituição principal de atuação?</b>							
	Sim	18	35,3	33	64,7	51	40,8
	Não	37	50,0	37	50,0	74	59,2
<b>Faixa do número de partos</b>							
	20	28	37,8	46	62,2	74	59,2
	21 a 39	22	50,0	22	50,0	44	35,2
	40 ou mais	5	71,4	2	28,6	7	5,6
<b>Está afiliada(o) a alguma entidade de classe da profissão, de caráter sociocultural, técnico-científico e político?</b>							
	ABEN/ABENFO/COREN	13	50,0	13	50,0	26	20,8
	Sindicatos	5	50,0	5	50,0	10	8,0
	Não filiado	37	41,6	52	58,4	89	71,2
<b>Total</b>							
	Total	55	44,0	70	56,0	125	100,0

**Tabela B:** Distribuição bivariada do perfil das especializadas segundo o nível de escore da confiança, CEEQ, 2018.

Variáveis do perfil	Escore da confiança				Total	
	Abaixo da mediana		Acima da mediana			
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	55	47,8	60	52,2	115	92,0
Masculino	4	40,0	6	60,0	10	8,0
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
Até 29	13	52,0	12	48,0	25	20,0
De 30 a 34	21	50,0	21	50,0	42	33,6
De 35 a 39	11	36,7	19	63,3	30	24,0
40 ou mais	14	50,0	14	50,0	28	22,4
<b>Estado civil</b>						
Solteiro/Divorciado	24	52,2	22	47,8	46	36,8
Casado/União estável	35	44,9	43	55,1	78	62,4
Outros	0	0,0	1	100,0	1	0,8
<b>Número de filhos</b>						
Nenhum	22	50,0	22	50,0	44	35,2
Um	18	47,4	20	52,6	38	30,4
Dois	14	46,7	16	53,3	30	24,0
Três ou mais	5	38,5	8	61,5	13	10,4
<b>Cor autodeclarada</b>						
Branca	33	55,0	27	45,0	60	48,0
Parda	22	36,7	38	63,3	60	48,0
Preta	3	75,0	1	25,0	4	3,2
Amarela	1	100,0	0	0,0	1	0,8
<b>IES da graduação</b>						
Pública	26	48,1	28	51,9	54	43,2
Privada	33	47,1	37	52,9	70	56,0
Outra	0	0,0	1	100,0	1	0,8
<b>Formação profissional complementar</b>						
Doutorado	2	100,0	0	0,0	2	1,6

Mestrado	3	50,0	3	50,0	6	4,8
Outra Especialização	39	44,3	49	55,7	88	70,4
Não tem	15	51,7	14	48,3	29	23,2
<b>Participou de congressos e eventos na área da Obstetrícia/Neonatal nos últimos anos?</b>						
Sim	32	45,1	39	54,9	71	56,8
Não	25	52,1	23	47,9	48	38,4
Não lembro	2	33,3	4	66,7	6	4,8
<b>Participou de curso externo à instituição de atuação principal nos últimos 5 anos?</b>						
Sim	24	43,6	31	56,4	55	44,0
Não	26	51,0	25	49,0	51	40,8
Não lembro	9	47,4	10	52,6	19	15,2
<b>Participou de curso à distância nos últimos 5 anos?</b>						
Sim	16	40,0	24	60,0	40	32,0
Não	43	50,6	42	49,4	85	68,0
<b>Você atua na área de Enfermagem Obstétrica?</b>						
Sim	49	45,4	59	54,6	108	86,4
Não	10	58,8	7	41,2	17	13,6
<b>Experiência prática em clínica obstétrica (em anos)</b>						
Até 05	26	38,2	42	61,8	68	54,4
06 a 10	12	52,2	11	47,8	23	18,4
11 a 20	7	63,6	4	36,4	11	8,8
Não informado	14	60,9	9	39,1	23	18,4
<b>Vínculo profissional</b>						
01 Vínculo	39	52,7	35	47,3	74	59,2
02 Vínculos	14	35,0	26	65,0	40	32,0
03 ou mais	6	54,5	5	45,5	11	8,8
<b>Horas semanais de trabalho</b>						
1 a 12	3	75,0	1	25,0	4	3,2
13 a 24	3	30,0	7	70,0	10	8,0
24 a 36	24	53,3	21	46,7	45	36,0
37 a 48	17	48,6	18	51,4	35	28,0
49 ou mais	12	38,7	19	61,3	31	24,8
<b>Natureza do trabalho</b>						
Serviço público	46	48,9	48	51,1	94	75,2
Serviço privado	2	28,6	5	71,4	7	5,6
Serviço privado e público	7	43,8	9	56,3	16	12,8

	Filantrópico	3	50,0	3	50,0	6	4,8
	Outro	1	50,0	1	50,0	2	1,6
<b>Remuneração média mensal (em salários mínimos)</b>							
	1 a 2	4	40,0	6	60,0	10	8,0
	3 a 4	33	50,0	33	50,0	66	52,8
	5 a 10	20	44,4	25	55,6	45	36,0
	11 ou mais	2	50,0	2	50,0	4	3,2
<b>Realiza partos na instituição principal de atuação?</b>							
	Sim	14	27,5	37	72,5	51	40,8
	Não	45	60,8	29	39,2	74	59,2
<b>Faixa do número de partos</b>							
	20	31	41,9	43	58,1	74	59,2
	21 a 39	24	54,5	20	45,5	44	35,2
	40 ou mais	4	57,1	3	42,9	7	5,6
<b>Está afiliada(o) a alguma entidade de classe da profissão, de caráter sociocultural, técnico-científico e político?</b>							
	ABEN/ABENFO/COREN	10	38,5	16	61,5	26	20,8
	Sindicatos	6	60,0	4	40,0	10	8,0
	Não filiado	43	48,3	46	51,7	89	71,2
<b>Total</b>							
	Total	59	47,2	66	52,8	125	100,0

## 6 DISCUSSÃO

O cenário obstétrico mundial, principalmente em países em desenvolvimento de baixa e média renda, aponta para duas situações extremas e que possuem associação com altas taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal. A primeira delas é o chamado “*too little, too late*”, na qual a assistência possui deficiência quanto à estrutura física, equipamentos, suprimentos, medicamentos e quantidade de profissionais com treinamento insuficiente. Na segunda situação, está o chamado “*too much, too soon*”, uma assistência caracterizada por uma medicalização intensa e rotineira nas gestações e nascimentos normais e fisiológicos (ABALOS, *et al*, 2016). Ou seja, em um dos cenários, mulheres morrem por não conseguirem acesso oportuno para cuidados obstétricos e noutro, uma única mulher recebe o que é considerado “demais”, com vários exames ultrassonográficos, internações precoces, induções sem indicações claras, intervenções durante o acompanhamento do trabalho de parto e até mesmo as indicações de cesarianas sem indicações clínicas precisas.

A enfermagem é uma profissão reconhecida como essencial para a força de trabalho em qualquer sistema de saúde que objetiva uma assistência à saúde de qualidade. Além de constituir-se o maior segmento da saúde, é considerada como estratégica e essencial para seus serviços. A atividade desta profissão teve início em associação à caridade cristã, e seguiu em transformação para uma atividade de atuação centenária, existente desde meados do século XIX, mantendo sua essência de “cuidar”, trabalho este que requer reconhecimento e valorização tanto da sociedade quanto dos demais profissionais que atuam em saúde (PERSEGONA; OLIVERIA; PANTOJA, 2016).

De maneira semelhante, a enfermagem obstétrica tem se configurado por sua grande contribuição para a saúde das mulheres, em aspectos que variam desde a facilidade de acesso da população a um profissional de saúde qualificado e um cuidado integral da concepção ao puerpério, como mudanças no cuidado direto às mulheres, com redução de intervenções desnecessárias e iatrogenias causadas pela assistência medicalizada, melhoria nos indicadores de saúde e redução de custos para os sistemas de saúde (SANDALL, *et al*, 2016).

A enfermagem ao ser inserida na atenção obstétrica, principalmente no ambiente hospitalar, se deparou com as particularidades da assistência necessária a esta clientela em específico. O cuidado singular às mulheres no cenário do parto e nascimento, para que ocorra de forma segura e sustentável, é um desafio constante e persistente no âmbito da saúde pública brasileira.

A atuação do enfermeiro obstetra vem ganhando cada dia mais espaço, exigindo desse profissional qualificação e atualização para acompanhar os avanços que vêm ocorrendo na assistência ao parto e puerpério. SAMPAIO, *et al*, 2016. p. 121.

Os resultados do estudo em tela mostram que os enfermeiros que se formaram pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (cenário desta dissertação), possuem competências em um nível aceitável para assistir às mulheres e seus bebês. Além das competências com foco nas habilidades técnicas e cuidados específicos para as situações de trabalho de parto e parto, esses enfermeiros egressos tiveram uma formação diferenciada - perpassando pelo referencial teórico e metodológico do curso, construído e organizado com foco em objetivos ampliados -, iniciada desde o processo seletivo, pois fazia parte dos critérios de seleção ser “enfermeiros com atuação em Maternidades Públicas ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), aderidas à Rede Cegonha”. Também se faziam necessários para o curso, uma carta de apresentação e liberação da Instituição Empregadora para realização e um plano de atuação na assistência ao parto, a ser desenvolvido e assinado pelo candidato e pelo gestor/diretor da maternidade (Edital de seleção - ANEXO 2).

A partir dos resultados apresentados, com o Curso CEEO II - Rede Cegonha, oferecido para uma clientela específica, no contexto dos serviços públicos, com atendimento de demanda do Ministério da Saúde, realizado em conjunto com 20 Instituições de Ensino Superior parceiras deste projeto, houve, pois, a formação de um número considerável de enfermeiros em todos os estados brasileiros, numa perspectiva de formação em rede, até então inédita no país.

Uma das fragilidades ainda persistentes nos serviços e realidade nos países afora é a insuficiência de profissionais que possuam qualificação para a prática. No entanto, apesar das iniciativas de formação e inserção de mais especialistas na área nos serviços de saúde, ter profissionais qualificados e com habilidades técnico-práticas para o cuidar tem se mostrado insuficiente para a melhoria da assistência obstétrica de forma sustentável, eficaz e eficiente. Isto é evidente pelos estudos nacionais que descrevem a assistência que ainda é prestada mulheres no país afora (hipermedicalizada e iatrogênica), independente do tipo de instituição na qual o cuidado ocorre (se de ensino, de iniciativa pública ou privada).

Como exemplo desta realidade, Souza e colaboradores (2016) investigaram em seu estudo práticas que eram utilizadas na assistência a mulheres em instituições, que possuíam nelas a enfermagem obstétrica inserida. Os resultados apontaram para uma prática ainda baseada no modelo tecnocrático, caracterizada por intervenções e medicalização dos processos de parto e nascimento. A pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” identificou que das 23.892 assistências ao parto avaliadas, apenas 5% dos partos classificados como de risco habitual foram sem intervenção (Nascer no Brasil – Sumário Executivo Temático da Pesquisa – 2014).

Estes dados alertam para o fato de que as competências de núcleo isoladas não mudarão o modelo obstétrico vigente. Para além das competências de núcleo, específicas para o cuidado em obstetrícia, o curso CEEO II - Rede Cegonha ampliou seu escopo com foco no desenvolvimento e

fortalecimento das competências de campo. O Curso agregou conceitos com o objetivo de ampliar a formação desses profissionais, por se tratarem de trabalhadores da saúde e membros de uma equipe multiprofissional. Para tanto, o curso incluiu o referencial de análise-intervenção, com o objetivo (ampliado) de suprir fragilidades históricas que desafiam a formação profissional, quais sejam, a capacidade insuficiente dos sujeitos de analisar as situações do trabalho e de nele intervir (SANTOS-FILHO; SOUZA, 2019).

A seguir apresentaremos a discussão dos resultados subdivida em subtópicos: o perfil dos enfermeiros egressos do Curso CEEO II – Rede Cegonha, com foco nas características sociodemográficas, de formação e experiência profissional dos participantes; as competências auto referidas para o cuidado obstétrico pelos enfermeiros egressos; e as competências adquiridas pelos enfermeiros trabalhadores egressos dos cursos discutidas sob o referencial de Patrícia Benner.

## 6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO CEEO II – REDE CEGONHA

Em relação às características sócio demográficas dos participantes desta pesquisa, houve destaque para o quantitativo de profissionais do sexo feminino, com idade que variou de 25 a 54 anos, sendo a cor/raça branca e parda a mais assinalada. Mais da metade eram casados e/ou em união estável, tinha nenhum ou um filho, possuía renda mensal variando 3 a 5 salários mínimos, eram profissionais com um vínculo empregatício, de serviços públicos de saúde e com jornada de trabalho maior que 40 horas semanais. Os participantes foram enfermeiros que em quase dois terços possuía pós-graduação, com maior parcela tendo experiência de até cinco anos na área obstetrícia e graduados por instituições de ensino privada.

Com relação ao perfil dos profissionais estudados, pode-se afirmar que houve concordância com os resultados de uma pesquisa nacional sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil. Trata-se de um levantamento amostral do contingente de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em atividade no País no ano de 2013, realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e FIOCRUZ, em 2015. Este estudo abrangeu aspectos sociodemográficos, formação profissional, acesso à informação técnico-científica, sobre o mundo do trabalho e aspectos políticos-ideológicos, que incluiu 1.804.535 profissionais de enfermagem; destes, 1.389.823, técnicos e auxiliares de enfermagem, e, 414.712 enfermeiros registrados no sistema COREN/COFEN (COFEN, 2016). O levantamento aponta que a enfermagem representa 50% da força de trabalho em saúde, não sendo possível imaginar, nos dias atuais, serviços de saúde que sem a presença desses profissionais (OLIVEIRA; WERMELINGER; FREIRE, 2016).

À semelhança desta pesquisa, o sexo predominante neste estudo foi o feminino, confirmando-se a prevalência do sexo feminino neste campo profissional. A enfermagem historicamente (e culturalmente) contribui para a

chamada “feminização” da saúde, contanto com a tradicional força de trabalho feminina (LOPES; LEAL, 2005; CAETANO; PRADO, 2016). O levantamento nacional do COFEN (2016) mostrou que 85,1% dos profissionais da enfermagem de um total de 414.712 mil, eram mulheres (PERSEGONA; OLIVERIA; PANTOJA, 2016).

Quanto ao quesito cor/raça, parda e branca foram as predominantes entre as (os) participantes deste estudo, sendo a soma das duas opções correspondente a 96%. O levantamento nacional do COFEN e FIOCRUZ (2016), sobre a caracterização da enfermagem que atua em serviços públicos do país mostrou que houve uma maior proporção de profissionais que se autodeclararam brancos (57,9%), seguida da cor/raça parda (31,3%). Em nosso estudo não houve profissional que se autodeclarou indígena. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) existem cerca de 1.200 enfermeiros indígenas no país.

A força de trabalho é um tema que permanece nas agendas, tanto nacionais quanto internacionais, e o (re) conhecimento tem sido, portanto, uma preocupação e questão ainda não elucidada por completo, visto que existe dados insuficientes sobre o quantitativo e distribuição da enfermagem nos âmbitos de atendimento do SUS. Esta questão é vista com importância tanto para que, a partir das informações acerca da força de trabalho deste grupo de profissionais, haja dados que podem direcionar criação de estratégias para melhor utilização, distribuição e formação de enfermeiros, tanto quanto para demonstrar a importância da Enfermagem para a sociedade, políticos e gestores no âmbito do SUS (COFEN, 2016). A pesquisa do COFEN/FIOCRUZ foi a última de abrangência nacional sobre a Enfermagem no país, que discutiu desde o perfil até o processo de formação dos profissionais, condições de trabalho e avanços na prática da classe trabalhista.

Ainda sobre a força de trabalho, as autoras Persegona, Oliveira e Pantoja (2016) descreveram sobre a jovialidade dos profissionais da enfermagem, com uma prevalência de profissionais com menos de 40 anos de idade. A estimativa do levantamento realizado em 2016 foi de 61,7% do total de profissionais com até 40 anos de idade. Essa tese apontada pelas autoras foi similar com os achados nesta investigação, da qual 77,6% dos enfermeiros tinham até 40 anos. Outro dado que corrobora com esta informação é o tempo de formação desses profissionais, que graduaram nos últimos 13 anos e possuíam em sua maioria até cinco anos de experiência na área da obstetrícia.

Em relação à jornada de trabalho dos especializandos deste estudo, a maioria (36%) possuía uma carga horária que variou entre 24 e 36 horas semanal, e quase um terço (28%) trabalhava entre 37 e 48 horas por semana. Um dado que chama atenção é que aproximadamente um quarto (24,8%) dos participantes do estudo possuía uma carga horária de trabalho acima de 49 horas semanais. Este achado vai ao encontro dos resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, concluindo que a enfermagem brasileira possui uma jornada de trabalho exaustiva, em sua maioria com carga horária de trabalho acima de 40 horas semanais (MACHADO, *et al*, 2016).

Os dados da nossa investigação apresentaram que 92% dos profissionais que cursavam a especialização trabalhavam na atenção hospitalar. Apesar do nosso estudo não ter a informação do regime de trabalho dos trabalhadores, esta observação pode corroborar com o estudo investigativo nacional de 2015, que identificou ser o regime de plantão a jornada de trabalho mais comum dentre os profissionais da enfermagem, sendo o ambiente hospitalar o que mais recruta profissionais para tal regime trabalhista.

Quanto ao vínculo empregatício, os achados deste estudo são similares àqueles demonstrados na pesquisa nacional. Os profissionais estão vinculados à empregos em instituições públicas (75,2%) e possuem acúmulo de vínculos empregatícios. Tal fato pode ser compreendido pela discrepância salarial quando considerados os tipos de serviços no qual estão inseridos (serviços de atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde), tipos de instituições (filantrópicas, municipais, estaduais ou federais) e regiões do território nacional, e em geral, os profissionais da enfermagem têm renda mensal baixa (MACHADO, *et al*, 2016).

O levantamento nacional do COFEN e FIOCRUZ evidenciou que muitos profissionais se submetem a jornadas exaustivas, em busca de maior remuneração e estabilidade financeira (COFEN, 2016). O estudo com os egressos do CEEQ mostrou que 59,2% dos profissionais possuem apenas um vínculo empregatício, de forma contraditória à carga horária de trabalho semanal informada anteriormente. A enfermagem é sabidamente uma profissão que possui baixos salários, e com o número de empregos e carga horária de trabalho são submetidos a uma sobrecarga de trabalho com reflexos na qualidade de vida e saúde deste grupo profissional (CAETANO; PRADO, 2016). Estudos apontam que a enfermagem é uma das profissões de maior vulnerabilidade e surgimento de doenças como síndrome de Burnout, taxas importantes de absenteísmo, desgaste físico e emocional (CAETANO; PRADO, 2016; FILBY; MCCONVILLE; PORTELA, 2016)

Em relação ao aprimoramento profissional, o grupo investigado apresentou consonância com a realidade da enfermagem, no sentido da busca por qualificação profissional, frente aos crescentes desafios relacionados às necessidades da população brasileira, que apresentam um complexo de cuidados e exigências em saúde crescentes. Afirmar esta confirmação pelo contingente de profissionais que iniciaram o curso de especialização e eram pós-graduados. A especialização e aprimoramento profissional apontam para o comprometimento com o cuidado seguro e atualizado, necessário para lidar com as pessoas e suas particularidades em saúde, e pode estar ainda, associada a um interesse de aumento salarial e/ou ascensão na carreira.

Sobre a realização de cursos externos à instituição onde trabalhava e participação de congressos nos últimos cinco anos, a porcentagem foi relativamente baixa, uma vez que a busca por conteúdos científicos recentes é importante para um cuidado qualificado, que para tal, necessita de um conhecimento teórico aliado ao contexto atual dos serviços e necessidades de saúde da população.

O quantitativo de profissionais que não estava filiado a alguma entidade representativa da classe chama atenção, visto que a regulamentação da enfermagem brasileira foi possível mediante a luta das instituições representativas: a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), até a criação do COFEN. Na Enfermagem Obstétrica também há, além da regulamentação por meio de leis, resoluções e portarias do Conselho e representação sindical, a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, que é a legítima representante da categoria, criada por enfermeiras obstétricas no auge do movimento de redemocratização do país e de luta pelos direitos de cidadania (MOUTA; PROGIANTI, 2017).

A ABENFO, em atividade há três décadas, possui marcos frutos de sua trajetória enquanto entidade representativa. Está à frente e em constante defesa dos direitos humanos e de cidadania de mulheres e homens no contexto da família e sociedade, engajada na inserção da enfermagem em defesa do SUS, luta em prol do reconhecimento da Enfermagem enquanto ciência aplicada e comprometida com a chamada “trilogia” assistência, ensino e pesquisa, além do compromisso com movimentos sociais (SOUZA, *et al*, 2016).

Há um descontentamento da enfermagem quanto ao seu reconhecimento social e institucional, e a representação da classe pode ser um caminho para melhoria desses aspectos. Uma vez que existe pouco ou nenhum envolvimento com entidades representativas da profissão, a representatividade da classe fica frágil, dificulta a possibilidade de conquistas em prol dos profissionais e, conseqüentemente, de sua atuação, acesso ao mercado de trabalho, busca de estratégias para melhor remuneração e reorganização do processo de trabalho da enfermagem (SOUZA, *et al*, 2016).

A enfermagem tem avançado no cuidar em ritmo acelerado, e a obstetrícia de modo semelhante, tanto no que se refere ao complexo na prática quanto à constituição dos cenários onde atua. Portanto, a filiação a entidades representativa se configura num ato de posicionamento político, sendo mais do que necessária.

## 6.2 AS COMPETÊNCIAS AUTORREFERIDAS PARA O CUIDADO OBSTÉTRICO PELOS ENFERMEIROS EGRESSOS DOS CURSOS

A autoavaliação dos enfermeiros trabalhadores-especializando apontou para um escore geral alto tanto para a ênfase competência (99,15%) quanto confiança (90,91%). Mais da metade dos profissionais atingiu um escore acima da mediana, sendo de 67,7% em relação à competência e de 52,8% para a ênfase confiança. O escore da ênfase confiança geral e os escores específicos em relação a cada competência (aqui no singular por se referir a um enunciado das competências essenciais da ICM) foram menores quando comparados aos escores na ênfase competência.

As competências com maiores escores estavam relacionadas à amamentação, cuidados com o RN em sala de parto e fisiologia do trabalho de parto; as com menores escores eram relacionadas às emergências e urgências obstétricas. Os participantes que tinham maiores escores nas competências eram aqueles que possuíam menor tempo de atuação na área, que assistiram entre 20 e 39 partos no curso, que participaram de cursos e eventos nos últimos cinco anos e que participavam na assistência ao parto na instituição que atuavam.

Em relação ao conhecimento, a primeira ênfase da competência avaliada pelo enfermeiro especializando, compreendido como o conhecimento teórico formal e prescrito, é um dos ingredientes que compõem a competência (CLAP/ICM/OMS, 2014). Manter o conhecimento atualizado é um dos requisitos essenciais para uma prática de cuidar segura, com base no que há de recente na literatura e que norteia uso das melhores evidências científicas disponíveis. No entanto, a atuação da enfermagem é evidenciada no seu *fazer*, mobilizando o seu *saber* na prática propriamente dita. Dreyfus e Dreyfus (2009) reforçam que o conteúdo teórico e a experiência prática se apoiam mutuamente enquanto o enfermeiro desenvolve habilidades. Assim, os autores afirmam que a prática sem teoria não produz comportamentos com boas habilidades, bem como a teoria sem aplicação prática não possui sucesso; estas afirmações conversam com o conceito de competência profissional como o saber-fazer, “aqui e agora” (SCHWARTZ, 2007) e evidenciam a importância do conhecimento para o alcance da competência profissional.

A literatura aponta que a confiança é “o nível de conforto avaliado pelo profissional na execução de uma atividade/destreza” (CLAP/OPAS/OMS, 2014). A confiança é outro ingrediente que compõe a competência, essa entendida como um conjunto de conhecimento, habilidade e destreza, que permite a realização de uma tarefa específica (CLAP/OPAS/OMS, 2014). Fazendo alusão a um espiral, a competência estaria na base, e a confiança e a destreza num movimento para frente (ou para cima). A competência profissional é adquirida ao longo da experimentação e vivência com situações similares ou novas situações, e à medida que o profissional aprende novas competências, reforça as antigas, aumentando seu nível de conforto para executá-las e caminha para a destreza, elevando seu nível de competência (CLAP/OPAS/OMS, 2014).

Desta forma, os resultados em relação ao percentual e níveis de competência e confiança informada pelos enfermeiros do CEEIO II – Rede Cegonha estão em consonância com o conceito discutido na literatura sobre as competências (aqui no plural, por fazermos referência a um conjunto ou padrões definidos para uma área de atuação ou profissão), uma vez que os níveis foram diferentes quando analisados para o mesmo domínio de competência, o que é apontado como um percurso na aquisição de uma habilidade técnico-prática (CLAP/OMS/ICM, 2014).

Um dos resultados evidenciados neste estudo foi que menos da metade dos participantes acompanhava partos na instituição que atuava, visto

que houve relação entre os maiores escores de competência e confiança (acima da mediana) no grupo de profissionais que afirmou assistir partos no local em que atuava, durante o curso de especialização. Este dado reforça a importância da necessidade de espaço e sustentabilidade destes profissionais na prática assistencial, e bem como apontado e discutido por Benner (1982), quanto maior a experiência prática, maior é o avanço dentre os estágios na vida profissional. E ainda, como já referenciado, Dreyfus e Dreyfus apontam que não há um desempenho com expertise sem experiência prática (2009).

As recomendações e propostas do modelo humanizado ao parto e nascimento focam em uma atenção com vistas à redução das intervenções desnecessárias, que sabidamente apresentam riscos adicionais às mulheres e crianças, marcaram positivamente a busca pelo conhecimento e qualificação profissional voltada para o cuidado das mulheres no risco habitual, bem como a divulgação das chamadas boas práticas de assistência ao parto e nascimento, uso de métodos alternativos e não farmacológicos de alívio da dor e inclusive, o nascimento em outros locais que não somente o ambiente hospitalar (CONITEC, 2016, OMS, 1996).

A enfermagem obstétrica é apontada como a única profissão que se mostrou disponível nesse processo de desmedicalização da assistência ao parto e que vêm atuando firme neste movimento de mudança efetiva de modelo de atenção (PROGIANTI, *et al.*, 2004; SANDALL, *et al.*, 2016). A autoavaliação das competências pelos enfermeiros egressos do Curso CEEO II – Rede Cegonha apontou que esses profissionais possuem conhecimento e confiança para assistir mulheres em trabalho de parto e parto, com respeito à fisiologia do processo de parturição, sendo profissionais qualificados para uso de tecnologias não invasivas no cuidado obstétrico.

No entanto, em relação às competências voltadas aos cuidados nas emergências e urgências obstétricas, houve uma menor força na autoavaliação dos egressos do Curso, para ambas as ênfases de competência e confiança. Este achado pode ter associação com um número de vivências limitado durante o curso, uma vez que as situações de complicações obstétricas são imprevisíveis e, assim como abordado por Dreyfus e Dreyfus (2009) e Benner, Tanner e Chelsa (2009), é a experiência prática, em situações reais, que permite ao enfermeiro atingir um alto nível de habilidade e desempenho.

O enfermeiro obstétrico deve atuar a um nível aceitável, com conhecimento científico e culturalmente sensível à realidade e necessidades da população atendida, necessitando incorporar e atribuir os cuidados também no alto risco obstétrico. Isto indica para uma fragilidade do curso enquanto conteúdo e oportunidade prática a estas competências em específico, apontando para a necessidade emergente de incluir na educação da enfermagem obstétrica (continuada e permanente) treinamentos e estratégias educativas a fim de suprir esta lacuna no conhecimento das referidas competências. Os cuidados no alto risco se fazem igualmente necessários, visto que este público segue adoecendo e morrendo por causas obstétricas diretas que poderiam ser evitadas; e que quando não forem evitadas, possam

ser “salvas”, por meio de um processo de trabalho harmônico, contanto com recursos humanos qualificados, insumos necessários e uma assistência oportuna prestada por profissionais competentes, inseridos em uma equipe multiprofissional.

Os resultados dessa avaliação auto referida pelos especializandos se sustentam com o referencial de níveis de aquisição de habilidades descritos no referencial de Patrícia Benner (1982). As autoras Benner, Tanner e Chelsa (2009), apoiadas na Teoria de Aquisição de Habilidades de Dreyfus e Dreyfus (2009) discutem que a Enfermagem caminha e avança com base nas experiências práticas ao longo da vida profissional, vivenciadas nas situações reais de trabalho e prática concreta, além do conhecimento teórico que adquire desde a formação na graduação e por todo o período de atividade laboral. Para Benner (1982) o enfermeiro perpassa pelos cinco níveis profissionais, de noviço à *expert* à medida que adquire e desenvolve habilidades.

Benner (1982) reforça a importância do aprendizado por meio da experiência clínica e prática, algo que em nossa realidade não é visto com real importância, como uma fonte de aquisição de competências e avanço das práticas da enfermagem obstétrica. Nas descrições dos estágios de aquisição de habilidades, Benner aponta para uma atuação prática que ao passar do tempo se torna cada vez mais fluida, com o cuidado realizado de forma mais eficiente, com maior percepção e compreensão das situações e melhora na tomada de decisões. O cuidado passa a ser guiado pela intuição devida à vasta experiência do enfermeiro com situações anteriormente vivenciadas, lhe proporcionando uma compreensão holística da situação e com interpretações além da excelência.

Uma das recomendações do Centro Latino-Americano de Perinatologia, em sua publicação de 2014, é a supervisão clínica em obstetrícia, por meio da tutoria e prática reflexiva. Na tutoria o processo ocorre com a presença de um profissional mais experiente que trabalha em conjunto com um profissional tido como menos experiente, proporcionando assim uma troca de experiências e aprendizagens que auxiliam na incorporação de novos enfermeiros obstétricos à equipe ou em novas situações de trabalho. Já a prática reflexiva é um processo que ocorre a fim de identificar problemas e melhorar a atuação profissional, por meio de um supervisor que possui maior experiência clínica (CLAP/OMS/ICM, 2014).

Assim, a tutoria e prática-reflexiva pode ser uma estratégia a ser inserida tanto para formação e aquisição de novas competências de núcleo quanto para o aprimoramento profissional, sendo fonte de conhecimento, reconhecimento, reforço das competências já adquiridas e desenvolvimento de maior confiança para a prática.

Sob a ótica das definições dos níveis profissionais descritos e aplicados na enfermagem por Patrícia Benner e por ser considerado um referencial preditivo, os enfermeiros que realizaram o curso de especialização se encontravam ao nível competente no seu início, por se tratar de

profissionais com alguns anos de experiência e, portanto, uma bagagem prévia de conhecimento teórico e prático na área obstétrica. Ao mergulharem no CEEQ II - Rede Cegonha, apoiados no seu referencial de formação-intervenção, os trabalhadores foram convocados a mobilizar o conhecimento que já possuíam, mas agora, de maneira contextualizada, aprendendo novas habilidades e competências e, ainda, avaliando a própria formação, dentro dos seus locais de trabalho. Apontamos então, que esses enfermeiros egressos saem especialistas e proficientes, seguindo em ascensão como nos estágios de Benner (1982).

A enfermagem é uma profissão que se beneficia da experiência prática, embasada em conhecimento teórico. Dreyfus e Dreyfus (2009) pontuam que altos níveis de habilidades e desempenho requerem experiências concretas com situações reais. Esta experiência é referida pelos autores não apenas como uma passagem pelo tempo, mas sim uma “transformação ativa e refinamento de expectativas e percepções em situações evolutivas”. Assim, a formação de mais enfermeiros especialistas e competentes para a assistência obstétrica é importante, mas não consegue suprir as necessidades por completo dos serviços de saúde, uma vez que um profissional avança de competente à *expert* por meio da experiência contextualizada e ao longo de sua vida profissional. No entanto a enfermagem obstétrica encontra barreiras que dificultam não só a aquisição de novas habilidades e competências (a exemplo de situações de alto risco), mas também de manterem atualizadas as competências de núcleo ensinadas nos cursos de especialização.

Diante do exposto, apesar dos cursos e demais modalidades de qualificação profissional fornecerem um conhecimento formal e necessário para a prática da enfermagem obstétrica, algumas habilidades, atitudes e desenvolvimento de confiança para o cuidar no seu ato concreto, depende e dependerá da experiência vivida, ao longo da carreira profissional. Isto traz novamente para discussão a importância da enfermagem obstétrica ser inserida e ter sua prática sustentada dentro dos serviços de saúde, para que possam se aprimorar e fortalecer suas competências de núcleo, além de avançar rumo à sua *expertise* profissional, importante e necessária para melhoria do cuidado ofertado às mulheres e seus bebês.

O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica coordenado pela EE/UFMG foi pioneiro quanto ao processo formativo, e teve com diferencial o chamamento para o fortalecimento das competências de campo, sob a compreensão de que para real mudança de modelo obstétrico se faz necessária uma inserção efetiva desses profissionais, com capacidade ampliada de agir e intervir nas situações reais de trabalho (SANTOS-FILHO; SOUZA, 2019). Para tanto, faz-se necessário o saber-fazer intuitivo, habilidade esta do profissional *expert*, e que é possível ser adquirido por meio da experiência prática.

Benner disserta sobre a agência moral da prática da enfermeira *expert*, tema forte e recorrente nas narrativas dos profissionais entrevistados em seu estudo (2009). Neste nível, a prática especializada preocupa-se em

“revelar e responder aos pacientes como *peças*, respeitando sua dignidade, cuidando deles de uma maneira que preserve sua individualidade, protegendo-as em sua vulnerabilidade, ajudando-os para que sintam seguros em qualquer ambiente, e confortando sua família, com foco na prevenção de sua integridade (...)”. Diante do contexto obstétrico vivenciado, é este profissional que poderá causar mudanças reais e sustentáveis no modelo de cuidado almejado, para além do profissional competente.

Benner aponta ainda três pontos da agência moral observada na prática clínica do *experto*: o desenvolvimento de habilidades de envolvimento, que se refere ao envolvimento e cuidado centrado no sujeito; manejo e prevenção do uso de tecnologias desnecessárias; e o trabalho com e através dos outros. Estes aspectos tem uma relação forte com as competências essenciais para o cuidado obstétrico, associadas à filosofia de cuidado da enfermagem obstétrica e reafirma a necessidade da experiência como caminho para o nível da *expertise* profissional, uma experiência pautada não somente no reforço das competências específicas para o cuidado obstétrico, mas experiências que propiciem à enfermagem obstétrica aprendizado e reforço das competências de campo.

Os egressos do CEEQ II-Rede Cegonha apontaram que possuem competência para cuidar das mulheres e seus bebês durante o parto e nascimento, com conhecimento e confiança para uma assistência qualificada de forma a contribuir com a melhoria contínua da saúde desta parcela da população. A ferramenta utilizada para esta avaliação pode ser apontada como um diferencial no processo de formação e intervenção, por ser um instrumento que auxilia o profissional a se auto avaliar, reconhecendo seu poder de ação a partir da reflexão do potencial que tem para cuidar, valorizando assim sua atuação e auxiliando na concretização do que sabem fazer e como podem fazer.

As competências utilizadas no curso são (e foram utilizadas) como proposta de um critério para classificar os profissionais em relação à sua prática. Com qualificação profissional e experiência prática e ampliação do aprendizado das competências nucleares para as de campo, o curso contribuiu para a formação de profissionais autônomos e com um grau ampliado de protagonismo, de modo a intervirem na organização do trabalho e então, viabilizar a integração de seus saberes nos processos de trabalho e práticas do cuidado.

No entanto, o processo de aquisição de competências e mudança de comportamento, necessárias na distinção de atuação de um profissional qualificado e um profissional competente, aponta para a necessidade de que os profissionais estejam independentemente do nível profissional, disponíveis para aprender, característica esta vista nos níveis mais iniciantes. Esta disponibilidade continuada ao longo dos demais níveis de aquisição de habilidades permite que o profissional apreenda das experiências com a prática clínica e siga atravessando ao próximo nível de desempenho profissional (BENNER; TANNER; CHELSA, 2009).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso CEEO II – Rede Cegonha contribuiu para a formação de um quantitativo de profissionais qualificados e competentes para atenção obstétrica no e para o SUS. Os cursos também contribuíram para o fortalecimento das capacidades institucionais, uma vez que investiu na força de trabalho de profissionais de saúde, com foco nas necessidades do paciente e (re) instrumentalizou os profissionais com habilidades e atitudes voltadas para as competências de campo, aumentando seus poderes de agir e rumo às mudanças efetivas no modo de ofertarem o cuidado dentro dos serviços.

A partir dos resultados dessa pesquisa e discussão, conclui-se que os enfermeiros obstétricos egressos deste Curso possuem potencial para o cuidado qualificado e seguro para todas as mulheres e seus bebês nas situações de parto e nascimento de risco habitual e algumas situações de urgência e emergência, de maneira eficaz e sustentável. Mais ainda, para além do cumprimento de metas da agenda 2030 e mudança de modelo vigente, estes profissionais podem tornar possível uma mudança real de (re) significar o parto e o nascimento.

As necessidades de saúde das populações e dos serviços de saúde do Brasil e do mundo requer pessoal qualificado para suprir suas demandas. A enfermagem possui reconhecimento de sua contribuição como um investimento em saúde. A enfermagem assume, uma estratégia de melhoria contínua e efetiva na saúde do mundo, contribuindo para a facilidade de acesso, oferta de atendimento adequado e em momento oportuno, e ainda, resposta à escassez de profissionais.

Para além de suprir a necessidade de quantitativo de enfermeiros qualificados para os serviços de atenção obstétrica no país, visto que há uma proporção direta entre maior quantitativo e melhores resultados em saúde, avança-se para a discussão de valorização e uso dos profissionais que estão inseridos nos serviços, tanto em relação às suas atribuições quanto em relação aos modos de trabalho – uma translocação do saber o que se sabe para o quê e como fazer com o que se sabe fazer.

Com este estudo não foi possível identificar quais seriam as barreiras encontradas pelos profissionais para o alcance de maiores escores em competências relacionadas às urgências e emergências obstétricas, visto que do ponto de vista de critérios, todos os profissionais atenderam ao mesmo quantitativo mínimo de procedimentos. No entanto, reconhecemos que as situações de parto e nascimento são imprevisíveis e que este processo de aprendizado pode ser facilitado ou dificultado ao considerarmos aspectos como estratégias utilizadas no ensino prático, o conhecimento teórico previamente acessado pelo especializando e a disponibilidade do profissional em aprender. Além disto, pode haver subestimação no reconhecimento de sua potencialidade para o cuidado obstétrico.

Os desafios ainda perduram na efetivação da prática da enfermagem obstétrica no cenário obstétrico neonatal, o que dificulta a sustentação desses profissionais competentes na assistência direta às mulheres em situação de parto e nascimento, podendo prejudicar a ascensão profissional contínua. Para isso se faz necessário algumas estratégias como a criação de planos de desenvolvimento e rede profissional; a criação de um plano nacional para treinamento adequado para habilitação profissional; melhorar e empoderar as habilidades da classe profissional, num movimento de reconhecimento e valorização da enfermagem brasileira. Frente aos desafios e avanços, sugerimos ainda a criação de um sistema nacional de avaliação das competências profissionais.

Apontamos a necessidade de uma formação diferenciada, com objetivos ampliados a fim de mudança efetiva deste contexto em saúde desafiador. O Curso CEEO II - Rede Cegonha serve como uma experiência neste sentido e sugerimos ainda, a instalação da supervisão profissional como um caminho para o empoderamento profissional, por meio do compartilhamento de experiências. Apontamos ainda para a importância do fortalecimento das competências de campo, com foco no poder de agir das enfermeiras obstétricas para reais mudanças do e no trabalho.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Daisy Maria Xavier de; CESAR, Cibele Comini; FRANCA, Elisabeth Barboza. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2672-2682, Dec. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200014&lng=en&nrm=iso). Acesso em 28 Mar. 2019.

BENJAMIN, Y; WALSH, D.; TAUB, N.. A comparison of partnership caseload midwifery care with conventional team midwifery care: labour and birth outcomes. **Midwifery**, v. 17, n 3, Set. 2001.

BENNER, Patricia. From Novice to Expert. **American Journal of Nursing**. v. 82, n. 3, p. 402-407, Mar. 1982.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in Nursing Practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf). Acesso em 02 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, CONITEC. **Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília. 2017. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes\\_PartNormal\\_VersaoReduzida\\_FINAL.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf). Acesso em 02 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3 ed. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.119**, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html). Acesso em 28 de mar. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://tmp.mpce.mp.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portaria%20399.pdf>. Acesso em 28 de mar. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** Maio 2018.

<<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>> Acesso em 28 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. APICE ON. Disponível em:

<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 28 Mar. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.** Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 16 mar. 2019.

CAETANO Solange Aparecida; PRADO Juvenal Tadeu Canas. Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem. **Revista Divulgação em Saúde para debate.** Rio de Janeiro, n. 56, dez. 2016.

CAMPBELL, Oona M R et al. The Lancet Maternal Health. An executive summary for The Lancet's Series. 8 p. 2016. Disponível em:

<https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-sum.pdf>. Acesso em 07 Ju. 2019.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA. Conjunto de Ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. Montevideu: CLAP/SMR, 2014. 285 p. Disponível em:

[https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=434-conjunto-de-ferramentas-para-o-fortalecimento-da-parteria-nas-america-3&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=434-conjunto-de-ferramentas-para-o-fortalecimento-da-parteria-nas-america-3&Itemid=219&lang=es). Acesso em 28 Mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº581/2018.**

Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília: COFEN. 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018\\_64383.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html). Acesso em 28 de março de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº516/2016.**

Alterada pela resolução COFEN Nº 524/516. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN. 2016.

Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html). Acesso em 28 de março de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº577/2018**. Revogada pela Resolução do COFEN Nº 581/2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília: COFEN. 2018. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-577-2018\\_63569.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-577-2018_63569.html) Acesso em 28 de mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. A enfermagem no âmbito do sistema único de saúde. **Revista Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 56, dez. 2016.

DREYFUS, H. L.; DREYFUS, S. E. The relationship of theory and practice in the acquisition of Skill. In: BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in Nursing Practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing, 2009.

ENTRINGER, Aline Piovezan *et al.* Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n.5, 2018. Disponível em: [http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public\\_site/arquivo/1678-4464-csp-34-05-e00022517.pdf](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/1678-4464-csp-34-05-e00022517.pdf). Acesso em: 28 Mar. 2019.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - Sumário Executivo Temático da Pesquisa: A mãe sabe parir e o bebê sabe como e quando nascer. 201?**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em 02 maio 2019.

EVERY WOMAN EVERY CHILD. **Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030): Sobreviver prosperar transformar**. Disponível em: [http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\\_Global\\_Strategy\\_PT\\_inside\\_LogoOK2017\\_web.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf). Acesso em 28 de mar. 2019.

FILBY Alex; CONVILLE Fran Mc; Anayde PORTELA. What prevents quality midwifery care? A systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider. **PLOS ONE**, v.11, maio 2016.

FILBY, Alex; CONVILLE, Fran MC; PORTELA, Anayda. **Plos One**. What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective. Maio 2016. 20 p. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153391>. Acesso em: 28 Mar. 2019.

FILHO, Serafim Santos; SOUZA, Kleyde Ventura. Formação em enfermagem obstétrica para o trabalho em equipe: referenciais avaliativos e de análise-intervenção na organização e gestão do trabalho. In: SOUZA, Kleyde Ventura et al. **Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica: qualificação para o trabalho em equipe no cuidado ao parto e nascimento**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG. p. 53-77. 2019

FRANÇA, Elisabeth Barboza *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga global de Doença. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, supl. 1, p. 46-60, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em 28 Mar. 2019

FULLERTON, J. T.; THOMPSON, J.B.; SEVERINO, R. The international confederation of midwives essential competencies for basic midwifery practice. An update study: 2009-2010. **Midwifery**, v. 27, n 4, ago. 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio. 76 p. Nações Unidas, 2015. Disponível em: [https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015\\_PT.pdf](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf). Acesso em 08 jul. 2019.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. Essential competencies for midwifery practice. 2018 update. **ICM**, 21 p. Disponível em: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document\\_final\\_oct-2018.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf). Acesso em 08 jul. 2019.

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, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 mar. 2019.

LESTER, STAN. Novice to Expert: the Dreyfus modelo f skill acquisition. Stan Laster Developments 2005. <http://www.sld.demon.co.uk/dreyfus.pdf>. Acesso em 02 de fevereiro de 2019.

LOPES Marta Júlia Marques. LEAL Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**, n 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

MACHADO Maria Helena *et al.* Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Revista Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 56, dez. 2016.

MASSARI, Maria Teresa Rossetti. **Contribuições para o dimensionamento do quantitativo de enfermeiras obstetras e obstetrizes para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil**. Rio de Janeiro, março de 2017. 66 p. (Dissertação). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

MILLER, Suellen *et al.* Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. **The Lancet**, set. 2016, v.388, n. 10056, p. 2176-2192.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia. O processo de criação da associação brasileira de obstetrizes e enfermeiros obstetra's. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, n. 1, p. 1-8. 2017.

NUNES, Juliana Teixeira *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015 Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

NUNES, LUCÍLIA. Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. **PERCURSOS**, n 17. set. 2010. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17\\_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf). Acesso em 02 maio 2019.

ONUBR. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 28 Mar. 2019.

OPAS. **Folha informativa - Mortalidade materna**. Ag. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acesso em 18 de mar. de 2019.

PATRIOTA, T. Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento - plataforma de Cairo. 1994. Disponível: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 28 Mar. 2019.

PERSEGONA, Marcelo Felipe Moreira; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; PANTOJA Vencelau Jackson da Conceição. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. **Revista Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 56, dez. 2016.

QUEIRÓS, P. J. Enfermagem, uma ecologia de saberes. **Cultura de los Cuidados**. V. 20, n. 45, p. 137-146. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>. Acesso em 28 mar. 2019.

SAMPAIO Maria do Rozário de Fátima Borges *et al.* Atividades de enfermagem: trabalhando de A Z. **Revista Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 56, dez. 2016

SANDALL, J; SOLTANI, H, GATES S, SHENNAN, A; DEVANE, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Library**. 2016. 122 p. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>. Acesso em 2 mar. 2019.

SOUZA, João Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** n. 37, v.12, p. 549-551. 2015.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&nrm=iso). acessos em 28 mar. 2019.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### LISTA DAS COMPETÊNCIAS E SEUS RESPECTIVOS ENUNCIADOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE

COMPETÊNCIA	ENUNCIADO DA COMPETENCIA
<b>Competência 4</b>	Conhecimento da fisiologia dos estágios do trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento da anatomia do crânio fetal, seus diâmetros e pontos anatômicos importantes
<b>Competência 4</b>	Conhecimento de sinais da fase latente e início do trabalho de parto ativo
<b>Competência 4</b>	Conhecimento das indicações para estímulo do trabalho de parto e aumento da contratilidade uterina
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre a progressão normal do trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre uso do partograma
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre medidas de avaliação do bem-estar fetal no trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento para avaliar o bem-estar materno no trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre o processo da descida fetal através da pelve no trabalho de parto e nascimento, mecanismos de parto em várias apresentações e posições

<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre medidas de conforto na primeira e segunda fase do trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre medidas farmacológicas para alívio e controle da dor
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações no trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre os princípios de prevenção da lesão do assoalho pélvico e lacerações perineais
<b>Competência 4</b>	Conhecimento de princípios do manejo expectante do 3º estágio do parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre princípios do manejo ativo do 3º estágio do parto
<b>Competência 4</b>	Conhecimento dos princípios subjacentes de reparo de lacerações perineais e episiotomia
<b>Competência 4</b>	Conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações e emergências do trabalho de parto e parto, encaminhamento ou transferência para emergências obstétricas
<b>Competência 4</b>	Conhecimento de indicações para partos operatórios, extração a vácuo, uso de fórceps
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar uma histórica clínica específica e controlar os sinais vitais maternos no trabalho de parto

<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar um exame físico direcionado durante o trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para administrar anestésico local no períneo quando a episiotomia é indicada ou se há necessidade de reparação perineal
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar manobras apropriadas para um nascimento de vértice
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para clampar o cordão umbilical em tempo oportuno e cortá-lo
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para instituir intervenções imediatas que salvam vidas em emergências obstétricas (prolapso de cordão, má apresentação, distócia de ombro, sofrimento fetal) até a chegada de assistência médica e/ou transferência
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para manejar o cordão ao redor do pescoço do bebê ao nascer, se necessário
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para oferecer apoio expectante (psicológico) na 3ª fase do trabalho de parto
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para conduzir o manejo ativo da 3ª fase do trabalho de parto, seguindo o mais recente protocolo baseado em

	evidências
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para inspecionar a placenta e as membranas para verificar se estão completas
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar massagem uterina para estimular a contração uterina pós-parto e o tônus uterino
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para proporcionar um ambiente seguro para a mãe e o bebê para promover o apego (ligação)
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para estimar e registrar a perda sanguínea materna
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para inspecionar a vagina e colo do útero para detectar lacerações
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para reparar lacerações perineais e/ou vaginais de 1º e 2º grau
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para uma avaliação abdominal completa para determinar posição e descida do feto
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para avaliar a eficácia das contrações uterinas
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar um exame pélvico completo e preciso para avaliar dilatação, apagamento, descida, apresentação, posição, estado das membranas e adequação da pelve para o nascimento vaginal do bebê

<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para monitorar a evolução do trabalho de parto utilizando o partograma ou ferramenta similar para registro
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para prestar apoio físico e psicológico à mulher e à família e promover o parto normal
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para facilitar a presença da pessoa de apoio durante o trabalho de parto e parto
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para fornecer medidas adequadas de hidratação, nutrição e conforto não farmacológico durante o trabalho de parto, parto e nascimento
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para fornecer terapias farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto e nascimento (em ambientes de nascimento adequados)
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para prestar cuidados relacionados às eliminações urinárias, incluindo a realização de cateterismo urinário quando indicado
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para identificar prontamente padrões anormais do trabalho de parto e parto e iniciar uma intervenção e/ou encaminhamento adequado e oportuno
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para estimular ou aumentar a contratilidade uterina, utilizando agentes não

	farmacológicos
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para estimular ou aumentar a contratilidade uterina, utilizando agentes farmacológicos (em locais de nascimento adequado), quando indicado
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para manejar sangramento e hemorragia pós-parto, utilizando técnicas apropriadas e agentes uterotônicos, conforme indicado
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para prescrever, distribuir, fornecer ou administrar (quando autorizado a fazê-lo na jurisdição de prática) medicamentos selecionados, que salvam vidas (p.ex. antibióticos, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, antirretrovirais) às mulheres necessitadas devido a uma condição de apresentação
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar a remoção manual da placenta, quando necessário
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar compressão bi manual interna do útero para controle da hemorragia
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para prestar cuidados em caso de choque materno
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para instalar acesso venoso e coletar sangue para

	testes laboratoriais
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para providenciar e encaminhar oportunamente mulheres com complicações graves para um serviço de saúde de nível superior, tomando medicamentos e equipamentos apropriados e providenciando um acompanhante durante a jornada, para continuar o atendimento de emergência, conforme necessário
<b>Competência 4</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar ressuscitação cardiopulmonar para adultos
<b>Competência 5</b>	Conhecimento sobre a fisiologia e processo de aleitamento e variações comuns que incluem ingurgitamento, produção de leite insuficiente, etc.
<b>Competência 5</b>	Conhecimento sobre a importância da amamentação precoce para a mãe e a criança
<b>Competência 5</b>	Conhecimento sobre os indicadores de subinvolução (p. ex. sangramento uterino persistente, infecção)
<b>Competência 6</b>	Conhecimento sobre os princípios da adaptação fisiológica do recém-nascido, por exemplo, índice de APGAR para avaliar a respiração, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e cor da pele
<b>Competência 6</b>	Conhecimento sobre as necessidades básicas do recém-nascido: respiração, calor, nutrição, apego.

<b>Competência 6</b>	Conhecimento sobre os princípios de adaptação do recém-nascido a vida extrauterina, por exemplo, alterações fisiológicas que ocorrem nos sistemas pulmonares e cardíacos
<b>Competência 6</b>	Conhecimento sobre as vantagens de vários métodos de aquecimento do recém-nascido, incluindo o contato pele a pele/cuidados de mãe canguru
<b>Competência 6</b>	Habilidade e/ou destreza para proporcionar cuidados imediatos ao recém-nascido, incluindo clampeamento oportuno e corte do cordão umbilical, aquecimento, limpeza das vias aéreas, e confirmação de que se tenha estabelecido a respiração espontânea
<b>Competência 6</b>	Habilidade e/ou destreza para promover e manter o calor corporal de um recém-nascido normal cobrindo-o (com mantas, gorros), controlando a temperatura do ambiente, e promovendo o contato pele a pele
<b>Competência 6</b>	Habilidade e/ou destreza para iniciar medidas de emergência para desconforto respiratório (ressuscitação de recém-nascidos, sucção em caso de obstrução das vias aéreas), hipotermia, hipoglicemia
<b>Competência 6</b>	Habilidade e/ou destreza para realizar exame físico do recém-nascido, incluindo triagem para condições incompatíveis com a vida

<b>Competência 6</b>	Habilidade e/ou destreza para prestar cuidados de rotina ao recém-nascido, de acordo com as diretrizes e protocolos locais (p.ex. identificação, cuidados oculares, testes de rastreio, administração de vitamina K, registro de nascimento)
<b>Competência 6</b>	Habilidade e/ou destreza para posicionar o bebê para iniciar a amamentação dentro de uma hora após o nascimento e apoiar o aleitamento materno exclusivo

## ANEXO 2

### EDITAL DA SEGUNDA TURMA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE CEGONHA

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, por intermédio de sua Diretora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Marina Palhares Guimarães, FAZ SABER que, no período de 15 de julho a 14 de agosto de 2016, estarão abertas as inscrições para admissão ao CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE CEGONHA (CEE0- REDE

CEGONHA), coordenado pela Escola de Enfermagem da UFMG. O curso será oferecido, para uma clientela específica, segundo demanda do Ministério da Saúde. Os candidatos deverão ser enfermeiros que estejam atuando em Maternidades Públicas ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), aderidas à Rede Cegonha. Serão oferecidas 300 (trezentas) vagas divididas em 21 turmas, distribuídas em cada uma das 20 Instituições de Ensino Superior parceiras deste projeto (Anexo I).

Da estrutura do curso: A carga horária total do curso será de 705 horas, sendo 420 horas de prática e 285 horas de teoria; 15% da carga horária teórica será realizada na modalidade de educação a distância e 85% da carga horária será presencial realizada na IFES onde o aluno será vinculado.

Das inscrições: 1. O interessado deverá preencher a ficha de inscrição disponível no site [www.enf.ufmg.br](http://www.enf.ufmg.br). A ficha de inscrição, devidamente preenchida e assinada, deverá ser enviada, junto com toda a documentação solicitada, pelo correio, ou pessoalmente ou por procuração, para a Secretaria do CEE0 – REDE CEGONHA, Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG – Campus Saúde, Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Sala 406 – 4º andar, Belo Horizonte – Minas Gerais – CEP: 30.130-100, até o dia 14 de agosto de 2016, por sedex, com aviso de recebimento (AR), sendo que a data limite de postagem deverá ser até o último dia da inscrições. Ao se inscrever no processo seletivo do curso, o candidato deverá especificar – na ficha de inscrição – a qual IFES ficará vinculado (Anexo I). 2. O candidato deve enviar ou entregar os seguintes documentos: a) cópia da ficha de inscrição que deve ser gerada no site: [www.enf.ufmg.br](http://www.enf.ufmg.br), com foto 3x4 afixada e identificada no verso; b) cópias da cédula de identidade, da certidão de nascimento ou casamento, do CPF; c) cópia frente e verso do diploma de graduação em Enfermagem ou documento equivalente expedido por estabelecimento oficial ou oficialmente reconhecido, ou de outro documento que comprove estar o candidato com condições de concluir o curso de graduação até o término do período para registro acadêmico no curso de pós-

graduação, ficando tal registro condicionado à prova de conclusão da graduação; d) cópia do histórico escolar da graduação e) cópia do título de eleitor e da certidão de quitação eleitoral do Tribunal Superior Eleitoral (só será considerada válida aquela obtida no site [www.tse.gov.br/internet/servicos\\_eleitor/quitacao.htm](http://www.tse.gov.br/internet/servicos_eleitor/quitacao.htm)); f) Curriculum Vitae simplificado e atualizado, máximo de três páginas, com documentos comprobatórios seguindo a mesma ordem das informações do Currículo; g) para candidatos brasileiros do sexo masculino: uma cópia do certificado de reservista e prova de estar em dia com as obrigações militares; h) para candidatos estrangeiros: cópia de passaporte com Visto Permanente ou Visto Temporário de estudante válido, e documento que comprove filiação, além de comprovação de domínio instrumental da língua portuguesa; i) carta de apresentação e liberação da Instituição Empregadora para realização do Curso, conforme modelo Anexo II; j) plano de atuação na assistência ao parto, a ser desenvolvido, assinado pelo candidato e pelo gestor/diretor da maternidade, em no máximo uma página; k) Termo de Compromisso assinado pelo candidato, conforme modelo Anexo III; l) comprovante de endereço, com prazo menor de 60 dias da data de emissão. Qualquer informação que não seja condizente com a realidade ou falta de documentação poderá resultar em anulação do processo seletivo do candidato, em qualquer etapa do processo ou após o mesmo. Da seleção: será realizada por Docentes do Curso no período de 16 de agosto a 10 de setembro de 2016, mediante análise do currículo e plano de atuação do candidato e entrevista. A análise de currículo e plano de atuação do candidato será realizada no período de 16 à 26 de agosto de 2016 na Escola de Enfermagem da UFMG. As entrevistas serão presenciais realizadas no período de 26 de agosto a 10 de setembro na IFES na qual o candidato está pleiteando a vaga, conforme cronograma a ser divulgado. Na análise de Curriculum Vitae serão distribuídos 100 (cem) pontos de acordo com os seguintes critérios: a) Tempo de atuação em Maternidades (45 pontos), b) Participação em cursos de atualização, aperfeiçoamento e pós-graduação (20 pontos), c) Participação em projetos de ensino, pesquisa e extensão (10 pontos), d) Participação em eventos na área de saúde materna e neonatal (10 pontos), e) Participação em comissões e representações (10 pontos), f) Titulação e publicações (5 pontos). Na entrevista serão distribuídos 100 (cem) pontos tendo como foco o plano de atuação na assistência ao parto, a ser desenvolvido, assinado pelo candidato e pelo gestor/diretor da maternidade. O resultado será expresso pela média dos pontos obtidos na análise de currículo e na entrevista. As vagas serão preenchidas pela ordem de classificação. No caso de empate, será classificado o candidato que comprovar maior tempo de atividade exercida em maternidades; permanecendo o empate, será classificado o candidato de maior idade. O processo seletivo resultará em relatório contendo a relação nominal dos candidatos selecionados, que deverá ser aprovado pela Comissão Coordenadora do Curso. Das disposições gerais: 1) o resultado

será divulgado pela Internet, no site [www.enf.ufmg.br](http://www.enf.ufmg.br), a partir do dia 12 de setembro de 2016. 2) A interposição de recurso ao resultado deverá ser enviada por correio, com aviso de recebimento (AR), postada até 10 (dez) dias, após a divulgação do resultado. 3) Do Registro e Da Matrícula: O candidato aprovado no processo seletivo, deverá efetuar, exclusivamente pela internet, no período de 26 de setembro a 01 de outubro de 2016, o seu Cadastro Prévio, mediante o preenchimento de formulário disponível no site <https://sistemas.ufmg.br/cadastroprevio>. O Departamento de Registro e Controle Acadêmico da UFMG -DRCA - tomará as providências para efetuar o Registro Acadêmico após o recebimento da documentação completa dos candidatos selecionados, na forma exigida (cópias legíveis e sem rasuras), e do preenchimento da Ficha de Cadastro Prévio pelo candidato classificado. A documentação completa dos selecionados será enviada ao DRCA pela Secretaria do Curso até o dia 10 de outubro de 2016. Perderá automaticamente o direito à vaga e será considerado formalmente desistente o candidato classificado que não efetuar o Cadastro Prévio na data fixada para a realização desse procedimento ou que não apresentar qualquer dos documentos solicitados neste Edital. O preenchimento de vaga(s) decorrente(s) destas situações será feito mediante convocação de candidatos excedentes no processo, observada, rigorosamente, a data limite para envio da documentação ao DRCA. 4) A matrícula dos candidatos aprovados será realizada no Sistema Acadêmico da Pós-Graduação pela Secretaria do Curso, observado o calendário acadêmico da Universidade. 5) De acordo com o disposto no art. 39, § 2º, do Regimento Geral da UFMG, cada aluno terá direito a um único registro acadêmico, correspondente a uma só vaga no curso em que foi admitido na UFMG. O Curso será financiado pelo Ministério da Saúde, não sendo cobrada qualquer taxa ou mensalidade. Informações complementares, ou qualquer outra informação durante todo o processo de seleção, poderão ser obtidas pelo telefone 55-31-3409-9861.

Belo Horizonte, julho de 2016

Profª. Eliane Marina Palhares Guimarães

Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.