



A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro

The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state

Inserción de la enfermera obstetra en el parto y el nacimiento: obstáculos en un hospital de enseñanza en el estado de Rio de Janeiro

Rosângela da Conceição Sant'anna

Amaral¹

Valdecyr Herdy Alves²

Audrey Vidal Pereira²

Diego Pereira Rodrigues²

Luana Asturiano da Silva²

Giovanna Rosário Soanno Marchiori³

1. Faculdade Arthur Sá Earp Neto. Petrópolis, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

3. Faculdade Novo Milênio. Espírito Santo, ES, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a inserção da enfermeira obstétrica em um hospital de ensino no estado do Rio de Janeiro. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado em uma maternidade na Região Serrana, com nove profissionais de saúde e seis gestores. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2016 a março de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas que, posteriormente, foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** foram observadas dificuldades para a inserção da enfermeira obstétrica como: insuficiência de enfermeiras especialistas na sala de parto; ausência de espaço para autonomia profissional; influência político-partidária na gestão da saúde; conflito de atuação com médicos obstetras; falta de apoio da equipe, principalmente em relação à capacitação de trabalhadores contratados. **Conclusão:** o estudo mostra a necessidade de inserção direta da enfermeira obstétrica no parto e nascimento, sobretudo, valorizando o cuidado humanizado e a autonomia para o exercício profissional.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil; Saúde da Mulher; Parto; Humanização da Assistência; Enfermeiras Obstétricas.

ABSTRACT

Objective: analyze the insertion of the nurse midwife in a teaching hospital in Rio de Janeiro State. **Method:** descriptive, exploratory study of qualitative nature, study case type, carried out in a maternity in the mountain region, with nine healthcare professionals and six managers. The data collection occurred from December 2016 to March 2017, by semi-structured interviews that subsequently transcribed and submitted to content analysis in the thematic modality. **Results:** difficulties were observed for the insertion of the nurse midwife such as: lack of specialist nurses in the delivery room; absence of space for the professional autonomy; political partisans influence in the health management; acting conflict with the obstetricians; no team support, mainly with regard to workers qualification. **Conclusion:** this study shows the need for direct insertion of the nurse midwife in delivery and birth, especially valuing humanized care and autonomy for professional practice.

Keywords: Maternal and Child Health Services; Woman's Health; Delivery; Humanization of Assistance; Nurse Midwives.

RESUMEN

Objetivo: analizar la inserción de la enfermera obstetra en un hospital de enseñanza del Estado de Rio de Janeiro. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio, de naturaleza cualitativa, del tipo estudio de caso, realizado en una maternidad en la Región Serrana, con nueve profesionales de la salud y seis gestores. La recolección de datos se realizó en el período de diciembre 2016 a marzo 2017, por medio de entrevistas semiestruturadas que, posteriormente, fueron transcritas y sometidas al análisis de contenido en la modalidad temática. **Resultados:** fueron observadas dificultades en la inserción de la enfermera obstetra como: insuficiencia de enfermeras especialistas en la sala de parto; ausencia de espacio para la autonomía profesional; influencia político-partidaria en la gestión de la salud; conflicto de actuación con médicos tocólogos y falta de apoyo del equipo, principalmente con relación a la capacitación de trabajadores contratados. **Conclusión:** el estudio muestra la necesidad de inserción directa de la enfermera obstetra en el parto y nacimiento, sobre todo, valorando el cuidado humanizado y la autonomía para el ejercicio profesional.

Palabras clave: Servicios de Salud Materno-Infantil; Salud de la Mujer; Parto; Humanización de la Atención; Enfermeras Obstétricas.

Autor Correspondente:

Diego Pereira Rodrigues.

E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com.

Recebido em 31/07/2018.

Aprovado em 23/11/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0218

INTRODUÇÃO

O paradigma que influencia a atenção ao parto e nascimento até os dias atuais construiu-se, historicamente, a partir do século XVIII, com a inserção da Medicina. Desde esse período, constituiu-se o processo de transição do modelo holístico, em que a mulher detinha o poder e a autonomia sobre seu corpo, para o modelo tecnocrático institucionalizado. Esse modelo de atenção obstétrica tem vigorado no país, favorecendo “o uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, [...] a prática da cesárea de rotina, a violação de direitos da mulher e a manutenção de elevados números de mortalidade materna”^{1;1092}.

Desse modo, a atenção obstétrica voltada para o predomínio do uso de intervenções desnecessárias e prejudiciais ao “considerar o parto um evento médico e de risco cujo cenário é o ambiente hospitalar [...] e o nascimento um evento patológico que precisa ser tratado”^{2;235}, acaba por desconsiderar a autonomia e o poder decisório da mulher, contribuindo para a vigilância e dominação do corpo feminino. Neste contexto, “a atuação da enfermeira obstétrica tinha por mérito primordial a vigilância intensiva e o controle do trabalho de parto”^{3;02}, dialogando em alguma medida com a prática hegemônica de intervenção do médico obstetra, caracterizada pela ênfase institucional e o modelo tecnocrático de assistência, com a justificativa de tornar o evento do parto mais seguro para a mulher e o recém nascido⁴.

No entanto, atrelado ao processo de democratização e participação social e ao movimento de humanização do parto, na década de 80, ocorrem movimentos de crítica a esse modo tradicional de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido, abrindo espaço para a enfermeira obstétrica atuar na assistência direta ao parto⁴.

Assim, em 1985, em consonância às críticas da atenção obstétrica vigente, ocorreu em Fortaleza (Brasil) a I Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e o Parto, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/ Organização Mundial de Saúde (OMS), considerada “um importante marco na revisão das tecnologias utilizadas no nascimento e parto, levando à adoção de recomendações que contraindicam o uso inapropriado e indiscriminado de tecnologias invasivas no parto”^{1;1092}.

Em 1996, a OMS “desenvolveu e publicou uma classificação das práticas utilizadas na condução do parto vaginal e do nascimento, com base em evidências científicas”^{1;1092}. Foram sinalizadas práticas demonstradas úteis, como direito à acompanhante, liberdade de posição e uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor; e outras a serem eliminadas, como enema, tricotomia e episiotomia. Além disso, houve o incentivo à realização de capacitações e a inserção das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento^{1;2,5}.

Com o incentivo para a aplicabilidade dessas recomendações, em paralelo, promoveu-se a inserção das enfermeiras obstétricas, pois a incisiva participação dessas profissionais na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, reforça a sua contribuição no que se refere à prática assistencial, confor-

me diretrizes da OMS/MS, além de qualificar o cuidado prestado e reduzir o uso de práticas intervencionistas^{1,2,4,6,7}.

Esse destaque para a inserção da enfermeira obstétrica diretamente na cena do processo do parto e nascimento tem um importante engajamento para a implantação do modelo humanizado e de uma assistência segura com embasamento científico. Deste modo, ao corroborar as prerrogativas da OMS/MS, com ênfase na redução de intervenções desnecessárias, contribui com mecanismos para a implantação desse modelo, cujo foco é o “respeito”, “comunicação efetiva”, “continuidade do cuidado” e com processos responsáveis pela redução das taxas de morbimortalidade materna^{6,7}.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar a inserção da enfermeira obstétrica em um hospital de ensino no estado do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso. Como a pesquisa qualitativa encontra-se direcionada a um nível de realidade que não deve ser quantificado, ao destacar valores, símbolos e significados⁸ o mesmo dialoga com a opção dada pelo estudo de caso, tornando viável uma análise do objeto investigado, que possibilita aprofundar a realidade social investigada por meio de levantamento de informações não probabilísticas⁹ O estudo de caso caracteriza-se por investigações de uma única entidade ou pequeno grupo (escola, universidade, clube, uma unidade social)¹⁰, podendo examinar as relações do cotidiano institucional servindo, assim, como pano de fundo para dialogar com a visão dos participantes do estudo no processo de investigação, incluindo as relações ou processos institucionais.

Neste caso, o estudo foi realizado em uma maternidade na Região Serrana do estado do Rio de Janeiro, Brasil, uma instituição pública daquela região que atendia usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) com média de 896,5 gestantes/mês¹¹. Essa Instituição foi identificada com viabilidade para realizar este estudo, tendo em vista que estava passando por mudanças históricas relacionadas às orientações do Ministério da Saúde (MS) quanto à inserção da enfermeira obstétrica na atenção ao parto e nascimento.

Participaram do estudo nove profissionais de saúde que realizavam assistência ao parto e nascimento (sete enfermeiras e dois médicos); seis gestores (um Secretário de Saúde, dois Diretores do Hospital, Diretor de Recursos Humanos, Administrador Hospitalar, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem). O critério de inclusão estabelecido foi a participação profissional no processo histórico de inserção da enfermeira obstétrica na Unidade de Saúde. Os critérios de exclusão corresponderam aos profissionais de saúde e gestores que estivessem afastados das suas funções e aqueles que não se encontravam mais desempenhando suas funções laborativas na unidade, pois o hospital é uma instituição Municipal e, portanto, sofre interferências políticas na mudança de gestão.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2016

a março de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas sobre a inserção das enfermeiras obstétricas, que ocorreu em ambiente privado, garantindo, assim a privacidade do participante. As entrevistas cessaram por meio do processo de saturação das informações. Os depoimentos foram coletados por aparelho digital, transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática¹². Para assegurar o sigilo e o anonimato do depoimento dos participantes, estes foram identificados como 'Entrevistado' e receberam um código alfanumérico sequencial (E1, E2,... E15) que posteriormente foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática.

Foram utilizadas Unidades de Registro a partir de temáticas identificadas nas falas das(os) profissionais e gestores, como estratégia de organização do conteúdo das entrevistas. Para tanto, selecionaram-se cores distintas, com a finalidade de identificar cada unidade e agrupá-las, possibilitando, assim, uma visão geral da temática, originando as seguintes Unidades de Registro: "contratação de enfermeiras obstétricas"; "assistência de enfermeiras obstétricas"; "enfermeira obstétrica na classificação de risco"; "enfermeira obstétrica no parto hospitalar"; "equipe multiprofissional e parto no hospital de ensino". Essas Unidades de Registro viabilizaram a construção das categorias temáticas: "A inserção da enfermeira obstétrica no cenário da maternidade de ensino"; e "Expressões de profissionais de saúde e gestores sobre a inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento".

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, sob Protocolo nº 1.839.020/2016, conforme dispõe a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para concretizar a participação, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

A inserção da enfermeira obstétrica no cenário da maternidade de ensino

Em relação ao caminho percorrido para a inserção da enfermeira obstétrica no hospital de ensino, podem-se observar citações de algumas dificuldades relacionadas ao processo de contratação das profissionais de saúde (enfermeiras obstétricas), levando-se em conta a carência local de profissionais especializadas para a atuação:

Houve, então, a necessidade da contratação de profissionais de outros lugares por conta da necessidade do município para a inserção da Rede Cegonha aqui [...], porque tinha que contratar, não havia profissional aqui especializado e aí houve a necessidade de buscar em lugares mais distantes daqui, a especialização é uma exigência. (E3)

Na seleção, nós tivemos uma dificuldade muito grande, por não ter esse profissional no município, foi uma dificuldade muito grande conseguir esse profissional

para a gente contratar... hoje todos os enfermeiros que trabalham conosco como enfermeiras obstétricas, não são da cidade, e isso é um desafio diário porque a distância atrapalha muito, toda essa dinâmica, então eu já tive vários pedidos de demissão por conta disso. (E8)

Não havia profissional aqui especializado, e houve a necessidade de buscar em lugares mais distantes daqui, a especialização é uma exigência. (E15)

Os enfrentamentos vivenciados na instituição relacionados ao modelo hegemônico de atenção obstétrica, levando-se em conta o caminho percorrido com a implantação e as mudanças nas práticas executadas pelas enfermeiras obstétricas para acompanhamento do parto com enfoque nos princípios da humanização, ficaram evidenciados de maneira clara quando os participantes destacam as dificuldades diárias enfrentadas que surgiriam no processo de inserção dessas enfermeiras obstétricas no hospital de ensino.

A gente partiu primeiro para classificação de risco. A proposta inicial foi preencher as vagas na classificação de risco, para depois num segundo momento partir para enfermeira obstetra atuando na assistência. (E1)

Sei que a enfermeira obstétrica não só tem que fazer admissão, mas também acompanhar todo um processo e ela fazer o parto, e nós ainda não temos isso aqui, elas estão só na admissão fazendo a triagem e a gente tem que avançar muito nisso. Sim avançar, porque elas estão só fazendo a triagem a gente tem que caminhar para o parto e conseguir fazer o parto, eu confesso que é essa a minha opinião particular... (ocorre neste momento uma diminuição no tom da conversa, passa a falar mais baixo e diz que vai falar porque sabe ser sigiloso) ... porque o enfermeiro não consegue fazer o parto mais humanizado (E12)

Como pode ser visto, mesmo tendo a Rede Cegonha como indutora a partir de suas diretrizes e princípios, naquele momento o processo de inserção das enfermeiras acontecia de modo restrito, tendo como destaque a classificação de risco como pré-requisito a ser atendido pelas diretrizes do MS.

O objetivo principal dessas contratações para essa classificação de risco foi a Rede Cegonha... tem que ter... porque se você vai se enquadrar nos moldes de Rede Cegonha tem que ter no quadro de profissionais as enfermeiras obstétricas, isso o programa te exige para você ter a qualificação, mas a partir daí eu não sei como a Direção enxerga a classificação de risco, como apenas um quadro de funcionários para cumprir uma exigência. (E10)

A gente só trabalha com os regulamentos e as normas da classificação de risco, e aí por enquanto a gente só tem esse quadradinho aqui para trabalhar, sempre tentando adequar o nosso trabalho às normas e o manual do MS. (E3)

As enfermeiras obstétricas podem promover mudanças no seu cotidiano, mas diante da complexidade que envolve o exercício profissional que em alguma medida tem limitações relacionadas à autonomia, torna-se necessário apoio institucional para mediar a operacionalização das recomendações do MS/OMS. Assim, um dos obstáculos encontrados foi a falta de apoio da equipe (assistência e gestão), com relação aos primeiros profissionais contratados.

Então quando a gente começou no hospital já recebia verba da Rede Cegonha dois meses antes, então a gente não teve tempo de fazer treinamento, ou um processo seletivo com prova, treinamentos mais específicos. (E7)

Eu passei e comecei a trabalhar, não teve treinamento, teve um treinamento de um plantão de 24h somente, mas como em São Gonçalo eu passei por todos os setores do hospital com exceção do centro cirúrgico que era separado do centro obstétrico, não tive maiores dificuldades, assim como as outras, então foi um treinamento, um plantão teste de 24h. (E3)

Ainda com relação à inserção da enfermeira obstétrica no cenário do parto e nascimento, podem-se observar outras dificuldades nas falas de alguns participantes, sobretudo quanto à necessidade de adaptação do corpo médico e da própria equipe de enfermagem e a necessidade de espaço para a respectiva atuação profissional com autonomia.

Temos aqui trabalhado há muitos anos sem a inserção da enfermeira obstétrica, nós achamos mais prudente ir por etapas. Primeiro adaptar todos os profissionais médicos com a triagem obstétrica, nas práticas da classificação de risco, para em um segundo momento colocar então um enfermeiro assistencialista. (E1)

Espaço a gente precisa de mais espaço, a gente precisa de entendimento da equipe médica, e também da equipe de enfermagem, do entendimento do nosso trabalho, para a gente expandir é necessário que todos entendam o nosso verdadeiro papel (autonomia), como funciona a melhoria no trabalho, não é trabalhar separado, é trabalhar juntos. (E4)

A equipe médica não estava preparada para receber essa enfermeira obstétrica, e qualquer problema que acontecesse ia ser um escândalo, então o que eu queria

fazer primeiro: uma ambientação, essa era minha inicial, desses enfermeiros fazendo classificação de risco e acolhimento dessas pacientes, que esses enfermeiros se integrassem na equipe de obstetras até que isso se formasse laços de confiança profissional (E8).

Eu tinha já o plano de fazer, esse passo pela enfermagem obstetra, mais não foi bem sucedida na negociação, o diretor da época não aceitou, teve tumulto, a coisa não ficou bem, aí eu resolvi a recuar, há cinco anos. O que eu queria na época? Eu queria que a preceptoría da maternidade, fosse realizada, por uma enfermeira obstetra... Então eu queria uma enfermeira obstetra lá, como ponto de partida para os alunos. Na época não pensava em residência, pensava numa pós, uma especialização em enfermagem obstétrica, mas para isso eu tinha que garantir um campo de práticas. (E5)

Outro obstáculo relatado pelos participantes faz referência ao conflito entre o exercício profissional dos médicos obstetras e das enfermeiras obstétricas, configurando, assim, um choque de modelos de assistência coexistindo num só espaço de atuação.

Eu vejo hoje que a maior dificuldade é com a medicina mesmo, porque a gente tem plantonistas muito antigos, que fazem práticas que não contemplam a Rede Cegonha e isso é uma barreira, e até complicado falar disso... porque as normas que a Rede Cegonha preconiza é que o parto seja natural, se o parto é natural ele não pode ter indução com medicação, que é o que a gente ver rotineiramente, porque a fala é a seguinte “vamos colocar para nascer”, então vamos colocar para nascer significa acelerar esse processo fisiológico. (E10)

As enfermeiras obstétricas conseguem fazer o parto mais humanizado do que o médico, o médico hoje em dia, a gente está vendo, uma coisa errada, claro que tem exceções, eu não sei por que, mas a gente vê isso, particularmente o médico obstetra que faz uma especialização dessas, mas é grosseiro ali na realização do parto, já ensinando isso para seus residentes, na hora que a mulher está ali com dor, e parece que ela é culpada de estar grávida, aí ficam com grosserias, não entendo porque que ele vai fazer uma especialização se ele é grosseiro com a mulher, por isso acho que o enfermeiro é muito mais humano neste momento, nós temos que avançar muito. (E2)

Na verdade aqui é um hospital de ensino, e isso dificulta um pouco a atuação do enfermeiro, porque é um hospital muito voltado para o processo médico ainda, e isso dificulta um pouco a expansão de enfermeiros nessa área. A gente vê na escola, na mídia, nos lugares mais

esclarecidos, é que o parto é da mulher, é da gestante e não do profissional e essa cultura aqui dentro não existe o parto é do profissional, então quando eu falo mudar o perfil, eu falo em mudar isso, quem decide qual a posição que ela quer ter o bebê, se ela quer andar, deitar, se ela ganhar abaixada, quem decide isso é a mulher, e aqui não é assim... A gente tem plantonistas muito antigos, que fazem práticas que não contemplam a Rede Cegonha e isso é uma barreira, e até complicado falar disso, porque as normas que a Rede Cegonha preconiza é que o parto seja natural, se o parto é natural ele não pode ter indução com medicação, que é o que a gente vê rotineiramente, porque a fala é a seguinte “vamos colocar para nascer”, então vamos colocar para nascer significa acelerar esse processo fisiológico. (E8)

Quando se trata de modelos de assistência, tendo como princípios norteadores as influências dos processos tecnocráticos e de humanização que se conflitam no cotidiano da assistência, surgem pistas nas falas dos participantes que apontam para a necessidade de explicitar práticas que dêem visibilidade ao exercício profissional das enfermeiras obstétricas com vistas à atuação desta profissional no parto e nascimento.

É necessário que todos entendam o nosso verdadeiro papel, entender como funciona essa melhoria no trabalho, não é trabalhar separado, é trabalhar junto, mas trabalhar com outro olhar, para isso as pessoas precisam ter esse entendimento, que seja por meio de palestras, de reuniões, de capacitações para equipe de como é o entendimento da Rede Cegonha. (E7)

Vale apontar ainda que também existiram algumas dificuldades encontradas pelos gestores em atender aos quesitos preconizados pela Rede Cegonha/MS, com destaque para aquelas relacionadas ao processo de interdependência com a política partidária local, que acaba por inferir diretamente nos assuntos internos da instituição e no grau de governabilidade gerencial.

Independente de ser a implantação da Rede Cegonha ou de qualquer outro programa, o que eu enxergo como aquilo que dificulta o trabalho da saúde é a gente não ter parâmetros técnicos, pessoas que realmente sejam as pessoas certas para tocar os problemas da saúde, a política partidária interfere muito com o bom andamento dos problemas da saúde e de uma maneira desastrosa, porque ela sempre gera descontinuidade. (E5)

A saúde deveria estar totalmente à par dessa disputa político partidária, porque se você não enxerga continuidade nas ações, porque você tem um período em que as coisas estão indo e de repente você tira os pilares de sustentação principalmente o trabalho em equipe, porque

em saúde ninguém faz nada sozinho, então o sucesso desse trabalho depende de uma equipe muito bem entrosada, do conhecimento técnico de cada um que gera um todo e que fortalece o paciente a pessoa que a gente quer cuidar. (E1)

Há muito tempo que eu venho pleiteando junto à direção que fizéssemos a inserção das enfermeiras obstétricas, mesmo sem o advento da Rede Cegonha, mas sempre a gente esbarrava na situação de RH e financeiro, e agora por questões político-partidária, porque estamos num momento de transição, mudança de governo entende? E aí tem coisas que nós como gerentes, não temos governabilidade sobre isso, então hoje ainda luto muito para ter enfermeiras obstétricas 24h na maternidade. (E8)

Expressões de profissionais de saúde e gestores sobre a inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento

É oportuno destacar que, na perspectiva dos profissionais de saúde e gestores integrantes do estudo, quando solicitados a manifestar suas opiniões sobre o objetivo principal da inserção das enfermeiras obstétricas na maternidade de ensino, os mesmos sinalizaram para a importância desta profissional na transformação no modelo de atenção ao parto e nascimento, como compreendido nas falas apresentadas a seguir:

O nosso objetivo não é só atender à Rede Cegonha, a gente queria inserir um profissional na maternidade que começasse a dar a maternidade aquela cara de serviço humanizado, de acolhimento, de tratar a gestante não como doente, mas como aquela chega para ganhar um presente, ganhar um filho é um presente, é o maior presente, com certeza. (E1)

Sem dúvida um melhor atendimento para as gestantes e parturientes, melhor condição de saúde, acolhimento, o direito de se conhecer enquanto mãe, de conhecer o parto, entender o processo que ninguém explica, quem explica é a enfermagem sem dúvida, alguém para ficar com elas ali para dar o suporte, e alguém preparado tecnicamente para fazer um parto de primeira linha. (E5)

Várias discussões emergiram das falas dos gestores envolvidos na inserção das enfermeiras obstétricas, pois além das dificuldades financeiras e de recursos humanos encontrados por eles durante o processo de inserção destas profissionais, ficou claro, como exposto nas falas a seguir, que os gestores expressaram inúmeras opiniões para justificar a inserção das enfermeiras obstétricas.

Alguns gestores, através de uma percepção mais ampliada em relação à necessidade de implantar processos de mudança de modelo obstétrico, perceberam a importância da inserção da

enfermeira obstétrica nesse contexto. Surgiram expressões que demonstraram que os gestores reconheciam a importância da atuação das enfermeiras obstétricas na mudança do modelo obstétrico, como demonstrado a seguir:

Há uns 5 anos atrás fiz uma visita ao Sofia Feldman em Belo Horizonte e a gente vê que quando a equipe está integrada, todo mundo ganha, ganha o médico, ganha a enfermagem, ganha o pessoal técnico de apoio e principalmente ganha mais a personagem principal que é a “mãe e o bebê”. Porque você tem uma atuação que além de ser integrada, você tem olhares diferentes sobre uma mesma situação. (E5)

Por isso vindo enfermeiro fica tudo muito melhor, eu sou muito a favor do enfermeiro porque ele consegue ser um bom gestor naquilo ele que faz, além der muito mais humano, muito mais presente, diferente do médico que chega lá faz e vai embora, simples. Eu sei, porque também sou médica, já o enfermeiro não. Por isso que eu preciso do enfermeiro lá. Uma maternidade cheia de enfermeiros obstetras. (E2)

A gente sabe o quanto de violência obstétrica tem, de quantos procedimentos são feitos por condutas errôneas, procedimentos que não devem mais ser usados, que já estão proibidos, coisa desse tipo viu? Acredito que a enfermeira obstétrica tenha esse olhar mais humanizado, não que a equipe médica não tenha, mas é um olhar diferente. (E3)

Ela contribuiu com a agilidade no atendimento e melhoria do acesso, porque quando não tem a enfermeiras obstétricas, as gestantes ficam horas esperando, essa foi uma contribuição delas para essas gestantes. (E4)

Compreende-se que há muito a ser feito para que as enfermeiras obstétricas ocupem verdadeiramente seu espaço em âmbito nacional, o que possibilitará um atendimento holístico priorizando a autonomia da mulher e facilitando, assim, a implementação de práticas e métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Outros expressam a visão da necessidade de buscarem a contratação das enfermeiras obstétricas como estratégia de manutenção e atendimento aos objetivos preconizados pela Rede Cegonha.

Eu não consigo visualizar um enfermeiro que não faça um parto, num hospital público que tem uma habilitação como a Rede Cegonha, por isso que eu fiquei meio frustrado na época por elas estarem somente na classificação de risco, porque eu acredito que as políticas públicas do MS evoluíram para a autonomia do trabalho

do enfermeiro, queria muito mais para elas. (E9)

O objetivo principal dessas contratações para essa classificação de risco foi a Rede Cegonha, tem que ter, porque se você vai se enquadrar nos moldes de Rede Cegonha tem que ter no quadro de profissionais a enfermeiras obstétricas, isso o programa te exige para você ter a qualificação, mas a partir daí eu não sei como a Direção enxerga a classificação de risco, como apenas um quadro de funcionários para cumprir uma exigência. (E10)

Eu creio que foi com objetivo inicial de fazer a implantação da classificação de risco com a intenção de que melhorasse o fluxo de entrada, agora melhorar a assistência ali dentro eu creio que já é uma coisa mais frágil, porque você não consegue com apenas um enfermeiro no acolhimento e na classificação e uma maternidade daquele tamanho, dar conta de melhorar a assistência, não consigo ver isso. (E13)

DISCUSSÃO

Atualmente, o “país necessita de aproximadamente de 200 mil enfermeiras obstétricas, mas conta com apenas 5 mil profissionais, em uma estimativa otimista”^{13:1}. Neste estudo, um dos maiores conflitos evidenciados fez menção à dificuldade de encontrar profissionais habilitados no município, sendo necessária a identificação e contratação de enfermeiras obstétricas de outras regiões do estado do Rio de Janeiro.

No Brasil, desde o processo de implantação da Rede Cegonha, tem sido feito um esforço coletivo para a qualificação e a contratação de enfermeiras obstétricas pelos Serviços de Saúde. Essas ações não só provocam a expansão dos postos de trabalho para estas profissionais em algumas regiões do país, como também contribuem para implementar qualidade na atenção ao parto e nascimento¹⁴.

Assim, o “investimento na formação desses profissionais especializados busca retratar a experiência bem sucedida de países industrializados, onde profissionais não-médicos são os provedores de saúde primários de mulheres saudáveis durante o parto”^{15:95}.

Desse modo, conforme os depoimentos assinalados, podemos constatar que houve necessidade de ampliação da capacitação de enfermeiros, com foco na especialização em Enfermagem Obstétrica, para que fosse possível melhor captação/contratação dessas profissionais, principalmente em municípios fora da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, que enfrentam um grande desafio para a inserção dessas profissionais em suas Unidades de Saúde, devido ao quantitativo restrito ou até mesmo a sua inexistência.

Após a apresentação dos resultados, fica evidente que a Rede Cegonha tem sido uma das maiores estratégias utilizadas para a inserção da enfermeira obstétrica no âmbito assistencial

para o enfrentamento da redução da mortalidade materno-infantil, ao propor a mudança do modelo tecnocrático vigente para outro, mais humanizado, qualificando as ações e serviços de saúde. A Rede Cegonha destaca a necessidade de implantar práticas menos intervencionistas, mudando o paradigma vigente relacionado ao parto e nascimento, procurando colocar a mulher como protagonista do processo parturitivo.

Para que essa transformação de modelo ocorra efetivamente, há necessidade de obter, na atenção obstétrica, uma assistência colaborativa entre o médico e a enfermeira obstétrica em relação aos aspectos que envolvem o cuidado à mulher e ao neonato¹⁶. Quando ocorrem conflitos que restringem, por exemplo, a atuação da enfermeira obstétrica, o foco direcionado à disputa de mercado contribui para tensionar os processos que qualificam essa assistência¹⁴.

No cenário investigado, surgiram falas apontando que as enfermeiras obstétricas têm atuado somente na classificação de risco, não sendo ampliada sua inserção direta para o acompanhamento do parto e nascimento. No entanto, ela tem respaldo legal de atuação tanto no acolhimento e classificação de risco, como na atenção ao parto de risco habitual, além do cuidado no pós-parto, conforme é preconizado não somente pela Rede Cegonha, como também tem sido determinado e garantido pela Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986 (Exercício Profissional de Enfermagem)^{17,18}.

Nesta perspectiva, existem dificuldades com relação à inserção da enfermeira obstétrica, tanto pela equipe médica, quanto pela própria equipe de enfermagem. Um dos fatores pode ser a falta de conhecimento sobre a legislação que normatiza a atuação da enfermeira, além dos conflitos de interesse relacionado ao mercado, haja vista os processos de operacionalização do ato médico¹⁹.

É oportuno dizer que o choque entre modelos de atenção faz-se presente na assistência obstétrica, onde a enfermeira realiza cuidados com base nos princípios da humanização, enquanto o médico obstetra tende a implementar, historicamente, práticas influenciadas pelo modelo tecnocrático ao cuidado da mulher, assim perpetuando “o parto como sendo a supremacia da técnica”^{20:256}. Esse modelo soma com o ideário “do homem controlar a natureza”²⁰, assim, o parto é controlado pelas inúmeras intervenções no corpo da mulher, como a cesariana, episiotomia, a medicalização, dentre outros²⁰. E atualmente há uma lógica de diminuições de intervenções desnecessárias na atenção à mulher, ao parto e nascimento, como preconizado pela OMS^{6,7}.

Assim, “o conceito de humanização para a enfermagem obstétrica envolve as atitudes, práticas, condutas e conhecimentos pautados no desenvolvimento saudável do processo do parto e nascimento”^{21:2}. Desse modo, considera-se a fisiologia da mulher, respeitando a sua autonomia e direito a um parto respeitoso, conforme as suas expectativas, traduzindo um cuidado com segurança, perpetuando uma atenção respeitosa à mulher quanto à sua dignidade e privacidade, assegurando todo apoio necessário para uma assistência humanizada^{6,7}.

Nota-se que a inserção da enfermeira obstétrica perpassa por vários obstáculos, como os relacionados às questões administrativas, financeiras, de recursos humanos, mas, sobretudo, quanto às desigualdades nas relações de poder. Percebe-se, assim, a falta de autonomia de alguns gestores frente à inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento e a falta de autonomia da própria trabalhadora quanto ao entendimento de seu exercício profissional. Nesse sentido, a autonomia da enfermeira tende a ser representada como algo que ainda não se encontra completamente estabelecida, e ainda, não é representada como ausente ou inexistente²².

Portanto, o apoio dos gestores torna-se fundamental para a inserção da enfermeira obstétrica, principalmente quando é colocado “nos ombros desta trabalhadora” destaque relacionado ao grau de responsabilidade para mudar um modelo existente. Deste modo, há necessidade que exista um conjunto de forças que contribua com a enfermeira para enfrentar as dificuldades circunstanciais para o desenvolvimento de suas práticas, tendo em vista que existe respaldo legal para a respectiva atuação, como a sua recomendação por meio das suas diretrizes da OMS ao parto e nascimento^{6,7}.

Dando continuidade à discussão dos dados, compreendem-se melhor os obstáculos encontrados por parte dos gestores para a inserção das enfermeiras obstétricas no cenário assistencial da maternidade, diante da informação de que o cenário do estudo é um hospital de ensino, cuja característica principal é o modelo assistencial centrado no médico como o principal provedor da atenção ao parto e nascimento e, portanto, responsável por altas taxas de cesarianas e intervenções no parto e nascimento.

Contraditoriamente, destaca-se que os hospitais de ensino têm como característica principal a responsabilidade do processo de formação dos profissionais envolvidos. Porém, este fato tem sido apontado como um fator dificultador para a mudança do modelo assistencial para uma prática mais humanizada e livre de intervenções desnecessárias²³. Vide a justificativa empírica relacionada à ênfase da necessidade de ensino/aprendizado de técnicas e procedimentos tecnocráticos.

No entanto, a partir da análise das falas dos entrevistados, evidenciou-se que a inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento, em diálogo com a valorização do parto humanizado, contribui por aumentar não somente a autonomia e o poder de decisão da gestante, numa relação menos autoritária, como também provoca questões que oportunizam a inserção dessa profissional. A propósito, vide o processo de implantação das tecnologias de enfermagem para o alívio da dor²⁴ e o desestímulo para o uso de intervenções consideradas desnecessárias, conforme as recomendações internacionais e nacionais^{3,4,6,7}.

Outro ponto que surgiu nas falas está direcionado às influências das disputas político-partidárias que ocorrem, resultando em interferências no processo de saúde e nas decisões internas do ambiente hospitalar. Isso contribui para diminuir a governabilidade daqueles que estão à frente do processo, desencadeando dificuldades para se atingir as metas recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela OMS⁴⁻⁷. Dessa

forma, há necessidade de que gestores e profissionais de saúde estejam realmente à frente desse processo, não sofrendo interferência de ordem partidária contribuindo, assim, para a continuidade do cuidado das equipes, como para a qualidade oferecida a população.

Destaca-se que mesmo em tempos de crise e diante de tantas dificuldades, o Brasil conseguiu manter “as demandas sociais por meio de um conjunto de intervenções públicas visando à promoção de bem-estar a partir de um sistema de saúde amplo, universal e gratuito, envolvendo a participação popular nas várias esferas de decisão colegiada”^{25:10}. Porém, ressalta-se que se faz necessária uma melhor articulação entre as três esferas do poder público (Municipal, Estadual e Federal) para que haja uma comunicação eficiente e uma fiscalização efetiva dos programas por parte das esferas superiores, para que não ocorra descontinuidade das ações propostas por eles e desperdício de recursos públicos, cada vez mais escassos. Desse modo, mostra-se importante o processo da descentralização do Estado e os benefícios conquistados para a saúde²⁶.

Garantir a construção de uma rede de mudanças para a inserção da enfermeira obstétrica depende de um trabalho coletivo com os gestores, profissionais e, mais que tudo, um desafio para toda sociedade, isto porque a “atenção humanizada ao parto refere-se à necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e criar vínculo são aspectos fundamentais no cuidado às mulheres, nesse contexto”^{21:2}.

As expressões dos profissionais de saúde e gestores sobre a inserção das enfermeiras obstétricas evidenciam as dificuldades nessa transformação do modelo assistencial, mas percebe-se que essa transição de um modelo tradicional que perdura há tantos anos, pode ser compartilhada entre as equipes, desde que os obstáculos encontrados sejam discutidos entre gestores e profissionais de saúde.

Essa transformação de um modelo de assistência para um modelo colaborativo significa uma mudança na assistência obstétrica onde ocorre a integração do médico obstetra e da enfermeira obstétrica¹⁶. Os resultados demonstraram que os gestores envolvidos na inserção dessas enfermeiras percebiam como essa profissional era importante para que a mudança pudesse ocorrer. Pode-se observar também que surgiram falas apontando que a transformação é importante para que ocorra a diminuição das intervenções desnecessárias tanto enfrentadas⁴⁻⁷, o que aconteceria mediante inserção dessas profissionais no cenário do parto e nascimento e não só no Acolhimento e Classificação de Risco.

As estratégias estabelecidas pelos gestores para essa inserção no hospital de ensino ocorreram de modo gradativo. Os resultados mostram que, primeiramente, deu-se no Acolhimento e Classificação de Risco, sendo apontadas expressões positivas. Em comparação a um estudo realizado sobre a implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca no município do Rio de Janeiro, foi observada

a diferença entre os municípios. “Cabe ressaltar que as seis maternidades do município do Rio de Janeiro onde foram implantadas inicialmente as equipes do módulo acolhimento e classificação de risco, já possuíam enfermeiras obstétricas atuando em sala de parto, o que possibilitou esse acúmulo de experiências práticas vivenciadas”^{27:3942}.

Destaca-se que no município do Rio de Janeiro, o caminho foi inverso àquele seguido no município da Região Serrana do estado do Rio de Janeiro, onde a implantação ocorreu primeiro no Módulo de Acolhimento e Classificação de Risco²⁷. O fato de já possuírem enfermeiras obstétricas atuando na sala de parto viabilizou uma experiência no espaço de trabalho, somada à aceitação da equipe e dos profissionais especializados disponíveis. Pode-se inferir que foram estratégias da gestão pública facilitadoras do processo de implantação da estratégia Programa Cegonha Carioca²⁷.

Os gestores que participaram das contratações no hospital de ensino investigado foram gestores administrativos e de coordenação de ensino. Todos demonstraram ter a mesma percepção sobre as enfermeiras obstétricas, expressando reconhecimento de que somente com a atuação delas seria capaz de promover a mudança no modelo assistencial, com destaque para crescimento coletivo da equipe, melhora da assistência à mulher, melhora no fluxo de acesso e no paradigma que envolve o parto e nascimento.

Pode-se observar, conforme os depoimentos dos participantes, que a inserção das enfermeiras obstétricas foi realizada a partir da prioridade dada às exigências da Rede Cegonha, tendo em vista a garantia do repasse de recurso via Ministério da Saúde. Foi evidenciado, nos depoimentos dos profissionais, que a Rede Cegonha teve um papel preponderante na inserção das enfermeiras obstétricas e que a estratégia inicial foi no Acolhimento e Classificação de Risco, surtindo o efeito desejado no que tange à melhoria do acesso e acolhimento às gestantes. Neste ponto, é válido destacar que ao estar a enfermeira obstétrica preparada tecnicamente para prestar uma assistência obstétrica de qualidade torna possível promover mudanças nas práticas e rotinas institucionais.

Ao analisar os conflitos expressados nos depoimentos, percebeu-se que, na visão dos profissionais de saúde, os maiores desafios encontrados no processo de inserção foram as questões estruturais e de autonomia na atuação profissional da enfermeira, principalmente em relação ao não entendimento da equipe médica e da própria equipe de enfermagem quanto à “capacidade” de atuação profissional das enfermeiras obstétricas.

Tanto os profissionais de saúde quanto os gestores concordaram que ocorreu, inicialmente, um conflito entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas, porque não houve um preparo prévio, com apresentações e esclarecimentos sobre o verdadeiro papel dessas profissionais na rotina da maternidade.

Contudo, a impressão deixada pela análise das entrevistas é de que mesmo diante dos conflitos inicialmente enfrentados de ambas as partes, as enfermeiras obstétricas trouxeram - mesmo restritas à classificação de risco - processos de

qualidade, agilidade, resolutividade e atendimento humanizado às gestantes.

O estudo viabiliza apoio aos gestores e profissionais de saúde e de educação - hospital em foco é de ensino - tendo em vista o fortalecimento e execução das políticas públicas de saúde relacionadas ao parto e nascimento. Mesmo que a abordagem sobre a lógica da reconfiguração assistencial na maternidade a partir da inserção da enfermeira obstétrica tenha sido destacada neste estudo de caso, entende-se que a dificuldade encontrada em entrevistar alguns gestores da esfera municipal (vide mudança Político-Partidária ocorrida durante coleta de informações com substituição de cargos profissionais) e o processo de investigação ter sido localizado numa instituição contribui por constatar limitações que apontam para a necessidade de replicar a pesquisa em outros cenários, sobretudo com um maior quantitativo de profissionais.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a Rede Cegonha foi uma importante estratégia no processo de inserção das enfermeiras obstétricas no hospital de ensino investigado, em concordância com as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.

No cenário pesquisado, o processo de inserção das enfermeiras obstétricas foi vivenciado por dificuldades como: carência de profissionais especializados; ausência de espaço para atuação e autonomia da enfermeira obstétrica; aspectos político-partidários influenciando na gestão institucional; conflito de atuação com os médicos obstetras; e falta de enfermeiros na sala de parto. A estratégia inicial utilizada foi a inserção destas profissionais primeiramente no Acolhimento e Classificação de Risco. No entanto, os depoentes expressaram que tal medida foi considerada como positiva, pois mesmo que as enfermeiras não estivessem atuando diretamente no parto e nascimento, os respectivos desempenhos no acolhimento e classificação foram capazes de induzir mudanças nas práticas de saúde, no acesso das mulheres, na resolutividade no atendimento e reconhecimento da atuação profissional por parte dos médicos.

Desse modo, o estudo evidencia que o cuidado da enfermeira na assistência obstétrica reforça a importante contribuição dessa profissional no que tange à prática assistencial, em conformidade com o preconizado pela assistência humanizada ao parto e nascimento. Além disso, mostra-se capaz de reconfigurar o modelo assistencial, contribuindo com mudanças por meio de uma atuação autônoma, colaborativa e de qualidade em atendimento às políticas públicas de saúde nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACA, Martins DP. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Nov-Dec; [cited 2018 Jun 13]; 29(6):1091-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1091.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>
2. Souza AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Apr-Jun; [cited 2018 Jun 13]; 20(2):324-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>
3. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017; [cited 2018 Jun 13]; 21(1):e20170015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015; [cited 2018 Jun 13]; 49(5):716-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500002>
6. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. World Health Organization. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. Minayo MCS. O Desafio da pesquisa social. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS, orgs. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 34ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
9. Demo P. *Metodologia da Investigação em Educação*. Curitiba: Intersaberes; 2013.
10. Lima DVM. Desenho de uma pesquisa: uma contribuição para autores. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2011 Oct; [cited 2018 Jun 13]; 10(2):1-20. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html>. DOI: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20113648>
11. Hospital de Ensino Alcides Carneiro [Internet]. Histórico da unidade hospitalar. Petrópolis: Hospital de Ensino Alcides Carneiro; 2015 [cited 2018 Jun 10]. Available from: <http://www.alcidescarneiro.com/institucional/historico%20Hac.pdf>
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul. Brasil precisa de milhares de enfermeiros obstetras, diz palestrante. [Internet]. 2016 Mar 17; [cited 2018 Jun 10]. Available from: http://ms.corens.portalcofen.gov.br/brasil-precisa-de-milhares-de-enfermeiros-obstetras-diz-palestrante_6227.html
14. Lima GPV, Pereira ALF, Guida NFB, Progianti JM, Araújo CLF, Moura MAV. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 Oct-Dec; [cited 2018 Jun 13]; 19(4):593-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0593.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150079>
15. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015; [cited 2018 Jun 13]; 36(esp.):94-101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0094.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>
16. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014; [cited 2018 Jun 13]; 48(2):304-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>. DOI: [10.1590/S0034-8910.2014048004633](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633)
17. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Rabelo M, Poloquesi CB. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na rede cegonha. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2016 Feb; [cited 2018 Jun 13]; 10(Supl 2):867-74. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11030/12421>. DOI: [10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201622](https://doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201622)

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998. DOU 103, de 2/6/98. Considerando o disposto na Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e no Decreto n 94406 de 08 de junho de 1987, que define as atribuições do enfermeiro obstetra. Brasília: Diário Oficial da União; 1998
19. Garcia SAL, Garcia SAL, Lippi UG. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. Einstein [Internet]. 2010; [cited 2018 Jun 13]; 8(2 Pt 1):241-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0241.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1486>
20. Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Civitas [Internet]. 2015 Apr-Jun; [cited 2018 Jun 13]; 15(2):250-71. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899/13392>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899>
21. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 13]; 21(4):e20160366. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>
22. Sena CD, Santos TCS, Carvalho CAF, Sá ACM, Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 Sep-Dec; [cited 2018 Jun 13]; 2(3):523-9. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365/pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976923365>
23. Monticelli M, Brüggemann OM, Guerini IC, Boing AF, Padilha MF, Fernandes VB. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 Jan-Mar; [cited 2016 Apr 14]; 19(1):25-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a03>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100003>
24. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005; [cited 2018 Apr 14]; 10(3):627-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
25. Pessoto UC, Ribeiro EAW, Guimarães RB. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. Saúde Soc [Internet]. 2015; [cited 2018 Jun 13]; 24(1):9-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0009.pdf>. DOI: [10.1590/S0104-12902015000100001](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100001)
26. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis [Internet]. 2013; [cited 2018 Jun 13]; 23(4):1297-316. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>
27. Sé CCS, Progiante JM, Pereira ALF. Implantação do módulo acolhimento do programa cegonha carioca no município do Rio de Janeiro. J Res Fudam Care Online [Internet]. 2016; [cited 2018 Jun 13]; 8(1):3935-44. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3375/pdf_1814. DOI: [10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3935-3944](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3935-3944)