



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Taynah Mello dos Santos Alves

**Atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da
assistência obstétrica no contexto hospitalar**

Florianópolis

2022

Taynah Mello dos Santos Alves

Atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência obstétrica no contexto hospitalar

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes

Coorientadora: Enf^a. Doutoranda Lenise Dutra da Silva

Grupo de pesquisa: Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

Florianópolis

2022

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

Mello dos Santos Alves, Taynah

Atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência obstétrica no contexto hospitalar / Taynah Mello dos Santos Alves ; orientador, Marli Terezinha Stein Backes, coorientador, Lenise Dutra da Silva, 2022.

61 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Centro obstétrico. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Equipe de assistência ao paciente. 5. Parto humanizado. I. Terezinha Stein Backes, Marli . II. Dutra da Silva, Lenise. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Taynah Mello dos Santos Alves

atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência obstétrica no contexto hospitalar

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeira” e aprovado em sua forma final pelo curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de Julho de 2022.

Prof^a. Dr^a. Diovane Ghignatti da Costa
Coordenação do Curso

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Manuela Beatriz Velho
Departamento de Enfermagem da UFSC

Dr^a. Vanessa Martinhago Borges Fernandes

Florianópolis, 2022

Dedico este trabalho aos meus pais Talitha e Edison, aos meus irmãos Filipe e Leonardo, ao meu marido Geovany e aos meus filhos Helena e Heitor, principais incentivadores desta jornada. Agradeço também à minha orientadora e co-orientadora por toda paciência e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, prestes a finalizar uma parte tão importante da minha vida, gostaria de agradecer e dedicar às seguintes pessoas:

Meus pais, Talitha Mello dos Santos e Edison Manoel Vieira Alves Junior por me ensinarem o valor do trabalho, por proporcionar condições favoráveis à minha formação, por terem me incentivado e me ajudado a conquistar um dos maiores sonhos da minha vida. Eu amo vocês!

Aos meus irmãos, Filipe Mello dos Santos Alves e Leonardo Mello dos Santos Alves, por todo o apoio!

Ao meu marido, Geovany Kriger que por tantos anos me apoiou e me incentivou. Esta conquista é nossa!

Àos meus filhos Helena Alves Kriger e Heitor Alves Kriger, que abdicaram do seu tempo comigo para que eu pudesse chegar até aqui. Vocês são minha maior inspiração!

Às minhas avós, Veroni Petronilha de Assunção e Edemee da Luz Mello, que isso possa lhes orgulhar!

À minha madrinha, Graiciellen Mello dos Santos, por sempre estar comigo!

A todos os citados acima, obrigada por acreditarem em mim.

À minha orientadora Professora Marli Terezinha Stein Backes, que tanto me ajudou nesse momento delicado de gestação e finalização da graduação.

À minha co-orientadora, Doutoranda Lenise Dutra da Silva por toda a ajuda e atenção.

A todos os professores da Universidade Federal de Santa Catarina do curso de enfermagem por compartilharem de seus conhecimentos.

E a todos que de alguma forma contribuíram para o meu aprendizado como graduanda e também no meu crescimento pessoal.

Juramento Florence Nigthingale: “Juro, livre e solenemente, dedicar minha vida profissional a serviço da pessoa humana, exercendo a enfermagem com consciência e dedicação; guardar sem desfalecimento os segredos que me forem confiados, respeitando a vida desde a concepção até a morte; não participar voluntariamente de atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; manter e elevar os ideais de minha profissão, obedecendo aos preceitos da ética e da moral, preservando sua honra, seu prestígio e suas tradições”.

ALVES, Taynah Mello dos Santos. **ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA JUNTO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR**. 2022. 61p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes, Coorientadora: Enf^a. Doutoranda Lenise Dutra da Silva.

RESUMO

Introdução: apesar da existência de diversas políticas públicas voltadas para a humanização e qualificação da assistência obstétrica e neonatal já implementadas no Brasil, ainda são altas as taxas de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, bem como as cesáreas, com níveis muito acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde. O uso destas práticas desnecessárias resulta em sofrimento físico e emocional para as mulheres e recém-nascidos, além de aumentar as chances de eventos adversos durante e após o parto. Atualmente, este cenário vem sofrendo mudanças com relação à percepção dos profissionais de saúde relacionado à importância da assistência obstétrica humanizada e o benefício materno-fetal. **Objetivo:** compreender a atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência obstétrica no contexto hospitalar. **Método:** pesquisa qualitativa, baseada na *Grounded Theory* e conduzida por amostragem teórica, no período de julho de 2015 e dezembro de 2016. Foi realizada em duas maternidades públicas de dois hospitais de grande porte de Florianópolis/SC. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada em profundidade com 29 profissionais de saúde, entre eles: enfermeiras(os) generalistas e obstetras, médicas(os) obstetras, residentes médicas(os) em obstetrícia, neonatologia e pediatria e com uma residente de enfermagem em saúde da mulher e da criança. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. A coleta e análise de dados foram realizadas concomitantemente. A análise de dados foi realizada por meio da codificação aberta, axial e seletiva/integração. Na análise dos dados também foi utilizado o mecanismo analítico denominado paradigma, preconizado por Corbin e Strauss (2015). Foram consideradas as recomendações constantes nas Resoluções nº. 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer nº. 1.148.080 e parecer nº 1.158.569 e pelas instituições onde a pesquisa foi realizada. **Resultados:** Este estudo tem como foco a categoria: “Buscando qualificar a assistência na atenção obstétrica neonatal”, com suas respectivas subcategorias: Atuação da enfermeira obstetra junto com a equipe multidisciplinar na qualificação da assistência obstétrica; Instrumentos para a padronização do cuidado na atenção ao parto e nascimento; Buscando implementar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; Evitando intervenções obstétricas desnecessárias. **Considerações finais:** identificou-se grande sensibilidade dos profissionais quanto à necessidade de humanizar a assistência obstétrica. Observou-se que a enfermeira é um profissional adequadamente capacitado para favorecer a qualidade da assistência obstétrica através de práticas não intervencionistas e baseadas em evidências, porém ainda percebe-se a dificuldade deste profissional em atuar efetivamente e com autonomia no centro obstétrico em relação ao processo de parto e nascimento.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; Equipe de assistência ao paciente; Humanização da assistência; Parto humanizado; Salas de parto; Trabalho de parto.

ABSTRACT

Introduction: despite the existence of several public policies aimed at the humanization and qualification of obstetric and neonatal care already implemented in Brazil, the rates of unnecessary interventions during labor and delivery, as well as cesarean sections, are still high, with levels far above recommended by the World Health Organization. The use of these unnecessary practices results in physical and emotional suffering for women and newborns, in addition to increasing the chances of adverse events during and after childbirth. Currently, this scenario has undergone changes in relation to the perception of health professionals regarding the importance of humanized obstetric care and the maternal-fetal benefit. **Objective:** to understand the role of nurses together with the multidisciplinary team for the qualification of obstetric care in the hospital context. **Method:** qualitative research, based on Grounded Theory and conducted by theoretical sampling, between July 2015 and December 2016. It was carried out in two public maternity hospitals of two large hospitals in Florianópolis/SC. The data collection instrument was the semi-structured interview, carried out in depth with 29 health professionals, including: generalist nurses and obstetricians, obstetricians, medical residents in obstetrics, neonatology and pediatrics and with a nursing resident in women's and children's health. The interviews were audio-recorded and transcribed in full. Data collection and analysis were performed concurrently. Data analysis was performed through open, axial and selective/integration coding. In the data analysis, the analytical mechanism called paradigm, advocated by Corbin and Strauss (2015) was also used. The recommendations contained in Resolutions no. 466/2012 and No. 510/2016, of the National Health Council. The project was approved by two Ethics Committees in Research with Human Beings under opinion no. 1,148,080 and opinion nº 1,158,569 and by the institutions where the research was carried out. **Results:** This study focuses on the category: "Seeking to qualify assistance in neonatal obstetric care", with its respective subcategories: Work of the obstetric nurse together with the multidisciplinary team in the qualification of obstetric care; Instruments for the standardization of care in labor and birth care; Seeking to implement good practices in labor and birth care; Avoiding unnecessary obstetric interventions. **Final considerations:** great sensitivity of professionals was identified regarding the need to humanize obstetric care. It was observed that the nurse is a professional adequately trained to promote the quality of obstetric care through non-interventionist and evidence-based practices, but the difficulty of this professional in acting effectively and autonomously in the obstetric center in relation to the process is still perceived of childbirth and birth.

Keywords: Delivery rooms; Humanization of assistance; Humanizing delivery; Labor, obstetric; Obstetric nursing; Patient care team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CIB – Comissão Intergestora Bipartide

CIR – Comissão Intergestora Regional

CO – Centro Obstétrico

COREQ – Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa

CPN – Centro de Parto Normal

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DPP – Data Provável do Parto

DUM – Data da Última Menstruação

eAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HU-UFSC/EBSERH - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

IG – Idade Gestacional

LC - Linha de Cuidado

MCD – Maternidade Carmela Dutra

MNF – Método Não Farmacológico

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

POP – Procedimento Operacional Padrão

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RN – Recém-nascido

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SC – Santa Catarina

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TP – Trabalho de Parto

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 PROCESSO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	15
2.2 PROCESSO FISIOLÓGICO DO PARTO	16
2.3 A ENFERMAGEM FRENTE À ASSISTÊNCIA QUALIFICADA AO PARTO E NASCIMENTO	18
3 METODOLOGIA	21
3.1 AMOSTRAGEM TEÓRICA	21
3.1.1 Local e contexto do estudo	21
3.1.2 Participantes	22
3.1.3 Coleta de dados	22
3.2 ANÁLISE DE DADOS	24
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	25
4 RESULTADOS	26
4.1 MANUSCRITO: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO CENTRO OBSTÉTRICO JUNTO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	48
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA	51
ANEXOS	54
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFSC	54
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – MATERNIDADE CARMELA DUTRA	57
ANEXO C – MODELO TEÓRICO DO MACROPROJETO: “GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL”	59
ANEXO D - PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	60

1 INTRODUÇÃO

Segundo um levantamento de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) realizado no ano de 2015, 98,08% dos partos foi realizado em hospitais e a cirurgia cesariana aconteceu em 56% da população geral (ZANARDO *et al.*, 2017). Corroborando, uma análise sobre a tendência e projeção de taxas de cesarianas a nível global e regional realizada em 2021, sugere que até 2030 28,5% das mulheres de todo o mundo terão seu filho por cesariana (BETRAN *et al.*, 2018). Nessa conjuntura, estima-se que o uso excessivo, o fornecimento inseguro e a necessidade não atendida da cesariana, podem ser um obstáculo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em 2030 (BETRAN *et al.*, 2018).

A cirurgia cesariana é essencial para salvar vidas em situações onde o parto vaginal apresenta risco, no entanto, é considerada desnecessária quando realizada em situações onde não há risco à saúde da mulher ou do seu feto. Seu uso desnecessário pode trazer riscos graves a curto e longo prazo à dupla mãe-filho (OPAS, 2021). Além da cesariana rotineira, outro ponto preocupante na saúde materna são os partos normais com intervenções desnecessárias, a pesquisa *Nascer no Brasil* realizado entre 2011 e 2012 com 23.940 mulheres em nível nacional, revelou que apenas 5,6% tiveram parto normal sem intervenção (LEAL *et al.*, 2014).

Apesar de não recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), algumas intervenções, como a episiotomia, a pressão uterina manual no fundo do útero, fluídos endovenosos para diminuir a duração do trabalho do parto, limpeza vaginal, amniotomia e cardiocografia contínua, ainda, são realizadas rotineiramente em algumas instituições. Em decorrência dessa realidade e na intenção de fugir desse sofrimento, muitas mulheres recorrem ao setor privado em busca das cesáreas eletivas (SILVA *et al.*, 2021). Segundo um estudo realizado em 2020, os maiores índices de operação cesariana são em instituições de saúde privadas. O predomínio das cesáreas eletivas está diretamente relacionado ao desestímulo durante a consulta de pré-natal do sistema privado. Constatou-se que a cesariana eletiva é considerada a primeira escolha de via de parto/nascimento para gestantes com melhor poder aquisitivo, pela falsa percepção de nascimento seguro, menos dolorido, além de ser considerado símbolo de poder socioeconômico (ROSSETTO *et al.*, 2020).

Essa assistência geradora de sofrimento físico e emocional, pelo uso irracional das tecnologias é o que impossibilita que muitos países reduzam a morbimortalidade materna e

neonatal. No entanto, este cenário vem sendo transformado com uma assistência humanizada e qualificada baseada em evidências científicas. O profissional de enfermagem tem respaldo legal conforme Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem) que assegura a atuação durante a assistência obstétrica no parto normal sem distócia, reduzindo o número de intervenções e instrumentalização (SILVA *et al.*, 2021).

Sabe-se que muitos tem sido os esforços para essa transformação, a saber, desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) vem qualificando enfermeiras para a atuação em centros de parto normal de risco habitual. O intuito é reduzir as práticas de intervenções desnecessárias, as cesarianas e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade materna e neonatal (MOURA *et al.*, 2017). A criação dos centros de parto normal de baixo risco coordenado por enfermeiras obstetras a fim de aplicar as boas práticas como a deambulação da parturiente, a presença do acompanhante, o uso do plano de parto e o estímulo ao parto vertical foi outro avanço na atenção obstétrica.

Nesse sentido, acredita-se que a enfermagem obstétrica tem papel fundamental para uma assistência mais qualificada. Além disso, por estar à frente dos serviços de saúde, são essenciais na educação em saúde e no empoderamento feminino, pontos importantes na redução da violência obstétrica. A OMS afirma que a Enfermagem é a profissão que está mais bem preparada para realizar mudanças na assistência obstétrica, devido a sua prática assistencial segura e humanística (SILVA *et al.*, 2021).

Este estudo integra um recorte dos resultados obtidos a partir do Projeto de Pesquisa intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal” coordenado pela Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo: nº 462049/2014-0. Este projeto foi fundamentado na seguinte questão de pesquisa: qual significado é atribuído à gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento? E teve como objetivo geral compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento, bem como construir um modelo teórico sobre a temática.

Diante do exposto, este estudo apresenta como pergunta de pesquisa: como se dá a atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência

obstétrica no contexto hospitalar? Para responder esta pergunta este estudo teve como objetivo compreender a atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência obstétrica no contexto hospitalar.

Espera-se, a partir deste estudo despertar reflexões e estimular a atuação das enfermeiras obstetras na assistência às gestantes de risco habitual e partos de baixo risco e instigar os estes profissionais para a atuação humanizada e qualificada no processo de gestar, parir e nascer, no intuito de contribuir para a redução dos índices de trabalho de parto, partos intervencionistas e cirurgia cesariana eletiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste Capítulo foi realizada uma revisão narrativa de literatura para a qual foi utilizada a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, a biblioteca virtual brasileira *Scientific Electronic Library Online* e *Google Acadêmico* como ferramenta de busca para artigos científicos, manuais e recomendações do Ministério da Saúde. O tema abordado é a qualificação da assistência obstétrica e neonatal. Para tanto, realizou-se aqui uma breve abordagem sobre o processo histórico da assistência obstétrica, o processo fisiológico do parto e a atuação da enfermagem frente à assistência qualificada ao parto e nascimento.

2.1 PROCESSO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

A parturição foi por um longo período, uma tradição feminina. A mulher era assistida por outras mulheres leigas, amigas, mães, avós e parteiras. O trabalho de parto acontecia dentro das residências e as práticas eram realizadas instintivamente ou algumas vezes, por intermédio do conhecimento religioso. Sendo assim, nesse período histórico o parto, pós-parto e o cuidado com o recém-nascido era considerado algo natural e fisiológico, a mulher estava no controle do seu corpo (CARREGAL *et al.*, 2020).

Entre os séculos XIV e XVII, a assistência ao parto era tutelada pela igreja católica que difundia a ideia de que o trabalho de parto era um desígnio divino, uma forma da mulher pagar pelo pecado cometido, sendo assim, eram contra-indiciadas quaisquer intervenções a fim de aliviar os riscos e o sofrimento. Durante esse período a medicina não tinha muito conhecimento sobre o parto e as parteiras chamavam os médicos apenas em partos muito difíceis (MALDONADO, 2002; TORNQUIST, 2002).

Com o passar das décadas a figura masculina se inseriu mais nos cenários de parto, havendo uma modificação na forma de ver o parto e o nascimento. Durante este processo a mulher começou a ser vista como vítima da sua natureza e o parto como um processo patológico. Nesse cenário de “violência”, com o intuito de minimizar as dores e humanizar a assistência ao parto, instituiu-se o uso de narcóticos e do fórceps. E a partir de então, o parto passou a ser de responsabilidade médica (CARREGAL *et al.*, 2020).

Com isso, durante o século XX, ocorre a institucionalização do parto e uma importante transformação no ciclo gravídico-puerperal. A assistência ao parto está sob os cuidados

médicos, as mulheres recebem sedações para não se lembrarem do evento e suas famílias não acompanham mais o trabalho de parto e nascimento. Além disso, muitas intervenções começam a ser realizadas para acelerar o trabalho de parto, parto e nascimento como a episiotomia, uso de ocitócitos, fórceps, e em alguns hospitais privados a cesariana.

Após a institucionalização do parto e nascimento e a implementação dessas intervenções de forma rotineira, as taxas de morbimortalidade materna e neonatal aumentaram, sendo necessária a inserção de políticas públicas para repensar a assistência ao parto e nascimento. Apesar das tecnologias serem importantes e contribuírem na prevenção da mortalidade materna o seu uso excessivo e desnecessário favoreceram as complicações. Diante disso, para auxiliar nesse processo de reconstrução da assistência obstétrica, o Governo brasileiro investiu na formação de enfermeiras obstétricas, considerando que estas podem atuar na assistência ao parto de risco habitual (CARREGAL *et al.*, 2020; MOUTA; PROGIANTI, 2017; POSSATTI *et al.*, 2017).

A OMS, considera a enfermeira obstetra, como fundamental no cuidado a saúde da mulher e do recém-nascido, pois este possui uma assistência integral e humanística do ser. Ao prestar a assistência ele somente intervém quando necessário e ainda contribui no empoderamento feminino e na autonomia da mulher durante o trabalho de parto, parto e nascimento (OMS, 1996; CARREGAL *et al.*, 2020).

2.2 PROCESSO FISIOLÓGICO DO PARTO

O processo de parturição inicia através do preparo psicológico para o parto. O parto é um período de grande transformação biológica e psicológica na vida de uma mulher, podendo implicar em um ciclo vital de crise existencial devido ao turbilhão de emoções que a mulher vivencia. Nesse contexto, o pré-natal se faz essencial na promoção da saúde biopsicoemocional da gestante, família e concepto (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Quando a mulher e o companheiro realizam o pré-natal na atenção primária à saúde, os profissionais de saúde, principalmente, os enfermeiras, espera-se que promovam ações de acolhimento, educação em saúde, fornecendo informações essenciais sobre a gestação, parto e pós-parto. Essas ações favorecerão um preparo físico e psíquico, oportunizando uma vivência de um trabalho de parto e parto fisiológico, natural, onde a mulher e o companheiro se tornam ativos do processo de nascimento do filho(a) (BRASIL, 2001).

Compreender a fisiologia do parto e nascimento faz-se necessária à todas as famílias. Quando se entende o processo, as dores são reduzidas, os medos e a ansiedade do desconhecido diminuem logo o trabalho de parto e parto se transformam de uma lembrança traumática para uma experiência positiva. Para isso, é essencial que a mulher conheça a fisiologia do seu corpo no processo de gestação, parto e pós parto (puerpério) (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Quando há conhecimento sobre a fisiologia do parto, a gestante entende que a partir das 37 semanas de gestação, ela e o feto já estão prontos para o parto/nascimento. Durante a gestação ocorre uma importante alteração hormonal para que todo este processo aconteça, ou seja, ambos estão sendo preparados para o parto. A gestação é marcada por dois hormônios principais, progesterona e estrogênio. Durante a gestação a progesterona realiza um bloqueio que faz com que a célula miometrial diminua a sua sensibilidade, bloqueando a condução elétrica da fibra muscular, inibindo a contração uterina e a produção de prostaglandina. A progesterona é um importante elemento no gradiente de concentração de estrogênio. É através da ação da progesterona que o corpo se reorganiza para dar espaço para o crescimento do feto que quando esta cessa, aumentam os níveis de estrogênio (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

No final da gestação, o estrogênio proporciona uma tensão das paredes uterinas, o que sinaliza o início do trabalho de parto. O trabalho de parto é anteriormente precedido pelo período premonitório, conhecido como pré-parto, quando a cúpula do útero gravídico baixa de dois a quatro centímetros e pode ser percebido através da melhora da amplitude da respiração da gestante, que até então era dificultada pela compressão diafragmática. Este fenômeno pode ser observado através da avaliação criteriosa do profissional de saúde (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Durante o trabalho de parto, ocorre a produção de outro hormônio a ocitocina, este é responsável pela contração uterina e faz com que o parto aconteça de forma fisiológica. O trabalho de parto que evolui naturalmente é clinicamente associado a contrações uterinas rítmicas e dolorosas, que evoluem para a dilatação cervical. É considerado início do trabalho de parto quando a dilatação cervical chega em três centímetros e as contrações uterinas têm frequência de três em 10 minutos. As fases do trabalho de parto se dividem em cinco principais acontecimentos: latente, ativa, transição, expulsão e dequitação (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Enquanto ocorre a fase de transição, o feto realiza os tempos do trabalho de parto que se caracterizam pelo encaixamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. A expulsão acontece quando a contração está mais intensa e frequente e adquirem um intervalo de cinco contrações em 10 minutos com dilatação de colo uterino completa. A dequitação é a quinta fase do trabalho de parto, inicia com a saída do feto e termina com a expulsão da placenta. Após o desaparecimento das dores da contração uterina, a mulher experimenta um período de euforia e bem-estar através de uma descarga hormonal de endorfina (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Quando se permite que o parto aconteça de forma natural, a mulher se torna autônoma do seu corpo e parto, logo o seu corpo se comporta fisiologicamente e adequadamente, reduzindo as chances de complicações no parto e pós-parto. Ainda, observa-se uma melhor recuperação do corpo feminino e um aumento na criação de vínculo mãe-filho (BALASKAS, 2014). Os benefícios também se estendem ao recém-nascido que, ao experienciar essa forma de nascimento pode ser colocado imediatamente em contato pele a pele, estabilizando sua temperatura corporal, propiciando a sucção do seio materno na primeira hora de vida, reduzindo as chances de hipoglicemia neonatal, e a possibilidade da secção do cordão umbilical em tempo oportuno, ou seja, após o cessamento do pulso, diminuindo assim o risco de anemia e a exposição imediata a procedimentos invasivos de rotina (BRASIL, 2017).

2.3 A ENFERMAGEM FRENTE À ASSISTÊNCIA QUALIFICADA AO PARTO E NASCIMENTO

Em algumas instituições de saúde do Brasil as mulheres ainda são submetidas ao excesso de intervenções durante o trabalho de parto. A OMS vem transformando o cenário obstétrico no Brasil e no mundo através das recomendações e das diretrizes de assistência ao parto normal. Tais mudanças permitiram uma reformulação das práticas durante a assistência, respaldada pelo respeito, qualidade da assistência, protagonismo, autonomia, satisfação da mulher, segurança e cuidado assegurado por evidências científicas. Ainda assim, mulheres são submetidas a práticas incompatíveis com estes valores (BRASIL, 2000).

O movimento de humanização do parto iniciou nos anos 2000 e até hoje vem sendo aplicado através de políticas públicas com o objetivo de qualificar a assistência. Uma das profissões que vem tomando a frente nesse movimento é a Enfermagem. O cuidado da enfermagem obstétrica é baseado na desmedicalização, na abordagem de técnicas não-invasivas e no empoderamento feminino. A partir desse cuidado a parturiente se torna

autônoma e protagonista do seu parto, contribuindo assim, para que a mulher tenha uma lembrança satisfatória desse evento tão importante em sua vida, o nascimento do filho (CAMACHO, 2010).

A gestão do cuidado de enfermagem vai além das ações administrativas, durante a assistência a enfermeira tem a missão e a competência de planejar suas ações a fim de prestar um cuidado de qualidade em conjunto com a equipe. A gestão de enfermagem no âmbito da obstetrícia passa por um grande desafio devido às suas ações estarem diretamente relacionadas ao cuidado humanizado e eficaz, além de participar ativamente na execução de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde. Nas unidades básicas as enfermeiras estão ativamente direcionadas ao atendimento pré-natal das gestantes e sua família e é neste momento que o profissional vai criar um vínculo de confiança com esta paciente e garantir que o acompanhamento seja o mais completo possível (GRYSCHEK *et al.*, 2013).

O cuidado com a gestante na Atenção Primária à Saúde (APS) irá acarretar nos resultados obtidos no centro obstétrico e está diretamente relacionado com a saúde materno-fetal. Estudos comprovam que 89% das gestantes têm realizado o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, porém, somente 15% tiveram um atendimento adequado. É durante as consultas de pré-natal que a enfermeira irá oportunizar um espaço seguro para que a mulher tire suas dúvidas, exponha seus medos, ansiedade, angústia e receba orientações que a preparem para a gestação, o parto e pós-parto. Toda essa construção do conhecimento em conjunto com o profissional empodera a mulher e permite que essa se torne ativa durante o parto e a maternidade (TOMASI *et al.*, 2017).

Um importante instrumento de trabalho para as enfermeiras da APS é o plano de parto e nascimento. O plano de parto e nascimento é um documento desenvolvido pela gestante com auxílio e direcionamento da enfermeira. A sua elaboração deve ocorrer nas consultas que antecedem o parto. Este momento é de grande importância, pois é ali que o profissional terá a oportunidade de esclarecer as dúvidas da gestante quanto ao processo de trabalho de parto e parto. De maneira geral, o plano de parto e nascimento deverá ser seguido pelos profissionais de saúde que atuam no CO, pois nele contém as informações sobre as preferências, desejos e expectativas da parturiente. Entretanto, eventualmente, ele pode não ser cumprido em casos de agravamentos à saúde da parturiente ou do feto (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

Por tratar-se de um documento que expressa as preferências e os desejos da mulher, elaborado por ela e instruído por um profissional de saúde, o plano de parto faz com que esta

mulher tome posse sobre o conhecimento das práticas realizadas no seu corpo e possa realizar uma decisão compartilhada. Esta, no entanto, é uma estratégia utilizada durante o pré-natal, de empoderamento feminino para realizar o parto natural, que perdura com consequências até o pós parto (GOMES *et al.*, 2017).

A enfermeira atua como suporte para estas mulheres desde o pré-natal e tem função de transmitir essas informações até a equipe obstétrica. Ao ignorar estas informações, a equipe deixa de proporcionar o parto em que a mulher é a protagonista, fazendo com que ela se torne coadjuvante das práticas hospitalares, privando-a do direito de exercer sua participação ativa durante o trabalho de parto e/ou proporcionando experiências indesejadas de intervenções desnecessárias (GOMES *et al.*, 2017).

3 MÉTODO

Este é um estudo de abordagem qualitativa para o qual foi utilizado o método *Grounded Theory*, denominado em português Teoria Fundamentada nos Dados. Adotou-se a versão de Strauss e Corbin (2015). Este método leva a pensar sobre a realidade e estudá-la, e tem como finalidade gerar teoria baseada em dados coletados e analisados a partir da interpretação baseada em investigação realizada sistematicamente (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

3.1 AMOSTRAGEM TEÓRICA

O estudo seguiu os princípios da amostragem teórica como é preconizado pela TFD e foi realizado no período de julho de 2015 a dezembro de 2016, em duas maternidades públicas pertencentes a dois hospitais de grande porte de Florianópolis/SC. Estas maternidades são a maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), denominada neste estudo de M1, pertencente à rede federal, e na Maternidade Carmela Dutra (MCD), denominada M2, que integra a rede estadual de saúde do estado de Santa Catarina. Ambas são responsáveis pelo atendimento público na área. A coleta e a análise de dados foram realizadas concomitantemente.

3.1.1 Local e contexto do estudo

A maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), denominada neste estudo de M1, pertencente à rede federal e atende exclusivamente pelo SUS. É o único hospital federal do estado e referência assegurando diversos atendimentos de excelência desde o nível ambulatorial quanto nível hospitalar. O HU/UFSC conta com atendimentos de emergência pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulto, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade buscando servir à Política Nacional de Humanização das Urgências e Emergências. Além disso, realiza cirurgias de especialidades em geral e serviço de odontologia hospitalar. Trabalha com residência em diversas especialidades para a formação de novos profissionais de saúde.

A Maternidade Carmela Dutra (MCD), denominada neste estudo de M2, maternidade referência na grande Florianópolis. Fica localizada no centro da cidade Florianópolis, tem mais de 6.000 m² de área construída com uma equipe de mais de 500 funcionários e corpo clínico que ultrapassa 100 profissionais. Conta com especialidades clínicas como ginecologia, oncologia ginecológica, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia e uroginecologia; especialidades cirúrgicas, ginecologia, oncologia ginecológica e uroginecologia; e serviço de apoio à diagnose e terapia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, radiologia e ultrassonografia.

3.1.2 Participantes do estudo

Os critérios de inclusão neste estudo foram: ser enfermeiro gestor ou assistencial, ser médico gestor ou assistencial e/ou estar cursando a residência em obstetrícia, neonatologia, pediatria ou em enfermagem na saúde da mulher e da criança e estar atuando em uma das unidades vinculadas às maternidades incluídas neste estudo. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou em licença de qualquer natureza.

Os participantes incluídos no estudo foram 20 enfermeiros e 9 médicos. Entre os enfermeiros, cinco eram gestores e 15 assistenciais (generalistas e obstetras), dos quais um era residente de enfermagem na saúde da mulher e da criança, já no final do curso. Entre os médicos, um ocupava o cargo de gestor do CO; dois eram da assistência (um do CO e do ambulatório e o outro da UTIN); e seis eram estudantes na modalidade de residência nas áreas de obstetrícia (três), neonatologia (dois) e pediatria (um). A idade dos participantes variou entre 24 e 59 anos completos, e o tempo de atuação na unidade, na época da coleta de dados, variou de 2 meses a 27 anos.

3.1.3 Coleta de dados

Os participantes foram selecionados por conveniência. Após, os pesquisadores entraram em contato com os participantes para agendar a data, o horário e o local da entrevista. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que foi realizada individualmente e em profundidade.

A entrevista iniciou com a pergunta principal do estudo que foi realizada a todos os participantes: O que significa para você a gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade

da atenção obstétrica e neonatal? A resposta obtida foi sendo aprofundada no decorrer da entrevista e outras perguntas foram sendo realizadas conforme consta no Apêndice A.

Os dados foram coletados por um único pesquisador experiente, com formação em nível de doutorado, na data, horário e local de trabalho dos participantes conforme a disponibilidade deles, em uma sala reservada, com a presença apenas do pesquisador e do participante.

No total, foram realizadas 29 entrevistas, das quais 19 com enfermeiras (os), três com médicos(as) obstetras, e as demais com residentes médicos em obstetrícia (3), neonatologia (2), pediatria (1) e de enfermagem (1). A duração média das entrevistas foi de 42 minutos e 17 segundos cada.

Inicialmente, foram entrevistados 10 enfermeiros da M1 que atuavam no CO, Alojamento Conjunto e UTIN. Foram entrevistados três enfermeiros gestores e sete enfermeiros assistenciais. Entre eles, apenas três não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Houve a recusa de uma enfermeira gestora.

Na sequência, para ampliar e diversificar a amostra foram entrevistados seis enfermeiras da M2, entre elas duas gestoras e quatro enfermeiras assistenciais da MCD, as quais atuavam no CO, Alojamento Conjunto, UTIN e no Ambulatório que é referência para gestação de alto risco. Destas seis enfermeiras, apenas duas não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Logo após, também foram entrevistadas mais duas enfermeiras do Ambulatório da instituição à qual pertence a M1, também referência para gestação de alto risco. Destas, uma tinha titulação como Enfermeira Obstetra.

E por último, para compreender a gestão do cuidado realizada pela enfermeira na visão dos médicos, médicos residentes e residente de enfermagem cujos profissionais executam as suas atividades conjuntamente com as enfermeiras e atuam nas mesmas unidades assistenciais, bem como para complementar a amostra, buscou-se entrevistar ainda três médicos, ambos da M1 e M2, entre eles, um gestor do CO e dois médicos assistenciais (do CO e da UTIN), seis médicos residentes, tanto da M1 como da M2, incluindo três médicos residentes em obstetrícia, dois médicos residentes em neonatologia, um médico residente em pediatria e, ainda, uma enfermeira residente de enfermagem em saúde da mulher e da criança da M1 que estava finalizando a residência multiprofissional e, para finalizar, mais uma enfermeira do CO da M1.

Para garantir melhor aproveitamento das falas dos participantes para posterior análise dos dados, os pesquisadores audiogravaram as entrevistas, utilizando um gravador de voz. As notas de campo foram realizadas durante e após a entrevista em um diário.

A coleta dos dados foi concluída quando ocorreu a saturação teórica dos dados, ou seja, quando os dados começaram a se repetir. As entrevistas foram transcritas na íntegra, pelos pesquisadores, em documento *word* e armazenadas em meio digital.

3.2 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada através do processo de codificação aberta, axial e seletiva/integração, fases distintas, mas complementares e integradas. Na codificação aberta foi realizada a microanálise dos dados oriundos de cada entrevista, linha a linha ou incidente por incidente, a fim de estimular pensamentos não lineares sobre os conceitos emergentes. Além disso, também foram formuladas perguntas aos dados e realizadas comparações teóricas. Nessa codificação aberta ocorreu o processamento das informações, acontecimento por acontecimento, até formar os conceitos ou categorias. Na codificação axial, as categorias foram desenvolvidas e se tornaram-se mais refinadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para a análise seletiva/integração foi utilizado o mecanismo analítico chamado Paradigma ou Modelo Paradigmático preconizado por Corbin e Strauss (2015), como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente os dados, e a classificar as conexões emergentes, a partir dos componentes: condições, ações-interações e consequências.

Nesta etapa de integração foi aprofundada a teoria por meio do processo de relacionar e integrar as categorias entre si para delimitar o fenômeno central, com a subtração dos dados que não foram explorados pelos participantes (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

Durante a realização do presente estudo também foram elaborados memorandos e diagramas. Os memorandos elaborados também chamados de notas de codificação, notas teóricas e/ou notas operacionais, referem-se aos registros escritos de análise ou *insights* do pesquisador. Já diagramas elaborados tratam de mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo foram consideradas as recomendações da Resolução nº 466/2012 e da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; 2016), bem como a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (ANEXO A) sob o Parecer nº 1.148.080 de 13/07/2015 (CAAE: 43112415.5.0000.0121), a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC (ANEXO B), sob o Parecer nº 1.158.569 de 24/07/2015 (CAAE: 43112415.5.3001.0114) e das Instituições onde a pesquisa foi sendo realizada.

Além disso, também foi considerada a autorização dos participantes do estudo que foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta, e que após a solicitação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias ficando uma sob responsabilidade do pesquisador e outra com o participante.

Para manter o sigilo das identidades dos participantes, estes foram identificados neste estudo pela letra P (participante) seguida de um número arábico correspondente à ordem em que foram entrevistados (P01, P02, P03 ...).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme normativa da disciplina NFR 5212 Estágio Supervisionado II, ministrada na 10ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados e discussão deste Trabalho de Conclusão de Curso serão apresentados em forma de um manuscrito. Assim sendo, na sequência será apresenta-se o manuscrito elaborado para este estudo, intitulado: “**Atuação da enfermeira no centro obstétrico junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência ao parto e nascimento**”.

4.1 MANUSCRITO: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO CENTRO OBSTÉTRICO JUNTO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Taynah Mello dos Santos Alves

Marli Terezinha Stein Backes

Lenise Dutra da Silva

RESUMO

Objetivo: compreender a atuação da enfermeira no centro obstétrico junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência ao parto e nascimento. **Método:** estudo qualitativo com referencial teórico a *Grounded Theory*. Realizado no período de agosto de 2016 a dezembro de 2016. Entrevista semi estruturada com 29 participantes profissionais de saúde de duas maternidades referência em Florianópolis/SC/Brasil, dentre eles enfermeiras (os) generalistas e obstétricas (os), médicas (os) obstetras, residentes médicas em obstetrícia, neonatologia, pediatria e uma residente de enfermagem. **Resultados:** apresenta-se a descrição da categoria 7 denominada “Buscando qualificar a assistência na atenção obstétrica neonatal” composta pelas subcategorias: Atuação da enfermeira obstetra junto com a equipe multidisciplinar na qualificação da assistência obstétrica; Instrumentos para a padronização do cuidado na atenção ao parto e nascimento; Buscando implementar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; Evitando intervenções obstétricas desnecessárias. **Considerações finais:** a assistência obstétrica ainda é intervencionista, mas percebeu-se sensibilidade dos profissionais quanto à necessidade de humanizar esta assistência. A enfermeira é um profissional capacitado para atuar na atenção ao parto e nascimento, possui autonomia para prestar o cuidado humanizado durante o trabalho de parto, porém, ainda é necessária uma reorganização da equipe multiprofissional e maior autonomia profissional da enfermeira na atenção ao parto/nascimento. É fundamental investir na capacitação dos profissionais desde a formação acadêmica e promover a especialização de novos profissionais.

Palavras-chave: Centro obstétrico. Enfermagem obstétrica. Equipe de assistência ao paciente. Humanização da assistência. Parto. Trabalho de parto.

INTRODUÇÃO

O ato de parir sempre foi e ainda é pauta de discussões da população mundial. Com o tempo, os partos deixaram de ser assistidos por parteiras, que auxiliavam no parto a domicílio e passaram a acontecer em ambientes hospitalares. Esta transição iniciou em meados do século XIX e vem sendo utilizada até os tempos atuais. Médicos conceituados da época tinham a proposta de reduzir as taxas de morbimortalidade materno-fetal durante a gestação, parto e puerpério. Com a institucionalização do parto, era possível aplicar intervenções médicas que minimizavam os riscos à vida das mulheres e de seus filhos (TORNQUIST, 2002).

A aplicação dessas intervenções foi se tornando parte de um protocolo obstétrico, sendo utilizado de forma desenfreada, em condições de saúde que não indicavam o seu uso, tornando regra o que era exceção. Evidenciado por pesquisas, atualmente, somente uma pequena porcentagem de parturientes, não são submetidas a procedimentos e intervenções durante trabalho de parto inter-hospitalar. Existem três fenômenos que comprovam a assistência intervencionista: o excesso de práticas, o uso de práticas ineficazes e o excesso de cesarianas eletivas. Hoje, no Brasil, cerca de 55% dos nascimentos são por via cirúrgica cesariana (JACOB *et al.*, 2022).

Esta invasão ao processo fisiológico do corpo feminino recebeu um termo que vem sendo utilizado em um movimento contra o trabalho de parto tecnocrático, chama-se violência obstétrica e vem sendo cada vez mais estudado por profissionais da saúde. A intenção é reverter esta situação aplicando um conjunto de práticas humanizadas que visam tornar a mulher, novamente, protagonista do nascimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tornou públicas declarações de apoio ao parto digno e respeitoso com o objetivo de tornar universal a qualidade sexual e reprodutiva (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro vem buscando qualificar a assistência obstétrica a fim de garantir a melhor via de nascimento, com maiores benefícios e menor risco de intercorrências à saúde materna e neonatal. Através das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, o MS busca revolucionar o modo de nascer no Brasil. Fundamentado por evidências científicas, as boas práticas são o enredo do cuidado obstétrico atual. O MS realizou uma pesquisa de satisfação, com uma contribuição de 396 pessoas, dentre elas, mulheres, familiares, amigos/cuidadores, profissionais de saúde, interessados no tema e instituições jurídicas. Foi constatado que 79% dos participantes em geral consideram o uso das diretrizes boas ou muito boas (BRASIL, 2017).

A enfermagem vem ganhando espaço nesta área por apresentar grande potencial para desenvolver um cuidado humanizado centrado na experiência positiva da gestante/parturiente. Com a intenção de estimular a atuação da enfermagem no cenário obstétrico, o MS lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria nº 569/00 com o objetivo de garantir a qualidade da assistência durante à gestante no pré-natal, parto e puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2000).

Este artigo integra um recorte dos resultados obtidos a partir do macroprojeto de pesquisa intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal” que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo: nº 462049/2014-0. Este projeto foi fundamentado na seguinte questão de pesquisa: qual significado é atribuído à gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento? E teve como objetivo geral compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento, bem como construir um modelo teórico sobre a temática.

A pergunta de pesquisa para este artigo foi: como se dá a atuação da enfermeira no centro obstétrico junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência ao parto e nascimento? Na busca por responder esse questionamento, estabeleceu-se o seguinte objetivo: compreender a atuação da enfermeira no centro obstétrico junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência ao parto e nascimento.

MÉTODOS

Como já mencionado, este estudo trata-se de um recorte que faz parte de um macroprojeto. Sendo assim, este estudo apresenta abordagem qualitativa, que deu continuidade ao mesmo método do referido macroprojeto.

O método utilizado foi a TFD, na versão de Strauss e Corbin, o qual ajuda a compreender a realidade e estudá-la, e tem por finalidade construir teoria baseada em dados coletados e analisados a partir da interpretação baseada em investigação realizada sistematicamente (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

O estudo seguiu os princípios da amostragem teórica. A coleta e a análise de dados foram realizadas concomitantemente durante o período de julho de 2015 a dezembro de 2016, em duas maternidades públicas de dois hospitais de grande porte, ou seja, na maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), denominada neste estudo de M1, pertencente à rede federal, e na Maternidade Carmela Dutra, denominada M2, que integra a rede estadual de saúde do estado de Santa Catarina. Ambas estão localizadas em Florianópolis/SC, no sul do Brasil, e são responsáveis pelo atendimento público na área.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: ser enfermeiro gestor ou assistencial, ser médico gestor ou assistencial e/ou estar cursando a residência em obstetrícia, neonatologia, pediatria ou em enfermagem na saúde da mulher e da criança e estar atuando em uma das unidades vinculadas às maternidades incluídas neste estudo. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou em licença de qualquer natureza.

Os participantes foram selecionados por conveniência. Após, os pesquisadores entraram em contato com os participantes para agendar a data, o horário e o local da entrevista. Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), realizada em profundidade e de forma individual.

A entrevista iniciou com a pergunta principal do estudo que foi realizada a todos os participantes: O que significa para você a gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal? A resposta obtida foi sendo aprofundada no decorrer da entrevista e outras perguntas foram sendo realizadas conforme consta no Apêndice A.

Inicialmente, foram entrevistados 10 enfermeiros da M1 que atuavam no Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Foram entrevistados três enfermeiros gestores e sete enfermeiros assistenciais. Entre eles, apenas três não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Houve a recusa de uma enfermeira gestora.

Na sequência, para ampliar e diversificar a amostra foram entrevistados seis enfermeiras da M2, entre elas duas gestoras e quatro enfermeiras assistenciais da MCD, as quais atuavam no CO, Alojamento Conjunto, UTIN e no Ambulatório que é referência para gestação de alto risco. Destas seis enfermeiras, apenas duas não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Logo após, também foram entrevistadas mais duas enfermeiras do Ambulatório da instituição à qual pertence a M1, igualmente referência para gestação de alto risco. Destas, uma tem a Titulação como Enfermeira Obstetra.

E por último, para compreender a gestão do cuidado realizada pela enfermeira na visão dos médicos, médicos residentes e residente de enfermagem cujos profissionais executam as suas atividades conjuntamente com as enfermeiras e atuam nas mesmas unidades assistenciais, bem como para complementar a amostra, buscou-se entrevistar ainda três médicos, ambos da M1 e M2, entre eles, um gestor do CO e dois médicos assistenciais (do CO e da UTIN), seis médicos residentes, tanto da M1 como da M2, incluindo três médicos residentes em Obstetrícia, dois médicos residentes em Neonatologia, um médico residente em Pediatria e, ainda, uma enfermeira residente de enfermagem da M1 e, para finalizar, mais uma enfermeira do CO da M1.

Os dados foram coletados por um único pesquisador experiente, com formação em nível de doutorado, na data, horário e local de trabalho dos participantes conforme a disponibilidade deles, em uma sala reservada, com a presença apenas do pesquisador e do participante.

No total, foram realizadas 29 entrevistas. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 42 minutos e 17 segundos cada. Para garantir melhor aproveitamento das falas dos participantes para posterior análise dos dados, os pesquisadores audiogravaram as entrevistas, utilizando um gravador de voz. As notas de campo foram realizadas durante e após a entrevista em um diário.

A coleta dos dados foi concluída quando ocorreu a saturação teórica dos dados, ou seja, quando os dados começaram a se repetir. As entrevistas foram transcritas na íntegra, pelos pesquisadores, em documento *word* e armazenadas em meio digital.

A análise dos dados ocorreu por meio da codificação aberta, axial e seletiva/integração, em fases distintas, mas de forma complementar e integrada. Na codificação aberta foi realizada a microanálise dos dados oriundos de cada entrevista, linha a linha ou incidente por incidente, a fim de estimular pensamentos não lineares sobre os conceitos emergentes. Além disso, também foram formuladas perguntas aos dados e realizadas comparações teóricas. Nessa codificação aberta ocorreu o processamento das informações, acontecimento por acontecimento, até formar os conceitos ou categorias. Na codificação axial, as categorias foram desenvolvidas e se tornaram-se mais refinadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para a análise seletiva/integração foi utilizado o mecanismo analítico chamado Paradigma ou Modelo Paradigmático preconizado por Corbin e Strauss (2015), como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a

ordenar sistematicamente os dados, e a classificar as conexões emergentes, a partir dos componentes: condições, ações-interações e consequências.

Nesta etapa de integração foi aprofundada a teoria por meio do processo de relacionar e integrar as categorias entre si para delimitar o fenômeno central, com a subtração dos dados que não foram explorados pelos participantes (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

Durante a realização do presente estudo também foram elaborados memorandos e diagramas. Os memorandos elaborados também chamados de notas de codificação, notas teóricas e/ou notas operacionais, referem-se aos registros escritos de análise ou *insights* do pesquisador. Já diagramas elaborados tratam de mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos.

O estudo foi realizado respeitando as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; 2016), com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer no 1.148.080, de 13 de julho de 2015 (ANEXO A), e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, por meio do parecer no 1.158.569, de 24 de julho de 2015 (ANEXO B), e das Instituições onde a pesquisa foi realizada.

Além disso, também foi considerada a autorização dos participantes do estudo que foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta, e que após a solicitação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Assegurando o anonimato, os participantes foram identificados neste estudo por meio de um código numérico (P01, P02, P03 ...) em que P significa “Participante”, respeitando-se o sigilo dos nomes.

O presente estudo seguiu as recomendações para a elaboração de pesquisa qualitativa dos Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa (COREQ).

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 enfermeiros e 9 médicos. Entre os enfermeiros, 5 eram gestores e 15 assistenciais, entre eles um era residente de enfermagem. Entre os médicos, um era gestor do CO; dois eram da assistência (um do CO e do ambulatório e o outro da UTIN); e seis eram estudantes na modalidade de residência nas áreas de obstetrícia (três), neonatologia

(dois) e pediatria (um). A idade dos participantes variou entre 24 e 59 anos completos, e o tempo de atuação na unidade, na época da coleta de dados, variou de dois meses a 27 anos.

Ressalta-se que este estudo é referente a um recorte do macroprojeto intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal”, e que o seu enfoque é voltado para a categoria 7 que integra o Modelo teórico – Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal (ANEXO C).

Dessa maneira, neste estudo apresenta-se a descrição da categoria 7 denominada “Buscando qualificar a assistência na atenção obstétrica neonatal” que é composta por quatro subcategorias: Atuação da enfermeira obstetra junto com a equipe multidisciplinar na qualificação da assistência obstétrica; Instrumentos para a padronização do cuidado na atenção ao parto e nascimento; Buscando implementar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; Evitando intervenções obstétricas desnecessárias.

Atuação da enfermeira obstetra junto com a equipe multidisciplinar na qualificação da assistência obstétrica

Os entrevistados compreendem que a enfermeira tem seu direito institucionalizado para realizar partos de baixo risco. Para eles, a enfermeira atua no parto sem distócia. Reconhecem que alguns profissionais têm mais diligência que outros e mais segurança para desenvolver os procedimentos com mais autonomia. Segundo eles, necessita-se de novos profissionais no ambiente obstétrico trazendo novas ambições e expectativas.

Os profissionais entrevistados compreendem que existe uma diferença no atendimento médico e no de enfermagem. Segundo eles, o atendimento de enfermagem se mostra mais acolhedor, buscando uma abordagem holística e multidimensional. Relatam que a assistência obstétrica traria grande avanço com o aumento dos atendimentos conduzidos pela enfermeira obstetra devido ao cuidado menos intervencionista deste, respeitando a fisiologia feminina. Além da preocupação com as escolhas da mulher, a enfermagem busca incentivar o contato pele-a-pele, a amamentação e aumentar a autonomia para o parto natural.

Sim. Segura, sem problemas. E a gestante de risco obstétrico habitual onde eu posso responder por todos os procedimentos sem problemas (P04).

Os entrevistados relatam que observam a mudança no comportamento profissional de alguns colegas de acordo com o médico de plantão. Alguns desconhecem seu direito de conduzir o trabalho de parto de risco habitual e deixam toda responsabilidade para o outro

profissional, confirmando que a enfermeira obstétrica na assistência ao parto é uma exceção. Outras preferem se posicionar a favor da mulher e do parto natural, mesmo sabendo que o médico plantonista é cesarista.

Durante a entrevista, os profissionais também relataram que tem observado diminuição das cesarianas conforme a postura da enfermeira em estimular e favorecer o parto normal. Compreende-se que o profissional deve buscar um atendimento mais direcionado para as pacientes a fim de oferecer o melhor atendimento e autonomia.

... eu vejo na enfermagem uma abordagem mais holística, mais integral com a mulher e com a família que, às vezes, é um pouco diferenciada. A enfermagem tem a visão de logo colocar a criança em contato pele-a-pele, e na questão da amamentação é muito mais efetiva do que os profissionais de outras profissões. A enfermagem olha de forma mais abrangente a questão da hora do parto (P01).

Para os profissionais a enfermeira pode demonstrar autonomia para a mudança do atual modelo de assistência por meio do enfrentamento da equipe para prestar a assistência sob a ótica da humanização, propondo que o trabalho de parto de gestantes de risco habitual seja conduzido pela enfermeira obstetra, acreditando que desta forma ele possa demonstrar novas maneiras de assistir ao parto. Os entrevistados relataram sobre a resistência da equipe em relação às enfermeiras assumirem efetivamente esta sua função, e que, inclusive, isso pode colocar a segurança da parturiente em risco quando ele se abstém da sua função.

Os participantes referiram sobre a necessidade de valorizar o cuidado de enfermagem e o processo como um todo e que a sistematização da assistência é uma forma de favorecer e valorizar a qualidade do serviço de enfermagem. Percebem que a sistematização auxilia no desígnio de atividades e assegura os direitos e deveres da equipe de enfermagem. Além disso, mencionaram que o registro também serve como documento para segurança judicial. Ainda, observaram a necessidade de um registro de comunicação entre os profissionais durante a passagem de plantão, propiciando uma melhor qualidade para o cuidado continuado.

Os profissionais relataram que a atuação e a abordagem da equipe de enfermagem auxiliam no fortalecimento da assistência humanizada. Ao levantar a abordagem e oferecer um embasamento científico, acontece uma alteração na percepção e preocupação em oferecer um cuidado de qualidade relacionada à escolha profissional e à construção do pensamento teórico-reflexivo. Destacaram que a enfermeira recém-admitida tem uma maior ambição por transformar e qualificar a prestação de serviço. Devido a isso, para aprimorar o cuidado obstétrico, a enfermeira busca ampliar seu conhecimento através de cursos de capacitação que

exigem dedicação e atualização constante devido o ambiente sofrer diversas dificuldades durante o cotidiano. Isso pode ser observado no seguinte depoimento:

A medicina visa muito a produção, a produtividade, e a enfermagem busca a qualidade. Então, os embates tem sido nesse sentido (P06).

Porém, os entrevistados relatam que para que a mudança aconteça, a enfermeira precisa ser engajado, utilizar de uma comunicação respeitosa que colabora para a relação interprofissional e colaborar para a construção de uma relação de confiança entre a equipe. A desvalorização da enfermeira e o vínculo fragilizado com a equipe dificulta a implementação das boas práticas. Contudo, a autonomia da enfermagem obstétrica é uma possibilidade de fortalecer a categoria profissional.

Instrumentos para a padronização do cuidado na atenção ao parto e nascimento

O uso dos instrumentos para a padronização do cuidado se mostrou eficiente segundo os entrevistados por ser uma forma de gestão do cuidado e favorece na assistência segura e qualificada, não havendo uma mudança na rotina dos atendimentos conforme o profissional do plantão. Além disso, servem para direcionar o atendimento. A revisão do manual de normas e rotinas se mostra pertinente devido às numerosas atualizações sobre o cuidado na obstetrícia. É interessante que este documento esteja disponível em fácil acesso para que qualquer profissional consiga consultá-lo.

O uso dos instrumentos de padronização, ainda, é um problema entre a equipe multidisciplinar. Apesar do manual de normas e rotinas e os protocolos estarem disponíveis nas unidades alguns profissionais não os seguem, devido à grande circulação de pessoas na unidade. Podemos observar na seguinte fala:

...aqui tem muito cuidado com a mãe e com o bebê e muita mudança de médico né? Muito plantão, vários obstetras, vários neonatologistas e, às vezes, as coisas assim se perdiam. Porque as pessoas vinham, faziam plantão e iam embora. Ou não sabiam direito qual era a rotina. Aí vem um médico e fala uma coisa, outro vem e fala outra coisa. Então aquilo deixa a pessoa confusa. Tanto o profissional, quanto o paciente. Então um explica de um jeito, outro explica de outro (P05).

Os profissionais ressaltaram a importância dos protocolos operacionais padrão (POP) como uma configuração positiva de formalizar a assistência, prevenir possíveis danos e padronizando a linguagem entre os profissionais. É indispensável à presença dos POPs nas

unidades hospitalares, pois funciona como uma ferramenta prática de conhecimento da equipe além de servir como subsídio para os procedimentos assistenciais.

Se a gente tem o POP ou alguma proposta de cuidado, a equipe como um todo usa a mesma linguagem e presta os mesmos cuidados (P02).

Buscando implementar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento

Segundo os participantes, o cuidado baseado nas boas práticas busca promover a funcionalidade fisiológica do corpo feminino para que os processos naturais favoreçam o nascimento. Desta forma, é importante que as intervenções sejam analisadas e utilizadas de forma a evitar seu uso indiscriminado e desnecessário.

Os profissionais, apesar de considerarem as instituições muito mais avançadas, ainda falam sobre o desrespeito frente à mulher e a sua intimidade durante o trabalho de parto nos centros obstétricos devido à mecanização do processo, e que o parto e o nascimento tornaram-se eventos comuns para os profissionais. Contudo, é necessário resgatar a essência do parto/nascimento e re-sensibilizar os profissionais.

É, apesar disso tudo você vê ainda muito desrespeito, né? A intimidade da mulher é muito exposta, eu acho assim. Eu já tive parto que tinha vinte e seis pessoas na sala, sabe? Essa questão da penumbra não ser respeitada, do silêncio não ser respeitado, a privacidade. Eu acho que a paciente ainda é muito exposta. Dependendo do plantão não dá autonomia para a mulher escolher a posição que quer parir, sabe?(P25).

A enfermagem tem grande influência na aplicação das boas práticas no centro obstétrico a fim de retomar a humanização da assistência. A equipe de enfermagem tem grande autonomia para oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor, a livre movimentação, a liberdade de escolha da posição para parir, a preservação da integridade perineal, o apoio à amamentação, proporcionar o contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, bem como o respeito etno-cultural, o que favorece a redução das taxas de intervenções e cesáreas desnecessárias. Os profissionais perceberam a necessidade de humanizar a assistência, também, em casos de indicação de cesariana.

Os profissionais têm observado que as aplicações dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto contribuem para o rompimento do ciclo de medo/tensão/dor causado pelos processos fisiológicos do parto e que contribuem para que o parto evolua de forma lenta e dolorosa.

a gente tem cavalinho, pufe, massageadores. Nós conseguimos implementar o óleo vegetal de semente de uva que é adequado para a pele da gestante porque ele absorve e não fica com camada de óleo superficial. Ele hidrata a pele na hora em que a gente massageia a mulher. Então a gente faz massagem no local onde ela sente, na região sacra e dos ombros, e estimula a utilização do método de Reed, o método de quebrar o ciclo tensão/medo/dor, auxiliar a mulher a relaxar na contração, respirar e conversar com ela sobre a questão da entrega, que ela sim tem o poder de retirar sua dor e que se debater contra a contração é um processo que vai contra ela mesma. Usamos da orientação, e orientar muito o acompanhante para que ele ajude ela nesse momento, são práticas que a gente faz também (P06).

A enfermagem baseia-se no cuidado humanizado e utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor como facilitadores que contribuem para a qualidade do serviço obstétrico. Os participantes relataram que com a formação e a contratação de novos médicos, observa-se uma maior preocupação com a qualidade da assistência obstétrica com menos intervenções. Mulheres assistidas pela enfermeira obstetra demonstram ter mais autonomia para expor sobre suas escolhas, apoiando desta forma um cuidado centrado no protagonismo feminino. Observa-se nas falas abaixo:

A equipe de enfermagem, o acompanhante e, por vezes, alguns profissionais da medicina, mas eles focalizam mais na respiração, na atenção e não no cuidado em si, físico, no suporte físico e emocional. A medicina conversa, alguns profissionais tem o hábito de conversar, esclarecer, mas é mais um apoio emocional do que um apoio físico. A massagem, o contato, a posição, isso realmente é a enfermagem quem faz [...] A gente como enfermeiro acaba tendo a gestão dessa assistência diariamente. A gente pede, se eu não tenho condições de agora colocar a paciente ali na posição genupeitoral, eu peço para o funcionário [técnico de enfermagem], você pode colocar ela, oriento como fazer a massagem, então eles fazem (P04).

Evitando intervenções obstétricas desnecessárias

Os índices de cesarianas ainda se mantêm altos e são inúmeras as variáveis responsáveis por esse marcador. Segundos os profissionais entrevistados, apesar de atualmente ser muito falado sobre a vontade da mulher de parir, ainda existe uma pressão das parturientes e seus familiares para a realização da cirurgia cesariana. A cultura da cesariana ainda está enraizada na nossa população, o que faz com que os índices se mantenham altos.

Do fato específico da nossa instituição ser uma unidade de referência para gestação de alto risco, e isso acaba de certa forma por aumentar o índice. E diferente do que se diz, eu acredito que existe uma pressão do usuário pela cesariana, por mais que se diga que a mulher quer parir, existe uma pressão do usuário pela realização da cesariana (P20).

Os entrevistados referiram que vem buscando reduzir o parto intervencionista, realizando a cesárea de forma eletiva por indicação clínica, porém consideraram que o número de gestante de alto risco vem aumentando e que isto está diretamente relacionada à

escolha do parto cirúrgico. Mencionaram que esta iniciando um trabalho de implementar o parto humanizado e abolição do parto intervencionista de rotina. Apesar de já ter tido mudanças positivas, a cultura intervencionista ainda está instaurada nas instituições, fazendo com que não aconteçam grandes mudanças nos índices marcadores.

Práticas consideradas não recomendadas foram revistas e analisadas e têm tido grandes avanços devido ao parto humanizado e mudança na análise dos profissionais de saúde. Intervenções como episiotomia, tricotomia e a lavagem intestinal foram descartadas da rotina institucional, sendo utilizadas apenas em casos de indicação médica.

Mas isso tem se mudado! Sim né?! Uma vez que você vê que o bebê está bem e a mãe está bem, tem uma pelve boa, o bebê está bem encaixado, está numa posição adequada, não tem por que subir essa paciente para uma cesárea! E isso é geral! Um ou outro assim é mais “cesarista”! Mas até os mais “cesaristas” eu vejo que tem uma mudança grande! Então, está mudando! (P21).

Os participantes notaram que a mudança nas condutas dos profissionais de saúde demonstra uma modificação positiva na quantidade de eventos adversos durante o parto e o nascimento, o que é extremamente significativo para a segurança dos pacientes. A segurança do paciente é uma pauta que se vem falando e algumas regras foram instituídas após a notificação de eventos adversos pelos próprios funcionários.

DISCUSSÃO

Evidencia-se que com a atual mobilização da enfermagem frente à assistência obstétrica, os cenários nos quais o presente estudo foi realizado vem sofrendo grandes mudanças. A enfermagem busca novos manejos nos padrões de assistência obstétrica a fim de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério. A enfermagem obstétrica vem para assegurar e tornar os cuidados com a mulher mais humanitários através do cuidado de parturientes de baixo risco e deve proporcionar a valorização do parto vaginal, bem como a autonomia da mulher (JUNIOR *et al.*, 2021).

Devido o olhar menos intervencionista, a enfermeira obstétrica colabora diretamente para a promoção da saúde da mulher e do RN (recém-nascido), proporcionando os benefícios do parto vaginal e a redução de possíveis intercorrências e danos. Vale ressaltar que a intervenção da enfermeira obstetra não é somente através de práticas saudáveis, mas também de um acolhimento e relacionamento ético-humanístico entre profissional e paciente

(JUNIOR *et al.*, 2021).

Para que o cuidado seja direcionado, seguro e eficaz são utilizados instrumentos que norteiam e conduzem a assistência da equipe de enfermagem. Constituem um conjunto de instrumentos de gestão da qualidade e segurança da assistência obstétrica e neonatal e contribuem de forma positiva a reduzir danos e possíveis eventos adversos durante o cuidado. Além disso, segundo Piler *et al.* (2019), a padronização do cuidado subsidia os profissionais para uma assistência qualificada, reduz a variabilidade do cuidado e auxilia na interação da equipe, desencoraja intervenções desnecessárias e estimula a implantação das boas práticas durante o cuidado materno-fetal (PILER *et al.*, 2019).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde descreve um conjunto de condutas baseadas em evidências científicas que propõe estabelecer cuidados à mulher durante o processo materno-fetal. Um conjunto de boas práticas destinado a tornar o processo de parturição seguro, além de proporcionar uma experiência positiva para a parturiente e sua família (PILER *et al.*, 2019). O uso das boas práticas tem como objetivo promover a qualidade da assistência obstétrica neonatal e reduzir os índices de mortalidade materno-fetal (RIBEIRO; SANTOS, 2019). Conforme pesquisa realizada por Lopes *et al.* (2019), o acesso às boas práticas reduz as chances de intervenção desnecessárias, tornando-se uma estratégia que garante impactos positivos durante a assistência obstétrica neonatal.

O trabalho de parto por si só pode causar diversos sentimentos para a gestante. Experiências anteriores, fatores culturais e ambientais junto ao processo fisiológico do parto, facilitam a liberação de hormônios que intensificam a dor. A atuação da enfermagem através da aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor promove a redução de intervenções durante o trabalho de parto através de técnicas que comprovam eficácia para alívio dos desconfortos fisiológicos buscando proporcionar uma melhor experiência para a mulher (SOUZA *et al.*, 2021a).

Para tornar o momento mais humanizado e personalizado, a OMS incentiva a criação do plano de parto pela gestante. Lá ela irá descrever suas intenções durante o trabalho de parto, para si e para o seu bebe conforme o manual de boas práticas obstétricas. Conforme estudo realizado, concluiu-se que a porcentagem de mulheres gestantes que conhecem este serviço ainda é muito baixa e deve-se a falta de informação, pouco conhecimento profissional e baixo incentivo dos profissionais de saúde. Esta prática se torna importante, pois possibilita aumentar o empoderamento feminino durante o trabalho de parto, diminuindo a ansiedade

durante o pré-parto, e buscando dar autonomia e poder pelo seu próprio corpo (ROCHA *et al.*, 2021).

Em 1996 com o nascimento do protocolo de uso de boas práticas obstétricas, fundado pela OMS com o intuito de expandir o cuidado na assistência obstétrica neonatal, nasce também uma nova forma de olhar dos profissionais de saúde na assistência à mulher antes, durante e após a gestação. Esse conjunto de recomendações veio para expandir o cuidado dos profissionais de saúde, baseado em evidências científicas e trazer mais autonomia e confiança para estes profissionais. O protocolo de uso de boas práticas tende a sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao uso de intervenções menos invasivas e desnecessárias durante a assistência e a relevância da participação da equipe durante a assistência, a promoção da saúde e prevenção de agravos (RIBEIRO; SANTOS, 2019).

O modelo de atenção com excessivas intervenções é prevalente no Brasil e por várias vezes ocasiona casos de violência obstétrica à mulher no pré-parto, parto e pós-parto. A formação da enfermeira obstetra é voltada para o atendimento humanizado, respeitando o transcurso fisiológico que é gestar e parir, sendo assim, consiste em práticas que priorizam e respeitam a integralidade física e psíquica da mulher, tornando o evento do trabalho de parto natural e fisiológico, priorizando protagonismo materno-fetal e evitando intervenções obstétricas desnecessárias, alterando a forma de cuidar e favorecendo a qualidade da assistência (ROCHA *et al.*, 2021).

A atuação da enfermagem obstétrica fortalece as ações referentes à assistência humanizada, colaborando com a promoção da saúde proveniente do parto vaginal, o que resulta em diversos benefícios para a saúde da mulher e do RN. É necessário amplo conhecimento da enfermeira para prestar os cuidados e as competências à parturiente, puérpera e neonato (JUNIOR *et al.*, 2021).

A criação destas normativas potencializa a formação profissional e o seu reconhecimento social, pois são o que regem a sua atuação em determinada função, credencia o desenvolvimento de suas atividades e a sua importância sócio-profissional (JUNIOR *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo foi possível compreender a atuação da enfermeira no centro obstétrico junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência ao parto e nascimento.

Os participantes mencionaram que a enfermeira obstetra demonstra competência suficiente para a atuação qualificada durante o período pré e pós gestacional e contribui para reduzir os índices de intervenções durante o trabalho de parto e na promoção do parto vaginal através do cuidado baseado em evidências científicas e do uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Observou-se que a enfermagem utiliza instrumentos de forma padronizada no cuidado para garantir a rotina e a qualidade da assistência, a fim de reduzir os riscos de eventos adversos. Porém, ainda percebe-se resistência da equipe quanto à atuação da enfermeira obstetra durante o trabalho de parto e parto e a necessidade de este ter que se moldar conforme o plantão médico.

Constatou-se também que os profissionais de saúde estão buscando aperfeiçoar seus conhecimentos e adquirir cada vez mais autonomia nesta área. Apesar disto, ainda ocorrem partos que são mediados por médicos intervencionistas e “cesaristas”, sendo que estes, felizmente, já são uma minoria que ainda resiste frente à redução destes procedimentos em situações desnecessárias.

O presente estudo proporcionou instigar a atuação interprofissional e da enfermagem obstétrica de forma a assumir o protagonismo feminino durante o trabalho de parto e parto para que a díade mãe-filho possa desfrutar de seus benefícios para a sua saúde e bem-estar. Conclui-se que é imprescindível a atuação da enfermeira nos centros obstétricos, porém torna-se necessário capacitar os profissionais desde a formação acadêmica e promover a especialização de novos profissionais.

Como limitação deste estudo considera-se a não inclusão dos técnicos e auxiliares de enfermagem, uma vez que estes também fazem parte da equipe que atua no CO.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 07 julho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 21 Junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 07 julho 2022.

CORBIN, J.; STRAUSS, A.. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. Califórnia: SAGE, 2015.

JACOB, T. N. O., *et al.* A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Esc Anna Nery**; v. 26, e20210105, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/GYhvc6TGdgSZMnFCQfBWXS/?lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

JÚNIOR, A. R. F., *et al.* Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no centro parto normal. **Esc Anna Nery**; v.25, n.2, e20200080, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3qqTn8j7RGWnG4BMkF9s3kw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

LOPES, G. C., *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após rede cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 27, e3139, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YXQKX8HZpHH4g8dTXycVp7Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

PILER, A. A., *et al.* Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de enfermagem no processo de parturição. **REME Rev Min Enferm.**; v. 23, e-1254, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1254.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

RIBEIRO, L. A.; SANTOS, D. S. S.. Implantação do protocolo de uso das boas práticas em atenção ao parto e nascimento em um centro obstétrico de feira de santana: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**; v. 43, supl. 1, p. 277-285, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140429/rbsp_v43supl1_artigo_19.pdf. Acesso em: 10 julho 2022.

ROCHA, E. P. G., *et al.* Tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal: práticas de enfermeiros e médicos obstetras. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**; v. 11, e4218, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/geova/Downloads/4218-19023-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

SOUZA, B., *et al.* Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal. **Journal of Nursing and Health**; v. 11, n.2, e2111219428, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19428>. Acesso em: 10 julho 2022.

STRAUSS, A.; CORBIN, J.. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TORNQUIST, C. S.. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**; v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC

Este trabalho possibilitou compreender a atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência obstétrica no contexto hospitalar a partir da perspectiva dos profissionais de saúde de duas maternidades de grande porte da capital catarinense.

Constatou-se que a enfermeira possui autonomia para nortear a assistência durante o trabalho de parto com base na sua formação acadêmica e especialização através de intervenções comprovadas cientificamente, desvinculando a medicalização e os procedimentos desnecessários no centro obstétrico.

A enfermeira tem a capacidade de qualificar a assistência obstétrica, empoderando a parturiente e a tornando protagonista do parto e nascimento, proporcionando assim uma experiência satisfatória a esse evento. Para isso ele utiliza-se das boas práticas e do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, que favorecem os benefícios do parto vaginal e reduzem os eventos adversos para a saúde da dupla mãe-filho.

Apesar da autonomia respaldada pela resolução COFEN nº 0477/2015e da busca constante por aperfeiçoamento do conhecimento, as enfermeiras obstétricas ainda sentem uma resistência significativa da equipe. Isso, porque ainda se observa uma assistência hierarquizada, centrada no atendimento médico intervencionista. Nesse sentido, considera-se que para uma transformação na assistência obstétrica e neonatal seja necessário a presença ativa das enfermeiras obstétricas nos centros obstétricos e uma mudança na formação, qualificando os novos profissionais para a atuação nesses cenários de saúde.

REFERÊNCIAS

BETRÁN, A. P., *et al.*. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. **The Lancet**; v.392, n.10155, p.1358–1368, 2018. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/161510451?utm_source=linkout. Acesso em: 10 julho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 10 julho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 julho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 10 julho 2022.

CAMACHO, K. G.. **A enfermeira obstétrica frente às transformações de sua prática consequente ao movimento de humanização do campo obstétrico hospitalar**. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 129f. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/11236/1/Arquivo%20final%20publicado%20Karla%20Goncalves%20Camacho.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

CARREGAL, F. A. S., *et al.*. Resgate histórico dos avanços da enfermagem obstétrica brasileira. **Hist enferm Rev eletronica [Internet]**; v. 11, n.2, p.123-132, 2020. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v11/n2/a4.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

CORBIN, J.; STRAUSS, A.. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. Califórnia: SAGE, 2015.

GOMES, R. P. C., *et al.*. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **REME Rev Min Enferm.**; v. 21, e-1033, 2017. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1169>. Acesso em: 10 julho 2022.

GRYSCHKEK, A. L. F. P. L., *et al.* **Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo.** 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n2/689-700/>. Acesso em: 11 jul. 2022.

JACOB, T. N. O., *et al.* A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Esc Anna Nery**; v. 26, e20210105, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/GYhvc6TGdgSzZMnFCQfBWXS/?lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

JÚNIOR, A. R. F., *et al.* **Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no centro parto normal.** **Esc Anna Nery**; v.25, n.2, e20200080, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3qqTn8j7RGWnG4BMkF9s3kw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

LEAL, M. C., *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 30, n. Supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 10 julho 2022.

LOPES, G. C., *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após rede cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 27, e3139, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YXQKX8HZpHH4g8dTXycVp7Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

MALDONADO, M. T.. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério.** 16. ed. São Paulo:Saraiva, 2002.

MOURA, F. M. J. S. P., *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm**; v.60, n.4, p. 452-455, jul-ago, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBXGtDrrJ99ZNQrDVVrMNHh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. O Processo de criação da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros obstetras. **Texto Contexto Enferm [Internet]**; v. 26, n. 1, e5210015, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-5210015.pdf. Acesso em: 10 julho 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS.** 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuum-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso#:~:text=%E2%80%9CA%20cesarianas%20s%C3%A3o%20absolutamente%20essenciais,e%20Reprodutiva%20e%20Pesquisa%20da>. Acesso em: 11 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura.** Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acesso em: 10 julho 2022.

PILER, A. A., *et al.*. Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de enfermagem no processo de parturição. **REME Rev Min Enferm.**; v. 23, e-1254, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1254.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, CA. **Rezende obstetrícia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

RIBEIRO, L. A.; SANTOS, D. S. S.. Implantação do protocolo de uso das boas práticas em atenção ao parto e nascimento em um centro obstétrico de feira de santana: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**; v. 43, supl. 1, p. 277-285, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140429/rbsp_v43supl1_artigo_19.pdf. Acesso em: 10 julho 2022.

ROCHA, E. P. G., *et al.*. Tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal: práticas de enfermeiros e médicos obstetras. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**; v. 11, e4218, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/geova/Downloads/4218-19023-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

ROSSETTO, M. *et al.*. Fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense. **Rev. Enferm. UFSM**; v. 10, e54, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39398/html>. Acesso em: 10 julho 2022.

SILVA, R. A., *et al.*. A atuação do enfermeiro no parto humanizado e na luta contra violência obstétrica. **Brazilian Journal of Development**; v. 7, n. 6, p. 60010-60029, jun. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/geova/Downloads/31492-80557-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 10 julho 2022.

SOUZA, B., *et al.*. Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal. **Journal of Nursing and Health**; v. 11, n.2, e2111219428, 2021. 2021a. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19428>. Acesso em: 10 julho 2022.

SOUSA, M. P. V. *et al.*. Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem. **Revista Nursing**; v. 24, n. 279, p. 6015-6019, 2021. 2021b. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1707/1958>. Acesso em: 10 julho 2022.

STRAUSS, A.; CORBIN, J.. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOMASI, E., *et al.*. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 33, n.3, e00195815, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

TORNQUIST, C. S.. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**; v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

ZANARDO, G. L. P., *et al.*. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**; v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 julho 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES

PERGUNTAS FECHADAS:

Nome: _____

Idade: ____ anos completos

Formação e ano de conclusão:

Graduação em _____, ano de conclusão _____

Especialização em _____, ano de conclusão _____

Mestrado em _____, ano de
conclusão _____

Doutorado em _____, ano de
conclusão _____

Outros cursos _____, ano de conclusão _____

Tempo de atuação no atual local de trabalho: _____

PERGUNTAS ABERTAS

1. O que você entende por gestão?
2. O que significa para você a Gestão do cuidado de enfermagem?
3. Qual é o modelo de gestão que norteia o seu trabalho enquanto Enfermeiro Gestor?
4. O que você entende por atenção materna e neonatal qualificada?
5. O que significa para você a Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal?
6. Como você percebe o **processo de trabalho** do Enfermeiro e da equipe de enfermagem no que se refere a atenção às gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento?

7. Como você percebe a Gestão do cuidado de enfermagem no **Centro Obstétrico** frente a assistência às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento?
8. Fale-me sobre o acesso, a triagem, o acolhimento, a ambiência.
9. Fale-me sobre a atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem frente ao trabalho de parto, parto, no puerpério imediato, nos cuidados imediatos ao recém-nascido.
10. Fale-me sobre a presença de acompanhante, presença de doula, presença de Enfermeiro obstetra ou parteira, presença médico obstetra e pediatra.
11. Existe enfermeiro ou parteira que realiza parto?
12. Há a utilização do partograma na unidade/Centro Obstétrico? Quem realiza o partograma?
13. Que **instrumentos de gestão** favorecem a Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal?
14. Quais instrumentos de gestão do cuidado de enfermagem são utilizados na sua unidade/local de trabalho?
15. O Enfermeiro costuma **planejar** o seu trabalho?
16. Como o Enfermeiro organiza o seu trabalho frente a atuação com as gestantes, puérperas e recém-nascidos?
17. Fale-me sobre a proposta de trabalho em rede na atenção obstétrica e neonatal a partir da Rede Cegonha.
18. No seu local de trabalho/unidade de trabalho, há acolhimento com classificação de risco das gestantes, parturientes, puérperas ou recém-nascidos?
19. Que medidas são utilizadas para garantir a **segurança** da mulher e do recém-nascido? Há notificação de eventos adversos?
20. Quais as **boas práticas** de cuidado que são utilizadas na sua unidade/local de trabalho para dar assistência às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento?
21. Quais são os **obstáculos** encontrados no seu ambiente de trabalho que dificultam a Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal?

22. Quais as **intervenções obstétricas** desnecessárias que continuam sendo utilizadas no seu ambiente de trabalho? Como o Enfermeiro lida com estas questões?
23. No seu local de trabalho/unidade de trabalho existem medidas para reduzir as intervenções obstétricas desnecessárias?
24. No seu local de trabalho/unidade de trabalho está sendo adotada alguma medida para reduzir o número de cesarianas? Qual?
25. Que instrumentos são utilizados para **avaliar a qualidade** da atenção obstétrica e neonatal?
26. Quais os **indicadores** de saúde utilizados que norteiam o seu trabalho frente a atenção obstétrica e neonatal?
27. No seu local de trabalho existem **capacitações/treinamentos** para a equipe de enfermagem? Quem escolhe os temas/cursos? Fale um pouco sobre isso.
28. No seu ambiente de trabalho/local de trabalho há **estatísticas** sobre o número de **cesáreas e episiotomias** realizadas mensalmente ou anualmente?
29. No seu ambiente de trabalho/local de trabalho há **estatísticas** sobre o número de **óbitos maternos e neonatais** por mês ou por ano?
30. No seu ambiente de trabalho há alguma dificuldade relacionada a **recursos humanos, materiais, tecnológicos** ou outros recursos? Como o Enfermeiro lida com isso?
31. No seu local de trabalho a equipe de enfermagem realiza **horas extras**? Fale um pouco sobre isso.
32. No seu local de trabalho a equipe de enfermagem apresenta **absenteísmo**? Fale um pouco sobre isso.
33. No seu local de trabalho existe **pesquisa de opinião** para as gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e seus familiares atendidos?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Marli Terezinha Stein Backes, Pesquisadora responsável, juntamente com a equipe de pesquisadores que integra o presente projeto de pesquisa, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: **Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal**, cujo objetivo geral é Compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que fará uso do método Grounded Theory, ou Teoria Fundamentada em Dados, como também é chamada.

A realização dessa pesquisa justifica-se pela necessidade de estudos sobre o tema, com a finalidade de contribuir para implementar mudanças nas práticas de enfermagem/saúde em torno do processo de gestar, parir e nascer, considerando que temos muito mais evidências sobre o que é efetivo e seguro do que sobre como fazer a mudança acontecer na prática.

Caso você aceite, sua participação na pesquisa será voluntária e ocorrerá por meio da permissão em ser observado pelo pesquisador em seu ambiente de trabalho, e/ou será através de uma entrevista em profundidade que será gravada, com duração em torno de 30 a 50 minutos. Durante a entrevista serão realizadas perguntas com questões norteadoras, que serão aprofundadas no decorrer da investigação. Também pretende-se realizar registros por meio de fotografias, filmagens e gravações, dos quais você poderá ser convidado a participar.

Como benefício dessa pesquisa espera-se melhorar as práticas de cuidado em obstetrícia e neonatologia, visando a humanização do cuidado, a qualificação da assistência, o protagonismo das mulheres no processo de nascimento e o respeito aos direitos dos usuários.

Pretendemos não expô-lo(a) a riscos. No entanto, um desconforto que você poderá ter seria em relação a entrevista em profundidade que poderá ou não desencadear em você a expressão de sentimentos relacionados a sua experiência profissional e/ou pessoal. Nesse caso, se necessário, a entrevista será interrompida e, após, continuada e/ou descontinuada se for o caso. E caso você necessite de acompanhamento ou assistência, serão tomadas as providências necessárias pelo Pesquisador responsável e demais membros da Equipe de Pesquisa durante a realização da pesquisa e/ou após o seu encerramento. Caso você precisar, poderá ser acompanhado individualmente pelo serviço de psicologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

A sua participação na presente pesquisa não acarretará em despesas para você. Você também não receberá nenhum valor financeiro em troca da sua participação na pesquisa que é voluntária. No entanto, Caso venha a ser comprovado algum prejuízo ou eventual dano a você decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado em dinheiro pelos pesquisadores que integram a presente pesquisa.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificado(a) e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão

utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda das pesquisadoras. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

Você terá plena liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência da sua participação no estudo não implicarão em prejuízo, dano ou desconforto para você.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta duas vias, sendo que a primeira via será rubricada e a segunda via será assinada ao seu término por você, pelo pesquisador que lhe entrevistar e pelo pesquisador responsável, sendo que uma delas ficará com você e a outra via ficará com as pesquisadoras.

Se você necessitar de mais esclarecimentos ou durante o estudo não quiser mais fazer parte do mesmo, sinta-se à vontade para entrar em contato com a pesquisadora responsável, pessoalmente, através do endereço: Campus Universitário – Trindade, Centro de Ciências da Saúde, BLOCO I, Sala 503. CEP: 88040-900 – Florianópolis/SC, pelos telefones: (48)9647-8131 / (48)9152-2108, ou pelo e-mail: marli.backes@ufsc.br, sem prejuízo algum. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, localizado na Biblioteca Universitária Central – Setor de Periódicos (térreo), cujo telefone para contato é: (48) 3721.9206 e E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa serão respeitados, conforme determinam as Resoluções nº 466/12 e a nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficiência, não maleficiência e justiça. O pesquisador responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV.3.

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza, o objetivo e os procedimentos da pesquisa, consinto minha participação voluntária, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pai/mãe ou representante legal (se participante menor de 18 anos)*:

Assinatura: _____

* (Se o participante é menor de 18 anos de idade, ou é incapaz, por qualquer razão de assinar, o Consentimento deve ser obtido e assinado por um dos pais ou representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação).

Data: ___/___/_____

Pesquisador responsável: Marli Terezinha Stein Backes: _____

Pesquisador principal (Entrevistador) **: _____

Nota: a qualquer momento você que participa da presente pesquisa poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra 2ª, 4ª e 6ª feiras, no horário das 8:00h às 12:00h, por telefone/fax: (48)3251-7500, ou E-mail: cep_mcd@saude.sc.gov.br.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal

Pesquisador: Marli Terezinha Stein Backes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43112415.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.148.080

Data da Relatoria: 13/07/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal" visa obtenção do título de doutor pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), área de concentração: orientado por Marli Terezinha Stein Backes. Esse projeto foi contemplado pela chamada MCT/CNPQ/Universal 14/2014 - Faixa A

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento.

Objetivo Secundário:

• Compreender a relação entre as políticas públicas e o processo de cuidar da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; • Reconhecer a gestante, a parturiente, a puérpera e o recém-nascido em sua individualidade e necessidades de assistência de Enfermagem/saúde integral durante o processo de parir e nascer; • Identificar os direitos da mulher no período grávido-puerperal e a sua funcionalidade na prática; • Reconhecer interdependência entre a saúde da

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vítor Lima,
Balno: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contabo.ufsc.br

Continuação do Projeto: 1.148.080

mulher, do recém-nascido e da família; • Reconhecer a organização do cuidado de enfermagem na atenção obstétrica e neonatal; • Construir um modelo teórico sobre a Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não pretende expor os participantes a riscos. No entanto, os riscos serão mínimos, como por exemplo, falar da experiência profissional (profissionais) e pessoal (mulheres, puérperas), o que pode desencadear a expressão de sentimentos/emoções. Para tanto, se buscará sanar essas questões dando o suporte necessário e devido a cada situação.

Benefícios:

Pretende-se com a presente pesquisa contribuir para melhorar a gestão do cuidado de enfermagem na atenção à gestante, parturiente, puérpera, recém-nascido e suas famílias com a finalidade de melhorar os processos de trabalho e contribuir para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal.

Conseqüentemente, pretende-se contribuir para reduzir a morbimortalidade materna, neonatal e infantil, reduzir o alto índice de cesáreas, difundir o conhecimento sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e sua família, tornar a mulher protagonista do parto, envolver as famílias no processo de nascimento e incentivar o parto natural. Além disso, o estudo será muito útil para o fornecimento de subsídios para a implantação das políticas públicas na atenção obstétrica e neonatal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda um tema relevante e contribuirá para o conhecimento das práticas associadas à saúde da população. A opção por pesquisar essa temática se dá pela falta de estudos na área que abordem essa questão a partir de uma visão de conjunto, levando em conta o pensamento complexo proposto por Edgar Morin. Acredita-se que as iniciativas

de pesquisa como essa, voltadas para a compreensão e a visão de conjunto sobre a atenção obstétrica e neonatal poderão subsidiar futuras discussões e mudanças acerca da perspectiva de atendimento às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e suas famílias que vivenciam o processo de nascimento, além de apontar potencialidades e fragilidades que fazem parte desse processo, e que poderão ser aprimoradas a partir

dessa pesquisa. Esse estudo de abordagem qualitativa será conduzido baseado nos princípios da amostragem teórica, sendo que a coleta e a análise dos dados serão realizadas em seqüências alternativas, de maneira que a análise irá conduzir o processo de pesquisa, motivo pelo qual não é

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vítor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.148.080

possível determinar de antemão o número de participantes do estudo. No entanto, espera-se incluir em torno de 90 participantes. O instrumento de coleta de dados será a entrevista em profundidade, a ser realizada com

sujeitos diferenciados, tais como, profissionais da saúde, gestores, gestantes, puérperas, pais e demais familiares envolvidos no processo de nascimento. As entrevistas serão realizadas nas unidades básicas de saúde pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, no centro obstétrico e no alojamento conjunto do Hospital Universitário da UFSC e Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, durante o período de março de 2015 a dezembro de 2016. Também será realizada observação participante nas referidas unidades. O processo de codificação será realizado através da codificação aberta, axial e seletiva, fases distintas, mas complementares e integradas. Na análise dos dados será utilizado o mecanismo analítico denominado paradigma, preconizado por Strauss e Corbin (STRAUSS; CORBIN, 2008), como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente

os dados, e a classificar as conexões emergentes. Durante a realização do presente estudo serão elaborados memorandos, entre eles: notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais, que referem-se aos registros escritos de análise. Além disso, também serão elaborados diagramas, que são mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos. Serão entrevistados 25 profissionais de saúde, 20 gestores, 25 gestantes, parturientes e puérperas e 20 pais e/ou familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora enviou uma emenda ao CEP da UFSC com o intuito de informar que o projeto de pesquisa não foi replicado para a Maternidade Carmela Dutra que é Co-participante da pesquisa. De acordo com a pesquisadora, o problema aconteceu ela mesma havia cadastrado a Maternidade Carmela Dutra, e desta forma, não foi cadastrada conforme consta na Plataforma Brasil.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ciente do ocorrido, encaminho voto favorável à Aprovação da emenda pelo pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos - UFSC

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 1.148.080

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 13 de Julho de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – Maternidade Carmela Dutra

MATERNIDADE CARMELA DUTRA/SC		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
Elaborado pela Instituição Coparticipante		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal		
Pesquisador: Mari Terezinha Stein Backes		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 43112415.5.3001.0114		
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina		
Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.158.509		
Data da Relatoria: 24/07/2016		
Apresentação do Projeto:		
A pesquisa tem com título " GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL", sendo que a pesquisa visa ampliar a compreensão sobre o significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal. Serão entrevistados profissionais de saúde, (gestores) das assim como gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento unidades básicas pertencentes à secretaria municipal de saúde de Florianópolis/SC, centro obstétrico e no alojamento conjunto do hospital universitário da UFSC e maternidade Carmela Dutra de Florianópolis durante o período de março de 2015 à dezembro 2016. A entrevista será gravada, sendo realizadas algumas fotos e gravações da assistência.		
Objetivo da Pesquisa:		
Compreender o significado da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérpera, pais e familiares envolvidos no processo do nascimento.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Os riscos existentes são relacionados a situação de stress durante a entrevista.		
Endereço: Rua Imã Berwanda 208		
Bairro: Centro		CEP: 88.015-270
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS	
Telefone: (48)3251-7028	Fax: (48)3251-7028	E-mail: cep_muc@ufsc.br

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 1.158.989

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A realização da pesquisa trará subsídios de como realizar a mudança na assistência de enfermagem obstétrica e neonatal para melhoria da qualidade da assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo.

Recomendações:

Com relação ao questionário também de familiares, parturientes, puérperas sugerimos a substituição de alguns termos como: fórceps, lavativa, intervenção.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho está bem elaborado com significativa importância para melhoria da assistência uma vez que propõe a construção de um modelo teórico sobre a gestão do cuidado de enfermagem a gestante, parturiente, e recém nascido.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Caso ocorram modificações do projeto original no decorrer da pesquisa, estas deverão ser submetidas a este CEP na forma de Emenda, identificando a parte do protocolo a ser modificado com a justificativa. Encaminhar para este CEP relatórios trimestrais para acompanharmos o andamento da pesquisa até o encerramento da mesma. Notificar este CEP assim que a pesquisa for encerrada.

FLORIANÓPOLIS, 24 de Julho de 2015

Assinado por:
Adriana Heberle
(Coordenador)

Endereço: Rua Imã Benedita 208
Bairro: Centro
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS CEP: 88.015-270
Telefone: (48)3251-7620 Fax: (48)3251-7626 E-mail: cep_mod@hotmail.com

ANEXO C

MODELO TEÓRICO DO MACROPROJETO: “Gestão do Cuidado de Enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal”



OBS: As subcategorias que estão com letra vermelha indicam os pontos frágeis e que precisam ser melhorados na prática das maternidades.

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Professora **Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes**, Orientadora e Presidente da Banca de avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna Acadêmica de Enfermagem **Taynah Mello dos Santos Alves**, intitulado “**Atuação da enfermeira junto com a equipe multidisciplinar para a qualificação da assistência obstétrica no contexto hospitalar**”, informo que a Banca de Defesa foi realizada no dia 18 de julho de 2022, às 15 horas, em sessão única, por meio de interação com áudio e vídeo, pela Plataforma do *Google meet*® - Link de acesso: <https://meet.google.com/jou-twcr-rfg>.

Os membros da Banca destacaram que o TCC atende aos critérios de rigor científico, relevância social e atualidade e oportuniza importantes reflexões sobre a qualidade da assistência obstétrica e acerca das possibilidades de avanço no cenário obstétrico, a partir da ótica dos colaboradores que prestam o cuidado à díade mãe-filho. Também mencionaram que no trabalho ficou claro que ainda estamos em processo de evolução na assistência obstétrica. Contudo, a partir do conhecimento e engajamento de uma equipe multiprofissional pode-se cada vez mais melhorar este cenário e não obstante, a Enfermeira Obstetra pode/deve ser mais atuante utilizando-se de seus conhecimentos para melhoria do cuidado prestado.

A Banca examinadora atribuiu nota 9,5 a este TCC na ETAPA 1 – Avaliação da apresentação escrita e defesa do TCC, e 10,0 na ETAPA 2 - Avaliação da apresentação oral do TCC. Dessa maneira, a Nota Final composta pela Média aritmética da Nota do trabalho escrito somada à Nota da Apresentação Pública foi 9,75, com arredondamento para 10,0.

A versão final do trabalho (arquivo no formato pdf) foi revisada por mim e apresenta os conteúdos e a formatação conforme as normas da ABNT orientado na disciplina TCC II para submissão no Repositório Institucional da UFSC.

Outrossim, aproveito para informar que trata-se de um trabalho relevante, atual e inovador, realizado com muito empenho e dedicação pela Acadêmica de Enfermagem Taynah Mello dos Santos Alves, que não mediu esforços para que este trabalho fosse realizado com qualidade.

Parabenizo a Acadêmica pela finalização do Curso de Graduação em Enfermagem com muito êxito e desejo que tenha uma vida profissional muito bem sucedida!

Florianópolis, 22 de Julho de 2022.

Marli Terezinha Stein Backes