



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**CONTRIBUIÇÕES PARA O DIMENSIONAMENTO DO
QUANTITATIVO DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS E
OBSTETRIZES PARA A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO
DE RISCO HABITUAL NO BRASIL**

Maria Teresa Rossetti Massari

**Rio de Janeiro
Março de 2017**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**CONTRIBUIÇÕES PARA O DIMENSIONAMENTO DO
QUANTITATIVO DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS E
OBSTETRIZES PARA A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO
DE RISCO HABITUAL NO BRASIL**

Maria Teresa Rossetti Massari

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

**Rio de Janeiro
Março de 2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Massari, Maria Teresa Rossetti.

CONTRIBUIÇÕES PARA O DIMENSIONAMENTO DO QUANTITATIVO DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES PARA A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO DE RISCO HABITUAL NO BRASIL / Maria Teresa Rossetti Massari. - Rio de Janeiro, 2017.

66 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes.

Bibliografia: f. 56-60

1. Dimensionamento. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Obstetizes. 4. Rede Cegonha. I. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Biblioteca da Saúde da Mulher e Criança/ICICT/IFF com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

*Às mulheres fortes que me inspiram.
Em especial, à Vó Elza.*

AGRADECIMENTOS

Aos espíritos de luz que guiam meus passos.

Aos meus pais, Pimpo e Mamis. Vocês são meu alicerce, meu exemplo, meu orgulho. Mesmo sem muitas vezes me entenderem me dão apoio incondicional. Vocês são o motivo de eu poder arriscar e me jogar em tudo que faço.

À Maria, que me inspira antes mesmo de me orientar. Obrigada pela paciência, pelos ensinamentos e pela delicadeza que sempre me dedicou.

Às amigas que o mestrado me trouxe: Soraya, Carla, Andrea, Luiza A, Luiza G, Amanda, Núbia, Liliane, Esther, Gilvani, Priscila e Renara. Foi muito especial viver esse processo com vocês. Tem um pouco de cada uma aqui.

À Rede Cegonha, que roubou meu coração e me trouxe pessoas lindas e um trabalho infundável.

À Tati, Aninha, Dani e Marcelle. Obrigada pelas experiências, conversas profundas e mesas de bar.

À Helô, Carlinha e Tati, a vida é mais leve com vocês.

À Lis, que mesmo distante, sempre sabe a hora de me ligar e o que dizer.

Ao Juca, que soube que eu conseguiria mesmo quando duvidei.

Ao Sérgio, a quem sempre me faltam palavras para agradecer.

Aos especialistas que me ajudaram a construir esse trabalho.

Às enfermeiras obstetras e obstetrizes, que inspiram essa tese. Obrigada! O mundo é um lugar melhor com vocês.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

		Página
Figura 1	Etapas da Pesquisa	30
Figura 2	Fases de aplicação da Técnica de Grupo Nominal	31
Quadro 1	Procedimentos da EO/O, frequência e tempo médio na atenção ao parto e nascimento de risco habitual	34
Quadro 2	Procedimentos da EO/O na atenção ao parto e nascimento de risco habitual	37
Quadro 3	Procedimentos da 2º Profissional	40
Figura 3	Dedicação da Enfermeira Obstetra e Obstetriz no 1º Período do Trabalho de Parto	41
Quadro 4	Dedicação da Enfermeira Obstetra e Obstetriz no 2º, 3º e 4º Períodos do Trabalho de Parto	42
Quadro 5	Dedicação da 2ª Enfermeira Obstetra e Obstetriz	42
Quadro 6	Nascidos Vivo por região – 2015	44
Quadro 7	Necessidade de EO/O para realização de 50% e 70% dos partos normais segundo Sinasc 2015	46
Quadro 8	Necessidade de EO/O para 65% de PN e 70% dos partos sendo realizados por EO/O	47
Quadro 9	Estimativa de necessidade de EO/O considerando a escala 24h/120h	49
Figura 4	Quantitativo de EO/O necessárias por região para 65% PN e 70% partos de baixo risco, em escalas 24hX120h	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPN – Centro de Parto Normal

EO – Enfermeira Obstetra

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

O – Obstetiz

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PRONAENF – Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica

RN – Recém-nascido

SINASC – Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TGN – Técnica de Grupo Nominal

RESUMO

Embora a atuação de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes na atenção ao parto e nascimento de risco habitual no país ainda seja incipiente em termos numéricos, sua atuação é reconhecida pelo impacto positivo na melhoria dos indicadores obstétricos. Uma das dificuldades hoje enfrentadas, no cenário da Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia é a insuficiência de diretrizes que possam subsidiar a formação e inserção dessas profissionais. Mesmo com tantas iniciativas governamentais para ampliação dos cursos de formação e qualificação, ainda existe um número insuficiente de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes atuando no SUS. Buscou-se parâmetros para o dimensionamento dessas profissionais em documentos oficiais e na literatura, no entanto não foram encontrados resultados satisfatórios para que as diferentes instâncias acadêmicas e de gestão em saúde possam definir o quantitativo necessário dessas especialistas. Dessa forma, torna-se difícil programar novas ações, a médio e longo prazo, a fim de atingir a suficiência de profissionais nesse setor tão específico. Este estudo buscou contribuir para a estimativa da necessidade de enfermeiras obstetras e obstetrizes para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil, segundo região geográfica. Foi realizado um estudo exploratório no campo do planejamento e programação em saúde. Os dados desta pesquisa foram coletados entre junho e novembro de 2016 em quatro etapas, sendo uma para pesquisa documental, uma consulta à especialistas e dois encontros utilizando a Técnica de Grupo Nominal. Se considerarmos o total de partos de 2015, para 2.886.272 partos, com uma taxa de cesariana de 35% e 70% dos partos normais acompanhados por Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes, a atenção a 1.313.253 partos exigiriam a atuação de 10.788 Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes. Esse número equivale a uma Enfermeira Obstetra e Obstetrix para cada 267 partos/ano. Nessa lógica de escala, considerando que 50% desses partos normais que ocorrem hoje (média de 1.742 partos/dia), seriam necessárias 5.226 Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes, uma Enfermeira Obstetra e Obstetrix para cada 552 partos/ano. Para que 70% dos partos normais que ocorreram em 2015 seja acompanhado por Enfermeira Obstetra e Obstetrix, seriam necessárias 7.320 profissionais, ou seja, uma Enfermeira Obstetra e Obstetrix para cada 394 partos/ano.

Descritores: Dimensionamento; Enfermagem obstétrica; Obstetrizes; Rede Cegonha.

ABSTRACT

The performance of Obstetric Nursing care in childbirth and birth is recognized by the positive impact on the improvement of obstetric indicators. In Brazil, despite government initiatives to expand training and qualification courses, there is still an insufficient number of Midwives and Obstetric Nurses working in the Unified Health System. In this context, one of the difficulties nowadays is the lack of guidelines that can subsidize necessary quantification and the insertion of these professionals on a national scale. Faced with the inadequacy of these parameters, an exploratory study was carried out in the field of health planning and programming to estimate the need for Midwives and Obstetric Nurses to attend to childbirth usual risk birth in Brazil, according to geographic region. The methodological steps of this research took place between June and November 2016 in four stages, one for documentary research, one expert consultation and two meetings using the Nominal Group Technique. If we consider the total number of deliveries in 2015, for 2,886,272 deliveries, with a cesarean rate of 35% and 70% of normal births attended by Midwives and Obstetric Nurses, the attention to 1,313,253 deliveries would require the performance of 10,788 Midwives and Obstetric Nurses. This number is equivalent to one Midwife and Obstetric Nurse for every 267 births / year. In this logic of scale, considering that 50% of these normal deliveries occurring today (average of 1,742 deliveries per day), it would be necessary to have 5,226 Midwives and Obstetric Nurses, one Midwife and Obstetric Nurse for each 552 deliveries / year. For 70% of the normal births that occurred in 2015 to be accompanied by Midwives and Obstetric Nurses, it would require 7,320 professionals, that is, one Midwife and Obstetric Nurse for every 394 deliveries per year.

Keywords: Obstetric nurses; Midwives Rede Cegonha

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive”.*

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	JUSTIFICATIVA	17
3.	OBJETIVOS	
3.1	3.1 Objetivo Geral	18
3.2	3.2 Objetivos Específicos	18
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	
4.1	Aspectos Históricos da Enfermagem Obstétrica, Obstetizes e Parteiras no Brasil	19
4.2	Arcabouço legal da atuação da enfermagem obstétrica e obstetizes no Brasil	22
4.3	Atuação da Enfermagem Obstétrica e Obstetizes na Atenção ao Parto Normal de Risco Habitual	23
4.4	Trabalho de Parto e Parto	24
4.4.1	Primeiro Período do Trabalho de Parto	25
4.4.2	Segundo Período do Trabalho de Parto	25
4.4.3	Terceiro Período do Trabalho de Parto	26
4.4.4	Assistência ao Recém-Nascido (RN)	26
4.5	Dimensionamento de Pessoal	26
5.	METODOLOGIA	
5.1	Desenho de Estudo	32
5.2	Etapas da Pesquisa	32
6.	RESULTADOS	
6.1	Definição dos procedimentos que integram a prática da Enfermeira Obstetra e Obstetiz na Atenção ao Trabalho de Parto, Parto e Nascimento.....	33
6.2	Validação dos procedimentos que integram a prática da Enfermeira Obstetra e Obstetiz e estimativa de tempo e frequência por procedimento.....	34
6.3	Definição do tempo profissional na assistência ao parto e nascimento de risco habitual e dimensionamento do quantitativo de Enfermeiras Obstetras e Obstetizes por número de partos.....	37

6.4 Aplicação de parâmetros em diferentes cenários.....	45
7. DISCUSSÃO.....	50
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
9. REFERÊNCIAS	56
10. ANEXOS	
Instrumento 1.....	60
Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	64

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não existem justificativas que sustentem taxas de cesariana superiores a 15%. O Brasil é hoje um dos países que mais realiza cirurgias cesarianas no mundo. No Sistema Único de Saúde (SUS) essa taxa é de 40%, enquanto que na Saúde Suplementar chegou a 84% no ano de 2012¹.

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza. A declaração diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%”^{1,2}.

Elevadas taxas de cesariana são determinantes para os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal³. Os países que concentram os menores indicadores de mortalidade materna no mundo (menos de 15 por 100 mil nascidos vivos), não por coincidência possuem taxas de cesariana entre 13 e 16%, como é o caso da Holanda, Noruega e Suécia, além da efetiva atuação de parteiras. O modelo holandês tem sido usado para indicar que a assistência ao parto fora do hospital e efetuada por parteiras profissionais traz bons resultados. Observa-se a manutenção de uma taxa de cesariana em torno de 13% na última década⁴.

Pode-se considerar que no Brasil 92% dos óbitos maternos são por causas evitáveis. Dessas, as causas de mortalidade materna diretas, que estão ligadas à assistência prestada durante o parto, correspondem a dois terços dos óbitos maternos⁵.

Nas últimas décadas, o Brasil reduziu seus indicadores de mortalidade materna de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2011⁶. Mesmo com essa redução de mais de 50 % dos óbitos materno, o Brasil ainda está longe de indicadores considerados aceitáveis, que são de até 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos⁷.

Além dos altos índices de mortalidade materna enfrentados hoje no país, o modelo brasileiro de assistência ao parto privilegia ações de medicalização, seja pela indicação de uma cesariana eletiva ou pelo uso de tecnologias desnecessárias na assistência ao parto normal⁸. Para Barros et al.⁹, o uso irracional de tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo: é justamente o alto índice de intervenções desnecessárias e sem evidências científicas que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

Se por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade e não como rotina¹⁰.

A fim de tentar reverter esse cenário e modificar o modelo de atenção ao parto no país, em 24 de junho de 2011 o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, instituída pela Portaria GM nº 1.459¹¹. Dentre seus objetivos destacamos:

- Implementar novo modelo de atenção à saúde da mulher
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil
- Reduzir a mortalidade materna e infantil

A Rede Cegonha é uma importante estratégia do Governo Federal na perspectiva da mudança no modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e que também reduza os índices de mortalidade materna e infantil¹².

Para potencializar as ações da Rede Cegonha de incentivo ao parto normal e melhoria da ambiência nos hospitais e maternidades, em 7 de janeiro de 2015, o Ministério da Saúde lança a Portaria GM nº 11, redefinindo as diretrizes e incentivando a implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS¹³. De acordo com a Portaria, os CPN devem estar vinculados à uma maternidade de referência, podendo ser espaços dentro das próprias Instituições ou localizar-se próximo a elas. A assistência nos CPN é prestada unicamente por enfermeiras obstetras (EO) e/ou obstetrites (O), sendo, portanto, espaços que atendem gestantes de risco habitual e que tenham realizado pré-natal sem intercorrências.

No Brasil, a atuação da Enfermagem Obstétrica é regulamentada pela Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86) e seus desdobramentos. A Lei do Exercício Profissional afirma a importância do acompanhamento do trabalho de parto, com o pagamento e treinamento de Enfermeiras Obstetras para realizar partos normais, em hospitais e em domicílio¹⁴. Já a atuação das Obstetrites é reconhecida pela Resolução nº 516 de 2016.

Embora a atuação de Enfermeiras Obstetras e Obstetrites no cuidado ao parto de risco habitual no país ainda seja incipiente em termos numéricos, sua atuação é reconhecida pelo impacto positivo na melhoria dos indicadores obstétricos¹⁵.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem investindo na ampliação da força de trabalho da Enfermagem Obstétrica e Obstetrites para tentar reverter e qualificar a

assistência ao parto e a epidemia de cesariana vivida hoje no país. De 1999 a 2004 financiou 76 cursos de especialização na área, qualificando 1366 enfermeiras obstétricas¹⁶.

Buscando ampliar e qualificar a formação de especialistas em enfermagem obstétrica/obstetrizes, em 2012 o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), instituiu o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF)¹⁷. As residências em enfermagem obstétrica do PRONAENF são ligadas à Instituições que garantem a qualificação e certificação desses profissionais para atuarem enquanto especialistas.ⁱ

Além disto, ainda no âmbito da formação e qualificação de enfermeiras para a área de atenção obstétrica, o Ministério da Saúde passou a financiar centros de especialização em Enfermagem Obstétrica e cursos de aprimoramento para profissionais já tituladas¹⁸. Estas iniciativas voltam-se às profissionais que atuam em serviços do Sistema Único de Saúde e que receberam incentivos da Rede Cegonha.

ⁱ A residência em área profissional da saúde consiste em uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, como regulamentada no artigo 3º da Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 2, de 13 de abril de 2012 do MEC¹⁷, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área de Saúde .

Foram inicialmente selecionadas 17 Instituições para o PRONAENF em 2012, sendo 4 na região Norte, 3 na região Nordeste, 1 na região Centro Oeste e 9 na região Sudeste. Esses espaços de formação têm sido reconhecidos como uma nova modalidade educativa, que prioriza a atuação baseada em evidências científicas e nos princípios de humanização da assistência ao parto e nascimento¹⁹.

2. JUSTIFICATIVA

Mesmo com tantas iniciativas governamentais para ampliação dos cursos de formação e qualificação desses profissionais, ainda existe um número insuficiente de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizas atuando no SUS (Dias e Domingues²⁰; Progianti e Mouta²¹; Vieira et al.²²; Tyrrel e Santos²³; e Pereira²⁴).

Uma das dificuldades hoje enfrentadas, no cenário da Obstetrícia, é a insuficiência de diretrizes que possam subsidiar a formação e inserção de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizas. Buscou-se parâmetros para o dimensionamento de EO/O em documentos oficiais e na literatura, no entanto não foram encontrados resultados satisfatórios para que as diferentes instâncias acadêmicas e de gestão em saúde possam definir o quantitativo necessário dessas especialistas. Dessa forma, torna-se difícil programar novas ações, a médio e longo prazo, a fim de atingir a suficiência de profissionais nesse setor tão específico.

Considerando que: (1) a inserção da EO/O na cena do parto é estratégia valorizada na perspectiva da qualificação do cuidado; (2) os CPN requerem atuação exclusiva de EO/O; e (3) a formação dessas especialistas vêm recebendo incentivos federais para expansão em todo território nacional; entendemos a necessidade de realização de estudos científicos que auxiliem no planejamento e na definição do quantitativo de EO/O para atuarem nesses espaços. Para tanto, esse trabalho busca contribuir para a estimativa da necessidade de enfermeiras obstetras e obstetrizas para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil, segundo região geográfica.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver parâmetros para o dimensionamento de enfermeiras obstetras e obstetrizas para atenção ao parto de risco habitual no Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

Propor e validar parâmetros para o dimensionamento de enfermeiras obstetras e obstetrizas para atenção ao parto de risco habitual

Aplicar os parâmetros considerando as diferentes regiões geográficas brasileiras

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Aspectos Históricos da Enfermagem Obstétrica, Obstetrizes e Parteiras no Brasil

O nascimento é um evento fisiológico e natural, assim como parir. Durante séculos, acompanhar os partos, “partejar”, foi papel eminentemente feminino. Partejar é tão antigo quanto a própria história da humanidade. As grávidas eram auxiliadas por outras mulheres, vizinhas e amigas, muitas vezes mais velhas, as chamadas parteiras. Essas, difundiam seus conhecimentos através das gerações²⁵.

A concepção do parto enquanto evento fisiológico, durante muito tempo, contribuiu para manter a medicina longe desse cenário²⁶. No entanto no século XVI o inglês Peter Chamberlen inventou o fórceps, que mudou para sempre os rumos da obstetrícia no mundo. As parteiras foram proibidas de utilizar o fórceps, o que deu início à participação masculina em um espaço até então ocupado somente por mulheres²⁷.

A partir do século XVIII sedimentou-se a participação masculina no parto, na figura dos médicos, que passaram a criar normas para o exercício da profissão, ao mesmo tempo que perseguiram as parteiras. As parteiras continuaram atuando com o mínimo de intervenções possíveis, segundo as tradições de seu modelo, o que as distanciou ainda mais da medicina moderna que estava se iniciando. Em 1902 a Inglaterra reconheceu oficialmente a profissão de parteira, com o *Midwives Act*. Processo contrário ocorreu nos Estados Unidos nesse período, onde parteiras foram

associadas a altas taxas de mortalidade materna e perinatal, o chamado *Midwife problem*²⁵.

No século XX, mais especificamente após a Segunda Guerra Mundial, os partos hospitalares passaram a ser predominantes e a cultura médica intervencionista hegemônica. Com isso, houve a incorporação de rotinas cirúrgicas durante o parto, como a episiotomia e o uso profilático do fórceps²⁶.

No Brasil os pajés e as parteiras acompanharam os partos até o século XIX, quando foram criados cursos de medicina na Bahia e Rio de Janeiro, já no modelo do “médico-parteiro”²⁶.

Devido à grande influência americana no Brasil e América Latina e ao *Midwife problem*, a partir do século XX o Brasil se distancia da cultura das parteiras e assume o médico como ator principal, e os hospitais como cenário dos partos. Para Osava (1997)²⁷, nesse modelo de atenção ao parto, o aparelho reprodutivo é visto como uma máquina, manejada por um técnico habilidoso, o médico – o atendimento à parturiente é organizado como uma linha de montagem e, se a dilatação não progride de acordo com o esperado, “um soro com ocitocina é instalado porque a máquina está defeituosa”²⁷.

Existem três principais modelos que comportam diferentes perfis profissionais na assistência ao parto no Brasil: cuidado oferecido por enfermeiras obstetras e obstetrites, cuidado oferecido por médicos obstetras e cuidado colaborativo entre os dois profissionais¹⁰.

Para Wolff²⁶, por ser a enfermagem uma profissão predominantemente feminina, constituída em sua base histórica por mulheres, ela não pode estar desvinculada da questão de gênero quando se discute o cotidiano do exercício profissional da enfermagem. Existe uma questão de poder hegemônico na relação dos profissionais

médicos conflitando nas relações de seus saberes com os saberes das enfermeiras, na institucionalização do parto normal²⁶.

As profissões de parteira, obstetrix e enfermeira obstétrica, em sua origem, formação e exercício profissional, são diferentes. Parteira é o título mais antigo dessa profissional, posteriormente denominada enfermeira obstétrica e obstetrix. Enfermeira obstetra é a denominação mais recente e consolida a formação de enfermeira (substantivo), adjetivada pela titulação de especialista na área (obstetra). Embora pareçam nuances de menor importância, traduzem modificações na legislação de ensino e na concepção quanto à modalidade de formação e da própria profissão²⁸.

No âmbito internacional, as entidades que representam obstetrixes e enfermeiras obstétricas são a Confederação Internacional de Obstetrixes (International Confederation of Midwives – ICM) e o Conselho Internacional de Enfermeiras (International Council of Nurses – ICN). No Brasil esse papel é desempenhado pela ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrixes e Enfermeiras Obstetras), desde a sua criação em 1992ⁱⁱ.

No Brasil, até 1949 toda legislação do ensino da profissão de parteira esteve contida na legislação do ensino de medicina. A partir de 1972, coube exclusivamente às escolas de enfermagem a formação profissional da enfermeira obstétrica/obstetrix, como

ⁱⁱ Com o objetivo de analisar tendências no ensino, definir políticas para a formação e o exercício de obstetrixes e enfermeiras obstétricas nos diversos países, a ICM propôs a definição de alguns termos²⁹:

- Obstetrix (*Midwife*): pessoa que, tendo sido regularmente admitida em programa educacional de obstetrícia, legalmente reconhecido no respectivo país, concluiu e foi aprovada no programa de estudos e adquiriu os requisitos de qualificação para ser registrada ou legalmente licenciada para exercer a obstetrícia.
- Enfermeira obstétrica (*Nurse Midwife*): pessoa que é legalmente licenciada ou registrada para exercer todas as atribuições de enfermeira e de obstetrix em seu país. A qualificação em obstetrícia pode ser obtida prévia ou posteriormente à qualificação em enfermagem ou como uma combinação dos ensinamentos de enfermagem e obstetrícia.

única via para capacitação formal de não-médicos para assistência ao parto normal e nascimento. Em 1994 o currículo mínimo da enfermagem foi alterado e as habilitações foram extintas²⁸.

Atualmente, há duas possibilidades de formação acadêmica no país para profissionais não médicos assistir partos de risco habitual:

- Enfermeiras obstetras, que após a graduação em enfermagem especializam-se em obstetrícia, e
- Obstetrix, curso oferecido pela Universidade de São Paulo (USP), desde 2005³⁰.

Atuam também no Brasil as parteiras tradicionais ou leigas, principalmente nas regiões rurais, Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

4.2 Arcabouço legal da atuação da enfermagem obstétrica e obstetrizes no Brasil

A assistência ao parto por Enfermeiras Obstetras no Brasil é prevista pela Lei do exercício profissional, nº 7.498, de 25 de junho de 1986³¹. Essa lei estabelece que essas profissionais podem prestar assistência à parturiente e ao parto normal, bem como identificar distócias e tomar providências até a chegada do médico. A lei 7.498 foi regulamentada pelo Decreto 94.406 de 4 de junho de 1987. Por sua vez, o Conselho Federal de Enfermagem, através de sua Resolução 223³², de 3 de dezembro de 1999, estabelece que:

Art. 1º - A realização do Parto Normal sem distócia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de diploma, certificado de obstetrix ou enfermeira obstetra, bem como especialistas em enfermagem obstétrica e na saúde da mulher;

Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior:

- a) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; e
- c) execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Em 2005, com a publicação da Portaria SAS/MS nº 743³³, em 20 de dezembro, as enfermeiras obstetras e obstetrizes passam a assinar a AIH (Autorização de Internação Hospitalar):

Art. 4º - Definir que somente os profissionais portadores de diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 – Parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra, do grupo 35.150.01.7 da tabela do SIH/SUS.

As mais recentes resoluções voltadas à assistência da enfermagem obstétrica são a resolução COFEN nº 477³⁴, de 14 de abril de 2015, que dispõe sobre a assistência às gestantes, parturientes e puérperas e a resolução COFEN nº 478³⁵, também de 14 de abril de 2015, que normatiza a atuação e a responsabilidade civil da Enfermeira Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normais e/ou Casas de Parto. A atuação das Obstetrizes, formadas pela Universidade de São Paulo (USP) é reconhecida pela Resolução nº 516 de 2016³⁶.

4.3 Atuação da Enfermagem Obstétrica e Obstetrizes na Atenção ao Parto Normal de Risco Habitual

O parto assistido por enfermeiras obstetra e obstetrizes no Brasil vem ocorrendo tanto em maternidades quanto em Centros de Parto Normal. No modelo brasileiro o pré-

natal de risco habitual é realizado na atenção primária, com interconsultas da enfermeira e do médico da família, enquanto que o pré-natal de alto risco à gestante deve ser acompanhado em um centro de referência, normalmente só com equipe médica.

O modelo de assistência da Enfermagem Obstetra e Obstetriz no Brasil, apesar de se basear no modelo inglês de midwives, difere em alguns aspectos básicos. O modelo inglês propõe o que chamam de “midwife-led continuity of care”, o que seria equivalente a “modelo de cuidado guiado pela enfermagem obstétrica” em português.

Esse modelo de cuidado propõe que a mesma Enfermeira Obstetra e Obstetriz faça o acompanhamento durante todo pré-natal e parto, chamado “*one to one*” (uma *midwife* para uma gestante/puérpera). Outros profissionais podem vir a participar do cuidado, mas o foco se mantém nessa profissional³⁷. Esse modelo traz benefícios para a mãe e bebê, não sendo identificado efeitos adversos se comparado aos modelos médico centrados ou compartilhados. Os maiores benefícios observados foram a redução de anestesia farmacológica, episiotomia ou partos instrumentalizados e menores chances de prematuridade^{2,38}.

Em recente publicação Sandall et al.²⁷ conclui que mulheres assistidas por Enfermeiras Obstetras e Obstetrites tiveram menos intervenções e apresentaram maiores taxas de satisfação se comparadas às mulheres assistidas por outros profissionais³⁸.

4.4 Trabalho de Parto e Parto

O início do trabalho de parto acontece com a presença de contrações uterinas regulares, que não aliviam com repouso e que aumentam progressivamente com o

tempo, tanto em intensidade quanto em frequência. As contrações estão associadas ao apagamento e dilatação progressivos do colo uterino^{3,39}.

Em janeiro de 2016 a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) lançou a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Sendo essa a referência mais recente utilizada pelo Ministério da Saúde, para fins didáticos utilizaremos nesse estudo suas definições e diretrizes.

Segundo documento da Conitec¹⁰, a duração do trabalho de parto pode variar, sendo que em primíparas dura em média 8 horas (pouco provável que exceda 18 horas) e em múltíparas 5 horas (pouco provável que exceda 12 horas).

O trabalho de parto se divide em quatro períodos, sendo estes:

4.4.1 Primeiro Período do Trabalho de Parto

O primeiro período do trabalho de parto pode ser dividido em duas fases:

- Fase de latência do primeiro período – quando há presença de contrações uterinas dolorosas e alguma modificação cervical, com dilatação de até 4cm
- Trabalho de parto estabelecido – quando há contrações uterinas dolorosas e dilatação cervical progressiva a partir de 4cm

4.4.2 Segundo Período do Trabalho de Parto

O segundo período do trabalho de parto pode ser dividido em duas fases:

- Fase inicial ou passiva – quando há dilatação total do colo uterino, sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve

- Fase ativa – dilatação total do colo do útero, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero na ausência das contrações de expulsão.

O segundo período do trabalho de parto dura de 0,5h a 2,5h sem anestesia peridural e de 1 a 3 horas com anestesia peridural em primíparas e em multíparas até 1h sem anestesia peridural e 2 horas com anestesia peridural¹⁰.

4.4.3 Terceiro Período do Trabalho de Parto

O terceiro período do trabalho de parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas. Esse período leva de 30 minutos para manejo ativo (uso de drogas isotônicas, clampeamento precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão) a 60 minutos para manejo fisiológico (sem uso de drogas uterotônicas, clampeamento do cordão umbilical após cessar pulsação e expulsão da placenta por esforço materno)¹⁰.

4.4.4 Assistência ao Recém-Nascido (RN)

Consiste na assistência profissional desde o período imediatamente anterior ao parto até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe ou à Unidade Neonatal.

4.5 Dimensionamento do Quantitativo Pessoal em Enfermagem

A previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem é um processo que depende do conhecimento da carga de trabalho existente nas Unidades de internação. Essa carga de trabalho depende, por sua vez, das necessidades de cuidados dos pacientes e do padrão de assistência pretendido⁴⁰.

Os parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar gestores e gerentes de instituições de saúde

- No planejamento de ações de saúde
- Na programação das ações de saúde
- Na priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas

Como esse estudo busca propor e validar parâmetros para o Dimensionamento de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizas para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil, há necessidade de buscar informações e metodologias na área de planejamento e programação em saúde.

Existem diversas metodologias criadas com o objetivo de auxiliar gestores no dimensionamento de profissionais da saúde, inclusive de enfermagem/obstetrícia. Alguns exemplos que podemos citar incluem:

- WISN - *Workload Indicators of Staffing Need* - criado pela Organização Mundial de Saúde em 1998, com revisão em 2010⁴¹;
- Resolução COFEN 293/2004⁴², que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem; e
- SPC - Sistema de Classificação de Pacientes⁴³.

Esses documentos levam em conta o tipo e a complexidade da assistência prestada, a gravidade do paciente associada ao número de intervenções realizadas, hora assistencial por paciente, número de dias trabalhados, absenteísmo dos profissionais, etc.

Os estudos produzidos no Brasil nos últimos anos (Gaidzinski⁴⁰; Fugulin et al.⁴³; Coren/SP⁴⁴; e Vituri⁴⁵) utilizaram essas metodologias no cálculo da necessidade de profissionais em setores de média e alta complexidade, como por exemplo Unidades de Cuidado Intensivo (neonatal, pediátrico e adulto) e clínica cirúrgica.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 293/2004⁴², por exemplo, estabelece parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas Instituições de Saúde. Esse parâmetro considera o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito. Nesse sentido considera-se, para cada 24 horas:

- 3,8 horas de enfermagem por cliente na assistência mínima ou autocuidado
- 5,6 horas de enfermagem por cliente na assistência intermediária
- 9,4 horas de enfermagem na assistência semi-intensiva
- 17,9 horas de enfermagem na assistência intensiva

O documento ainda coloca a necessidade de acréscimo de 15% do quantitativo de profissionais calculados a fim de garantir uma margem de segurança, além de algumas orientações acerca de setores e especialidades como oncologia e pediatria.

No Brasil, foram desenvolvidas várias metodologias de SPC que consideram a dependência dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, assim como, existem outras metodologias de classificação de pacientes, fundamentadas na concepção de carga de trabalho⁴³.

O dimensionamento de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizas atuando nos partos de risco habitual se coloca à parte dos textos produzidos e publicados no país até o momento. A Organização Mundial de Saúde^{1,46} sugere uma EO/O para cada 125

partos/ano. As publicações brasileiras de dimensionamento para obstetrícia se relacionam à atuação em Centros Obstétricos, o que difere da necessidade de profissionais para CPN^{42,43,44}. Os cálculos propostos por essas referências são baseados na assistência de enfermagem/obstetrizes enquanto integrante da equipe de saúde, onde o parto normal de risco habitual é acompanhado também pelo profissional médico. Nesse sentido, não foram encontrados na literatura e na legislação brasileira parâmetros para dimensionar o quantitativo de enfermeiras obstetras/obstetrizes atuando diretamente na assistência ao parto normal de risco habitual.

5. METODOLOGIA

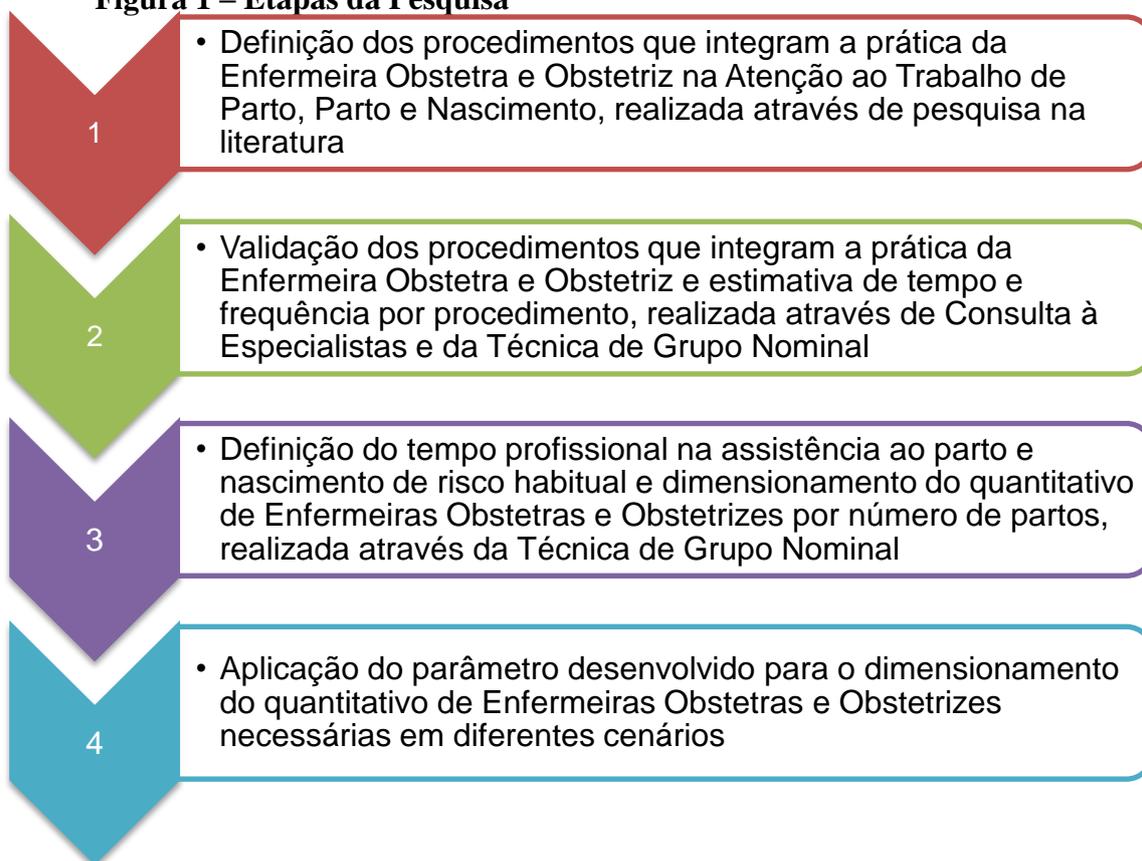
5.1 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório no campo do planejamento e programação em saúde.

5.2 Etapas da Pesquisa

A pesquisa se deu em quatro etapas:

Figura 1 – Etapas da Pesquisa



Para a validação dos dados e parâmetros este estudo utilizou a Técnica de Grupo Nominal (TGN), que é caracterizada pela presença de indivíduos (especialistas) em uma reunião presencial, coletiva, onde os participantes relatam suas opiniões e propostas por escrito, individualmente e, posteriormente discutem com o grupo. A dinâmica se desenrola através do trabalho de um facilitador, que conduz o debate entre os especialistas, sob a forma de uma reunião estruturada que envolve um grupo de participantes^{48,49,50}.

A TGN propõe a realização de 4 fases, sendo que as fases 3 e 4 podem ser repetidas mais uma vez, caso não haja consenso entre os especialistas.

Figura 2 – Fases de aplicação da técnica de grupo nominal.



Adaptado de Dunham (1998)⁵¹

Os especialistas da TGN foram selecionados a partir de alguns critérios já estabelecidos, a fim de garantir a participação de um grupo heterogêneo, com reconhecida atuação nas áreas de interesse desse estudo, considerando profissionais com experiência na assistência ao parto e nascimento, planejamento, representante de conselhos de classe, universidades e sociedades científicas. Tal escolha se deve às

limitações deste estudo, que incluíram aspectos operacionais de organização da pesquisa, limite do tempo do mestrado profissional e ausência de financiamento.

Os dados desta pesquisa foram coletados entre junho e novembro de 2016, sendo que 3 meses foram para pesquisa documental na literatura, um mês para a consulta às especialistas por e-mail e dois encontros para a Técnica de Grupo Nominal, com intervalo de 30 dias entre cada uma.

Devido à complexidade de organização desta pesquisa e da quantidade de etapas e resultados por ela exigida, maiores detalhes da metodologia foram descritos juntamente com os resultados de cada uma das quatro etapas, a fim de facilitar a organização de ideias e apresentar o caminho metodológico escolhido.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueiras (IFF/FIOCRUZ) sob o número 58314216.8.0000.5269, e seguiu os preceitos da Resolução 466/2012, que regulamenta as normas e diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os especialistas assinaram um consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Os riscos da pesquisa proposta foram decorrentes da reflexão dos sujeitos sobre seu trabalho, o que poderia ter gerado ansiedade. A equipe de pesquisa garantiu todos os cuidados no sentido de evitar qualquer identificação que pudesse causar exposição indesejada ou prejuízos emocionais aos participantes dos Grupos Nominais, apresentando os dados de forma agrupada, não individual.

6. RESULTADOS

A análise dos diferentes cenários em relação à necessidade de enfermeiras obstetras e obstetrizas para atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil foi realizada a partir da elaboração de parâmetros para o dimensionamento dessas profissionais. Apresentamos a seguir as etapas e resultados deste processo.

6.1 Etapa 1 - Definição dos procedimentos que integram a prática da Enfermeira Obstetra e Obstetrix na Atenção ao Trabalho de Parto, Parto e Nascimento

A fim de estimar o tempo profissional da Enfermeira Obstetra e Obstetrix, foi necessário definir quais elementos compõe sua prática. Para tanto, foi realizada uma pesquisa documental na literatura científica, manuais técnicos e normas operacionais sobre parto e nascimento de risco habitual. As fontes consultadas foram: OMS, 2000⁵²; CLAP/SMR, 2013⁵³; OMS, 1996³⁹; Pereira, 2006²⁴; Rabelo, 2006²⁵; UNFPA, 2007⁵⁴; Gomes, 2010⁵⁵; Vieira et al., 2012²²; Conitec, 2016¹⁰. A partir desse levantamento, elaborou-se um documento (Anexo 1) com todos os elementos citados como pertencentes à prática da EO/O na condução e acompanhamento do trabalho de parto e parto.

O documento foi organizado considerando-se a atuação da Enfermeira Obstetra e Obstetrix nos quatro períodos do trabalho de parto e parto, a partir de diferenças na demanda de cuidado: 1º Período do Trabalho de Parto ou Dilatação, 2º Período do Trabalho de Parto ou Período Expulsivo, 3º Período do Trabalho de Parto ou Dequitação, 4º Período do Trabalho de Parto ou Período de Greenberg.

6.2 Etapa 2 – Validação dos procedimentos que integram a prática da Enfermeira Obstetra e Obstetriz e estimativa de tempo e frequência por procedimento

O documento (Anexo 1) foi submetido à avaliação de dois especialistas da área de obstetrícia:

- Enfermeira obstetra com 4 anos de experiência em gestão (Ministério da Saúde) e 6 anos de experiência em assistência ao parto e nascimento, identificada como E1
- Médico ginecologista e obstetra com 7 anos de experiência em gestão municipal e 21 anos de experiência na assistência ao parto e nascimento, identificado como E2.

Os especialistas receberam o documento via e-mail com prazo de 30 dias para resposta. Foi solicitado que avaliassem a pertinência de cada elemento sugerido pela pesquisa documental. As colunas denominadas “SIM” e “NÃO” deram oportunidade aos especialistas de determinar se o procedimento cabe ou não ao cuidado da Enfermeira Obstetra e Obstetriz na atenção ao parto de risco habitual, além de duas colunas para estimarem a frequência média e duração de cada procedimento. Aos especialistas também foi dada a oportunidade de sugerir novos elementos, caso estes ainda não estivessem descritos.

Os resultados desta Etapa da pesquisa estão colocados a seguir, no Quadro 1. A especialista 1 (E1) sugeriu algumas edições no documento, de acordo com seu campo de prática e experiência, enquanto o especialista 2 (E2) somente preencheu os campos

sugeridos pela pesquisadora. Os itens acrescentados pela E1 encontram-se no documento, em vermelho.

A coluna de tempo médio por procedimento foi preenchida em minutos enquanto os traços significam espaços em branco, não preenchidos pelos especialistas.

Quadro 1 – Procedimentos da Enfermeira Obstetra e Obstetrix, frequência e tempo médio na atenção ao parto e nascimento de risco habitual.

	PROCEDIMENTOS	SIM		NÃO		Frequência média do procedimento		Tempo médio de cada procedimento	
		E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2
1º Período do trabalho de parto ou dilatação	1. Admissão (recepção, encaminhar ao quarto PPP, etc)	X	X	-	-	1X	1X	20'	10'
	2. Verificação dos sinais vitais	-	X	X	-	-	4X/dia	-	5'
	3. Aferição de peso e altura	-	X	X	-	-	1X	-	2'
	4. Anamnese	X	X	-	-	1X	1X	5'	15'
	5. Exame clínico (ausculta de BCF, dinâmica uterina, toque vaginal, aminioscopia, etc)	X	X	-	-	Varia	Cada 1h	10'	15'
	6. Registro em impressos (prontuário e partograma)	X	X	-	-	A cada exame	Cada 1h	5'	1'
	7. Coleta de exames	X	X	-	-	1X	1X	15'	5'
	8. Prescrição e administração de medicamentos (se necessário)	X	X	-	-	Varia	2X-3X em 12h	10'	5'
	9. Preparo de material e ambiente	-	X	X	-	-	1X	-	5'
	10. Suporte emocional à gestante e acompanhante (orientações gerais e dúvidas)	X	X	-	-	Varia	2X-3X	-	10'
	11. Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor	-	-	-	-	Varia	2X-3X	-	-
	a. Deambulação	X	X	-	-	-	4X-5X	-	5'
	b. Massagem	X	X	-	-	-	4X-5X	-	5'
	c. Estimulação da respiração consciente	X	X	-	-	-	4X-5X	-	5'
d. Aspersão ou imersão em água morna	X	X	-	-	-	2X	-	15'	

	e. Aplicação de gelo para alívio da dor e redução do edema	X	-	-	X	-	-	-	-
	f. Exercícios com a bola suíça	X	X	-	-	-	4X-5X	-	15'
	g. Uso do banquinho/banqueta	X	X	-	-	-	2X	-	15'
	h. Movimento de bamboleio da pelve/escada de Ling	X	X	-	-	-	2X	-	15'
	i. Utilização do Rebozo	X	X	-	-	-	2X	-	15'
	j. Uso da posição de quatro apoios	X	X	-	-	-	1X	-	10'
	k. Decúbito lateral com pernas flexionadas	X	X	-	-	-	1X	-	5'
2º Período do trabalho de parto ou período expulsivo	1. Preparo de material e ambiente	-	X	X	-	-	1X	-	5'
	2. Lavagem das mãos e calçamento de luvas estéreis	X	X	-	-	1X	1X	5'	3'
	3. Antissepsia da região perineal	X	X	-	-	1X	1X	2'	1'
	4. Episiotomia (para os casos onde haja indicação)	X	X	-	-	1X	1X	5'	5'
	5. Recepção do RN (Apgar, clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele, identificação)	X	X	-	-	1X	1X	10'	15'
	6. Exame clínico (ausculta de BCF, dinâmica uterina, toque vaginal, aminoscopia, etc)	X	-	-	-	Varia	-	10'	-
3º Período do trabalho de parto ou dequitação	1. Expulsão da placenta	X	X	-	-	1X	1X	30'	10'
	2. Revisão do canal do parto	X	X	-	-	1X	1X	2'	5'
	3. Avaliação da placenta (cor, cotilédones íntegros ou não, membranas, área de calcificação e enfartamento)	X	-	-	-	1X	-	5'	-
	4. Sangramento, TV e análise da involução/contração uterina	X	-	-	-	Varia	-	Varia	-
4º Período do trabalho de parto ou período de Greenberg	1. Episiorrafia e/ou sutura de lacerações	X	X	-	-	1X	1X	30'	15'
	2. Apoio à amamentação	X	X	-	-	1X	1X	60'	15'
	3. Avaliação e cuidados com o recém-nascido	X	X	-	-	1X	1X	20'	15'
	4. Registro do parto nos impressos	X	X	-	-	1X	1X	15'	10'
	5. Sangramento, TV e análise da involução/contração uterina	X	-	-	-	Varia	-	Varia	-
	6. Verificação dos sinais vitais	X	-	-	-	4X	-	5' cada	-
	7. Encaminhar ao alojamento conjunto – passagem de plantão	X	X	-	-	1X	1X	10'	10'

6.3 Etapa 3 – Definição do tempo profissional na assistência ao parto e nascimento de risco habitual e dimensionamento do quantitativo de Enfermeiras Obstetras e Obstetrites por número de partos

Essa etapa foi realizada presencialmente, através da Técnica de Grupo Nominal (TGN). Foram realizados dois encontros presenciais, com um mês de intervalo entre cada um, nos meses de outubro e novembro de 2016.

Participaram do primeiro Grupo Nominal (GN) quatro especialistas:

- Médico ginecologista e obstetra com 30 anos de experiência na assistência ao parto, professor universitário, consultor do Ministério da Saúde;
- Enfermeira obstetra com 35 anos de experiência na assistência ao parto, professora universitária na área de enfermagem obstétrica;
- Enfermeira obstetra com 18 anos de experiência na assistência ao parto, professora universitária, representante da Associação Brasileira de Obstetrites e Enfermeiros Obstetras (Abenfo);
- Médica sanitarista com experiência em gestão, professora universitária e consultora do Ministério da Saúde.

O GN foi mediado pela pesquisadora, segundo Técnica de Grupo Nominal adaptada de Dunham⁵¹. No início do encontro presencial o grupo de especialistas recebeu um documento impresso, construído nas Etapas 1 e 2 desta pesquisa. Foi realizada uma leitura em Grupo e abriu-se espaço para discussão dos procedimentos elencados nas etapas anteriores. Os especialistas realizaram alguns ajustes no elenco de procedimento do documento. Entrou para a lista de procedimentos: lavagem das mãos, aconselhamento pré e pós-coleta de exames e testes rápidos, aromaterapia, escalda pés,

suporte nos exercícios/movimentos facilitadores, cavalinho e calçamento de luvas estéreis. Os especialistas optaram por retirar aferição de peso e altura, pois entenderam que esse procedimento ocorre durante o pré-natal, não sendo necessário no momento do parto e antissepsia da região perineal.

O conjunto final de procedimentos na atenção ao parto de risco habitual foi então validado pelo GN e está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Procedimentos da enfermeira obstetra e obstetritz na atenção ao parto e nascimento de risco habitual.

	PROCEDIMENTOS
1º PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão (recepção, encaminhar ao quarto PPP, etc.) • Lavagem das mãos • Verificação dos sinais vitais • Anamnese • Exame clínico (ausculta de BCF, dinâmica uterina, toque vaginal, etc.) • Registro em impressos (prontuário e partograma) • Coleta de exames e testes rápidos • Aconselhamento pré e pós coleta de exames e testes rápidos • Prescrição e administração de medicamentos (se necessário) • Preparo de ambiente (penumbra, bola e demais equipamentos) • Suporte emocional à gestante e acompanhante • Suporte à utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor • Deambulação • Massagem • Estimulação da respiração consciente • Aspersão ou imersão em água morna • Aplicação de gelo para alívio da dor e redução do edema • Exercícios com a bola suíça • Movimento de bamboleio da pelve/escada de Ling • Aromaterapia • Escalda pés • Suporte nos exercícios/movimentos facilitadores • Uso de banquinho/banqueta • Utilização do Rebozo • Uso da posição de quatro apoios

	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito lateral com pernas flexionadas • Cavalinho
<p style="text-align: center;">2º PERÍODO (PERÍODO EXPULSIVO)</p> <p style="text-align: center;">3º PERÍODO (DEQUITAÇÃO)</p> <p style="text-align: center;">4º PERÍODO (PERÍODO DE GREENBERG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo de ambiente • Separar material • Lavagem das mãos • Calçamento de luvas estéreis • Ausculta do BCF • Dinâmica uterina • Recepção do RN • Clampeamento tardio do cordão umbilical • Suporte emocional à gestante e acompanhante • Suporte nos exercícios/movimentos facilitadores <ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de banquinho/banqueta ➤ Utilização do Rebozo ➤ Uso da posição de quatro apoios ➤ Decúbito lateral com pernas flexionadas ➤ Cavalinho ➤ Aromaterapia • Expulsão da placenta • Revisão do canal de parto • Sangramento TV e Análise da Involução uterina/contração • Avaliação da placenta (cor, cotilédones íntegros ou não, membranas, área de calcificação e enfartamento) • Episiorrafia e/ou sutura das lacerações • Verificação de sinais vitais • Registro do parto em impressos <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrição do parto em prontuário ➤ Livro de parto ➤ Livro da enfermagem ➤ Cartão do pré-natal ➤ Declaração de Nascido Vivo ➤ Prescrição • Administração de medicamentos (se necessário) • Encaminhamento da mulher e recém-nascido

Alguns elementos foram identificados como ações contínuas, que ocorre diversas vezes em todos os períodos do trabalho de parto. Esses elementos foram separados pelos especialistas devido à maior frequência de ocorrência e relevância para a assistência. São eles:

- Lavagem das mãos

- Registro em impressos
- Prescrição e administração de medicamentos (quando necessário)
- Suporte emocional à gestante e acompanhante

O primeiro consenso do GN foi de que não seria possível estimar o tempo de cuidado da Enfermeira Obstetra e Obstetriz por procedimento, como apresentado no Quadro 1 devido à grande possibilidade de variação. Como solução, propuseram organizar os procedimentos e cálculos separando-se o 1º Período do trabalho de parto do 2º, 3º e 4º períodos. O Quadro 2 apresenta os procedimentos da Enfermeira Obstetra e Obstetriz já separados nessa lógica, a fim de facilitar o trabalho das etapas seguintes.

Outro consenso do Grupo foi a necessidade de uma segunda Enfermeira Obstetra e Obstetriz a partir do 2º período do trabalho de parto (período expulsivo). Esta segunda profissional dá suporte à primeira Enfermeira Obstetra e Obstetriz e realiza os cuidados com o recém-nascido, descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Procedimentos da 2º Profissional.

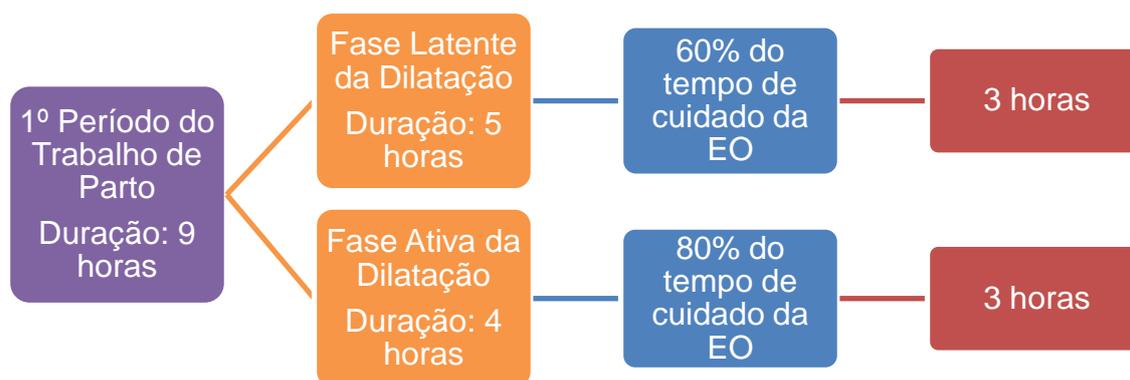
	PROCEDIMENTOS DA 2º PROFISSIONAL
SUPOORTE NO TRABALHO DE PARTO E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem das mãos • Suporte emocional à gestante e acompanhante • Contato pele a pele (aquecimento com campos) • Avaliação e cuidados com o recém-nascido <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apgar ➤ Aspiração e reanimação neonatal (caso necessário) • Suporte na amamentação • Registro em impressos <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrição do nascimento em impressos ➤ Prescrição do recém-nascido ➤ Caderneta da criança

Após a discussão e validação do documento, o GN avançou ainda no primeiro encontro, para realização de cálculos do tempo médio profissional da Enfermeira Obstetra e Obstetriz dedicado à cada mulher em trabalho de parto e parto.

Um consenso do GN foi a diferença na demanda de cuidado da parturiente ao longo do primeiro período do trabalho de parto, que de acordo com a literatura e com a validação dos membros do grupo tem duração média de 9 horas. Os especialistas estimaram o tempo profissional necessário para o cuidado em cada uma das fases desse período: fase latente (média de 5 horas) e fase ativa do trabalho de parto (média de 4 horas).

Para o primeiro período (dilatação de 4cm a 6cm), os especialistas previram 60% do tempo para dedicação direta no cuidado da Enfermeira Obstetra e Obstetriz à gestante em trabalho de parto, o que equivale a 3 horas. Já para a fase ativa, que compreende a dilatação de 6 para 10cm, os especialistas previram 80% de tempo de dedicação da enfermeira obstetra/obstetriz, o que equivale a 3,2 horas (para fins de cálculo, o GN optou por utilizar 3 horas). Esses dados estão organizados na Figura 3.

Figura 3 – Dedicção da Enfermeira Obstetra e Obstetriz no 1º Período do Trabalho de Parto



O segundo, terceiro e quarto períodos do trabalho de parto referem-se ao período expulsivo, dequitação e período de Greenberg, respectivamente. Os especialistas validaram os procedimentos da atuação da enfermeira obstetra e obstetriz nesses

períodos (Quadro 2) e estimaram a necessidade do cuidado direto dessa profissional durante todo tempo, o que equivale a 3 horas de dedicação (Quadro 4).

Quadro 4 – Dedicação da enfermeira obstetra e obstetritz no 2º, 3º e 4º períodos do trabalho de parto.

2º, 3º e 4º Períodos do trabalho de parto
Tempo de dedicação do enfermeiro obstetra: 100% (dedicação exclusiva)
Total: 3 horas

O GN também definiu a atuação de uma segunda profissional a partir do 2º Período do Trabalho de Parto, com dedicação exclusiva durante um período de 1,5 hora (Quadro 5).

Quadro 5 – Dedicação da 2ª enfermeira obstetra e obstetritz.

Cuidado ao Recém-Nascido (2ª Enfermeira Obstetra/Obstetritz)
Entrada a partir do 2º Período do Trabalho de Parto (Período Expulsivo)
Duração: 1,5 horas
Tempo de dedicação do 2ª Enfermeira: 100%

Considerando os pressupostos acima, e as estimativas feitas pelos especialistas, um trabalho de parto de risco habitual tem duração de 12 horas, das quais seriam necessárias 9 horas de assistência direta de uma enfermeira obstetra/obstetritz mais 1,5 hora de assistência de uma segunda enfermeira obstetra/obstetritz (cuidado ao recém-nascido e apoio à primeira profissional).

No segundo encontro do Grupo Nominal, realizado em novembro de 2016, estavam presentes três especialistas do primeiro GN:

- Enfermeira obstetra com 35 anos de experiência na assistência ao parto, professora universitária na área de enfermagem obstétrica;

- Enfermeira obstetra com 18 anos de experiência na assistência ao parto, professora universitária, representante da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo);
- Médica sanitarista com experiência em gestão, professora universitária e consultora do Ministério da Saúde.

Além destes, outro especialista que não pôde estar presente no primeiro encontro participou do segundo Grupo Nominal:

- Enfermeiro com 43 anos de formação, com experiência em dimensionamento profissional em enfermagem, professor universitário, membro do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen.

Novamente, seguindo a metodologia adaptada de Dunham⁵¹ para a Técnica de Grupo Nominal, foi apresentado ao Grupo os avanços e resultados preliminares do Primeiro Grupo de Especialistas que se reuniu um mês antes:

1. Impresso contendo o Quadro 2 – Procedimentos da Enfermeira Obstetra e Obstetrix na atenção ao parto e nascimento de risco habitual. Esse documento foi lido, item a item e o Grupo de especialistas também validou seu conteúdo, não havendo novos procedimentos a serem acrescentados.
2. Necessidade de participação de uma segunda enfermeira obstetra e obstetrix a partir do 2º período do trabalho de parto, para assistência ao recém-nascido e apoio à primeira enfermeira obstetra e obstetrix. O GN validou o Quadro 3 – Procedimentos da 2ª Profissional, não havendo alterações nesse documento.
3. Foi validado o tempo estimado pelo primeiro GN, onde em 12h de trabalho de parto e parto há necessidade de assistência direta da enfermeira obstetra e obstetrix em 9 horas, além da atuação de uma segunda profissional 1,5h.

Após a validação e revisão de todos esses itens, o GN optou por fazer a discussão de dimensionamento de Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes segundo número de partos. Essa decisão ocorreu após consenso de que o dimensionamento de profissionais por número de leitos não se faz possível no caso de Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes, onde a demanda de cuidado é variável dependendo do período do trabalho de parto e parto em que a mulher se encontra.

O GN decidiu que seria importante trabalhar numa situação hipotética identificada como Situação A, para a proposição de parâmetros. Sendo assim, decidiu-se por trabalhar, a princípio, na perspectiva do parto hospitalar por ser a realidade ainda predominante no Brasil.

Situação A - Maternidade que atende risco habitual e alto risco, onde há participação de uma equipe multiprofissional, com atuação de médicos obstetras e enfermeiras obstetras e obstettrizes, com média de 15 partos/dia (em 24 horas), onde 30% desses partos são cesarianas (5 partos cesárea e 10 partos normais) e 80 % dos partos normais são acompanhados por Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes. Os especialistas, para a estimativa profissional, consideraram apenas a atuação da Enfermeira Obstetra e Obstettriz nos partos normais de risco habitual e não em outras atribuições da Enfermeira Obstetra e Obstettriz, como, por exemplo, o cuidado às gestantes de alto risco.

Considerando os achados do Grupo Nominal e a situação elaborada na qual, ocorreriam, em 24 horas 8 partos, seriam necessárias 4 EO/O (84 horas de cuidado de EO/24 horas = 3,5 EO/O). Essa estimativa se baseia na necessidade de 84 horas de cuidado de EO/O, sendo 9 horas de cuidado pela primeira EO/O (9 horas de cuidado X

8 mulheres em 24h = 72 horas) mais 1,5 horas de cuidado de uma segunda EO/O (1,5 horas X 8 mulheres em 24 horas = 12 horas).

6.4 Etapa 4 - Aplicação de parâmetro em diferentes cenários

A estimativa da necessidade profissional em termos do cuidado ao Trabalho de Parto, Parto e Nascimento por Enfermeiras Obstetras e Obstetrizas foi calculada em diferentes cenários brasileiros considerando-se dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC 2015), apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 – Nascidos vivos por região – 2015.

Região	Sinasc	Parto Normal	% Parto Normal	Parto Cesárea	% Parto Cesárea	Ignorado	% Ignorado
Norte	293.767	153.172	52,15%	140.206	47,72%	389	0,13%
Nordeste	795.884	398.671	50,09%	395.848	49,74%	1.365	0,17%
Sudeste	1.158.976	471.080	40,64%	686.580	59,25%	1.316	0,11%
Sul	397.960	156.357	39,29%	241.458	60,67%	145	0,04%
Centro-Oeste	239.685	92.416	38,55%	146.884	61,29%	385	0,16%
Total	2.886.272	1.271.696	44,14%	1.610.976	55,74%	3.600	0,12%

Fonte: Ministério da Saúde (2015)ⁱⁱⁱ

Para os cálculos, utilizamos somente os dados de Parto Normal e Parto Cesárea, desconsiderando os dados de Partos nomeados “Ignorados” pela fonte. Foram propostos dois macrocenários para realização dos cálculos de necessidades de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizas por região.

ⁱⁱⁱ Os dados do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do ano de 2015 foram disponibilizados pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em janeiro de 2017, sendo que ainda não haviam sido publicados oficialmente nas plataformas do Datasus, até a conclusão deste trabalho.

Macro cenário 1 – Utilizou-se o total de Partos Normais (PN) de 2015 (Sinasc) para calcular uma média de PN por dia e posteriormente o número de Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes necessárias em cada região. Propusemos os cálculos considerando-se primeiramente que 50% dos PN fossem atendidos por Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes e, em seguida, 70% dos PN atendidas por Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes (Quadro 7).

Quadro 7 – Necessidade de EO/O para realização de 50% e 70% dos partos normais segundo Sinasc 2015.

Região	Nº Partos Normais em 2015	50% PN	Média de PN/Dia	EO/O Necessárias/Dia	70% PN	Média de PN/Dia	EO/O Necessárias/Dia
Norte	153.172	76.586	210	105	107.220	294	147
Nordeste	398.671	199.335	546	273	279.069	765	382
Sudeste	471.080	235.540	645	323	329.756	903	452
Sul	156.357	78.178	214	107	109.450	300	150
Centro-Oeste	92.416	46.208	127	63	64.691	177	89
Total	1.271.696	635.847	1742	871	890.186	2439	1220

Considerando que 50% dos 1.271.696 partos de 2015 fossem assistidos por Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes, seriam 635.847 partos por ano, ou seja, uma média de 1.742 partos por dia. Mantendo os cálculos propostos pelo GN, onde 4 Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes acompanham 8 partos normais por dia (uma enfermeira Obstetra e Obstettriz para cada 2 partos), seriam necessárias 871 profissionais atuando diariamente, enquanto esse número seria de 1220, considerando o cenário no qual 70% do total de partos normais fosse assistido por Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes.

Macro cenário 2 – Considerando as políticas públicas vigentes para a redução das taxas de cesariana, elaborou-se um cenário onde 65% dos partos são normais, sendo que 70%

destes partos são acompanhados exclusivamente por Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes (Quadro 8).

Este estudo não busca fazer projeções sobre o número de nascidos vivos, portanto utilizou-se novamente os dados do Sinasc 2015 como estimativa.

Quadro 8 – Necessidade de EO/O para 65% de PN e 70% dos partos sendo realizados por EO/O.

Região	Total de Partos 2015	65% Parto Normal	70% dos PN por EO/O	Média PN/Dia	EO/O Dia
Norte	293.767	190.948	133.664	366	183
Nordeste	795.884	517.325	362.127	992	496
Sudeste	1.158.976	753.334	527.334	1.445	722
Sul	397.960	258.674	181.072	496	248
Centro-Oeste	239.685	155.795	109.056	299	149
Total	2.886.272	1.876.076	1.313.253	3.598	1.798

Os cálculos foram realizados somente para atuação direta da Enfermeira Obstetra e Obstetriz nos partos normais de risco habitual. Não estão incluídas nessa estimativa as necessidades referentes a atuação da Enfermeira Obstetra e Obstetriz para partos de alto risco, situações de abortamento ou natimortos, pois entendemos que estas situações são de competência multidisciplinar.

Para que as Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes assumam a atenção a 70% dos partos normais, considerando uma taxa de cesariana de 35%, seriam necessárias quase 1800 profissionais atuando diariamente em todo Brasil, sendo que 722 destas estariam na região Sudeste.

Partindo do quantitativo necessário de Enfermeiras Obstetras Obstetrizes atuando a cada dia para a média diária de partos normais, em diferentes cenários, e mantendo os elementos utilizados pelo GN (8 partos normais no período de 24 h,

demandando a atuação de 4 EO/O), buscamos nos aproximar do dimensionamento do número de profissionais necessárias nesses cenários.

Optamos por não atribuir carga horária à Enfermeira Obstetra e Obstetrix nos cálculos, respeitando os marcos regulatórios profissionais, podendo ocorrer variações na organização dos serviços e nos arranjos regionais e locais. Nos atemos à premissa de que se mantenha no mínimo 4 profissionais em tempo integral para 8 PN/dia, mesmo que ocorra troca de plantão. Nessa lógica, cada região/serviço precisaria avaliar quantas equipes são necessárias, de forma a garantir este quantitativo mínimo de profissionais. Os cálculos apresentados nesse estudo colocam o número de profissionais necessários em 24h somente. Como os atendimentos ao parto e nascimento ocorrem a todo momento, há que se calcular o número de equipes e profissionais necessários para cobrir toda escala, 24h por dia, 7 dias na semana.

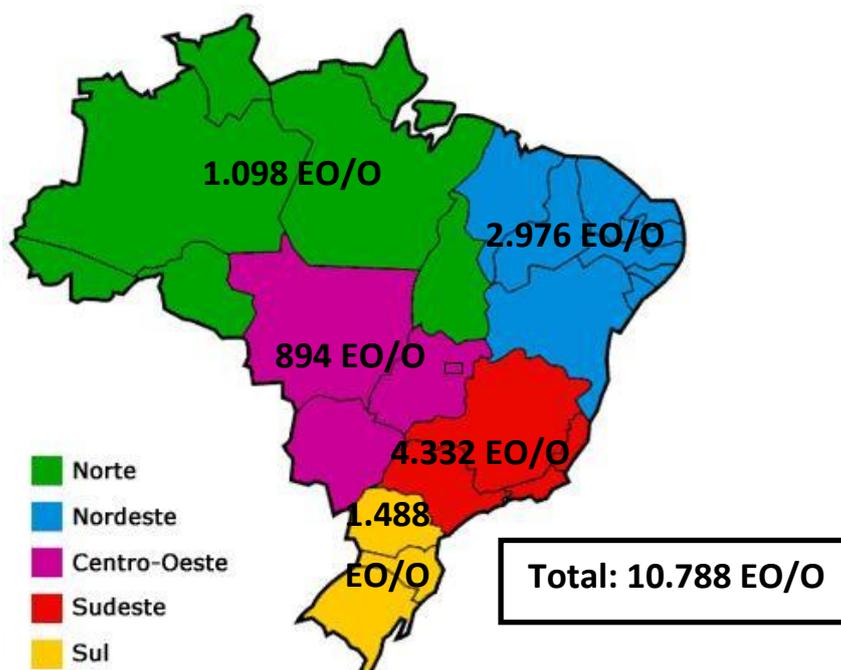
Na hipótese de escalas que aceitem 24h de plantão e 120h de folga, seriam necessárias no mínimo 6 equipes formadas para completar o quadro de profissionais. Se considerarmos essa escala de plantão para todo Brasil, e o total de 2.886.272 partos/ano (Sinasc 2015), com uma taxa de cesariana de 35% e 70% dos partos normais acompanhados por Enfermeiras Obstetras e Obstetrixes, a atenção a 1.313.253 partos exigiriam a atuação de 10.788 Enfermeiras Obstetras e Obstetrixes. Esse número equivale a uma Enfermeira Obstetra e Obstetrix para cada 267 partos/ano. Nessa lógica de escala, onde há 6 equipes formadas, considerando que 50% dos partos normais que ocorrem hoje (média de 1.742 partos/dia), seriam necessárias 5.226 Enfermeiras Obstetras e obstetrixes, uma Enfermeiras Obstetra e Obstetrix para cada 552 partos/ano. Para que 70% dos partos normais que ocorreram em 2015 seja acompanhado por Enfermeira Obstetra e Obstetrix, seriam necessárias 7.320 profissionais, ou seja, uma

Enfermeira Obstetra e Obstetrix para cada 394 partos/ano. Essa análise está sintetizada no Quadro 9 e distribuída por região na Figura 4

Quadro 9 – Estimativa de necessidade de EO/O considerando a escala 24h/120h.

	50% dos PN de 2015 por EO/O	70% dos PN de 2015 por EO/O	Projeção de 65% PN com 70% dos PN por EO/O
PN por EO/O	635.847	890.186	1.313.253
EO/O Necessárias/Dia	871	1.220	1.798
EO/O necessárias para escala 24h/120h	5.226	7.320	10.788
Relação EO/O X Partos/Ano	1 EO/O para cada 552 partos/ano	1 EO/O para cada 394 partos/ano	1 EO/O para cada 267 partos/ano

Figura 4 – Quantitativo de EO/O necessárias por região para 65% PN e 70% partos de baixo risco, em escalas 24hX120h.



Elaborado pela autora.

7. DISCUSSÃO

A estimativa proposta por essa pesquisa considera o número total de Nascidos Vivos apresentados pelo SINASC no ano de 2015. Esses números correspondem aos partos ocorridos tanto nos serviços privados como no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa escolha foi feita a partir do entendimento de que a inserção da Enfermagem Obstétrica e Obstetrites na cena do parto normal de risco habitual está para além da condição da mulher utilizar a rede pública ou privada. Entendemos que as políticas públicas vigentes e as recomendações internacionais acerca das melhores evidências científicas apontam para uma mudança do modelo médico-centrado, propondo a qualificação de profissionais enfermeiras obstetras e obstetrites para condução dos partos de risco habitual⁴⁷.

Os resultados encontrados diferem dos do indicado pela Organização Mundial da Saúde¹, que propõe o mínimo de uma parteira qualificada para cada 125 partos/ano⁴⁶. Isso se decorre do fato de termos como objeto desse estudo o recorte específico no cuidado por enfermeiras obstetras e obstetrites somente no momento do trabalho de parto e parto de baixo risco. Também vale lembrar que a Situação A, elaborada nesta pesquisa, propõe cálculos de dimensionamento somente para partos realizados em hospitais, realidade ainda predominante no Brasil. Para avançar na discussão de dimensionamento de Enfermeiras Obstetras e Obstetrites para atuação em Centros de Parto Normal, novas pesquisas precisam ser conduzidas. A expansão desse modelo de cuidado caracterizado pelo incentivo ao predomínio de profissionais da enfermagem e obstetrites na composição das equipes e pela continuidade do cuidado

materno no puerpério e ao recém-nascido introduzem elementos não considerados em nosso modelo.

Nesse sentido, entende-se que deve-se avaliar a pertinência de revisão nos parâmetros propostos na legislação vigente para habilitação dos Centros de Parto Normal (Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015) que define o mínimo de uma enfermeira obstetra e obstetritz e uma enfermeira e obstetritz coordenadora. Esta segunda profissional não integra a escala nos plantões noturnos e finais de semana, o que deixaria a assistência prejudicada a partir do segundo período do trabalho de parto, quando há necessidade de mais uma profissional voltada para assistência, segundo essa pesquisa. Para tanto, na perspectiva da racionalização de recursos, humanos e financeiros, e na ideia de ampliar o acesso das mulheres à um modelo de cuidado que se mostra adequado, consideramos que os CPN devem ser projetados e implantados para atender à um número de nascimentos que justifique manter pelo menos duas Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes em tempo integral. Os resultados dessa pesquisa levam a crer que do ponto de vista assistencial e financeiro é interessante manter CPN com maior número de partos e conseqüentemente mais Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes.

A estimativa por região mostro que a região Sudeste concentra mais de 40% dos partos de todo país, o que significa que seriam necessárias mais de 700 profissionais atuando diariamente para atenderem os mais de 750 mil partos normais/ano. Em seguida, o Nordeste aparece com quase mil partos/dia, e a necessidade de 496 Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes. A região Sul precisaria de aproximadamente 250 Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes, enquanto a região Norte de 183 Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes, e a região Centro-Oeste de no mínimo 149 Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes por dia.

Os cálculos dessa pesquisa foram realizados a partir da demanda de cuidado a partos normais de risco habitual. Não consideramos as particularidades regionais como organização de escala das equipes, carga horária, absenteísmo, férias e demais questões que pudessem comprometer os cálculos. Vale lembrar que a portaria nº 293 do Cofen³⁷ já prevê um acréscimo de 15% para dimensionamento dos profissionais de enfermagem como margem de segurança, opção não realizada nos cálculos apresentados nesse estudo. Portanto, sabemos que o número de profissionais ainda está subestimado em nossa pesquisa. Este trabalho não tem como objetivo somente propor cálculos de dimensionamento, mas também fazer uma estimativa nacional para subsidiar pesquisas futuras na definição de um parâmetro que contemple as peculiaridades da assistência direta ao parto de risco habitual por Enfermeiras Obstetras Obstetrizes. Defendemos que a definição de parâmetros é de responsabilidade dos Conselhos, partindo de marcos legais e modelos de atenção vigentes.

O dimensionamento de profissionais em saúde implica diretamente na qualidade da assistência prestada e no caso específico da obstetrícia, na mudança do modelo centrado no profissional médico. É importante ressaltar que o presente estudo buscou privilegiar o modelo de atenção ao parto e nascimento de risco habitual somente por Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes. Nas estimativas propostas não consideramos cenários onde haja atuação de auxiliares e técnicos de enfermagem. Também consideramos que a atenção ao recém-nascido no momento do parto é realizada por uma segunda Enfermeira e Obstetriz. Em locais onde essa assistência é realizada por outro integrante da equipe (pediatra ou neonatologista) esses cálculos certamente seriam diferentes.

Desde 2013, com a atuação do Pronaenf, 627 vagas de residência em Enfermagem Obstétrica foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde em parceria

com o Ministério da Educação (MEC), uma média de 155 vagas/ano, através da publicação do Edital MS/MEC nº 21, de 5 de setembro de 2012. As vagas foram distribuídas em 26 Instituições de Ensino Superior (IES), localizada em 17 Estados Brasileiros: Acre, Amazonas, Rondônia, Tocantins, Pará, Piauí, Bahia, Ceará, Sergipe, Pernambuco, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul⁴⁴.

A região Sudeste é a que mais oferece vagas para a residência em Enfermagem Obstétrica pelo Pronaenf, 299 vagas desde 2013, distribuídas em 7 Instituições. Em seguida, a região Nordeste com 140 vagas em 6 hospitais de ensino, mesmo número de instituições da região Norte, que ofertou 114 vagas desde 2013. Por último podemos citar a região Centro-Oeste com 3 Instituições de Ensino para 43 vagas de residência e a região Sul com 2 Instituições e 27 vagas ofertadas nesse período.

Os hospitais de ensino vinculados ao IES desempenham papel fundamental na qualificação profissional e disseminação do modelo de assistência baseado em evidências. Para Silva⁵⁶, os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, organizados como residência, proporcionam embasamento teórico na realização das práticas, visão ampliada da assistência e qualificam o desenvolvimento da identidade profissional.

Mesmo considerando que essas estratégias desempenham papel central na qualificação de Enfermeiras Obstetras, e estejam presentes em todas as regiões do país, dados planejamento de ações futuras ainda não estão disponibilizados na literatura. Nesse contexto, um aspecto central para a formação de Enfermeiras Obstetras e Obstetras que também merece ser objeto de diagnósticos, discussão e análise é a utilização dos espaços dos Hospitais Universitários para essa formação. Tanto pelo

legítimo e adequado uso dos espaços de formação no âmbito universitário, quanto pelo potencial benefício da formação multiprofissional na atenção ao parto e nascimento.

Não encontramos dados oficiais suficientes para comparação da necessidade de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes por região e quantas profissionais estão atuando na lógica de assistência direta ao parto normal de risco habitual. A Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstetras (Abenfo) estima que deve haver no máximo 10 mil profissionais formadas⁴⁷. Também não se tem registros se as profissionais formadas estão atuando. A falta de dados mais precisos sobre a estimativa de profissionais já formadas e sua atuação é outro motivo que gera dificuldade no planejamento de novas ações a médio e longo prazo para formação de mais Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reforça os movimentos que estão em curso indicando que o Brasil precisa de um número considerável de Enfermeiras Obstetras e Obstetizes considerando-se a necessidade e os objetivos apontados nas políticas para a mudança no modelo de atenção predominante hoje. Essa mudança não é possível sem que sejam tomadas medidas que ampliem a formação de profissionais voltadas para humanização da assistência ao parto, especificamente enfermeiras obstetras e obstetizes. Há que se programar ações a médio e longo prazo para formação e inserção de mais Enfermeiras Obstetras e Obstetizes em todas as regiões do país.

Encerra-se este estudo reiterando-se a necessidade de aprofundamento no tema. Essa pesquisa foi um primeiro exercício para o desenvolvimento de uma ferramenta que possa dimensionar com maior precisão a necessidade de enfermeiras obstetras e obstetizes na atenção ao parto de risco habitual no Brasil. Espera-se que possa contribuir como subsídio para que Conselhos Profissionais, pesquisadores, gestores e profissionais possam avançar em estudos de dimensionamento específicos para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual baseados nas melhores práticas e evidências científicas e considerando os diferentes modelos de organização do cuidado.

9. REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesariana. Genebra; 2015 [internet]. [acesso em 8 maio 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf
2. The Lancet. Appropriate technology for birth. 1985; 2(8452):436-7.
3. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
4. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxas de cesárea em diferentes países. Rev Saúde Pública. 2011; 45(1):185-94.
5. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília (DF); 2009.
6. Ministério da Saúde. Datasus. Brasília (DF); 2015 [acesso em 2 set 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c03.htm>
7. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad saúde pública. 2011, 27(4):623-38.
8. Cassiano APM, Carlucci EM, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Rev Serviço Púb Saúde Brasília. 2014; 65(2):227-244.
9. Barros F et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohort in 1982, 1993 and 2004. Lancet. 2005; 365(9462):847-54.
10. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - Conitec. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto. Brasília; 2016.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 1.459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SU), a Rede Cegonha [internet]. [acesso em 3 set 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
12. Cavalcanti PCS. O modelo lógico da Rede Cegonha [monografia]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fiocruz; 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 7 jan 2015.
14. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui a tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, e na tabela do sistema de informações ambulatoriais, o grupo de procedimentos do parto normal sem distócia, realizado por enfermeiro obstetra. Diário Oficial da União. 2 jun 1998; Seção 1:47-48.
15. Gomes MAS. Compromisso com a mudança. Cad Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 4 out 2015]; 30(Suppl 1):S41-S42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO06S114>
16. Costa AANM, Schirmer J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil: da proposta à operacionalização. Esc Anna Nery. 2012; 16(2):332-339.
17. Ministério da Educação (BR). Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para a Programação de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. 13 abr 2012; 73; Seção 1:24-5.
18. Batalha, E. O lugar das enfermeiras e obstetrias. Radis. 2015;148:30-33.
19. Pereira ALF, Nicácio MC. Formação e inserção das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. Rev Enferm UERJ. 2014; 22(1):50-6.
20. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc saúde coletiva. 2005; 10:669-705.
21. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermagem obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. Rev Enferm UERJ. 2009.
22. Vieira BDG, Moura MAV, Alves VH, Rodrigues DP. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da Escola de Enfermagem Anna Nery. Rev Enferm UERJ. 2012.
23. Tyrrel MAR, Santos AEV. Ensino de enfermagem obstétrica no Brasil: (des)acertos 1972-1996. Rev Bras de Enferm. 2005; 58(6):677-81.

24. Pereira ALF. Atuação da enfermeira obstetra na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. *Rev Mineira de Enfermagem*. 2006; 10.3.
25. Rabelo LG. A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
26. Wolff LR, Moura MAV. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Esc Anna Nery*. 2004; 8(2):279-85.
27. Osava RH, Tanaka ACDA. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Rev Esc Enf USP*. 1997; 31(1):96-108.
28. Riesco MLG. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998; 6(2):13-5.
30. Riesco MLG, Tsunehiro MA. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Rev Estud Fem*. 2002; 10:449-59.
31. Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Curso de Graduação em Obstetrícia [internet]. 2015, São Paulo. [acesso em 18 nov 2015]. Disponível em: <http://www5.usp.br/ensino/graduacao/cursos-oferecidos/obstetricia/>
32. Brasil. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [internet]. [acesso em 11 out 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
33. Brasil. Resolução nº 223, de 3 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal [internet]. [acesso em 24 out 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html
33. Brasil. Portaria SAS/MS nº 743, de 20 de dezembro de 2005. Aprova novo modelo de laudo para solicitação de AIH – AIH e solicitação/autorização de mudanças de procedimentos e de procedimentos especiais no SIH/SUS. *Diário Oficial da União*. 22 de dezembro de 2005 [internet]. [acesso em 2 set 2016]. Disponível em: <http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/SAS/2006/Abril/Portaria%20N%C2%BA%20743-SAS-Ministerio%20da%20Saude-Republicada.pdf>
34. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 477, de 14 de abril de 2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas [internet]. [acesso em 2 set 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html
35. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 478, de 14 de abril de 2015. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra e obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto [internet]. [acesso em 2 set 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015_30969.html

36. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN nº 0516, DE 24 DE JUNHO DE 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos regionais de Enfermagem, e dá outras providências. 2016 [internet]. [acesso em 19 jun 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html
37. Page L, McCourt C, Beake S, Vail A, Hewison J. Clinical interventions and outcomes of one-to-one midwifery practice. *J Public Health Med.* 1999; 21(3):243-48.
38. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
39. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (SUI): OMS; 1996.
40. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.
41. Shipp P. Workload indicators of staffing need: a manual for implementation. Geneva: World Health Organization; 1998.
42. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. São Paulo; 2005.
43. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurciant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(1):72-8.
44. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN. Dimensionamento de pessoal. São Paulo; 2010 [acesso em 15 maio 2016]. Disponível em: http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Dimensionamento/livreto_de_dimensionamento.pdf
45. Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, Gil RB, Évora YDM. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. *Texto contexto – enferm.* 2011; 20(3):547-56.
46. WHO. World Health Organization. *The world health report 2005: Make every woman and child count* [internet]. [acesso em 7 mar 2016]. Geneva: WHO; 2005. Disponível em: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf
47. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2013

[acesso em 20 jan 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=en

48. Jones J, Hunter D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *British Med J*. 1995; 311:376-80.

49. Deslandes SF, Mendes CHF, Pires TO, Campos DS. Use of the nominal group technique and the delphi method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. *Rev Bras Saude Mater. Infant*. 2010; 10(Supl 1): s29-s37.

50. Castro AV, Rezende M. The Delphi technique and it's use in Brazilian nursing research: bibliographical review. *REME: Rev Min Enferm*. 2009;13(3):429-34.

51. Dunham, RB. Nominal group technique: a users' guide. 2 ed. Madison: Wisconsin School of Business; 1998.

52. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 2000. 93p.

53. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteria nas Américas [internet]. [acesso em 3 set 2016]. 3 ed. Montevidéu: CLAP/SMR; 2013. (CLAP/SMR. Publicação Científica; 1599). Disponível em: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=288%3Aconjunto-deferramentas-para-o-fortalecimento-da-parteria-nasamericas&catid=667%3Apublicaciones&Itemid=234&lang=en

54. United Nations Population Found - UNFPA. Expectation and delivery: investing in midwives and others with midwifery skills. New York; 2007.

55. Gomes ML. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 168p.

56. Silva RM, Cordeiro AL, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GA. Contribuições do curso de especialização, modalidade de residência para o saber profissional. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(4):362-6.

10.ANEXOS

Anexo 1

	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	Tempo médio de cada procedimento	Frequência média do procedimento
Primeiro Período do Trabalho de Parto (Dilatação)	12. Admissão (recepção, encaminhar ao quarto PPP, etc)				
	13. Verificação dos sinais vitais				
	14. Aferição de peso e altura				
	15. Anamnese				
	16. Exame clínico (ausculta de BCF, dinâmica uterina, toque vaginal, aminioscopia, etc)				
	17. Registro em impressos (prontuário e partograma)				
	18. Coleta de exames				
	19. Prescrição e administração de medicamentos (se necessário)				
	20. Preparo de material e ambiente				
	21. Suporte emocional à gestante e acompanhante (orientações gerais e dúvidas)				
	22. Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor				
	l. Deambulação				
	m. Massagem				
	n. Estimulação da respiração consciente				
	o. Aspersão ou imersão em água morna				
	p. Aplicação de gelo para alívio da dor e redução do edema				
	q. Exercícios com a bola suíça				
	r. Uso do banquinho/banqueta				

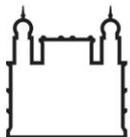
	s. Movimento de bamboleio da pelve/escada de Ling				
	t. Utilização do Rebozo				
	u. Uso da posição de quatro apoios				
	v. Decúbito lateral com pernas flexionadas				

	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	Tempo médio de cada procedimento	Frequência média do procedimento
Segundo Período do Trabalho de Parto (Período Expulsivo)	1. Preparo de material e ambiente				
	2. Lavagem das mãos e calçamento de luvas estéreis				
	3. Antissepsia da região perineal				
	4. Episiotomia (para os casos onde haja indicação)				
	5. Recepção do RN (Apgar, clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele)				

	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	Tempo médio de cada procedimento	Frequência média do procedimento
Terceiro Período do Trabalho de Parto (Dequitação)	1. Expulsão da placenta				
	2. Revisão do canal do parto				

	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	Tempo médio de cada procedimento	Frequência média do procedimento
Quarto Período do	1. Episiorrafia e/ou sutura de lacerações				
	2. Apoio à amamentação				
	3. Avaliação e cuidados com o recém-nascido				

Trabalho de Parto (Período de Greenberg)	4. Registro do parto nos impressos				
	5. Encaminhar ao alojamento conjunto – passagem de plantão				



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: “Dimensionamento do Quantitativo de Enfermeiros Obstetras na Atenção ao Parto e Nascimento de Risco Habitual no Brasil”

Pesquisadora responsável: Maria Teresa Rossetti Massari

Contatos: mt.massari@gmail.com (11) 99501-3069

Instituição: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Bairro Flamengo, Rio de Janeiro, RJ

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

Comitê de Ética em Pesquisa do IFF: (21) 2554-1730

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Dimensionamento do Quantitativo de Enfermeiros Obstetras na Atenção ao Parto e Nascimento de Risco Habitual no Brasil” que tem como objetivo desenvolver parâmetros para o dimensionamento de enfermeiros obstetras para a atenção ao parto de risco habitual no Brasil.

Sua inclusão no projeto de pesquisa será através de sua participação em reuniões, juntamente com outros especialistas da área de enfermagem obstétrica, na qual os(as) Srs(as) devem discutir a assistência prestada pela enfermagem obstétrica no que se refere à procedimentos e carga de trabalho.

Os riscos para o(a) senhor(a) são decorrentes do processo de discussão sobre a assistência ao parto de risco habitual por enfermeiros, possibilitando uma oportunidade de reflexão, o que pode lhe trazer angústia e questionamentos sobre sua prática. E, para reduzir tal risco, ressaltamos o caráter sigiloso da pesquisa. Garantimos que serão tomados todos os cuidados no sentido de evitar qualquer identificação que venha a

Rubrica Pesquisadora

Rubrica Participante

causar uma exposição indesejada ou prejuízos emocionais ou profissionais de qualquer natureza, assegurando que os dados serão somente apresentados de forma agrupada.

Os benefícios para o(a) senhor(a) são também decorrentes dessa reflexão, além de saber que estará contribuindo com uma pesquisa cujos resultados podem se constituir em importante subsídio para formulação de políticas para o dimensionamento de enfermeiros obstetras para o parto de risco habitual no Brasil, de tal forma a dar sustentabilidade à política de mudanças desejadas na assistência ao parto e nascimento.

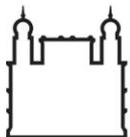
Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Os dados coletados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas sendo utilizado o termo Grupo de Técnica Nominal, ou Consulta a Especialistas. Os dados também poderão ser utilizados pelas equipes técnicas do MS. Em nenhum momento será divulgado seu nome ou da Instituição que representa.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição em que trabalha.

O Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Os riscos apresentados pela sua participação são decorrentes de uma reflexão sobre o seu trabalho. O benefício relacionado à sua participação é a oportunidade de refletir sobre sua prática e experiência profissional.

A pesquisa se compromete a realizar quaisquer ressarcimentos necessários para possíveis risco causados pelo projeto, conforme regulamentação vigente.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular e e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Eu, _____ aceito voluntariamente participar desta pesquisa e declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura:

Local e Data: _____

Telefone: _____

Testemunha:

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura:

Data _____

Pesquisadora: Maria Teresa Rossetti Massari

Assinatura:

Local e Data: _____

Telefone: _____

Rubrica Pesquisadora

Rubrica Participante