

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Curso de Especialização em Gênero e Diversidade na Escola**

**Cássia Regina Alves Mendes**

**PANORAMA DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER NO  
TERRITÓRIO CENTRAL DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte  
2016

Cássia Regina Alves Mendes

**PANORAMA DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER NO  
TERRITÓRIO CENTRAL DE MINAS GERAIS**

Projeto de pesquisa apresentado a Disciplina  
Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de  
Especialização em Gênero e Diversidade na  
Escola da Universidade Federal de Minas  
Gerais.

Orientadora: Érica Renata de Souza

Co-orientadora: Cássia Reis Donato

Belo Horizonte  
2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por mais esta conquista.

Aos meus pais e irmã pelo apoio incondicional.

Ao meu namorado pelo incentivo.

A tutora e co-orientadora Cássia, pelas sugestões e conselhos indispensáveis para a construção deste trabalho.

Ao tutor Igor pelas inúmeras indagações feitas durante o curso.

Aos meus colegas do polo Diamantina por compartilharem suas dúvidas e anseios.

“Eu nunca vejo o que já foi feito.  
Eu somente vejo o que ainda falta para ser feito.”  
Marie Curie

## **RESUMO**

Este trabalho objetivou apresentar o panorama dos cursos de pós graduação voltados para a saúde da mulher no território central do Estado de Minas Gerais. Realizou-se um levantamento dos cursos existentes no site E-Mec. Após a análise dos cursos encontrados verificou-se que há um número pequeno de cursos nesses territórios e quase todos são voltados para o atendimento obstétrico assim sugere-se a criação de novos cursos que promovam a formação de profissionais que ao término do curso sejam capazes de realizar ações de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação de ações que respondam às reais necessidades das mulheres de sua área de abrangência.

**Palavras chave:** Ensino. Enfermagem. Pós Graduação. Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

This study aimed to present the overview of graduate courses focused on women's health in the central territory of the State of Minas Gerais. We conducted a survey of the existing courses on the site E- Mec . After analyzing the courses found it was found that a small number of courses in these areas and almost all are facing the obstetric care so we suggest the creation of new courses that promote the training of professionals that at the end of the course be able to carry out action planning , organization, development and evaluation of actions that respond to the real needs of women in their area .

**Keywords:** Education. Nursing. Postgraduate. Women's Health

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ACS – Agente comunitário de saúde

DIU - Dispositivo intra-uterino

DST – Doença sexualmente transmissível

EAD – Educação a distância

ESF – Estratégia saúde da Família

IES – Instituição de Ensino Superior

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de atenção integral à saúde da mulher

PIB - Produto Interno Bruto

PNAISM – Programa Nacional de Atenção integral à saúde da Mulher

PSF- Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	.....
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	.....
<b>2.1 A formação profissional em enfermagem.....</b>	.....
2.1.1 Os cursos de especialização Latu Sensu em enfermagem.....	.....
2.1.1.1 Curso de especialização em enfermagem voltados à saúde da mulher na atenção primária.....	.....
2.1.1.2 O curso de especialização em enfermagem obstétrica.....	.....
2.1.2 Cursos de Pós Graduação em em nível de especialização em nível de especialização nos moldes de residência em enfermagem .....	.....
<b>2.2 A atuação profissional em enfermagem na Estratégia Saúde da Família</b>	
2.2.1 Atenção à saúde da mulher.....	.....
2.2.1.1 Programas e políticas.....	.....
2.2.2 Ações desenvolvidas.....	.....
2.2.2.1 Pré natal.....	.....
2.2.2.2 Puerpério.....	.....
2.2.2.3 Aleitamento materno.....	.....
2.2.2.4 Prevenção ao cânceres de mama e colo de útero	
2.2.2.5 Planejamento Familiar.....	.....
2.2.2.6 Cuidado à mulher idosa.....	.....
2.2.2.7 Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	.....
2.2.2.8 Atenção à vítima de violencia.....	.....
2.2.2.9 Ações educativas.....	.....
<b>3 – RESULTADOS.....</b>	.....
<b>CONCLUSÃO</b>	
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	.....



## 1. INTRODUÇÃO

Dentre as ações prestadas pelos enfermeiros e enfermeiras na atenção básica destacam-se as ações voltadas para a saúde da Mulher. Elas envolvem à assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, incentivo ao aleitamento materno, assistência ao climatério, planejamento familiar, assistência às mulheres negras, enfrentamento da violência contra a mulher e população LGBTT (lésbicas, gays, travestis e transsexuais), e buscam assistir a mulher de maneira integral. Já no ambiente hospitalar o atendimento é voltado ao parto e puerpério, e também ao atendimento de vítimas de violência, atendimento pós aborto.

Porém, a formação e a qualificação de profissionais para atuar na área da saúde no Brasil é um dos grandes desafios à efetiva implantação da Sistema Único de Saúde. O grave quadro epidemiológico constatado na saúde da mulher e do neonato, considerada a morbimortalidade materna e neonatal, revelam que é real a insuficiência da assistência prestada. observam-se dificuldades de atender à saúde das mulheres de forma integral, por conta de abordagens biomédicas reducionistas que ligam a saúde da mulher a apenas o período gravídico puerperal. (DUARTE, CECCIM, 2002)

Outros fatores que dificultam este atendimento são: a não contextualização da mulher no campo das relações de gênero; domínio quase que exclusivo da heteronormatividade; questões estruturais que limitam o acesso à saúde; e comprometimentos na quantidade e na qualidade da prestação dos serviços de saúde

Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem Nº 223-1999 (apud PEREIRA, 2010) , nos artigos 1º ao 4º a “realização do Parto Normal sem Distocia é da competência de bachareis em enfermagem, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher.” A mesma resolução afirma que compete aos profissionais mesmos profissionais “a) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; c) execução e assistência obstétrica em situação de emergência.”

O artigo 3º impõe ao Enfermeiro Obstetra, Obstetrix, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência a Saúde da Mulher, a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/ filho; c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber; d) emissão

do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/ MS-163/98; e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta. (PEREIRA, 2010)

Porém em relação ao pré-natal desenvolvido nas ESFs, segundo Narchi et al (2013) verifica-se a necessidade do aprimoramento das consultas e do acompanhamento individual e familiar das gestantes, para que ocorra de fato promoção de melhorias nos estilos de vida e saúde, detecção contínua do risco materno e perinatal, preparo para o parto, a maternidade, o aleitamento, o pós-parto, entre outros aspectos fundamentais da abordagem gestacional. Quanto ao pós-parto, a mesma autora afirma que é frequente o inadequado acompanhamento e suporte da puérpera e da família no período, o que provoca o “quase abandono” da mulher à sua própria sorte, produzindo reflexos negativos em sua saúde e na do seu bebê.

A assistência hospitalar ao parto, especialmente nos serviços públicos, continua ocorrendo em ambientes desfavoráveis, sem privacidade, suporte e apoio de familiares, com uso de procedimentos rotineiros e sem base em evidências científicas. Durante a evolução do parto não se observa a sua fisiologia, buscando-se, constantemente, correções do processo por meio da medicalização e do uso de intervenções que provocam consequências negativas sobre a saúde de mães e bebês. (Narchi et al 2013)

Este é o cenário da assistência não qualificada, ou seja, nem sempre promovida por profissional capacitado e atualizado. Ela é prevalentemente tecnológica, muitas vezes iatrogênica e desrespeitadora dos direitos das mulheres e dos recém-nascidos, uma vez que pode provocar tanto mortalidade quanto morbidade física e psicossocial. (NARCHI et al 2013)

Deste modo percebe-se que são necessários investimentos na formação de obstetras (O) e/ou enfermeiras obstetras (EO) e especialistas em saúde da mulher, suficientemente habilitadas para promover atenção qualificada e maternidade segura, como também na capacitação e atualização teórica e clínica das atuantes.

Vários estudos voltados para as diversas áreas ligadas a saúde da mulher chegam a conclusão de que é necessário investimento na educação permanente dos profissionais que atuam tanto na atenção primária quanto na secundária. Um desses estudos (REIS, ANDRADE, 2008) afirma que a mudança da prática assistencial de todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde da mulher pode ser proporcionada a partir das mudanças conceituais e paradigmáticas na formação básica e na educação continuada, bem como nas propostas de políticas públicas para o setor de capacitação em saúde.

Assim, devido a necessidade de investimentos na educação dos profissionais de

enfermagem na área de saúde da mulher, indaga-se o quantitativo de cursos de pós graduação voltados para a área de saúde da mulher existentes na Região de Planejamento Central do estado de Minas Gerais. Esta região foi escolhida devido ao fato da mesma ser a região mais populosa do estado, reunindo 6,97 milhões de habitantes (35,6% do total estadual) que se concentram, predominantemente, em áreas urbanas (taxa de urbanização de 94%). Ademais é a região onde se concentra grande parte dos serviços de saúde do Estado.

Deste modo, este trabalho apresenta dados de uma pesquisa na qual procurou-se levantar o número de cursos de especialização voltados para a saúde da mulher existentes na região central estado de Minas Gerais. Com isso, objetivou-se saber quais cidades apresentam oferta desses cursos; as principais modalidades nas quais os cursos são ofertados (presencial ou ead, o título oferecido ao egresso (especialista, mestre ou doutor); e o tipo de instituição que oferece este curso (pública ou privada).

Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se como metodologia quanto a abordagem o presente estudo será de pesquisa qualiquantitativa. A pesquisa qualitativa tem o potencial de identificar os aspectos mais complexos que se encontram no público pesquisado, visto que ao contrário da quantitativa não se vincula somente a dados numéricos e percentuais. Os dados quantitativos serão apresentados em forma de percentuais que se relacionarão com as informações do público pesquisado, sendo que a apresentação dos resultados será em forma de gráficos.

Os meios de realização deste trabalho foram as pesquisas bibliográfica e documental. Bibliográfica, porque foi realizada uma revisão literária sobre a atuação do profissional de enfermagem de nível superior frente a saúde da mulher através de fontes primárias e secundárias. Documental, porque foi feito uso de dados extraídos do site E-MEC<sup>1</sup>.

Como amostra para a revisão de literatura foram utilizados artigos indexados nas bases de dados Scielo e Medline mediante os seguintes termos de busca: especialização em enfermagem, saúde da mulher, enfermagem em saúde da mulher. Foram excluídos da amostra artigos em idioma diferente do português e que não se enquadravam dentro dos termos de busca utilizados. Já a amostra utilizada para a pesquisa foi composta pelos

---

1 O e-MEC foi criado para fazer a tramitação eletrônica dos processos de regulamentação. Pela internet, as instituições de educação superior fazem o credenciamento e o recredenciamento, buscam autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos. Em funcionamento desde janeiro de 2007, o sistema permite a abertura e o acompanhamento dos processos pelas instituições de forma simplificada e transparente.

centros de ensino superiores que oferecem cursos de especialização voltados para a saúde da mulher, localizados em cidades pertencentes ao território central do estado de Minas Gerais. Este território foi escolhido pelo fato de ser o que apresenta a maior população do estado, além de ser a região mais próspera de Minas Gerais, A evolução no período recente mostra que a região Central é a que mais cresce em termos de PIB per capita e de participação no PIB e nas exportações. Sobre o uso de amostra observa-se que

frequentemente precisamos, na prática, tirar conclusões válidas sobre um grande grupo de indivíduos ou objetos. Ao invés de examinar todo o grupo (chamado população) – o que pode ser difícil ou mesmo impossível – pode-se cogitar de estudar apenas uma pequena parte (amostra) dessa população. O objetivo é inferir certos fatos acerca da população, a partir de resultados observados na amostra: tal processo denomina-se inferência estatística. O processo de obtenção ou extração de amostras é chamado amostragem (SPIEGEL, 2004, p.218).

Na primeira parte deste trabalho foi abordada a formação profissional em enfermagem no Brasil, enfocando os cursos de pós graduação voltados para a saúde da mulher. Na sequência iremos tratar sobre a atuação profissional do(a) enfermeiro(a) nas Estratégias Saúde da Família, abordando seu trabalho durante a assistência pré natal, puerperal, no incentivo ao aleitamento materno e, na prevenção dos cânceres de colo de mama e colo de útero; falaremos sobre a sua atuação no planejamento familiar, no cuidado à mulher idosa, na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), na atenção à mulher vítima de violência doméstica e, finalizaremos com as ações desenvolvidas por estes(as) profissionais.

A segunda parte de nosso estudo enfocou o panorama dos cursos de pós graduação existentes no Território Central de Minas Gerais. Assim descobrimos o número de cursos existentes e falaremos sobre as cidades que os abrigam e as instituições que os oferecem.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A formação profissional em enfermagem no Brasil**

No Brasil, no século XIX, a educação formal de parteiras iniciou-se junto às escolas médicas, que controlaram sua formação até meados do século XX. O primeiro documento legal sobre o ensino de parteiras data de 1832, quando as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina e, entre os cursos oferecidos, foi incluído o Curso de Partos. Até então, as mulheres que se dedicavam a partejar deveriam possuir uma ‘carta de examinação’, concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império, e uma licença da Chancelaria. Mesmo que essa lei não fosse obedecida, representou um princípio de controle sobre o exercício da atividade das parteiras pelos médicos. De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina. No período, a legislação sobre o ensino de parteiras foi objeto de diversos decretos que determinaram a denominação dos cursos, as exigências para admissão de candidatas, o currículo a ser seguido e o título conferido – parteira, enfermeira parteira, enfermeira especializada, obstetriz e enfermeira obstétrica. A denominação de enfermeira especializada para a parteira começou a ser usada nos anos de 1920 e a de obstetriz apareceu pela primeira vez como o título conferido às formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925. Em 1955, reapareceu em texto legal que regulamentava o exercício da enfermagem profissional e distinguia a obstetriz das demais categorias, ou seja, bacharel em enfermagem, auxiliar de enfermagem, parteira, ou prático de enfermagem e parteira prática. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 450)

Nas mudanças do ensino de parteiras, observou-se um crescimento das exigências para admissão, seja em idade mínima, seja em conhecimentos das Ciências Humanas, Biológicas e Exatas, além da regulamentação do número de horas de estágio. Outra particularidade foi o Decreto Federal nº 7.247, de 5 de abril de 1879, que possibilitava o ingresso de alunos do sexo masculino, embora o curso tenha sido freqüentado exclusivamente por mulheres. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 450)

Com relação ao ensino de enfermagem no país, em 1890, foi criada no Rio de Janeiro a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros no Hospício Nacional dos Alienados e, no início do novo século, foram organizadas outras escolas particulares e públicas em vários

estados brasileiros. Entre elas, destaca-se a Escola Dona Anna Nery, em 1923, no Rio de Janeiro, cujo modelo de ensino baseado no sistema norte-americano foi considerado padrão. A associação do trabalho da parteira e da enfermeira foi sendo cogitada já no final do século XIX, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Com essa perspectiva, buscavam-se mudanças na atuação das parteiras, limitando sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida para as enfermeiras, especialmente no hospital. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 450)

As principais modificações na legislação do ensino de parteiras, no início do século XX, relacionam-se à extinção dos cursos de parteiras e à criação de cursos de enfermeiras de maternidades anexos às faculdades de medicina. Assim, em 1925, o curso de parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi encerrado. Em 1927, o currículo da Escola de Parteiras de São Paulo sofreu alterações e a disciplina Enfermagem Geral foi incluída no programa. Em 1931, a escola passou a denominar-se Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada, o currículo foi direcionado ao ensino da enfermagem e o curso passou a ter a duração de três anos; ao seu final, as alunas obtinham, além do título de Parteira, o de Enfermeira Especializada. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 451).

Em 1939, em São Paulo, foi fundado o Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, tendo formado apenas uma turma. A exigência legal para admissão das candidatas ao curso limitava-se ao ensino primário e era de curta duração, com dois anos. O médico Álvaro Guimarães Filho, professor responsável pelo curso, observou que essa formação era precária e propôs a criação da especialização em Obstetrícia. Assim, as alunas deveriam iniciar o curso com formação em enfermagem geral e, nos últimos três semestres, cursar as cadeiras especializadas em Obstetrícia. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 451)

A partir de 1949, as modificações, que já vinham ocorrendo na prática, acabaram sendo incorporadas à legislação. As escolas de enfermagem passaram, oficialmente, a formar enfermeiras obstétricas. A portadora de diploma de enfermeira podia freqüentar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e, ao final de um ano, receber o certificado de enfermeira obstétrica. Os dois tipos de formação eram oferecidos, e os cursos de enfermagem e de obstetrícia funcionavam de maneira independente. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 451)

Com a crescente hospitalização do parto, o campo de atuação das parteiras passou a ser objeto de disputa entre estas, as enfermeiras e os médicos, e uma grande polêmica foi gerada entre enfermeiras e parteiras. De um lado, as enfermeiras não aceitavam que as parteiras formadas pelos médicos nos cursos anexos às clínicas obstétricas das faculdades de medicina recebessem o título de enfermeira obstétrica e lutavam por consolidar o curso como uma especialidade da enfermagem. Para elas, os cursos de parteira, denominados de enfermagem obstétrica, eram um exemplo de especialização sem base, uma vez que a formação anterior em enfermagem não era exigida das candidatas. Por outro lado, as parteiras argumentavam que no mundo inteiro o ensino da obstetrícia era responsabilidade de médicos, professores da clínica obstétrica, e que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, porém distintas, não sendo possível conferir às enfermeiras com um ano de especialização as mesmas competências e prerrogativas asseguradas àquelas que faziam o curso de obstetrícia. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 451)

Na década de 1960, o Conselho Federal de Educação estabeleceu uma solução conciliatória ao fixar um novo currículo, com duração de três anos para os cursos de obstetrícia, estabelecendo a articulação com o curso de enfermagem por meio de um tronco profissional comum de dois anos e um terceiro ano diversificado. Essa proposta representou a possibilidade de complementação, com mais um ano de curso em Enfermagem ou em Obstetrícia para obstetrites e enfermeiras, respectivamente. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 452)

Com a Reforma Universitária de 1968 que, entre outras coisas, vetava a duplicação de cursos com finalidades semelhantes, foi dado o golpe de misericórdia nos cursos de partos oferecidos pelas escolas médicas, ficando à cargo exclusivamente das escolas de enfermagem, a formação de parteiras (ou obstetrites). A duplicidade de profissões - parteira (obstetritz) e enfermeira obstetra - significava, em sua essência, dois modelos de formação profissional: o modelo europeu, ligado às escolas médicas, e o modelo norte-americano, ligado às escolas de enfermagem. A mudança de tutela destruiu um paradigma profissional, de autonomia e de formação voltada exclusivamente para prática de atenção ao parto. (OSAVA, TANAKA, 1997)

Deste modo, no início da década de 1970, foi introduzida uma modificação, que propunha vedar a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes. Em função da similaridade entre os currículos de enfermagem e de obstetrícia, os cursos foram fundidos em

três fases sucessivas: 1) a pré- profissional; 2) o tronco profissional comum que levava à graduação profissional de enfermagem; 3) e as habilitações que levavam à formação da enfermeira obstétrica ou obstetrix, do profissional de enfermagem médico-cirúrgico e do enfermeiro ou enfermeira de saúde pública. As duas primeiras etapas tinham duração mínima prevista de 2.500 horas, integralizadas entre três e cinco anos, e o ciclo completo, com a habilitação em uma das áreas, de no mínimo 500 horas, passava para o total de 3.000 horas, cursadas no período de quatro a seis anos. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 451)

A partir de 1972, coube exclusivamente às escolas de enfermagem a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetrix, como única via para a capacitação formal de não-médicos para assistência ao nascimento e ao parto normal. Assim, com a incorporação dos cursos de obstetrícia às escolas de enfermagem e a fusão dos currículos, a opção deixou de existir no ingresso à universidade, sendo postergada para o último ano do curso, na dependência da oferta de vagas para essa habilitação. Embora o curso tivesse a denominação legal de Enfermagem e Obstetrícia, gradativamente, menos escolas ofereciam essa formação, reduzindo o contingente de profissionais no mercado de trabalho. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 451)

Segundo Pereira, Nicácio (2014) esta conformação do ensino seguia o modelo educativo tecnicista, pautado nas teorias behavioristas da aprendizagem e adequado às exigências da sociedade industrial e tecnológica. Este modelo educativo corroborou a configuração do sistema de saúde sob a égide da racionalidade moderna e o desenvolvimento do sistema capitalista no país.

Os autores ainda afirmam que a partir dos anos de 1990, houve transformações importantes na política educacional e de saúde consequentes à redemocratização do estado brasileiro. Segmentos aderentes à teoria crítica na educação propuseram novas diretrizes curriculares conducentes aos ideais da reforma sanitária e de uma formação de cunho generalista \_

Em 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado pela Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994, e as habilitações foram extintas. Na atualidade, o único curso previsto para formação específica de profissionais não-médicos na área obstétrica consiste na especialização em enfermagem, nível de pós-graduação lato sensu. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002)



Entre 1999 e 2004, houve o financiamento de 76 Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica no país e foram qualificadas 1.366 enfermeiras obstétricas. Esses cursos financiados enfrentaram fragilidades no ensino prático, que dificultou a aquisição de habilidades técnicas necessárias para o atendimento ao parto normal. Além desta problemática, as egressas dos cursos enfrentaram fatores restritivos para exercer sua prática profissional, em decorrência da persistência das estruturas de hegemonia do modelo obstétrico vigente. (PEREIRA, NICÁCIO, 2014)

Posteriormente, as ações governamentais também passaram a ordenar a formação e a capacitação profissional na área da saúde, com base nos princípios do SUS, e foram estabelecidas regulamentações para cursos na modalidade de residência, como a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional de Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, vinculadas ao MEC3 . Em decorrência dessas políticas públicas, o MS promoveu novo incentivo à formação de enfermeiras obstétricas, em parceria com o MEC, no ano de 2012, por meio da criação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). (PEREIRA, NICÁCIO, 2014).

### **2.1.1 Os cursos de especialização *Latu Sensu* em enfermagem.**

O Curso de especialização hoje se impõe e se difunde em todos os países como a consequência natural do extraordinário progresso do saber em todos os setores, confirmando que se torna impossível proporcionar treinamento completo e adequado para muitas carreiras profissionais nos limites dos cursos de graduação. Atualmente, o acadêmico somente poderá obter na graduação, os conhecimentos exigidos pela proposta do curso determinada pela LDB. (AGUIAR et al, 2004)

Deste modo é concebido o Curso de Especialização, devido à sua reconhecida e fundamental importância para a contribuição da formação profissional. Os cursos de especialização e aperfeiçoamento tem o objetivo técnico-profissional específico sem abranger o campo total do saber em que insere a especialidade .São cursos destinados ao treinamento nas partes de que se compõe um ramo profissional ou científico. Sendo assim, é entendido ser sua meta, o domínio científico e técnico de uma certa e limitada área do saber ou da profissão para formar o profissional especializado. (AGUIAR et al, 2004)

A estrutura curricular dos cursos de especialização sustenta-se em um marco contextual e conceitual desenvolvido por docentes experts naquele campo específico de conhecimento e que adota diversidades metodológicas, com novas modalidades de ensino individuais e coletivas, presenciais e semi-presenciais, além da sistematização das experiências de trabalho e busca de novos conhecimentos centrados no aprender cuidando e pesquisando. Inclui na formação do especialista a política de fortalecimento das linhas de pesquisa pela realização de pesquisas multicêntricas ou em redes temáticas, em temáticas voltadas às prioridades de pesquisas segundo as necessidades de saúde da população de cada região já definidas pelo Ministério da Saúde. Devem ser conduzidas por pesquisadores e grupos de pesquisa de várias regiões, integrando conhecimentos e adequando-se às realidades específicas, com busca de apoio financeiro. Orientações e co-orientações devem ser integradas, estimulando a publicação conjunta entre docentes e discentes, com a produção de conhecimentos com o rigor exigido pela comunidade científica, aderentes às necessidades locais, regionais e internacionais. De outro modo, É necessário incluir a competência no gerenciar os recursos financeiros para a pesquisa, pois se entende ser indispensável dispor de recursos financeiros que viabilizem a execução dos projetos de pesquisa. Considera-se importante e necessário um desenvolvimento ordenado da pós-graduação lato sensu e valorização da formação do especialista para avançar na qualificação profissional e no domínio do processo de construção e absorção de conhecimentos aplicados à realidade, incrementando e aperfeiçoando o nosso cuidado. (ERDMANN, 2009, p. 553)

Assim, o especialista é um profissional com potencial e capacidade para desenvolver, participar e aplicar pesquisas ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional. A melhoria da prática profissional é resultante da produção de novos saberes e fazeres. Estes podem ser frutos da pós-graduação lato sensu que desenvolve um processo de construção do conhecimento que busca integrar a teoria e a prática através da investigação e exercício da prática de cuidado com caráter investigativo. (ERDMANN, 2009, p. 553)

A formação do especialista deve lhe promover competências ou potencial para o domínio de um campo de conhecimento específico nos seus saberes ou conhecimentos, conformados dentro de uma especialidade definida e reconhecida. Deve situar-se no domínio de novos fazeres na sua abrangência e profundidade ou complexidade própria com domínio de tecnologias avançadas, aprendidas ou experienciadas em campos de práticas de ensino de

referência naquela especialidade. (ERDMANN, 2009, p. 553)

Segundo Erdmann (2009, p. 552) vislumbra-se um expressivo avanço nas especialidades de enfermagem, tanto em número de profissionais especialistas, como no preparo e investimento na produção de conhecimentos científicos e tecnológicos especializados.

#### **2.1.1.1 Curso de especialização em enfermagem voltados à saúde da mulher na atenção primária**

A formação do bacharel em enfermagem é entendida como um meio de aprendizado constante em relação às instituições de ensino, a saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil, que deve proporcionar a formação de profissionais críticos e preocupados com as reais necessidades da clientela. A atenção básica exige deste profissional preparo para atuar de forma adequada e qualificada na saúde da mulher. (SANTOS, 2013)

Nota-se que não existe uma formação específica em enfermagem voltada para a saúde da mulher na atenção primária, ficando o ensino desta competência dentro dos currículos dos cursos de especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família.

#### **2.1.1.2 O curso de especialização em enfermagem obstétrica**

A enfermeira obstétrica exerce papel imprescindível na atenção durante o parto e o nascimento e sua atuação vem sendo solicitada, tanto nos cenários de cuidado que envolvem ações de pré-natal, parto e puerpério, quanto na formulação e desenvolvimento de políticas relacionadas com o contexto obstétrico. Sua formação, como especialista, tem sido cada vez mais requerida e incentivada, seja pela qualidade da assistência que desenvolve, pelas contribuições na redução da morbimortalidade materna e neonatal, ou mesmo pelo impacto acadêmico que pode proporcionar em relação ao corpo de conhecimentos da área. (MONTICELLI, 2008, p.483)

Neste sentido, a realização de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica surge como importante estratégia no processo de formação da enfermeira. Nos últimos anos esta tem sido, inclusive, uma estratégia que se insere na política de formação de recursos

humanos, que é adotada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para capacitar enfermeiras para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política, claramente, prioriza a atenção básica e a mudança do modelo assistencial, visando a humanização do processo do nascimento junto ao sistema de saúde oficial e caracteriza-se como um marco nacional que tem como meta a capacitação dos profissionais de enfermagem de nível superior para oferecer assistência menos intervencionista e iatrogênica, contribuindo para o incentivo ao parto normal e para a diminuição das cesáreas desnecessárias. Certamente, como dizia um iminente sanitarista brasileiro, uma política em defesa da saúde, em defesa da vida, deve priorizar uma política de cuidado especializado ao parto normal, com enfermeiras obstétricas e casas de parto, visualizando uma atenção voltada para a mulher em situação de parto e a criança em situação de nascimento, e não simplesmente para a técnica do parto. (MONTICELLI et al, 2008, p.483)

Com o aval da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, dentre outras modalidades de formação na área da saúde da mulher e do recém-nascido têm sido incentivados e subsidiados, financeira e tecnicamente, pela Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, desde 1999, com base na Resolução Nº 03 do Comitê de Ensino Superior – CES/99. Este incentivo tem abrangência nacional, contemplando as cinco macro-regiões e todas as Unidades da Federação em parceria com Instituições de Ensino Superior e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de todo o país. Num período de sete anos (1999 a 2006) foram realizados 34 cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, sendo capacitadas cerca de 640 enfermeiras. Importante também destacar que, dentro desta política de humanização da atenção obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, em parceria com Agência de Cooperação Internacional do Japão, têm selecionado anualmente enfermeiras obstétricas para realizarem estágio nas Casas de Parto do referido país.(MONTICELLI et al, 2008, p.483)

### **2.1.2 Curso de Pós Graduação a Nível de Especialização nos Moldes de Residência Enfermagem**

O Curso de Residência teve sua origem nos EUA, em 1889, por Willian Malested, como uma modalidade de ensino cujo objetivo era complementar a formação teórica e prática dos médicos recém-formados. (AGUIAR et al, 2004)

No Brasil, a residência médica ganhou proporções em meados da década de 40, tendo como marco temporal a década de 50. O cenário que possibilitou o avanço desta modalidade, esteve vinculado às profundas mudanças relacionadas à política desenvolvimentista brasileira. A urbanização proporcionou uma crise social, reflexo dos problemas de natureza econômica, que repercutiam diretamente na saúde da população. Esta realidade levou à ampliação na assistência médica individualizada, buscando-se profissionais preparados para atender às demandas da sociedade. (AGUIAR et al, 2004)

Na década de 70 com a nova orientação política no setor saúde, onde a Previdência Social beneficiava as medidas assistenciais curativas, houve crescimento dos serviços médico hospitalares, impulsionados pelos novos avanços tecnológicos. Tais fatos levaram a ampliação dos cursos de residência médica, originando suas regulamentações legais.(AGUIAR et al, 2004)

Concomitante com a expansão da residência médica, ocorre o surgimento em 1961 a residência de enfermagem no Brasil, no Hospital Infantil do Morumbi São Paulo, com o objetivo implícito de complementar a formação do profissional de enfermagem recém graduado, observando o mercado de trabalho. (AGUIAR et al, 2004)

Na ausência de um órgão que regulamentasse e/ou fiscalizasse a implementação destes programas, eles foram expandindo-se timidamente no sudeste do país chegando no Rio de Janeiro na década de 70, quando houve uma proliferação destas modalidades de capacitação. Assim, no Rio de Janeiro, como no restante do país, a residência enfermagem foi desenvolvida sob os moldes de treinamento em serviço, havendo dimensões de áreas técnicas (enfermagem medicocirúrgica, materno-infantil, etc.). (AGUIAR et al, 2004)

Paralelamente, iniciaram-se as reflexões dentro e fora da academia, acerca dos aspectos relacionados aos objetivos da residência enfermagem, tanto para o profissional de nível superior quanto para a instituição em que ele atuava. Discutiui-se ainda, através de produção literária, a regulamentação da residência enfermagem como forma de obter-se o título de especialista.(AGUIAR et al, 2004)

Para atender às necessidades apontadas nesses contextos, foi realizado em 1978 o Seminário sobre Residência Enfermagem, pela Associação Brasileira de Enfermagem, seção Rio de Janeiro. Neste evento, foram definidos como objetivos da residência aprimorar a prática profissional do bacharel em enfermagem, ao mercado de trabalho profissional como

proficiência nas áreas de especialização previstos, em elevar o padrão de assistência prestada nas instituições, cenário das atuações dos profissionais de nível superior. (AGUIAR et al, 2004)

Atualmente, o Curso de Pós Graduação a Nível de Especialização nos Moldes de Residência Enfermagem se desenvolve em regime de dedicação exclusiva, colocando o enfermeiro residente em contato contínuo com o campo prático, estimulando-o ao acompanhamento dos pacientes, desenvolvendo paralelamente as modalidades de ensino pesquisa e extensão. (AGUIAR et al, 2004)

Segundo Gama et al (2011) estes cursos objetivam desenvolver nos profissionais de saúde competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado a saúde da população

Em 1994 foi realizada uma Oficina sobre Diretrizes para a Residência em Enfermagem no Brasil. Nesta oficina, procurou-se avaliar a evolução dos programas de Residência Enfermagem à nível nacional, e verificar se os objetivos propostos no Seminário da ABEn/RJ em 1978 estavam sendo atingidos na prática. (AGUIAR et al, 2004)

Em 2005, a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho, que criou a Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), deu início ao processo de regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde. O MS, cumprindo o seu papel de gestor federal, elaborou, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/ SGTES), as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS, a saber: Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. (BRASIL, 2006)

Mais recentemente, em 2012 foi descrito no artigo 3º da Resolução nº 2, da Secretaria de Educação Superior do Ministério de Educação (MEC) que a residência em enfermagem consiste em uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de 2 anos.

Ainda em 2012 o Ministério da Saúde promoveu novo incentivo à formação de enfermeiras obstétricas, em parceria com o MEC, por meio da criação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Os cursos de residência do PRONAENF são vinculados às instituições educacionais, o que garante a certificação das enfermeiras para o exercício profissional na especialidade. Como modalidade de ensino em serviço, as instituições de saúde são os espaços centrais da formação. Esses Cursos de Residência em Enfermagem Obstétrica são vistos como promessa de uma nova modalidade educativa que tem maior potencial para qualificar enfermeiras com habilidades técnicas para os cuidados baseados nos princípios da humanização e nas evidências científicas (PEREIRA, NICÁCIO, 2014)

De acordo com Lima et al (2015) esse programa ministerial visa capacitar enfermeiras para o cuidado à saúde da mulher, nos seus processos de saúde reprodutiva; no pré-natal, parto, nascimento e puerpério, com a inclusão da família em todas as fases da assistência. Este cuidado deve ser orientado pelas boas práticas, evidências científicas, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

## **2.2 A atuação profissional em enfermagem na Estratégia Saúde da Família**

Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa de Saúde da Família (PSF), foi definida como modelo de reorientação da atenção básica à saúde, com ênfase nos princípios do Sistema Único de Saúde, pois as práticas assistenciais apresentavam-se fragmentadas e reducionistas, como resultado de uma formação profissional centrada no modelo biomédico, que privilegia a doença e a cura. Segundo o Ministério da Saúde este modelo de atenção acarreta a realização de procedimentos de alta complexidade e altos custos, plenamente evitáveis com ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012 apud SANTOS, 2013).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) o bacharel em enfermagem atua executando ações na assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolvendo ações para capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem; oportunizando os contatos com indivíduos

sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; promovendo a qualidade de vida e contribuindo para que o meio ambiente torne-se mais saudável.

Segundo Araújo, Oliveira (2009) na ESF, além do ou da enfermeira atuar com mais autonomia, seu trabalho tem maior visibilidade e valorização.

Deste modo nota-se que na ESF este profissional encontrou um promissor espaço de trabalho e ampliou sua inserção, assumindo a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS. (COSTA, MIRANDA, 2008)

Porém, sabe-se que existe discriminação ou a iniquidade de gênero com os quais as trabalhadoras dos serviços de saúde se defrontam no exercício de sua prática profissional. Como mulheres ou força de trabalho majoritariamente feminina, Obstetizes e/ou Enfermeiras obstetras enfrentam dificuldades que não aconteceriam caso fossem homens. Como são mulheres, trabalhando em parceria com as mulheres, valorizadas pelas mulheres que assistem, são ignoradas ou discriminadas pelo sistema. (NARCHI, 2013)

Além do mais, segundo Reis, Andrade (2008) as representações sociais das enfermeiras da rede básica de saúde apontam para uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher. A formação acadêmica é um dos fatores preponderantes na fragmentação das práticas, enfatizado pela dificuldade dos profissionais em desenvolver o trabalho em equipe. O próprio entendimento do conceito de equipe, para a enfermeira, é baseado no trabalho de diversas especialidades para uma mesma clientela, mas com dificuldades de interação e sem compartilhar dos mesmos objetivos.

Segundo Silva et al (2010) outro problema da ESF é o da formação de Recursos Humanos para saúde. Apesar da existência de esforços do Ministério da Saúde para promover a formação dos profissionais da saúde com perfil adequado para esse novo modelo de assistência, ainda há muito que fazer.

## **2.2.1 Atenção à saúde da mulher**

### **2.2.1.1 Programas e políticas**



Segundo a OPAS (2000 apud SANTOS, 2013), no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930 a 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Altamente criticados pelo movimento feminista de mulheres e pela maneira reducionista com que preconizam a assistência à mulher, urgiu que se criasse outro programa que contemplasse não somente a esfera biológica da mulher e o ciclo gravídico-puerperal, mas as outras necessidades de saúde ao longo de seu ciclo vital. (GUERREIRO et al, 2012)

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Neste momento, houve uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984 apud TAVARES et al, 2009, p.30).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré- natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984 apud TAVARES et al, 2009, p.30).

O marco referencial do PAISM rompia com o paradigma materno-infantil, onde a mulher era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz e cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas primordialmente para garantir o bem-estar dos recém-nascidos e crianças. (SOUTO, 2008 apud SANTOS, 2013).

Em 28 de maio de 2004, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, lançou a - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM),

construída a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as características da nova política de saúde. A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina. (SANTOS, 2013)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a atenção a saúde da mulher não deve se restringir a assistência materno-infantil nem se limitar as fases de vida onde a mulher tem capacidade de reprodução, ela deve englobar todo o ciclo vital da mulher. A operacionalização destas diretrizes deve se dar através da implementação de ações de assistência organizadas nos três grandes blocos: Assistência relacionada ao exercício da maternidade; assistência clínico-ginecológica; assistência ligada ao planejamento familiar. (SANTOS, 2013)

Para elaboração desta política, além do respaldo técnico dos princípios e diretrizes, houve o embasamento científico nos estudos que relatam as principais causas de morte na população feminina, que são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de Aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000 apud TAVARES et al, 2009).

Desta forma, priorizaram-se nesta política as seguintes problemáticas: mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, DST/HIV/Aids, violência doméstica e sexual, a saúde de mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural e saúde da mulher em situação de prisão. (TAVARES et al, 2009, p.30).

Além do mais, a PNAISM deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais como mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras) (SANTOS; OLIVEIRA, 2009 apud SANTOS, 2013)

## 2.2.2 Ações desenvolvidas

### 2.2.2.1 Pré Natal

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. A atenção dispensada pelo profissional de enfermagem de nível superior à mulher grávida neste período é uma das ações recomendadas no Programa Saúde da Mulher, garantido por meio de políticas públicas de saúde. (DUARTE, ANDRADE, 2006)

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente por este profissional, já que o mesmo possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se esperam dela o acompanhamento e a assistência à população de gestantes.(CUNHA et al, 2008)

Muitas vezes o atendimento pré natal passa a ser o primeiro contato da cliente com o sistema de saúde. Geralmente ele se inicia quando a mulher procura o serviço de saúde com medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber se está grávida. Nesta oportunidade o ou a enfermeira solicita o exame laboratorial de dosagem do hormônio gonadotrófico coriônico (beta HCG). Com o resultado positivo, inicia-se à assistência pré-natal.

Na primeira consulta são solicitados os exames de rotina. Segundo Duarte e Andrade (2006) são eles: “hemograma completo; tipagem sangüínea e fator RH; glicose em jejum; sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex 1 e 2, sífilis, HIV 1 e 2, chagas, hepatite B, hepatite C, fenilcetonúria materna e HTLV 1 e 2; urina tipo 1, urocultura e parasitológico de fezes.”

Além disso, segundo os mesmos autores na primeira consulta o ou a profissional enfermeira verifica a data do último exame citológico (Papanicolaou). Caso este não esteja em dia ou a paciente apresente história de alteração em exame realizado anteriormente o profissional deverá agendá-lo, ressaltando a importância da sua realização.

A ou o enfermeiro também verifica na primeira consulta a situação vacinal, e, se indicado, vacina a gestante na mesma oportunidade.

As demais consultas poderão ser feitas na unidade de saúde ou no domicílio, da gestante, e serão realizadas a cada 4 semanas até a 36<sup>o</sup> semana de gestação. Após o

acompanhamento é quinzenal e a consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da mulher, transmitindo confiança para conduzir com autonomia a gestação e o parto. É necessário que o profissional esclareça as dúvidas geradas com muita clareza de forma que a mulher se sinta segura. (RODRIGUES et al, 2011) Durante as consultas de pré-natal a gestante também é orientada a controlar o peso, pois vai ajudar na prevenção da hipertensão arterial e do diabetes gestacional, evitando assim uma gravidez de risco.

O fim do processo assistencial no pré-natal consiste no encaminhamento da gestante para a maternidade e nos esclarecimentos sobre as condutas adotadas pela instituição, para que a gestante possa se preparar para o momento do parto, minimizando assim seus temores e dúvidas.

Nota-se que durante todo o período de acompanhamento pré natal a equipe que atua na ESF deve ter a preocupação de causar na gestante a melhor impressão possível.(RODRIGUES et al, 2011) É de suma importância que a gestante se sinta acolhida e devidamente assistida, quer seja no pré-natal de baixo, quer seja no pré-natal de alto risco, sempre com atendimento respeitoso e de qualidade.

A equipe de saúde deve compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. Contudo, são necessários investimentos na formação de pessoal qualificado para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, o que poderá ser suprido com a formação de especialistas em enfermagem obstétrica. (CUNHA et al, 2008)

Também sabe-se que existe, uma lacuna na interação da enfermagem obstétrica e neonatal no que se refere à integração ao pré natal, parto e puerpério. Além disso o modelo biomédico, centrado em práticas muito tecnicistas e pouco humanistas, faz com que as usuárias se afastem do acompanhamento no pré-natal, o que provoca o aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal.

Vale ainda ressaltar que o cuidado de enfermagem na assistência pré-natal ainda não está bem consolidado nos serviços de atenção básica. Observam-se limitações para a ampliação e a cobertura da clientela. Essas dificuldades decorrem, principalmente, da falta de recursos humanos e materiais, dentre outros, acarretando sérios obstáculos à implantação de ações de enfermagem embasadas por princípios de qualidade, nos diversos serviços de atenção à mulher, ocasionando sobrecarga de atividades refletida em uma assistência à mulher que não corresponde às suas expectativas e necessidades. (GUERREIRO et al, 2012)

#### **2.2.2.2 Puerpério**

O puerpério é o período em que as transformações físicas e fisiológicas desencadeadas pela gestação e pelo parto no organismo feminino, tendem a voltar ao estado pré-gravídico, e tem início com, aproximadamente duas horas após a saída da placenta e seu término é imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar seus ciclos menstruais não retornarão completamente à normalidade. O puerpério divide-se, didaticamente, em: imediato, do 1º ao 10º dia; tardio, do 11º ao 42º dia e remoto, a partir do 43º dia. (GOMES, NEVES, 2011)

Este período é marcado por intensas mudanças biopsicossociais na vida da mulher e de sua família. A responsabilidade social e cultural de prestar cuidados, afeto e proteção ao recém-nascido, a ansiedade e o medo de não cumprir seu papel de mãe, são fatores que contribuem para transformar o puerpério em um período complexo nesta etapa da vida da mulher. (CABRAL et al, 2011)

Após o parto, a mulher deve retornar ao serviço de atenção primária juntamente com o recém-nascido. Este retorno deve acontecer preferencialmente na primeira semana após o parto, pois é neste período que ocorrem boa parte das situações de morbidade e mortalidade. (GOMES, NEVES, 2011) No entanto, segundo Cabral et al (2011) o que se observa são dados que evidenciam uma deficiência na atenção puerperal, tendo em vista que este tipo de assistência ainda não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço no primeiro mês após o parto.

É direito das puérperas serem assistidas por profissionais atenciosos, receber as informações necessárias sobre as ações de saúde para si e o bebê, realizar os exames e ter respeitadas as suas decisões. Deste modo, o cuidado de enfermagem no período puerperal deve oferecer à mulher as estratégias para a adaptação a esta fase de transição. Estas informações são importantes e necessitam ser repassadas em um curto espaço de tempo, seja durante a internação ou quando de seu retorno ao serviço de saúde para a consulta puerperal.<sup>8</sup>

Durante a anamnese, o cartão de vacina da gestante deve ser verificado e o bacharel ou bacharela em enfermagem deve perguntar sobre como decorreu a gestação, o tipo de parto e se houve alguma intercorrência durante a gravidez, se a gestante recebeu orientações sobre o teste para sífilis ou HIV durante o parto e gestação e se está fazendo uso de alguma medicação como o sulfato ferroso, por exemplo, e também deverá escutar e estar atento às possíveis queixas e esclarecer as possíveis dúvidas da mulher, executar a avaliação clínico-ginecológica, abrangendo o exame das mamas e atentando para o aleitamento materno. A mulher deve ser orientada quanto à higiene, alimentação, atividades físicas, atividade sexual, enfocando na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), o cuidado com as

mamas e com o RN, os direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas e também quanto ao planejamento familiar, informando sobre os métodos contraceptivos, ajudando-a na escolha do melhor método para ela disponibilizando-o juntamente com instruções de uso e instruções sobre o que fazer caso ocorra algum efeito colateral.(GOMES, NEVES, 2011)

### **2.2.2.3 Aleitamento Materno**

O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns relacionam-se à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, outros referem-se à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida. (FALEIROS, et al, 2006)

No mundo moderno, com tantas e diversas atividades nas quais a mulher tem se inserido, a maternidade e a amamentação são experiências que passaram a ocupar o segundo plano na vida da maioria das mulheres trabalhadoras. Ante a exigência de profissionais cada vez mais qualificados e com maior disponibilidade de tempo para dedicar-se às empresas, os planos relacionados à maternidade tornam-se cada vez mais adiados, deixados para um futuro distante (MORAIS et al, 2011)

Aspectos epidemiológicos apontam os benefícios reflexos ao leite humano, de forma que suas vantagens vão além da esfera biológica e abrangem também a esfera psicólogoico-afetiva, benefício este proporcionado pelo fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, conferindo também importantes benefi- cios para as mães e a sociedade como um todo. (AZEVEDO et at, 2010)

Entretanto, o processo da amamentação, embora de aparente simplicidade e automatismo fisiológico singular, requer um complexo conjunto de condições interacionais no contexto social da mulher e seu filho (SILVA, 1997 apud SILVA, 2000).

As autoridades internacionais e os Ministros da Saúde de países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizam o aleitamento materno exclusivo (somente leite materno, sem água ou chá) até 6 meses, e a partir daí que a criança continue a ser amamentada, além de receber outros alimentos até pelo menos o segundo ano de vida. No Brasil essa prática mostrou-se possível, já que as ações em prol da amamentação conseguiram aumentar em cerca de 10 vezes a amamentação exclusiva e elevou-se a mediana da duração

da amamentação para cerca de 10 meses. (VIANNA et al, 2007)

Porém, a grande maioria dos serviços de atendimento obstétrico e neonatal não apresentam programa específico para o incentivo ao aleitamento materno, e quando este existe, não estende a assistência ao período pós-parto tardio, período este considerado crítico para a manutenção do aleitamento, pois é nas primeiras semanas do puerpério que surgem as principais intercorrências da lactação e amamentação, que somadas a insegurança materna e muitas vezes familiar, resulta na introdução de outros alimentos para a nutrição do lactente. (SILVA, 2000)

Mesmo nas situações críticas para a amamentação, como é o caso de crianças internadas em unidades de terapia intensiva, são raros os serviços que adotam procedimentos que visam garantir a continuidade da amamentação, ficando mãe e filho à mercê de possibilidades próprias para resolução de possíveis dificuldades a serem enfrentadas em seus domicílios.(SILVA, 2000)

Dentre os profissionais envolvidos no processo de amamentação destaca-se o enfermeiro ou a enfermeira, pela sua estreita relação com as mães, a qual inicia-se durante o pré-natal e tem-se a oportunidade de abordar temas indispensáveis para a eficácia do mesmo, como aspectos voltados para o incentivo do aleitamento materno. Além disso, pode continuar promovendo o aleitamento no período puerperal e durante o acompanhamento de puericultura. (AZEVEDO et at, 2010)

Talvez um dos grandes desafios da enfermeira, e da equipe multiprofissional, para alcançar os objetivos dos projetos e programas de incentivo ao aleitamento materno, resida na dificuldade de compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos. Desafio maior, por conseguinte, é atuar junto a essas mulheres na tentativa de intervir nos aspectos obscuros que levam à decisão materna de desmame e introdução de outros alimentos na dieta do recém nascido. (SILVA, 2000)

#### **2.2.2.4 Prevenção dos canceres de mama e colo de útero**

O câncer de mama apresenta-se como tumor de consistência dura, de limites mal definidos, de tamanho que pode variar de 1 até vários centímetros de diâmetro, de acordo com o tempo de evolução. A pele da mama pode ficar vermelha ou parecida com uma casca de laranja. Também podem surgirem alterações no mamilo, e pequenos caroços nas axilas. (RODRIGUES et al, 2011)

Sabe-se que a falta de orientações e informações quanto à doença e sua prevenção são os maiores fatores contribuintes na incidência do câncer de mama.

Se junta a este fato a questão da prevenção do câncer de mama que é bastante complexa, devido à multiplicidade de fatores envolvidos, tornando difícil o controle da doença. Segundo Charanek e Tocci (2004) esses fatores são: “história familiar, presença de gene BRCA, hormônios endógenos e exógenos, fatores demográficos, tipo de dieta, obesidade, tabagismo, alcoolismo, nuliparidades, menarca precoce, sedentarismo, primeira gestação tardia, história de patologia mamária benigna (displasia) ou mastite, menopausa tardia ou artificial, exposição a radiações, uso de substâncias químicas e abusos de contraceptivos orais, estresse, estes são alguns dos fatores que contribuem na incidência do câncer de mama.”

No que se refere à atenção oncológica voltada para este tipo de tumor, o Ministério da saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica, determina que “as intervenções para o controle de câncer contemplem todos os níveis de atenção.” A mesma política também diz que “a assistência ao paciente deve ser prestada por equipe multidisciplinar, da qual o enfermeiro é membro integrante.”

Deste modo o bacharel em enfermagem de ambos generos tem um papel fundamental e encontra um amplo espaço para o desenvolvimento de atividades voltadas à prevenção deste tipo de câncer nas atividades diárias, já que mantém considerável autonomia nas suas práticas.

A ele são atribuídas as seguintes ações: realizar atendimento integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem (coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão); realizar atenção domiciliar, quando necessário; manter a disponibilidade de suprimentos; coordenar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem (CHARANEK, TOCCI, 2011)

Salienta-se que as ações de prevenção devem ser executadas por profissionais qualificados, atuantes nos serviços de atenção primária a saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com responsabilidades legais e inerentes, executando sua função embasada nas leis fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é a promoção da saúde<sup>12</sup>. (CAVALCANTE et al, 2013)

Porém segundo Cavalcante *et al.*(2013) as ações do enfermeiro e da enfermeira no rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil ainda são frágeis devido ao baixo nível de conhecimento teórico e técnico sobre essa temática, além da falta de sensibilização desses profissionais para a importância de se planejar de forma estruturada



essas ações. Deste modo a carência do cuidar e prevenir coloca em dúvida a participação da equipe de enfermagem, que é considerado um importante veículo de informações, na prevenção deste mau que vem vitimando muitas mulheres(RODRIGUES et al, 2012).

A Prevenção do Câncer do Colo do Útero é um sério problema de saúde pública. As razões para explicar este problema são as mais variadas, entre elas a própria organização da saúde pública, a organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência dos profissionais. O teste Papanicolau convencional constitui-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento para o controle do câncer de colo do útero.

Hoje são conhecidos os seguintes fatores de risco para este tipo de câncer “DST; condições infecciosas e reativas; hábitos sexuais, como início precoce e multiplicidade de parceiros; tabagismo ativo e passivo; uso prolongado de anticoncepcionais orais. Carências nutricionais, receio da cliente em realizar o exame devido ao medo, vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização de exame preventivo podem ser considerados como fatores que dificultam o diagnóstico precoce”.(CAVALCANTE et al, 2013)

Para o ideal rastreamento das mulheres com, ou sem, esses fatores de risco tem-se o profissional de nível superior de enfermagem da Saúde da Família. Este profissional tem como atribuições específicas, entre outras, realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrevendo medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e disposições legais da profissão

Devido à sua formação acadêmica, ele está habilitado realizar o exame de colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau durante a realização da consulta de enfermagem e é respaldado pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86 e pela a resolução COFEN Nº 381/2011.(BEZERRA et al, 2005)

Porém para que este fato ocorra, o e a profissional deverão estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento, atentando para a capacitação contínua necessária à sua realização. (MENDONÇA et al, 2011)

#### **2.2.2.5 Planejamento familiar**

O Planejamento Familiar, como ação em saúde tem sido reconhecida como uma necessidade do ser humano, mas apresenta controvérsias entre o que é praticado pela

sociedade e o normatizado pelo Estado e, ainda, disponibilizado pelos serviços de saúde. (MARÇAL, GOMES, 2013)

Segundo Teles et al.(2010) ele engloba “um conjunto de ações pelas quais são oferecidos recursos para auxiliar a concepção e a anticoncepção, conforme a escolha da(o) usuária(o) e/ou casal.”

O mesmo autor salienta que para os recursos de auxílio a concepção e anticoncepção serem indicados pelos profissionais que atuam nas ESFs aos usuários do serviço, estes devem ser “cientificamente aceitos, não por em risco a saúde e a vida das pessoas que fazem uso e serem ofertados em variedade e quantidade satisfatórias para garantir aos usuários o direito de livre escolha”

O Ministério da Saúde, no dispositivo da lei do planejamento familiar (Lei no. 9.263/96), determina que os profissionais de saúde que atuam no planejamento familiar devem “informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades do mesmo, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil – Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia”.(TELES et al, 2010)

Ademais, o planejamento familiar está entre as responsabilidades municipais de prover à população usuária do Sistema Único de Saúde as atividades de consultas médicas e de enfermagem, fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais, realização ou referência para exames laboratoriais.

As diretrizes políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, devem ser conhecidas, também, pelos bahareis em enfermagem enfermeiro como profissional. Isto porque, é, a partir destas diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, mais diretamente, que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas Políticas é que às instituições de saúde planejam, orientam e desenvolvem suas ações de saúde com a finalidade de atender as necessidades da população.(MARÇAL, GOMES, 2013)

Sendo o ou a bacharel em enfermagem que atua na estratégia Saúde da Família um profissional que tem a possibilidade de desenvolver suas atividades com o indivíduo, a família e a sociedade, ao mesmo tempo, sua ação esclarecendo, orientando e refletindo sobre o Planejamento Familiar, torna-se de fundamental importância para a tomada de decisão no que concerne as práticas contraceptivas pela mulher.(MARÇAL, GOMES, 2013)

### **2.2.2.6 Cuidado à mulher idosa**

No mundo, em geral, existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, quando se considera a população total de cada sexo. Nota-se também que as mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e estão vivendo mais do que nunca. Outra característica deste grupo populacional é que existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária. Uma razão que poderia explicar essa situação é que, por tradição, a mulher tende a se casar com homens mais velhos do que ela, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Outra explicação do fenômeno de um maior número de mulheres viúvas nessa faixa etária é o fato de que os viúvos voltam, mais do que as viúvas, a se casar depois de enviudar. Essa situação é a mesma para os divorciados. (SALGADO, 2002)

As mulheres de idade avançada enfrentam muitos desafios gerados por leis e políticas sociais de uma sociedade sexista e gerofóbica. As crenças sexistas e gerofóbicas refletem a ênfase da sociedade na produtividade, no atrativo sexual e físico. O contexto social atual ensina e perpetua o descrédito na mulher idosa, começando com a representação da mulher velha nas histórias clássicas como bruxas, feias e malvadas. A mulher idosa é universalmente maltratada e vista como uma carga. É parte de uma maioria invisível cujas necessidades emocionais, econômicas e físicas permanecem, em sua maioria, ignoradas. (SALGADO, 2002)

No que diz respeito ao cuidado à mulher idosa pelo ou pela bacharela em enfermagem, sabe-se que esses profissionais estão intimamente relacionado com seu cuidado, quer seja de forma direta e/ou indireta. Portanto, esses profissionais devem estar preparado para cuidar da pessoa idosa, com vistas a atender as necessidades de saúde dessa população. (CALDEIRA et al, 2012)

Segundo Caldeira et al (2012) ao prestar o cuidado, o enfermeiro considera o contexto de vida, o conhecimento e a experiência da mulher idosa. Indica utilizar essas informações no planejamento e na implementação de atividades assistenciais a essa clientela.

Nesse sentido, o enfermeiro percebe que fatores como o nível educacional e o contexto social podem interferir na saúde da idosa, bem como no cuidado a ela direcionado. (CALDEIRA et al, 2012)

Além desse contexto, evidenciam-se limitações típicas do processo de envelhecimento que dificultam a comunicação com a idosa, particularmente a fragilidade, as perdas na mobilidade, comunicação verbal e audição (CALDEIRA et al, 2012) Segundo Silva e Borges (2014) as mulheres idosas estão mais sujeitas a ocorrência de doenças de cuidado prolongado.

Para as mulheres a adaptação ao processo de envelhecimento traz dificuldades individuais para as quais cada uma desenvolve sua própria estratégia. Os problemas ou mudanças que acompanham ou surgem na etapa da velhice como doenças crônicas, recursos econômicos insuficientes, necessidades de atenção ou cuidado são predominantemente, problemas femininos (SILVA, BORGES, 2014)

As particularidades presentes na fase de envelhecimento fazem com que os profissionais de nível superior em enfermagem identifiquem as necessidades de saúde específicas para essa clientela. Entre essas, destaca-se a prevenção de lesões como algo indispensável nesse momento da vida da mulher. (CALDEIRA et al, 2012)

É importante destacar que, para atender essas necessidades, são necessários profissionais dotados de formação que os apoie no exercício do cuidado. Demarcase, nesse sentido, uma considerável lacuna, já que a demanda crescente pela assistência à pessoa idosa não vem acompanhada por profissionais que possam atendê-la de modo qualificado, no cotidiano dos serviços de saúde. (CALDEIRA et al, 2012)

#### **2.2.2.7 Prevenção das DST's**

As DST estão entre os problemas de saúde pública mais comum em todo o mundo. Entre suas conseqüências estão a infertilidade feminina e masculina, a transmissão vertical da mãe para o filho, determinando perdas gestacionais ou doenças congênitas e o aumento do risco para infecção pelo HIV. (TEIXEIRA et al, 2013)

As mulheres tendem a ter uma menor possibilidade de escolher quando, como e com quem ter relações sexuais. Isto aumenta a sua exposição ao sexo desprotegido. No caso das adolescentes e mulheres jovens, desproporcionalmente afetadas pelas DST, a falta de autonomia sexual e capacidade de autoproteção tende a ser ainda maior. (VILLELA, PINTO, 2010)

O fato de muitas DST serem assintomáticas em mulheres e de não ser rotina dos serviços a realização de um minucioso exame ginecológico, precedido por uma boa

anamnese, contribui para que muitas infecções agudas se tornem crônicas, provocando as já citadas complicações. Do mesmo modo, há escassez de atividades educativas dentro e fora dos serviços de saúde que propiciem as orientações necessárias para que as mulheres compreendam seus riscos individuais e as alternativas para a sua redução. (VILLELA, PINTO, 2010)

O pressuposto do tratamento do parceiro para que se interrompa a cadeia de transmissão também é um obstáculo para as mulheres. Muitas têm mais de um parceiro, muitos parceiros têm mais de uma parceira, muitas mulheres não conhecem seus parceiros, muitas não se sentem à vontade para tocar no assunto com seus parceiros e a maioria não tem qualquer capacidade de controlar a vida sexual dos seus parceiros de modo a evitar que eles se reinfectem e a reinfectem também. Dado que este pressuposto é, até o momento, intransponível, do ponto de vista clínico, a alternativa para torná-la mais factível seria uma maior aproximação dos serviços de saúde da população masculina e uma maior habilidade no manejo das desigualdades de gênero.(VILLELA, PINTO, 2010)

Mesmo quando as mulheres conseguem conversar com o parceiro sobre a necessidade do tratamento, nem sempre é fácil o acesso deles ao serviço de saúde para aconselhamento, exame e eventual tratamento. Nem sempre os fluxos e rotinas do serviço permitem que o atendimento destes homens seja feito com o caráter de urgência que a situação exige; nem sempre os homens se sentem à vontade para ir ao posto de saúde, espaço marcadamente “de mulheres”; nem sempre eles podem ou querem faltar ou chegar atrasados aos seus trabalhos, quando estão trabalhando. De fato, as restrições nos horários de funcionamento da maior parte dos serviços públicos de atenção básica em saúde tornam-se um obstáculo adicional para que muitos homens, e também muitas mulheres, possam acessar estes serviços com a frequência e regularidade necessárias. (VILLELA, PINTO, 2010)

Obstáculo também é a exigência de um período de abstinência sexual para o tratamento de várias DST. Isto traz problemas para mulheres que comercializam o seu sexo e para as que não podem falar com o parceiro a respeito do tema, e ainda para aquelas que o parceiro não aceita esta restrição. Em quaisquer destes casos, se não forem adequadamente aconselhadas, as mulheres não conseguirão encontrar soluções para superar as dificuldades financeiras ou emocionais que a abstinência sexual pode lhes causar. (VILLELA, PINTO, 2010)

### **2.2.2.8 Atenção à vítima de violência**

Considerado um problema de Saúde Pública, a violência de gênero se constitui numa das maiores causas de morbimortalidade que atinge, indistintamente, populações de alta e baixa renda, de diferentes raças, em espaços público e privado, predominando entre os jovens. Dentre as mais graves violências que ocorrem no espaço público, destaca-se o homicídio e o estupro. (RECIFE, 2005)

Frequentemente, os profissionais de saúde que atua nas são os primeiros a serem informados sobre episódios de violência. O motivo da busca de atendimento é mascarado por outros problemas ou sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico. (BRASIL, 2001)

Segundo o Ministério da Saúde é responsabilidade do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência, mesmo que não haja, à primeira vista, indicações para suspeitas. Através de observações, visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem ser reveladas se houver um cuidado e uma escuta voltadas para estas questões. Mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda. (BRASIL, 2001)

Deve-se destacar que – salvo situações de risco iminente, ou quando a vítima não tem capacidade de tomar decisões – a equipe de saúde deve oferecer orientações e suporte para que a vítima possa compreender melhor o processo que está vivendo, analise as soluções possíveis para os seus problemas, tomando a decisão que lhe pareça mais adequada. (BRASIL, 2001)

Esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (das áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos). A equipe de saúde nem a vítima devem agir sozinhas, para evitar riscos ainda maiores. (BRASIL, 2001)

Sabe-se que as manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais. Lesões físicas agudas (inflamações, contusões, hematomas em varias partes do corpo), em geral, são consequência de agressões causadas por uso de armas,

socos, pontapés, tentativas de estrangulamento, queimaduras, sacudidelas. Em alguns casos, podem provocar fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e pernas. (BRASIL, 2001). Segundo Recife (2005) são freqüentes fraturas de antebraço, quando, muitas vezes, a mulher tenta se proteger, utilizando-o como anteparo.

Nas agressões sexuais, podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal. A gravidade das lesões depende do grau de penetração e do objeto utilizado na agressão. As lesões das mucosas envolvem inflamação, irritação, arranhões e edema, podendo ocorrer inclusive perfuração ou ruptura. Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), infecções urinárias, vaginais e gravidez são conseqüências que podem se manifestar posteriormente. Assim, nas situações onde houve estupro faz-se necessária a adoção de medidas específicas nas primeiras 72 horas, como a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, HIV-Aids e prevenção da gravidez indesejada. (BRASIL, 2001)

Porém, a atenção à vítima de violência não faz parte da formação dos profissionais de saúde. A dificuldade de lidar com o assunto tem relação com o medo dos profissionais pelo desconhecimento em relação às leis e sistema de segurança e justiça; às dificuldades de romperem com a idealização do núcleo familiar, considerada a base da sociedade e por isso intocável; assim como pelas dificuldades pessoais em lidar com o assunto, seja por incapacidade técnica, por falta de recursos e equipamentos sociais como abrigos e moradias protegidas, ou ainda por identificação com a vítima, pois a prevalência da violência doméstica e sexual é tão elevada que frequentemente encontramos profissionais de saúde envolvidos nestas situações. (BRASIL, 2001)

A atenção à mulher em situação de violência é prestada de maneira irregular, dependendo do interesse de alguns gestores e profissionais de saúde e das demais áreas de intervenção. Pouco se conhece sobre os serviços existentes, sua abrangência e a qualidade do atendimento. (BRASIL, 2003)

#### **2.2.2.9 Ações educativas**

As ações educativas devem ser feitas em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, especialmente sobre o exercício da sexualidade, fisiologia reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis, saúde reprodutiva, ginecopatias prevalentes, climatério e informações sobre hábitos, higiene e alimentação. Essas ações educativas não devem se restringir ao mero repasse de informações técnicas, mas devem habilitar a mulher para a

apropriação do conhecimento sobre seu corpo e sua saúde, visando o exercício pleno da sua sexualidade e a garantia de seus direitos. Ou seja, as ações educativas são fundamentais tanto no sentido de construir uma maior autonomia das mulheres no que se refere ao seu corpo e a sua saúde quanto no sentido de estimular a participação consciente e organizada das mulheres na elaboração de políticas e ações de saúde que respondam as suas reais necessidades (BRASIL, 2011 apud SANTOS, 2013).

## **RESULTADOS**

A divisão do território de Minas Gerais, adotada oficialmente pelo governo estadual, estabelece dez Regiões de Planejamento, listadas a seguir, em ordem alfabética:

- Alto Paranaíba
- Central
- Centro-Oeste de Minas
- Jequitinhonha/Mucuri
- Mata
- Noroeste de Minas
- Norte de Minas
- Rio Doce
- Sul de Minas
- Triângulo

O número de municípios em cada uma delas é o seguinte: Alto Paranaíba (31), Central (158), Centro-Oeste de Minas (56), Jequitinhonha/Mucuri (66), Mata (142), Noroeste de Minas (19), Norte de Minas (89), Rio Doce (102), Sul de Minas (155) e Triângulo (35).

A Região Central é a mais populosa do estado, reunindo 6,97 milhões de habitantes (35,6% do total estadual) que se concentram, predominantemente, em áreas urbanas (taxa de urbanização de 94%). Os municípios polos da região são: Barbacena, Belo Horizonte, Conselheiro Lafaiete, São João Del Rei e Sete Lagoas.

Trata-se também da região mais próspera de Minas Gerais, responsável por 46,6% do Produto Interno Bruto, 60% das exportações e 52,1% dos empregos formais. A evolução no período recente mostra que a região Central é a que mais cresce em termos de PIB per capita e



de participação no PIB e nas exportações. Entre 2001 e 2008, a participação regional no PIB e nas exportações do estado cresceram, respectivamente, 2,4 e 5,4 pontos percentuais. Somente no período 2003-2008, o PIB per capita da região Central acumulou crescimento de 91%.

A composição setorial do PIB regional revela predominância do setor de serviços, responsável por 62,3% da renda gerada, seguido pela indústria (35,9%) e pela agropecuária (1,8%). Quando analisada individualmente cada atividade, nota-se maior contribuição da região na geração do valor adicionado da indústria (53,6%), seguida dos serviços (45,8%) e, por último, da agropecuária (10,5%). Dentre as atividades econômicas desenvolvidas na região Central, destaque para metalurgia alumínio, automóveis, bebidas, calçados, têxtil, mineração, minerais não metálicos, produtos alimentares, metalurgia-zinco, autopeças, bens de capital, vestuário, siderurgia, refino de petróleo, ferro-gusa, ferro-liga e turismo.

Dos 158 municípios pertencentes a região central apenas 46 são sede ou polo de alguma instituição de ensino superior (29,46%). São eles: Abaeté, Alvinópolis, Barão de Cocais, Barbacena, Barroso, Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Buenópolis, Caeté, Confins, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Corinto, Curvelo, Diamantina, Florestal, Gouveia, Ibirité, Igarapé, Itabira, Itabirito, Jaboticatubas, João Molevade, Juatuba, Lagoa Santa, Mariana, Nova Lima, Ouro Preto, Ouro Branco, Pará de Minas, Pedro Leopoldo, Pitangui, Pompéu, Ribeirão das Neves, Rio Vermelho, Sabará, Santa Bárbara, Santa Luzia, São João Del Rei, Serro, Sete Lagoas, Tiradentes, Três Marias e Vespasiano.

A cidade que apresenta o maior número de instituições de ensino superior (IES) é Belo Horizonte, com 89 centros universitários.

Municípios	Número de IES
Abaeté	1
Alvinópolis	1
Barão de Cocais	2
Barbacena	11
Barroso	2
Belo Horizonte	89
Betim	15
Brumadinho	1
Buenópolis	1
Caeté	1
Confins	2
Congonhas	5
Conselheiro Lafaiete	10
Contagem	16
Corinto	2
Curvelo	5
Diamantina	5
Florestal	1
Gouveia	1
Ibirité	3
Igarapé	1
Itabira	8
Itabirito	7
Jaboticatibas	2
João Molevade	6
Juatuba	1
Lagoa Santa	6
Mariana	7
Nova Lima	7
Ouro Branco	2
Ouro Preto	4
Pará de Minas	2
Pedro Leopoldo	1
Pitangui	1
Pompéu	4
Ribeirão das Neves	4
Rio Vermelho	1
Sabará	5
Santa Bárbara	2
Santa Luzia	5
São João Del Rei	8
Serro	2
Sete Lagoas	21
Tiradentes	1
Três Marias	3
Vespasiano	3
<b>Total</b>	<b>288</b>

Dessas cidades, apenas duas apresentam cursos de especialização em enfermagem voltados para a saúde da mulher. São elas: Barbacena e Belo Horizonte.

## **Barbacena**

O município de Barbacena foi fundado no início do século XVIII. O local serviu como abrigo para cinco conspiradores da Inconfidência Mineira, dentre eles o padre Manuel da Costa. Parte dessa história mineira, a cidade recebeu parte do corpo de Tiradentes. O braço direito do inconfidente ficou exposto no adro da Igreja Nossa Senhora do Rosário. Atualmente, a cidade é famosa pelo plantio de flores, o que lhe confere o apelido de cidade das rosas. Barbacena tem como atrativos as suas igrejas históricas, como a Matriz de Nossa Senhora da Piedade e a igreja Nossa Senhora do Rosário, além de suas casas coloniais.

Os cursos existente nesta cidade são oferecidos pela AVM Faculdade Integrada em nível de especialização (*Latu sensu*). São eles: Pós graduação em Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar e Pós graduação Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. Ambos cursos são abertos a candidatos diplomados em cursos superiores, e são oferecidos na modalidade de Educação a Distância (EAD). Quanto a carga horária a Pós graduação em Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar apresenta 440 horas aula, já a Pós graduação Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia apresenta 420 horas aula.

**TABELA 2 – Comparações entre a carga horária dos cursos de pós graduação em enfermagem voltados para a área de saúde da mulher desenvolvidos em Barbacena**

Instituição de ensino	Curso	Carga horária
AVM Faculdade Integrada	Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia	420 h
	Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar	440 h

Ao observar a organização curricular dos cursos de Pós-Graduação em Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar e do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia percebemos que nenhum deles aborda a Atenção à mulher vítima de violência, Aleitamento Materno, Cuidado à mulher idosa e Planejamento Familiar.

Duas disciplinas que se destacam nos cursos são a de Climatério e Menopausa oferecida no curso em Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar, e a de Saúde

## Preventiva e Promoção da Saúde do Curso em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia

**TABELA 3 - Organização Curricular do Curso em Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar**

Anatomia e Fisiologia da Mulher	60h
Climatério e Menopausa	40h
Gestação, Parto e Puerpério	40h
Metodologia da Pesquisa e da Produção Científica	40h
Oncologia	40h
Patologias envolvidas no ciclo de vida da mulher	60h
Planejamento e Gestão em Saúde da Mulher	40h
Qualidade de vida e práticas complementares à saúde da mulher	60h
Trabalho de Conclusão de Curso	60h

Fonte: Site AVM

**TABELA 4 - Organização Curricular do Curso em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia**

Enfermagem em Ginecologia	40h
Enfermagem em Obstetrícia	40h
Enfermagem em Urgências e Emergências em Ginecologia e Obstetrícia	40h
Epidemiologia e Vigilâncias em Saúde	40h
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	40h
Gestão de Resíduos e Meio Ambiente	40h
Metodologia da Pesquisa e da Produção Científica	40h
Saúde Preventiva e Promoção da Saúde	40h
Suporte Básico de Vida e Socorro de Emergência	40h
Trabalho de Conclusão de Curso	60h

Fonte: Site AVM

### **Belo Horizonte**

O município brasileiro de Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais. Possui uma área de aproximadamente 331 km<sup>2</sup>, possui uma geografia diversificada, com morros e baixadas, distando 716 quilômetros de Brasília, a capital nacional, sendo a segunda capital de estado mais próxima da capital federal, atrás apenas de Goiânia.

A cidade que é cercada pela Serra do Curral, que lhe serve de moldura natural e referência histórica, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do

estado mineiro sob influência das ideias do positivismo, num momento de forte apelo da ideologia republicana no país. Sofreu um inesperado acelerado crescimento populacional, chegando a mais de 1 milhão de habitantes com quase 70 anos de fundação. Entre as décadas de 1930 e 1940, houve também o avanço da industrialização, além de muitas construções de inspiração modernista.

De acordo com a mais recente estimativa realizada pelo IBGE em 2015, sua população é de 2.502.557 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil. A capital mineira é também sede da terceira concentração urbana mais populosa do país. Belo Horizonte já foi indicada pelo *Population Crisis Committee*, da ONU, como a metrópole com melhor qualidade de vida na América Latina e a 45ª entre as 100 melhores cidades do mundo. Em 2010, Belo Horizonte gerou 1,4% do PIB do país, e em 2013 era o quarto maior PIB entre os municípios brasileiros, responsável por 1,53% do total das riquezas produzidas no país.

Nesta cidade encontramos os mesmos cursos de pós graduação disponíveis em Barbacena, e, além destes, oferece o Curso de Especialização em enfermagem obstétrica e neonatal desenvolvido pela Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte, o curso de residência em enfermagem obstétrica oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica oferecido pelo Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte - Estácio BH, o curso de Atenção à saúde da mulher oferecido pela Faculdade Internacional Signorelli, e o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica oferecido pela Universidade Castelo Branco.

Nota-se que dos cursos existentes em Belo Horizonte apenas dois são oferecidos pela modalidade de educação a distância. Os demais acontecem de modo presencial.

Quanto a carga horária, além do programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, destaca-se a Especialização em enfermagem obstétrica desenvolvida pelo Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte - Estácio BH, com 520 horas aula divididas entre as partes teórica (com 360 horas) e prática (com 160 horas). O curso que apresenta a menor carga horária é o de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal oferecido pela Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte. O mesmo tem duração de 400 horas.

**TABELA 5 – Comparações entre a carga horária dos cursos de pós graduação em enfermagem voltados para a área de saúde da mulher desenvolvidos em Belo Horizonte**

Instituição de ensino	Curso	Carga horária
Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte - FPAS	Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal	400 h
AVM Faculdade Integrada	Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia	420 h
	Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar	440 h
Universidade Federal De Minas Gerais - UFMG	Residência em Enfermagem Obstétrica	5.760 h
Faculdade Internacional Signorelli	Atenção à Saúde da Mulher	450 h
Universidade Castelo Branco – UCB	Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	490 h
Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte - Estácio BH	Enfermagem Obstétrica	520 h

Observando o número de cursos oferecidos voltados para a assistência obstétrica verifica-se que a saúde da mulher ainda é percebida pelos centros universitários como um evento fisiológico ordenado pelo ciclo menstrual, considerando questões relativas à contracepção, sexualidade, prevenção e tratamento de doenças ginecológicas, incluindo câncer e doenças sexualmente transmissíveis e a consulta de enfermagem ginecológica.

Este fato pode ser confirmado ao observarmos a grade a organização curricular dos cursos de Pós-Graduação oferecidos na cidade de Belo Horizonte.

**TABELA 6- Organização Curricular do Curso de especialização em Enfermagem Obstétrica oferecido pelo Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte - Estácio BH**

Política de Saúde e a Mulher Contemporânea
Política de Saúde para a Mulher
Indicadores de Saúde na População Feminina
Mulher: Gênero, Saúde e Assistência Biopsicossocial
Psicologia da Mulher
Enfermagem Obstétrica I e II
Gerência de Enfermagem Obstétrica nas Unidades Obstétricas
Prática Supervisionada

Metodologia da Pesquisa

A Universidade Estácio de Sá não oferece em seu site a carga horária das disciplinas do curso de especialização. Assim como a Faculdade Pitágoras.

**TABELA 8 Organização Curricular do Curso de especialização em Atenção à Saúde da Mulher oferecido pela Faculdade Pitágoras**

Assistência de Enfermagem ao Aleitamento Materno
Assistência de Enfermagem ao Recém Nascido de Baixo Risco
Assistência de Enfermagem no Controle do Trabalho de Parto e Parto Normal
Assistência de Enfermagem no Pré-natal
Assistência de Enfermagem no Puerpério
Aula Magna
Bioética e Humanização da Assistência
Epidemiologia e Bioestatística
Gestão de Unidades Obstétricas e Neonatais
Metodologia da Pesquisa Científica
Metodologia do Ensino Superior
Monografia
Prática Baseada em Evidência
Prática Clínica In Loco
Semiologia Geral
Sistematização da Assistência de Enfermagem
Urgência e Emergência em Obstétrica Patológica

A Universidade Castelo Branco não disponibiliza em seu site os dados referentes a grade curricular do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, assim como a Universidade Federal de Minas Gerais.

**TABELA 8 Organização Curricular do Curso de especialização em Atenção à Saúde da Mulher oferecido pela Faculdade Internacional Signorelli**

Didática do ensino superior	60 h
Emergência obstétrica	60 h
Gênero, violência e direitos da mulher	60 h
Metodologia do trabalho científico	90 h
Peculiaridades da saúde materna	60 h
Políticas públicas da saúde da mulher	60 h

Estudo individual	60 h
-------------------	------

**TABELA 9 - Organização Curricular do Curso em Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar oferecido pela Faculdade AVM**

Anatomia e Fisiologia da Mulher	60h
Climatério e Menopausa	40h
Gestação, Parto e Puerpério	40h
Metodologia da Pesquisa e da Produção Científica	40h
Oncologia	40h
Patologias envolvidas no ciclo de vida da mulher	60h
Planejamento e Gestão em Saúde da Mulher	40h
Qualidade de vida e práticas complementares à saúde da mulher	60h
Trabalho de Conclusão de Curso	60h

Fonte: Site AVM

**TABELA 10 - Organização Curricular do Curso em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia oferecido pela Faculdade AVM**

Enfermagem em Ginecologia	40h
Enfermagem em Obstetrícia	40h
Enfermagem em Urgências e Emergências em Ginecologia e Obstetrícia	40h
Epidemiologia e Vigilâncias em Saúde	40h
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	40h
Gestão de Resíduos e Meio Ambiente	40h
Metodologia da Pesquisa e da Produção Científica	40h
Saúde Preventiva e Promoção da Saúde	40h
Suporte Básico de Vida e Socorro de Emergência	40h
Trabalho de Conclusão de Curso	60h

Fonte: Site AVM

Schirmer (2006) a crescente complexidade do atendimento a mulheres com gestações de alto risco justifica o maior número de cursos de formação de especialistas em enfermagem obstétrica. Entretanto, segundo as autoras essa prática deve estar alicerçada na utilização de uma linguagem padronizada abrangente que descreva as intervenções realizadas pelas enfermeiras ou pelas especialistas, com enfoque na utilização da prática baseada em evidência obtida por meio de pesquisas e de investigações clínicas.

## CONCLUSÃO



Os e as enfermeiras, na sua formação, adquirem o conhecimento sobre a saúde da mulher de forma básica. Deste modo enfrentam dificuldades para exercer sua função e necessitam de uma educação permanente como fator determinante para a melhoria das ações de promoção da saúde e atendimento às Políticas Públicas de atenção à mulher.

Assim buscam capacitação em cursos de especializações, mestrados e doutorados acreditando que após a conclusão dos mesmos estarão aptos a adotar um modelo assistencial que contribui para a assistência à mulher.

Considerando que a formação de recursos humanos em saúde focalizando a atenção básica vem sendo apontada como questão prioritária para pesquisas percebe-se, ainda, a escassez de cursos de pós graduação *latu sensu* em enfermagem voltados para à saúde da mulher neste nível de atenção.

Além do mais, de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a atenção a saúde da mulher não deve se restringir a assistência materno-infantil nem se limitar as fases de vida onde a mulher tem capacidade de reprodução, ela deve englobar todo o ciclo vital da mulher, porém verifica-se que todos os cursos de pós graduação em enfermagem voltados para a área de saúde da mulher tem seu foco de atenção voltados para a área obstétrica.

Sendo assim, o estudo apresentou como limite a dicotomia existente entre cuidar da mulher e cuidar da grávida, essa última de responsabilidade histórica delegada às enfermeiras obstetras ou obstetras. Este conflito fez parte do processo evolutivo do estabelecimento de competência técnica e legal da enfermagem e da enfermagem obstétrica. Sabe-se que todo estudo tem seus limites, e, mesmo considerando as limitações deste, acredita-se que o seu produto se constitui em elementos relevantes para subsidiar discussões sobre os cursos de especialização voltados para o e a profissional que atua ou pretende atuar na área de saúde da mulher.

Sugere-se a criação de novos cursos que promovam a formação de profissionais para atuar na atenção primária, que ao término do curso sejam capazes de realizar ações de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação de ações que respondam às reais necessidades das mulheres de sua área de abrangência.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa; MOURA, Vera Lúcia Freitas; SORIA, Denise de Assis Corrêa. Especialização nos moldes de residência em enfermagem. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 5, p. 555-559, Oct. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Jan. 2016.

ARAUJO, Maria de Fátima Santos; OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS. Revista Eletrônica de Ciências Sociais. Número 14 – Setembro de 2009 Pág. 03-14

AZEVEDO, Diana Soares de; REIS, Ana Cândida Serafim dos; FREITAS, Lydia Vieira; COSTA, Priscila Bomfim; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. Conhecimento de Primíparas Sobre os Benefícios do Aleitamento Materno Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, abr./jun.2010

BARBOSA, Isabelle Arruda. saúde da mulher no climatério: contribuições da enfermagem para a saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Pedras de Maria da Cruz, 2010. 47f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CALDEIRA, Sebastião; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; MUÑOZ, Luz Angelica; PINTO DE JESUS, Maria Cristina; DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; OLIVEIRA, Deise Moura de. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 20, núm. 5, septiembre-octubre, 2012, pp. Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. Rev. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun.2008

CUNHA, Margarida de Aquino et al . Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 145-153, Mar. 2009 .

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência pré-

natal no Programa Saúde da Família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, Apr. 2006.

DUARTE, Nilcéa Maria Nery; CECCIM, Ricardo Burg. A construção e o desenvolvimento de especializações na área obstétrica e neonatal em modalidade pioneira na saúde coletiva Bol. da Saúde, v. 16, n. 1, 2002

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo. Atlas, 1999.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino Guerreiro, RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da; LUCENA, Nájori Bárbara Ferreira de. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm.;16(3): 315-323, jul./set., 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. Acta Paul Enferm. 2009;22 (Especial-Nefrologia):551-3 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/21.pdf> Acesso em: 03 jul 2015

PAES, Lucilene Gama<sup>1</sup>; CECCON, Roger Flores; MACHADO, Bruna Parnov, LIMA; Suzinara Beatriz Soares de. Contribuições da Residência Multiprofissional na Formação do Enfermeiro: Relato de Experiência. XVI Seminário Institucional de Pesquisa e Extensão. UNICRUZ 2011.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino; RODRIGUES, -Dafne Paiva Rodrigues; SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da; LUCENA, Nájori Bárbara Ferreira de. Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm.;16(3): 315-323, jul./set., 2012 Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533> Acesso em: 31 jan 2015

LIMA, Gabrielle Parrilha; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; GUIDA, Natasha Faria Barros; PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Carla Luzia França; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 593-599, Dec. 2015 .

MARCOLINO, Janaína de Souza. SCOCHI, Maria José. Informações em saúde:o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 314-320. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/16.pdf> Acesso em: 05 Jul 2015.

MONTICELLI, Marisa, BRÜGGEMANN, Odaléa Maria, SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos, OLIVEIRA, Maria Emilia de, ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota, GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. Texto & Contexto – Enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 482-491, Set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

07072008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jul 2015.

NARCHI, Nádía Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONCALVES, Roselane. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.4, pp. 1059-1068 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=en&nrm=iso)>.

OSAVA, Ruth Hitomi; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. Rev. esc. enferm. USP São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, Apr 1997 .

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueredo. Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema  nico de Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. 164 p. il., tab.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. NICÁCIO, Marina Caldas. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 jan/fev; 22(1):50-6.

RECIFE. Assistência Integral   Mulher Vítima de Violência Doméstica e Sexista. Protocolo. 2005

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez e TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?.Rev. Estud. Fem.[online]. 2002, vol.10, n.2 , pp. 449-459 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 04 jul 2015

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAUJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: a es, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 45, n. 5, p. 1041-1047, Oct. 2011 .

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SCHIRMER, Janine. Formação de recursos humanos versus o direito das mulheres   atenção qualificada na saúde reprodutiva. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 set;27(3):331-5

SILVA, Isilia Aparecida. Enfermagem e aleitamento materno : combinando práticas seculares . Rev.Esc.Enf. USP, v.34, n.4, p. 362-9,dez. 2000

SILVA, Nathalia Victória Cezar e; BORGES, Maria Marta Marques de Castro Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, V. 7 - N. 1 - Jul./Ago. 2014

SILVA, Tatiane Aparecida Moreira da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CHIESA, Anna Maria. Cursos de especialização e residência em saúde \_da família: uma análise sobre os

enfoques de avaliação Rev. Min. Enferm.;15(1): 129-134, jan./mar., 2011 Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/17>

SOLLER, Schelle Aldrei de Lima da; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. Rev. Adm. Pública [online]. 2011, vol.45, n.3, pp. 591-610 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122011000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jun 2015

TAVARES, Amanda Santos; ANDRADE, Marilda; SILVA, Jorge Luiz Lima. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.2.p.30-32, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/Paism10.pdf> Acesso em: 01 jul 2015.

TEIXEIRA, Elbert Henrique Miranda; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; MOTA, Maria Catarina Salvador da; CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha Carvalho; COSTA Emília Patrícia de Souza. Caderno Espaço Feminino - Uberlândia-MG - v. 26, n. 1 - Jan./Jun. 2013

VILLELA, Wilza Vieira; PINTO, Valdir Monteiro. Atenção às DST em mulheres. In: Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da conferência internacional sobre população e desenvolvimento: rumos para Cairo +20. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2010. p. 159-179.