UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELAISE REGINA GONÇALVES CAGNIN

**Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal:
a realidade de Araraquara/SP**

Ribeirão Preto

2008

ELAISE REGINA GONÇALVES CAGNIN

**Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal:
a realidade de Araraquara/SP**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede.

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cagnin, Elaise Regina Gonçalves

Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP. Ribeirão Preto, 2008.

158 p. 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Mamede, Fabiana Villela.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Parto. 3. Atenção Qualificada. 4. Competência profissional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Elaise Regina Gonçalves Cagnin

Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: ____ / ____ / 2008.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*“Dedico este trabalho a todos aqueles que, direta
ou indiretamente, deram um pouco de si mesmo
para que ele se concretizasse.”*

Agradecimentos

Aos meus pais, Anésio e Maria da Glória Cagnin, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, sem o qual eu não teria chegado até aqui.

Ao meu namorado, Leonardo Abuchaim, e seu pai, Maurício Abuchaim, que com paciência me acompanharam nesta caminhada, e se esforçaram para me ajudar quando eu mais precisei.

Às mulheres e aos profissionais de enfermagem, que gentilmente consentiram em participar do estudo e compartilhar suas experiências.

À minha orientadora, Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede, pela paciência, compreensão e excelente orientação em todos os momentos.

À Profa. Dra. Marli Mamede, exemplo de profissionalismo, pelo seu ensinamento e sua valiosa contribuição para a minha formação profissional.

Aos professores da Pós-Graduação da EERP/USP, em especial àqueles do Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública, pelos conhecimentos transmitidos através das disciplinas.

Às Profas. Dras. Maria José Clapis e Marislei Sanches Panobianco, pelas sugestões construtivas no exame de qualificação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara e à Diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara, pela autorização e incentivo à minha pesquisa.

Aos funcionários da Unidade de Atendimento à Criança da UFSCar, pelas palavras de apoio nos momentos mais difíceis, e principalmente por terem ponderado a minha ausência.

E maiormente à Deus ... pela sua onipresença e onipotência em minha vida!

Resumo

CAGNIN, E.R.G. *Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal: a realidade de Araraquara/SP*. 158 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

A atenção ao pré-natal e ao parto por pessoal qualificado é fundamental para a redução da mortalidade materna e neonatal. A Confederação Internacional de Parteiras (ICM) preconiza quais os conhecimentos e as habilidades que o profissional qualificado deve possuir para proporcionar à mulher uma atenção de qualidade, em todas as fases do ciclo reprodutivo. Este estudo buscou conhecer a realidade do atendimento realizado pelo profissional de enfermagem na atenção ao pré-natal e ao parto, no município de Araraquara/SP. **Objetivos:** Caracterizar os profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao pré-natal e ao parto e analisar as competências essenciais desenvolvidas por eles nesta prática. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa cujos dados foram coletados através da entrevista estruturada com os profissionais de enfermagem e da observação sistemática não participativa das competências essenciais em obstetrícia. A população estudada foi composta por 42 profissionais de enfermagem, sendo 32 atuantes na atenção ao pré-natal e 10 na atenção ao parto. Foram observadas na atenção ao pré-natal 44 recepções na unidade, 28 pré-consultas e 44 pós-consultas, além de 44 gestantes em sala de espera e 44 gestantes em sala de consulta médica. Na atenção ao parto foram observados 15 avaliações obstétricas admissionais, 18 trabalhos de parto, 11 partos vaginais, 9 pós-partos imediatos e 11 recepções neonatais. **Resultados:** Na atenção ao pré-natal, o perfil dos profissionais revela uma equipe feminina (96,9%), maior que 41 anos (65,6%), convivendo em relação conjugal estável (50%), tendo experiência de ter tido filhos (68,7%), com cor da pele declarada branca (71,9%) e tempo de atuação na área de saúde maior de 10 anos (59,4%) e menos de 10 anos de formação profissional no maior nível de qualificação (62,5%). A carga horária média de trabalho foi de 39,4 horas semanais, 85% atuam em apenas um emprego, a média de salários dos profissionais de nível médio da Unidade Básica de Saúde (UBS) corresponde a 43,9% da remuneração média das enfermeiras, enquanto o Programa de Saúde da Família (PSF) corresponde a 58,5%; 66,7% das enfermeiras possuem pós-graduação *lato sensu* na área de saúde pública; não encontramos enfermeira especialista em obstetrícia. Quanto às competências essenciais, as enfermeiras não realizam o acompanhamento de pré-natal na UBS e no PSF tal prática ocorre eventualmente. O atendimento é centrado na figura do médico, há discreta participação das enfermeiras e as habilidades essenciais em obstetrícia, preconizadas pela ICM, deixaram de ser desenvolvidas. Na atenção ao parto, o perfil dos profissionais revela uma equipe feminina (100%), com idade média de 36,6 anos, convivendo com relação conjugal estável (60%), tendo experiência de ter tido filhos (70%) e com cor da pele declarada branca (70%). A carga horária média de trabalho foi de 46,8 semanal, 80% das enfermeiras trabalham em dois empregos e a média de salários dos profissionais de nível médio corresponde a 39,3% da remuneração média das enfermeiras. Todas as enfermeiras são especialistas em obstetrícia e 80% têm de 1 a 4 anos de formação após a especialização. O tempo médio de experiência na atenção ao parto das enfermeiras foi de 14 anos e 6 meses e dos profissionais de nível médio de 3 anos e 1 mês. Quanto às competências essenciais, compete à enfermeira obstetra a avaliação obstétrica admissional, o acompanhamento ao trabalho de parto e a realização do parto. Muitas das habilidades essenciais em obstetrícia, preconizadas pela ICM, deixaram de ser desenvolvidas ou o foram de maneira incompleta. **Conclusões:** Na atenção ao pré-natal há carência de pessoal qualificado, enquanto o modelo de atenção ao parto prioriza a qualificação profissional. Muitas das competências essenciais na atenção ao pré-natal e ao parto, preconizadas pela ICM, não estão sendo desempenhadas ou quando realizadas, ocorrem de maneira incompleta. O estudo revela a necessidade de reorganização da assistência ao pré-natal e ao parto para a redução da mortalidade materna e neonatal e da incidência de parto cesáreo desnecessário no município.

Palavras-chave: enfermagem obstétrica, parto, atenção qualificada, competência profissional.

Abstract

CAGNIN, E.R.G. *Nursery assistance to the woman in the puerperal pregnancy cycle: the reality of Araraquara/SP*. 158 f. Dissertation (Nursery Master Degree) – Nursery School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

The attention to prenatal and childbirth by qualified staff is fundamental to achieve a reduction in rates of maternal and neonatal mortality. The International Confederation of Midwives (ICM) determines the knowledge and the abilities which a qualified professional must have in order to provide women with healthy care, during all phases of the Reproductive cycle. This study aimed to recognize the reality of the attendance offered by the professional of nursery in attention to prenatal and childbirth, in the city of Araraquara (SP). **Objectives:** Characterize the professionals of nursery who act in attention to prenatal and childbirth, as well as analyse the essential competences developed by them concerning this practice. **Methodology:** A descriptive study, with qualitative approach, whose data were collected through structured interviews with professionals of nursery and non-participative systematic observation of essential competences in Obstetrics. The studied population was composed by 42 Nursery professionals: 32 acting in attention to prenatal and 10 in attention to childbirth. Concerning attention to prenatal, 44 receptions at the unit, 28 pre consults and 44 post consults, besides 44 gestants in waiting room and 44 gestants in medical consult room were observed. Regarding attention to childbirth, 15 admissional obstetric evaluations, 18 in labours, 11 vaginal deliveries, 9 immediate post deliveries and 11 neonatal receptions were observed. **Results:** Concerning attention to prenatal, the profile of the professionals reveals a female staff (96, 9%), over 41 years old (65, 6%), living a stable marriage (50%), having had the experience of having children (68, 7%), with colour of skin declared as being white (71, 9%), having worked with Health for more than 10 years (59, 4%) and having had less than 10 years of professional graduation at the highest level of qualification (62, 5%). The average of working hours was 39, 4 hours per week, 85% have just one job, the average of the salary for the professionals of a middle level from Unidade Básica de Saúde (UBS) corresponds to 43, 9% of the average of nurses' payment, whereas from Programa de Saúde da Família (PSF) it corresponds to 58, 5%; 66, 7% of the nurses have post graduation *latu sensu* in Public Health; we haven't found nurses who specialized in Obstetrics. Regarding essential competences, nurses do not accompany prenatal at USB and at PSF such practice occurs eventually. The attendance is focused on the doctor's leading role, there is discreet nurse participation and the essential abilities determined by ICM have stopped to be developed. Concerning attention to childbirth, the profile of the professionals reveals a female staff (100%), with 36, 6 years old on average, living a stable marriage (60%), having had the experience of having children (70%) and with colour of skin declared as being white (70%). The average of working hours was 46, 8 hours per week, 80% of the nurses have two jobs and the average of the salary for the professionals of a middle level corresponds to 39, 3% of the average of nurses' payment. All the nurses have specialized in Obstetrics and 80% have between 1 to 4 years of graduation after that. Their experience in attention to childbirth, on average, is comprised of 14 years and six months and, for the professionals of a middle level, it consists of three years and a month. Regarding essential competences, the obstetric nurse is in charge of the admissional obstetric evaluation, the accompaniment to in labour and realization of the childbirth. Many of the essential abilities in Obstetrics, determined by ICM, have stopped to be developed or have been underdeveloped. **Conclusion:** During attention to prenatal, there is a lack of qualified staff, whereas the model of attention to childbirth prioritises professional qualification. Many of the essential competences in attention to prenatal and childbirth determined by ICM are no longer being carried out or are incomplete. The study reveals the necessity of reorganization of the assistance to prenatal and childbirth, in order to achieve a reduction of maternal and neonatal mortality as well as the incidence of unnecessary cesarean birth in the city.

Key words: obstetric nursery, childbirth, qualified attention, professional competence

Resumen

CAGNIN, E. R. G. **Asistencia de enfermaje a la mujer en el ciclo gestativo puerperal: la realidad en Araraquara/SP.** 2008 158 f Tesis (postgrado en Enfermería) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

La atención al prenatal y al parto por persona calificada para la reducción de la mortalidad materna y el neonatal. La Confederación Internacional de Partera (ICM) preconiza cuales son conocimientos y habilidades que el profesional calificado debe poseer para proporcionar a la mujer una atención de calidad, en todas las fases del ciclo reproductivo. Este estudio buscó co-nocer la realidad del atendimento realizado por el profesional de enfermaje con la intención al prenatal y al parto, en el municipio de Araraquara (SP). **Objetivos:** Caracterizar los profesionales de enfermería que actúan en la atención al prenatal y al parto, y analizar las competencias esenciales desarrolladas por ellos en esta práctica. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje calificado, cuyos datos fueron colectados a través de encuesta estructurada con los profesionales de enfermería y de observación sistemática no participativa de las competencias esenciales en obstetricia. La población estudiada fue compuesta por 42 profesionales de enfermería, siendo 32 actuantes en atención al prenatal y 10 en la atención al parto. Fueron observados en la atención al prenatal 44 recepciones en la unidad, 28 preconsultas y 44 posconsultas, además de 44 gestantes en sala de espera y 44 gestantes en sala de consulta médica. En la atención al parto fueron observados 15 evaluaciones obstetricias admissionales, 18 trabajos de parto, 11 partos vaginales, 9 pospartos inmediatos y 11 recepciones neonatales. **Resultados:** En la atención al prenatal, el perfil de los profesionales revela un equipo femenino (96,9%), mayor que 41 años (65,6%), conviviendo en relación conyugal estable (50%), teniendo experiencia de tener hijos (68,7%), con color de la piel declarada blanca (71,9%) y tiempo de actuación en el área de salud mayor de 10 años (59,4%) y menos de 10 años de formación profesional en el mayor nivel de calificación (62,5%). La carga horaria media de trabajo fue de 39,4 horas semanal, 85% actúa en apenas un empleo, la media de sueldos de los profesionales de nivel mediano de la Unidad Básica de Salud (UBS) corresponde a 43,9% de la remuneración media de las enfermerías, encunanto que de el Programa de Salud de la Família (PFS) corresponde a 58,5%; 66,7% de las enfermerías poseen posgrado latu sensu en el area de la salud pública; no encontramos enfermería especialista en obstetricia. Cuanto a las competencias esenciales, las enfermeras no realizan el acompañamiento de prenatal en la UBS y en el PSF tal práctica ocurre eventualmente. El atendimento es centrado la figura del médico, hay discreta participación de las enfermeras y las habilidades esenciales en obstetricia, preconizadas por la ICM, dejaron de ser desarrolladas. En la atención al parto, el perfil de los profesionales revela un equipo femenino (100%), con edad media de 36,6 años, conviviendo con relación conyugal estable (60%) teniendo experiencia de tener hijos fue de 46,8 semanal, 80% de las enfermeras trabajan en dos empleos y la media de salario de los profesionales de nivel medio corresponde a 39,3% de la remuneración media de las enfermeras. Todas las enfermeras son especialistas en obstetricia y 80% tienen de 1 a 4 años de formación após la especialización. El tiempo medio de experiencia en la atención al parto de las enfermeras fue de 14 años y 6 meses y de los profesionales de nivel medio de 3 años y 1 mes. Cuanto a las competencias esenciales compete a la enfermera obstetra la evaluación obstétrica admisional, el acompañamiento al trabajo de parto y a la realización del parto. Muchas de las habilidades esenciales en obstetricia, preconizadas por la ICM, dejan de ser desarrolladas o lo fueron de manera incompleta. **Conclusiones:** En la atención al prenatal hay carencia de personal calificado, encunanto que el modelo de atención al parto prioriza la calificación profesional. Muchas de las competencias esenciales en la atención al prenatal y al parto, preconizadas por la ICM, no están siendo desempeñadas o cuando realizadas, ocurren de manera incompleta. El estudio revela la necesidad de reorganización de la asistencia al prenatal y al parto para la reducción de la mortalidad materna y neonatal y de la insidencia de parto cesariano desnecesario en el municipio.

Palabras-clave: enfermería obstétrica, parto, atención calificada, competencia profesional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a categoria profissional, a idade, o estado conjugal e o número de filhos. Araraquara/SP, 2008.....	47
Tabela 02.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a remuneração na instituição pesquisada. Araraquara/SP, 2008.....	48
Tabela 03.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a renda familiar. Araraquara/SP, 2008.....	49
Tabela 04.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a carga horária semanal de trabalho. Araraquara/SP, 2008.....	50
Tabela 05.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o nível de instrução. Araraquara, 2008.....	50
Tabela 06.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de formação profissional no maior nível em anos. Araraquara/SP, 2008.....	51
Tabela 07.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de atuação na área da saúde em anos. Araraquara/SP, 2008.....	51
Tabela 08.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de atuação na instituição de saúde pública em anos. Araraquara/SP, 2008.....	52
Tabela 09.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de experiência na atenção pré-natal em anos. Araraquara/SP, 2008.....	52
Tabela 10.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a participação em cursos de atualização da prática profissional nos últimos cinco anos. Araraquara/SP, 2008.	53
Tabela 11.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a participação em eventos científicos nos últimos cinco anos. Araraquara/SP, 2008.....	54
Tabela 12.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a satisfação pessoal quanto à atuação e o reconhecimento profissional. Araraquara/SP, 2008.....	55

Tabela 13.	Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a recepção da gestante na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.	57
Tabela 14.	Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na sala de espera na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.....	58
Tabela 15.	Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a pré-consulta de enfermagem na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.....	61
Tabela 16.	Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a consulta médica na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.....	64
Tabela 17.	Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a pós-consulta de enfermagem na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.....	66
Tabela 18.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo o tempo de serviço na instituição. Araraquara/SP, 2008.....	75
Tabela 19.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a categoria profissional, a idade, o estado conjugal e o número de filhos. Araraquara/SP, 2008.....	76
Tabela 20.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a remuneração na instituição pesquisada. Araraquara/SP, 2008..	76
Tabela 21.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a renda familiar. Araraquara/SP, 2008.	77
Tabela 22.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a carga horária semanal de trabalho. Araraquara/SP, 2008.	78
Tabela 23.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo os anos de formação profissional. Araraquara/SP, 2008.....	79
Tabela 24.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo o tempo de experiência profissional no ciclo gravídico-puerperal. Araraquara/SP, 2008.	79
Tabela 25.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo o tempo de experiência na realização de parto. Araraquara/SP, 2008.....	80

Tabela 26.	Caracterização dos profissionais de enfermagem que realizam partos na instituição estudada, segundo os tipos de procedimentos desenvolvidos. Araraquara/SP, 2008.....	82
Tabela 27.	Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a satisfação pessoal quanto à atuação e o reconhecimento profissional. Araraquara/SP, 2008.	83
Tabela 28.	Distribuição de frequências das 15 avaliações obstétricas admissionais observadas, segundo a categoria profissional responsável pela realização da avaliação da gestante. Araraquara/SP, 2008.....	85
Tabela 29.	Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, segundo a categoria profissional, durante as 15 (quinze) avaliações obstétricas admissionais observadas. Araraquara/SP, 2008.....	86
Tabela 30.	Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante os 18 (dezoito) trabalhos de parto observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.....	90
Tabela 31.	Distribuição de frequências dos 11 partos observados, segundo a categoria profissional responsável pela realização do parto vaginal. Araraquara/SP, 2008.....	93
Tabela 32.	Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante o período expulsivo dos 11 partos vaginais observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.....	94
Tabela 33.	Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante as 15 (quinze) avaliações realizadas para os 9 pós-partos imediatos observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.....	98
Tabela 34.	Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante a recepção neonatal dos 11 (onze) partos observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.....	100

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. INTRODUÇÃO	17
2.1 Mortalidade materna e neonatal: atenção qualificada à mulher no ciclo gravídico-puerperal	19
2.2. Competências essenciais na gestação, parto e puerpério	25
3. OBJETIVOS	31
3.1. Objetivo geral	31
3.2. Objetivos específicos	31
4. METODOLOGIA	33
4.1. Características do estudo.....	33
4.2. O local do estudo	35
4.2.1. O município de Araraquara.....	35
4.2.2. Os serviços de saúde selecionados.....	36
4.3. Sujeitos da pesquisa	37
4.4. Aspectos éticos da pesquisa	37
4.5. Procedimentos da coleta de dados	38
4.6. Análise de dados	40
5. RESULTADOS	42
5.1. Competências essenciais na atenção pré-natal no contexto da atenção básica de saúde no município de Araraquara/SP	42
5.1.1. Caracterização das unidades de saúde municipais.....	42
5.1.2. Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher no pré-natal.....	46
5.1.3. Atenção pré-natal: descrição do observado	56
5.1.3.1. Na recepção da gestante na unidade	56
5.1.3.2. Na sala de espera	58
5.1.3.3. Na pré-consulta de enfermagem	59
5.1.3.4. Na sala de consulta médica.....	63
5.1.3.5. Na pós-consulta de enfermagem.....	64

5.2. Competências essenciais na atenção ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato no município de Araraquaras/SP	68
5.2.1. Caracterização do serviço público hospitalar do município	68
5.2.2. Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher no trabalho de parto, parto e puerpério imediato	75
5.2.3. Atenção ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato: descrição do observado	84
5.2.3.1. Na avaliação obstétrica admissional	84
5.2.3.2. No trabalho de parto	88
5.2.3.3. No parto vaginal	92
5.2.3.4. No pós-parto imediato	97
5.2.3.5. Na recepção neonatal	99
6. DISCUSSÃO	103
6.1. O atendimento de pré-natal no contexto da atenção básica de saúde	103
6.1.1. A equipe de enfermagem	103
6.1.2. Competências da equipe de enfermagem	107
6.2. O atendimento ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato no serviço público	115
6.2.1. A equipe de enfermagem	115
6.2.2. Competências da equipe de enfermagem	121
7. CONCLUSÕES	132
8. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A ASSISTÊNCIA	135
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	137
ANEXOS	143

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Nossa inquietação sobre as questões ligadas à saúde das mulheres fortalece-se frente à realidade da assistência prestada a elas e às implicações que repercutem na essência feminina, nas relações familiares e no meio sociocultural. A educação em saúde reprodutiva e sexual na adolescência, o ciclo gravídico-puerperal, o planejamento familiar, a prevenção de câncer do colo de útero e mama, a assistência à saúde no climatério e menopausa, entre outros, são temas difundidos e explorados atualmente por uma gama de profissionais, e, no entanto, percebemos que muito deles ainda estão permeados de lacunas.

A convivência com questões relacionadas à saúde da mulher, enquanto enfermeira obstetra e neonatal em maternidades pública e privada no interior do Estado de São Paulo, e a experiência em conhecer o leque de atuações potenciais e reais em que o profissional enfermeiro está inserido fazem suscitar interesse pelo estudo sobre as competências essenciais que a enfermagem obstétrica deve desenvolver. Por outro lado, este tema não diz respeito apenas a um anseio individual, mas o mesmo está vinculado a um projeto maior de uma construção de conhecimento sobre as realidades da atenção obstétrica na América Latina.

INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL. MS. 2001) considera que a saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordado também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doença. Acrescenta que esta abordagem é fundamental, ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial daquela de menor renda, pois esta tem carências marcadas daquilo que se chama de ‘necessidades básicas’ que interferem na sua saúde e seu bem-estar, caracterizando uma “doença social” que acomete um número expressivo de mulheres determinando ou agravando condições biológicas e psicológicas.

É com essa abrangência conceitual que será possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua limitada aplicação, através de uma visão humanística, na promoção da saúde das pessoas (BRASIL. MS. 2001).

Ainda no século XX algumas iniciativas de atenção à saúde começaram a ser desenvolvidas no Brasil, entre elas a assistência pré-natal que surgiu como um processo de “puericultura intra-uterina” e não como proteção à mulher. O primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1922) recomendava a abertura de maternidade e creches e a severa vigilância ao aleitamento materno, como uma forma de controle da mortalidade infantil. Foi nesse contexto equivocado que se expandiu no Brasil a assistência pré-natal, perpetuando-se até muito recentemente (BRASIL. MS. 2001).

Na década de 1980, como tentativa de corrigir muitos problemas que contribuíam para a precariedade do quadro de saúde da mulher, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – como resultado da discussão e negociação com movimento de mulheres e tendo como eixo de ação não apenas o corpo biológico e o binômio mãe-filho, mas uma mulher considerada sujeito da sua própria história (BRASIL, 1984). Mattos (2001) afirma que, apesar da criação do PAISM ter representado um passo significativo na área social, incorporando em seu conteúdo os princípios da integralidade e da universalidade da atenção à saúde, o mesmo não tem respondido adequadamente, o que é lamentável pelo potencial de melhoria em relação à atenção à saúde da mulher que vem sendo desperdiçada.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 teve como fundamento o descontentamento com as injustiças existentes no sistema de saúde brasileiro, e garantia a gratuidade da assistência à saúde, inclusive a atenção à saúde da mulher. Em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), lançou o projeto Maternidade Segura, que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido. Apesar de sua existência estadual e federal, fatores como a segmentação entre o setor público e privado e o excesso de intervenções em processos fisiológicos, contribuíram para a sua ineficácia.

Em 2000, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema da saúde, tendo como base a análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Nesta mesma direção, é constituído o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” com o intuito de construir um consenso nacional em torno da necessidade do desenvolvimento de políticas públicas de saúde para a mulher, de forma integrada. E, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade no Brasil, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde e promover melhoria das condições de vida das mulheres, como a garantia dos direitos humanos.

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – em 1984, a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS - em 1988, o projeto Maternidade Segura lançado em 1996, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, juntamente ao documento “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” instituído em 2000, entre outros, são exemplos de medidas que têm sido despendidas à promoção da saúde da mulher. No entanto, analisando a situação de saúde da mulher brasileira, percebemos um descompasso entre os avanços tecnológicos e a qualidade da assistência à saúde, principalmente quando atentamos para a disparidade regional desta atenção.

Esta realidade também foi constatada por Almeida (2005) que aponta a necessidade de implementação de ações preconizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – principalmente no que tange à implantação de atividades de educação continuada aos profissionais e educação em saúde aos usuários de serviços de saúde, contribuindo para o alcance de uma assistência qualificada. Tal contexto contribui

ainda mais para a nossa inquietação, instigando-nos a repensar e questionar a atuação e a competência dos profissionais de enfermagem que atuam na atenção às mulheres que estão passando pelo ciclo grávido-puerperal.

2.1 Mortalidade materna e neonatal: atenção qualificada à mulher no ciclo gravídico-puerperal

Definida como uma prioridade a ser alcançada mundialmente até o ano 2015, a redução da mortalidade materna é um dos Objetivos do Milênio, propostos pelas Nações Unidas em 2000. Segundo dados de 2000, cerca de 530 mil mortes maternas ocorrem a cada ano em todo o mundo (OPAS, 2004a).

Cada ano, de uma estimativa de 120 milhões de gravidezes que ocorrem no mundo, mais de meio milhão de mulheres morre como consequência de complicações durante a gravidez e o parto; mais de 50 milhões de mulheres sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas com a gravidez e pelo menos 1,2 milhão de recém-nascidos morre por complicações durante o parto (MACDONALD; STARRS, 2003).

Em países em desenvolvimento, uma entre 16 mulheres pode morrer de complicações relacionadas à gravidez e ao nascimento, comparada a uma em 2.800 gestações em países desenvolvidos. Cada morte ou complicação de longo prazo representa uma tragédia individual para a mulher, para o seu parceiro, sua família e para a comunidade (WHO, 2004).

Quanto à Razão da mortalidade materna (RMN - número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos) estima-se que seja em torno de 400 por 100 mil nascidos vivos no mundo, sendo que uma das regiões em que se encontra mais alta é na África (830), seguida da Ásia (330), Oceania (240), América Latina e Caribe (190) e dos países desenvolvidos (20) (WHO, 2003).

No Brasil, morrem aproximadamente 75 mães a cada 100 mil bebês nascidos vivos, segundo dados de 2002 (OPAS, 2004a). Os índices elevados de mortalidade materna constituem-se em motivo de preocupação das autoridades de saúde em nível federal, estadual e municipal. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) a razão da mortalidade materna no país, em 2002, foi de 50,3 por 100 mil nascidos vivos, e este valor não foi muito diferente nas regiões nacionais. A região Nordeste teve o maior índice com 60,8, seguida da região

Centro-Oeste com 60,3, depois da região Sul com 56,6, a região Norte com 53,2 e o menor índice foi encontrado na região Sudeste com 45,9.

A razão de mortalidade materna no município de Araraquara, estado de São Paulo, no ano de 2004, local onde este estudo foi desenvolvido, foi de 95,54, um valor muito acima do estimado para o Brasil (76,09) e para o Estado de São Paulo (34,79) para este mesmo ano (IBGE, 2006). Nos anos de 2005 e 2006 tivemos uma razão de 62,77 e 61,80 respectivamente, índices acima da média da região Sudeste (45,49) (IBGE, 2006). Nesta mesma direção, a taxa de mortalidade infantil (número de óbitos infantis menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos no Estado de São Paulo atingiu uma taxa de 14,94 (IBGE, 2006). No município de Araraquara no ano de 2004 foi de 15,92, apresentando um declínio na taxa de mortalidade infantil em 2005 (13,18) e um aumento acentuado desta taxa em 2006 (17,30), enquanto a taxa de mortalidade neonatal (crianças de 0 a 28 dias) no município de Araraquara no ano de 2004 foi de 11,46, com declínio em 2005 (9,73) e aumento em 2006 (13,9), acompanhando os índices da taxa de mortalidade infantil.

Apesar dos números elevados de óbitos maternos em diferentes regiões, sabemos que o sistema de informação não cobre a totalidade dos casos de mortalidade materna, fazendo com que esta seja subnotificada. Portanto, a real magnitude da mortalidade materna em nosso país não está nos números oficiais, assim como em todos os países em desenvolvimento que também apresentam dificuldades para identificar esses números, e até mesmo em países desenvolvidos que referem problemas, ainda que em menor grau, para captar todos os óbitos maternos (WHO, 2003).

As principais causas das mortes maternas são conhecidas, e mais de 80% delas poderiam ser prevenidas ou poderiam ser evitadas por ações efetivas e disponíveis, até mesmo nos países mais pobres do mundo (WHO, 2004).

A resolução do parto mediante uma cesariana é atualmente uma ocorrência comum em quase todos os países, e ocorre em níveis epidêmicos em algumas regiões e está diretamente relacionado ao aumento da incidência de mortalidade materna e neonatal (BRASIL. MS. 2001).

A incidência de parto cesárea no município de Araraquara está longe da recomendação do Ministério da Saúde. Do total de partos realizados em 2004, tivemos 67,61% de parto cesárea, frequência que se manteve em 2005 e 2006, com respectivamente 68,78% e 68,58%.

No ano de 2006, 61,7% dos partos vaginais pelo SUS foram realizados pelos enfermeiros, 36,1% pelos médicos, 11,7% pelo médico auxiliado pelo enfermeiro e 0,5%

ocorreram em domicílio. Tais dados nos mostram que o profissional enfermeiro foi responsável pela maioria dos partos vaginais pelo sistema público de saúde; no entanto, o profissional médico foi o responsável pelo adendo de internação hospitalar e, conseqüentemente, tal procedimento é registrado como tendo sido realizado pela classe médica, mascarando a atuação do enfermeiro obstetra no parto.

Em 1987 foi lançada uma Iniciativa Global por uma Maternidade Sem Risco (IMSR), em resposta ao grave problema de saúde pública, encabeçada pelo Grupo Interagencial por uma Maternidade Sem Risco, com o objetivo de aumentar a consciência e promover a ação em nível global e nacional para conseguir que as gravidezes e os partos sejam mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos (MACDONALD; STARRS, 2003).

Em 1997, o Grupo Interagencial (IAG) convocou uma conferência internacional com o objetivo de examinar as lições aprendidas durante o primeiro decênio da iniciativa, identificar as estratégias mais eficazes e mobilizar a ação em nível nacional para implementar estas estratégias. A partir desta conferência surgiu “um claro consenso sobre o valor da atenção qualificada durante o parto como uma intervenção fundamental para tornar as gravidezes e os partos mais seguros” (MACDONALD; STARRS, 2003).

Mais recentemente, as Nações Unidas e seus membros ratificaram as metas de Desenvolvimento para o Milênio, as quais incluem a redução da mortalidade entre uma de suas oito metas, com a proporção de nascimentos atendidos por pessoal qualificado. Apesar de já ter ocorrido certo progresso na consecução das metas, ainda há muito a ser feito, o que exigirá compromissos e aportes de uma gama de sócios, inclusive governos, ONGs, organizações internacionais de assistência e organismos doadores, entre outros (MACDONALD; STARRS, 2003).

Os dados atuais indicam que somente 53% das mulheres de países em vias de desenvolvimento dão a luz sendo atendidas por pessoal qualificado. A fim de melhorar esta situação, o Grupo IAG elaborou uma estratégia de vários passos, enfocando primordialmente no processo da atenção qualificada durante o parto, no lugar de centrar-se unicamente no pessoal ou nos provedores qualificados individualmente, como uma forma de garantir que se leve em conta, também, um contexto facilitador mais amplo no qual os profissionais da saúde oferecem atenção materna (MACDONALD; STARRS, 2003).

Várias instâncias internacionais e nacionais têm fixado metas para a redução da mortalidade materna e a expansão da atenção qualificada durante o parto.

No Brasil, um dos mecanismos adotados pelo governo, para amenizar a situação, foi a criação pelo Ministério da Saúde do “Pacto Nacional pela Redução da

Mortalidade Materna e Neonatal”, em março de 2004, que consistiu na execução de um conjunto de ações articuladas pelas diferentes esferas de governo para qualificação da atenção obstétrica e neonatal, para que, até o fim de 2006, estivessem reduzidos em 15% os atuais índices de mortalidade. Segundo Dra. Maria José de Araújo, coordenadora do Departamento de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde na ocasião, “Em cada 100 mil nascidos vivos, cerca de 74 mulheres morrem devido a complicações na gestação, no parto ou no puerpério. Entre as causas dessas mortes, aparecem fatores como a hipertensão, hemorragias, infecções e aborto (OPAS, 2004b). Enquanto o Brasil registra 74 mortes de mulheres por 100 mil bebês nascidos vivos, Cuba registra 24 óbitos (OPAS, 2004c).

Entre as ações prioritárias do programa, destacam-se a capacitação e a educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal. “A situação mais alarmante atualmente no Brasil não é o acesso ao serviço, mas sim, a qualidade precária do atendimento”, observa Dra. Maria José de Araújo (OPAS, 2004a). Acrescenta, também, a expectativa de ampliar em 100% o número de Comitês Estaduais de Morte Materna, como uma estratégia para resolver o problema da notificação imprecisa de mortalidade de mulheres no período reprodutivo.

O representante do programa de Saúde Materna da Organização Mundial de Saúde, Enrique Ezcurra, (OPAS, 2004c) avalia que o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade acerta ao incluir a sociedade brasileira em todas as etapas de sua elaboração e que, para alterar esse quadro, é preciso tornar o tema como uma prioridade política. O plano foi lançado pelo governo federal em março de 2004 e prevê apoio financeiro e investimento na formação de profissionais.

De acordo com as palavras de Ezcurra (OPAS, 2004c), “Há 30 anos, Cuba vem tomando medidas, priorizando a saúde, sendo um exemplo notável. A força de trabalho na área é qualificada e pelo menos 99% dos partos são feitos por especialistas”, explica. A falta de atendimento qualificado é, segundo ele, uma das principais causas de morte. Lembra que a África concentra 90% dos casos de óbitos no mundo, por ser um continente com “pouco desenvolvimento econômico, pouco pessoal médico qualificado e problemas em infraestrutura”.

No tocante à demanda por formação de nível técnico e auxiliar em funções específicas de saúde, calcula-se que por volta de 225 mil trabalhadores exercem funções para as quais não estão preparados, os quais estão atuando na assistência de enfermagem nas redes hospitalares e ambulatoriais. Ante este quadro, o Ministério da Saúde estabelece entre suas

prioridades o desenvolvimento de um amplo projeto de financiamento e cooperação técnica que visa a reduzir o déficit nacional de pessoal auxiliar qualificado em enfermagem, a diminuir o risco de práticas inadequadas e a regularizar a empregabilidade de pessoal (OPAS, 2004d).

Mirta Roses, diretora da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2004e) afirma que a resolução dos problemas de saúde pública no século XXI depende da abordagem simultânea de três objetivos. Um deles é resolver a agenda inconclusa: "... são aqueles problemas que sabemos resolver, como mortalidade infantil, mas faltam recursos". Os outros dois objetivos são proteger realizações alcançadas – como impedir a reincidência de doenças controladas, a exemplo do sarampo – e enfrentar os novos desafios. Acrescenta que na América Latina e no Caribe, 230 milhões de habitantes (46%) não contam com seguro-saúde, 125 milhões (27%) carecem de acesso permanente aos serviços básicos de saúde, 17% dos nascimentos não têm assistência qualificada", revelando que a falta de qualificação na assistência se estende também para outros setores da saúde.

Segundo Witt (2005), a principal recomendação para a redução da morbimortalidade materna e neonatal é que todas as mulheres sejam atendidas por pessoal qualificado. A importância do trabalho da enfermagem em atenção básica, expresso no reconhecimento de que as enfermeiras possuem um papel fundamental no desempenho das funções essenciais de saúde pública, tem sido reconhecida no Brasil pelos gestores e pela população; a dúvida continua sendo das enfermeiras (WITT, 2005).

Macdonald & Starrs (2003) lembram que a evidência histórica e epidemiológica sugere que a atenção qualificada, durante o parto e imediatamente depois, pode ter um efeito significativo na redução das mortes maternas. Os autores acrescentam que a atenção qualificada se refere ao processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto e neonatal, independentemente do parto acontecer no domicílio, no centro de saúde ou no hospital. Para que isto ocorra, o provedor deve ter as habilidades necessárias, além de contar com o apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isto inclui um marco de políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infra-estrutura adequados, além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação, e de referência e transporte. A atenção qualificada inclui cuidados para mulheres que sofrem complicações que colocam em risco suas vidas, porém não se limita a isso; pode prevenir algumas complicações, aumentar a probabilidade de um tratamento imediato e apropriado, quando

ocorrem complicações, e pode promover uma referência rápida e oportuna, quando necessário.

Com base na Declaração Conjunta OMS/UNFPA/Unicef/Banco Mundial sobre a Redução da Mortalidade Materna, de Genebra, em 2003, o termo “pessoal ou provedor qualificado” se refere exclusivamente àquelas pessoas com destreza em atenção profissional do parto (por ex.: médicos, parteiras profissionais, enfermeiros) que tenham sido capacitados até alcançar perícia nas habilidades necessárias para oferecer cuidados competentes, durante a gravidez e o parto. As pessoas qualificadas devem ser capazes de manejar o trabalho de parto e o parto normal, de reconhecer o início das complicações, realizar intervenções essenciais, dar início ao tratamento e supervisionar a referência da mãe e do bebê a intervenções que estão além de suas competências ou que não são possíveis naquele contexto particular (MACDONALD; STARRS, 2003).

No entanto, Macdonald & Starrs (2003) acrescentam que, a fim de dar atenção eficaz e de boa qualidade durante a gravidez e o parto, o pessoal qualificado deve ter uma variedade de habilidades específicas e poder exercê-las de forma competente. Também é fundamental que o pessoal qualificado esteja autorizado a realizar todos os procedimentos para os quais tenha sido capacitado, a fim de manter sua destreza atualizada e oferecer uma atenção que satisfaça as necessidades das mulheres a quem se prestam os serviços. Para que isso ocorra, o pessoal qualificado necessita de um contexto facilitador, onde presta serviço. Isto inclui um marco legal e normativo de respaldo, acesso a equipamentos e medicamentos essenciais, um sistema de referência em funcionamento e sistemas de educação e de saúde que fomentem o pensamento crítico, a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação eficazes.

O contexto facilitador de que tratam os autores necessita estar formado por fatores fundamentais, como:

- 1) políticas, leis e regulamentos de respaldo que dêem prioridade à maternidade sem risco, autorizem os profissionais de saúde, incluídas as parteiras tradicionais, a realizar todas aquelas intervenções que salvam vidas em que têm competências e contraporem-se às barreiras ao acesso aos serviços que as mulheres enfrentam;
- 2) infra-estrutura eficaz do sistema de saúde, incluindo os equipamentos e insumos adequados e sistemas de referência, comunicação e transporte;
- 3) associações profissionais que promovam a formação de pessoal qualificado, formulem políticas e protocolos, estabeleçam normas de prática e competências básicas e facilitem a comunicação e o intercâmbio de informação;

- 4) educação de qualidade e sistema de supervisão que ofereçam oportunidades de formação, antes de prestar serviços, e educação contínua e provejam um mecanismo de supervisão e apoio (MACDONALD; STARRS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde considera que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, a enfermeira é o profissional mais indicado para atender a mulher durante a gestação e parto. Acredita que é o profissional com menor custo e maior efetividade para o alcance da maternidade segura, diminuição da morbimortalidade e dos custos da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. O governo brasileiro tem procurado fomentar a capacitação de recursos humanos, entre eles, a enfermeira obstetra, a fim de aumentar o seu quantitativo e reverter a situação do país através da qualificação do pessoal que atende a mulher.

2.2. Competências essenciais na gestação, parto e puerpério

A OPAS (1998) afirma que a competência significa aquela qualificação, preparação ou habilidade, adequada a certa necessidade ou demanda e que tem uma expressão empírica, um correlato concreto no desempenho de instituições e pessoas. O crescente impulso da descentralização na função torna mais visível as limitações e lacunas existentes no desempenho de instituições e profissionais.

Witt (2005) refere que, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1998), a construção de competências do profissional de saúde, segundo as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), faz parte de um conjunto de iniciativas que busca dar resposta às necessidades dos serviços para a resolução de problemas de saúde, tendo em vista as transformações estruturais ocorridas neste setor, e no mundo do trabalho, devido aos processos de globalização e integração da economia e às mudanças nos paradigmas em saúde pública, cujo âmbito de ação ampliou-se para incorporar, com ênfase, as dimensões internacional e local de saúde. Comenta ainda que a Organização Mundial de Saúde, desde 1997, através de Comitê de Experts em Prática de Enfermagem, vem trabalhando para considerar, em um contexto global, a essência da prática de enfermagem e, a partir daí, a extensão apropriada desta prática em países com diferentes necessidades de saúde. Considera que as enfermeiras apresentam um foco específico de atuação, pois preenchem papéis-chave em saúde pública nas Américas, necessitando de educação profissional específica e de instrumentos para praticar a interdisciplinaridade na saúde. Neste contexto, foi identificada

pela OPAS, a necessidade de tornar claro e aprofundar o campo de conhecimento da enfermagem, tendo em vista o planejamento dos serviços de enfermagem que contribuem para o alcance da equidade, acesso, qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde.

Witt (2005) afirma que a produção científica de enfermagem no Brasil, nas duas últimas décadas, apresenta uma preocupação em definir a especificidade do seu trabalho junto à equipe multiprofissional, articulando saberes e procurando potencializar e ampliar as ações de enfermagem para sua maior resolubilidade. Esses estudos mostram que as enfermeiras têm buscado modificar sua prática, a fim de avançar no atendimento integral à saúde. No entanto, elas têm encontrado dificuldades na determinação de suas competências, no trabalho em equipe multiprofissional e na indefinição na programação da saúde.

Também, a enfermagem tem se caracterizado nos serviços de saúde como uma espécie de “faz tudo”, sendo que em alguns momentos ela se vê até mesmo exercendo atividades de outros profissionais (ASSIS, 1988). Frente a esta situação, as enfermeiras revelam-se confusas diante de seu papel, executando suas atribuições com muitas dúvidas e poucos questionamentos, não havendo consenso a respeito de suas funções nas instituições de saúde (MENEZES, 1990).

Para Gonczi (1994), as vantagens e justificativas em definir claramente as competências esperadas do profissional, indicadas na literatura, são:

- a oportunidade para refletir sobre a natureza do seu trabalho inserido em uma estrutura mais ampla do que tem sido feito;
- a de estabelecer publicamente o que os membros de uma profissão estão habilitados a fazer, e o que o público pode razoavelmente esperar deles;
- a de providenciar metas mais claras do que as normalmente existentes para as instituições de ensino e para os programas de educação permanente;
- a de tornar mais claro para o estudante o que dele será esperado alcançar como um recém-formado.

Vale a pena incluir aqui o respaldo legal para atuar livremente em todas as esferas de seu campo profissional, acrescentando conhecimentos e habilidades à categoria e satisfação e idealização pessoal e profissional. Neste sentido, a Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstétricas/ABENFO vêm, insistentemente, reforçando a importância da qualificação das enfermeiras para o atendimento obstétrico e neonatal de qualidade. Dentre outras medidas incorporou as Competências Essenciais em Obstetrícia elaboradas pela Confederação Internacional das Parteiras/ ICM como um guia para a qualificação e prática da categoria profissional.

A Confederação Internacional de Parteiras (ICM), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definem que “Uma parteira é uma pessoa que, tendo sido regularmente admitida em um programa de educação de obstetrícia reconhecido no país no qual atua, completou prosperamente o curso prescrito de estudos em obstetrícia e adquiriu as qualificações requeridas, sendo registrada e autorizada legalmente para praticar a obstetrícia” (FULLERTON et al., 2003). Nesta definição incluem-se, dentre tantas, outras categorias (parteira profissional, médico) que podem ser consideradas, como sendo qualificada, para a atenção ao parto, a enfermeira com especialização em obstetrícia.

Fullerton et al. (2003) desenvolveram um estudo com o objetivo de delinear o conhecimento e habilidades que caracterizavam o domínio de competências das parteiras, de acordo com a definição internacional da profissão. Chamam a atenção que a “parteira” global, à volta do segundo milênio, representa uma pessoa que tem recebido treinamento de uma variedade de fontes, que pratica em uma ampla variedade de competências, tendo autorização para praticar sob uma variedade de jurisdições e mandatos. Em algumas partes do mundo, a parteira pode ser o único provedor de saúde-cuidado com quem uma mulher tem contato. Em outros países, a parteira pode atender as mulheres mais saudáveis, referenciando todas as mulheres que experimentam complicações para um especialista obstétrico, ou, atua como parte de uma equipe multidisciplinar dentro de um cuidado terciário do sistema.

A este respeito, a Confederação Internacional de Parteiras preocupada com a qualidade da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal elaborou, por meio de um extensivo estudo utilizando a técnica Delphi, as competências essenciais em obstetrícia. Tal documento foi ratificado e assinado pela OMS/FIGO, tornando-o oficial em nível internacional. A declaração das Competências Essenciais em Obstetrícia tem também como objetivo aumentar a compreensão do que as parteiras ‘fazem’ para promover a saúde de mulheres e recém-nascidos. O próximo passo será o desenvolvimento de padrões globais de prática ainda como outra ferramenta ou diretriz que poderá ser usada por parteiras e outros nos esforços de fortalecer o papel e prática de parteiras no mundo. Como um documento vivo, as competências revisadas e atualizadas, continuamente, podem promover gravidez e nascimento mais seguros para todas as mulheres e recém-nascidos no mundo (FULLERTON et al., 2003).

Toda prática profissional passa por alterações e transformações ao longo de sua existência, devido a múltiplas determinações, como o avanço tecnológico, processo de

trabalho, entre outros, onde novas práticas são continuamente incorporadas ao trabalho, determinando novas competências.

O documento sobre as Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia publicado pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM) preconiza quais os conhecimentos e as habilidades que o profissional qualificado deve possuir para proporcionar à mulher uma atenção de qualidade, em todas as fases do ciclo reprodutivo. Estas Competências Essenciais preconizadas pela ICM procuram responder à questão: O que uma parteira faz? E o que ela faz é baseado em evidência?

Este documento enumera seis amplas competências que o profissional deve possuir e cada uma destas competências determina uma lista de conhecimentos e habilidades básicas requeridos para uma prática segura em qualquer situação, além de conhecimentos e habilidades adicionais que podem ser adotados, de acordo com a realidade de cada país. As competências essenciais preconizadas pela ICM que o profissional qualificado deve possuir são:

- **Competência 1:** as parteiras têm conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado para as mulheres, recém-nascidos e famílias, no período reprodutivo.
- **Competência 2:** as parteiras fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positivas.
- **Competência 3:** as parteiras proporcionam cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.
- **Competência 4:** as parteiras proporcionam, durante o parto, cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

- **Competência 5:** as parteiras oferecem à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.
- **Competência 6:** as parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Diante da relevância da prática da enfermagem no contexto da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal e, frente à situação da saúde da mulher no município de Araraquara, revelada por índices elevados de mortalidade materna e neonatal e de parto cesárea, e a própria inserção da enfermeira neste contexto, indagamos: quais as ações que a equipe de enfermagem desenvolve junto à mulher?

A tal questionamento ainda o recorte para uma fase muito específica da vida da mulher, que é foco do nosso estudo, o ciclo gravídico puerperal, espaço este com que temos procurado habitar. Qual tem sido o tipo de inserção da enfermagem no atendimento à mulher neste período de vida? Que ações são desenvolvidas por este grupo de profissionais? A que competências a enfermagem tem respondido no conjunto das práticas que assistem as mulheres no ciclo gravídico puerperal?

Este estudo pretende conhecer a qualificação profissional e as competências desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem, com a intenção de contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal e a realização de cesáreas desnecessárias no município de Araraquara (SP).

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Conhecer o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no município de Araraquara por meio das ações realizadas por profissionais de enfermagem, tendo por base as competências essenciais em Obstetrícia para a atenção qualificada ao parto e a redução da mortalidade materna e neonatal.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais de enfermagem que atuam no atendimento à mulher no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no puerpério imediato;
- Identificar as ações realizadas por profissionais de enfermagem no atendimento à mulher no pré-natal;
- Identificar as ações realizadas por profissionais de enfermagem no atendimento à mulher no trabalho de parto, parto e puerpério imediato;

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. Características do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Pereira (2003), “as investigações epidemiológicas, de cunho descritivo, têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos”. Elas podem ser de incidência ou de prevalência. Nelas, não há formação de grupo-controle para a comparação dos resultados, ao menos como é feita nos estudos analíticos – daí serem considerados estudos não-controladores. O pesquisador interessado em traçar o perfil de um determinado tema tem apenas que observar como estas situações estão ocorrendo, em uma ou mais populações, e expressar as respectivas frequências de modo apropriado. O autor acrescenta que, neste tipo de estudo, as informações sobre a saúde podem referir-se, globalmente, a toda a população ou, especificamente, a subgrupos dessa população.

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.177), a finalidade do estudo descritivo é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Trivinos (1987) enfatiza que o foco essencial do estudo descritivo é a intenção de se conhecer uma determinada realidade, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos desta realidade.

O estudo descritivo segue as mesmas linhas de raciocínio de qualquer trabalho científico, e sua preparação também tem semelhante disposição de temas, a saber: “introdução”, “metodologia”, “resultados” e “discussão”, ao lado do “resumo” e das “referências bibliográficas”, no entanto, não colocadas necessariamente de maneira explícita (PEREIRA, 2003).

Os elementos essenciais que compõem um estudo descritivo, em epidemiologia, são reunidos em algumas palavras-chave. O “QUE” representa o tipo de evento em foco. Neste estudo o foco se concentra na atenção profissional qualificada no ciclo gravídico-puerperal tomando como base as competências essenciais que o profissional de enfermagem que trabalha em obstetrícia deve desenvolver. O cerne da epidemiologia descritiva consiste em bem definir o evento e especificar adequadamente as suas frequências em relação às características das pessoas atingidas pelo evento (“QUEM”), dos lugares (“ONDE”) e do tempo (“QUANDO”) onde isso se deu. Esta pesquisa procurou identificar os profissionais de enfermagem que prestam atendimento na gestação, parto e puerpério no município de Araraquara, no período de dezembro de 2007 a março de 2008.

No estudo descritivo as informações são organizadas de modo a mostrar, o mais claramente possível, “COMO” os eventos variam, na população. Tal estratégia, de comprovada utilidade, faz com que os especialistas na matéria, ao abordarem um tema de saúde e após defini-lo adequadamente, especifiquem o que seja um “caso” e formulem as três perguntas sobre pessoa, lugar e tempo, cujas respostas espelham a “distribuição” do evento, na população. (PEREIRA, 2003) As variáveis descritivas, ou de subdivisões usadas na descrição epidemiológica de um tema, são classificadas segundo os três elementos já mencionados: pessoa, lugar e tempo.

O estudo descritivo que nos propusemos a desenvolver requer uma abordagem quantitativa que atua em níveis de realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos tendo como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, que deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, classificando-os e tornando-os inteligíveis através das variáveis, segundo Minayo e Sanches (1993).

Pereira (2003) acrescenta que a organização adequada de uma base de dados facilita, sobremaneira, a realização de estudos descritivos e a correta determinação de frequências. Afirmar que quanto melhor a base de dados, em termos de abrangência da população e qualidade do seu conteúdo, mais precisa serão os respectivos quadros descritivos. Em alguns casos, podem ser realizadas investigações com o objetivo de obter os dados necessários, seja de forma prospectiva, retrospectiva ou transversal, expressando os resultados em termos de incidência ou prevalência.

O autor acrescenta que os resultados dos estudos descritivos são apresentados dispostos em tabelas, gráficos ou outra forma de expressão de distribuição de frequências de um determinado evento e, são utilizados para alcançar dois objetivos principais: 1) identificar os grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora – daí a íntima relação da epidemiologia com a prevenção de doenças e o planejamento de saúde; 2) sugerir explicações para as variações de frequência, o que serve de base ao procedimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos – o que atesta o forte componente de investigações, existentes na epidemiologia.

Em nosso estudo, a coleta de dados foi realizada de forma prospectiva, através de entrevista estruturada e observação direta não participativa da prática dos profissionais de enfermagem, direcionada por instrumentos elaborados previamente, norteados pelas competências essenciais em obstetrícia. Pereira (2003) afirma que para que o inquérito seja

levado a bom termo, há necessidade de um formulário adequado para a coleta de dados, de modo que os objetivos da investigação sejam alcançados.

Em relação à observação não participante, Richardson et al. (1999) esclarecem que neste processo o pesquisador atua apenas como um expectador atento aos acontecimentos pertinentes àquilo que se está investigando. O pesquisador procura ver e registrar o máximo de ocorrências que interessam ao seu trabalho, baseando-se nos objetivos da pesquisa e em um roteiro de observação.

4.2. O local do estudo

4.2.1. O município de Araraquara

Araraquara está estrategicamente localizada no centro geográfico do Estado de São Paulo, sendo a área total do município de 1.006 km² e 77,37 km² ocupados pela área urbana (IBGE, 2006).

Segundo dados do Censo de 2000, o município tinha população estimada em 182.471 habitantes, sendo 88.722 homens e 93.729 mulheres. A população urbana do município foi estimada em 173.569 pessoas e a população rural, em 8.902. A expectativa de vida do município foi de 72,17 anos (IBGE, 2006).

A taxa de alfabetização de adultos é de 0,948 e a taxa bruta de frequência escolar de 0,850, com 54.123 habitantes freqüentando a creche ou a escola. Cerca de 8.525 habitantes com 10 anos ou mais de idade sem instrução e com menos de 1 ano de estudo, conforme dados de 2001. A taxa de crescimento anual estimada (1996-2000) é de 1,4 (IBGE, 2006).

Segundo dados do IBGE (2005), o sistema de saúde de Araraquara é formado por 85 estabelecimentos de saúde, dos quais 35 são caracterizados como estabelecimentos de saúde pública e 50 como estabelecimentos de saúde privados.

Dentre os estabelecimentos de saúde públicos total, 34 são caracterizados como estabelecimento municipal e 01 como estabelecimento estadual. Está interligado à Secretaria Estadual de Saúde através da DIR-IV de Ribeirão Preto e atende cidades vizinhas de pequeno porte, como Gavião Peixoto, Rincão, Santa Lúcia, Motuca e Bueno de Andrade.

O município dispõe de 656 leitos para internação em estabelecimentos de saúde público total ou privado total, dos quais 548 destes leitos de internação são estabelecimentos de saúde privado (IBGE, 2005). A assistência hospitalar é realizada atualmente por 03 hospitais gerais (sendo 01 hospital público e 02 hospitais particulares) e 01 hospital psiquiátrico público.

Em relação à assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, no contexto da atenção básica de saúde, o atendimento de pré-natal é realizado em 22 unidades, sendo elas divididas em: Unidades Básicas de Saúde - UBS ou Centro Municipal de Saúde – CMS (treze unidades municipais), nos Programas de Saúde da Família (oito unidades municipais) e no Serviço Especial de Saúde de Araraquara (uma unidade estadual). O atendimento de gestantes em situações de urgência e emergência obstétrica é realizado no hospital público.

A atenção obstétrica durante o trabalho de parto, parto e pós-parto pelo sistema público é realizada apenas em um serviço de obstetrícia e ginecologia do hospital público do município cuja assistência é prestada por médico obstetra, pediatra e anesthesiologista e enfermeiras obstetras.

A rede privada de saúde do município também está organizada para oferecer atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério, através de uma extensa rede de serviços disponibilizados por consultórios, clínicas, serviços para diagnósticos e duas unidades hospitalares.

4.2.2. Os serviços de saúde selecionados

A atenção ao pré-natal no município é realizada pelo serviço público (em 13 Centros Municipais de Saúde e 08 unidades de Programas de Saúde da Família) e pelo serviço particular ou conveniado (nos consultórios e clínicas médicas). A coleta de dados referentes à atenção pré-natal ocorreu no contexto da atenção básica de saúde do município, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Dado as dificuldades de acesso aos consultórios médicos particulares, locais onde há atendimento pré-natal na rede privada, a coleta de dados centrou-se nos serviços públicos do município.

As unidades de saúde participantes da pesquisa foram definidas a partir do cálculo amostral do número total de unidades que prestam atendimento de pré-natal e das características de cada unidade quanto à população atendida, sua localização física e sua área

de abrangência. Assim a coleta de dados foi realizada em 03 unidades de CMS e 02 unidades de PSF

A atenção ao parto no município é realizada em um hospital público (que também atende particulares e conveniados) e dois hospitais privados (que não atendem pelo sistema único de saúde). A coleta de dados referente à atenção ao parto ocorreu somente no hospital público do município, mediante a autorização da Diretoria Clínica da instituição. Os hospitais particulares do município não consentiram na realização da pesquisa naquelas instituições.

4.3. Sujeitos da pesquisa

Os participantes deste estudo foram os profissionais de enfermagem (auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem, enfermeiro e enfermeiro obstetra) que atendem a mulher no ciclo gravídico-puerperal no município de Araraquara nos serviços de saúde selecionados.

4.4. Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi desenvolvido mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em observância às diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, descritas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o protocolo número 0824/2007 (Anexo I).

Os sujeitos da pesquisa foram incluídos na amostra, após consentirem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de enfermagem (Anexo II), de acordo com a Resolução nº 196/96.

Foram observados os atendimentos àquelas mulheres que estavam na condição de gestante, parturiente ou puérpera e que, após terem sido esclarecidas quanto ao propósito do estudo, consentiram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestantes ou parturientes (Anexo III).

Foram garantidos o anonimato dos profissionais, das mulheres e das instituições participantes, o sigilo das informações prestadas e a segurança de que os dados

somente seriam utilizados para fins de pesquisa, deixando livre e sem ônus para nenhuma das partes a desistência em qualquer fase da pesquisa.

4.5. Procedimentos da coleta de dados

Inicialmente foi realizada uma análise situacional da saúde materno-infantil do município de Araraquara através do levantamento de informações junto à Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Epidemiológica deste município, com base em um ‘Instrumento para Coleta de Dados’ elaborado especificamente para este fim (Anexo IV). O objetivo desta etapa foi caracterizar os serviços que prestam assistência ao pré-natal e parto, conhecer os indicadores de saúde deste município, com enfoque na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e definir as unidades de saúde para a realização da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu de duas formas: a primeira foi através da entrevista estruturada com todos os sujeitos do estudo e a segunda forma de coleta de dados foi a observação não participante e estruturada do contexto do atendimento no pré-natal e no parto, no período de dezembro de 2007 a março de 2008. Primeiramente foram realizadas as duas etapas da coleta de dados na atenção pré-natal e, em seguida, foram realizadas estas duas etapas no contexto da atenção ao parto.

A entrevista estruturada com os sujeitos do estudo foi realizada com base em um instrumento para coleta de informações do perfil do profissional, contendo perguntas abertas e fechadas, caracterizado como ‘Roteiro de Entrevista com o Profissional de Enfermagem’ (Anexo V). Este instrumento foi adaptado daquele utilizado por Cunha (2008) em um estudo sobre a caracterização da assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco-AC e por Dotto (2006) em um estudo sobre a atenção ao parto no município de Rio Branco (AC), conforme consentimento prévio das autoras.

A entrevista foi realizada pela pesquisadora em contato direto com o sujeito do estudo, no próprio local de trabalho do profissional. Participaram desta etapa da coleta de dados 42 profissionais de enfermagem, sendo 32 atuantes no atendimento de pré-natal e 10 no atendimento ao parto.

A observação não participante do contexto do atendimento à mulher no ciclo gravídico foi realizada com base em instrumentos para coleta de dados, estruturado na forma de *check-list*, contendo o roteiro de atividades a serem observadas. O instrumento para coleta de dados durante a etapa de observação na atenção pré-natal – ‘Roteiro de observação no pré-

natal’ (Anexo VI) e na atenção ao parto – ‘Roteiro de observação no pré-parto, parto e puerpério’ (Anexo VII) – foi adaptado daqueles elaborados pelas autoras acima citadas. Para a elaboração de tais instrumentos de observação, foram considerados os seguintes documentos: as competências essenciais publicadas pelo ICM/OMS/OPAS, o guia prático da assistência ao parto normal (OMS), as diretrizes do Manejo Integrado da Gravidez e Nascimento (IMPAC), publicado pela OMS e o manual Parto, aborto e puerpério – Assistência Humanizada à mulher, do Ministério da Saúde.

A definição das mulheres observadas na atenção ao parto no presente estudo foi por sorteio entre aquelas que se encontravam em atendimento no momento do estudo. Na atenção pré-natal, como os momentos acontecem sequencialmente para todas as mulheres, foi possível observar todo o processo de atendimento.

Como o enfoque do estudo são as ações desenvolvidas pelo profissional de enfermagem no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, realizamos a observação direta nos locais onde a mulher recebe este atendimento.

A atenção ao pré-natal foi observada na recepção da unidade, na sala de pré-consulta de enfermagem, na sala de espera, na sala de consulta e na sala de pós-consulta de enfermagem. Os momentos da atenção pré-natal observados foram: acolhimento na unidade, pré-consulta de enfermagem, sala de espera, sala de consulta médica e sala de pós-consulta de enfermagem.

No total, participaram do estudo 44 gestantes atendidas em 18 turnos diferentes (com duração de 4 horas cada) distribuídos nas 05 unidades em que se realizou a coleta de dados. Durante a observação foi possível observar 44 acolhimentos, 28 pré-consultas de enfermagem e 44 pós-consultas de enfermagem, além de 44 gestantes em sala de espera e 44 em sala de consulta médica.

A atenção ao parto foi observada na sala de consulta, no pré-parto, na sala de parto e de pós-parto. Os momentos observados foram: avaliação obstétrica admissional, trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e recepção neonatal. A coleta de dados foi realizada em todos os turnos de trabalho (manhã, tarde, noturno par e noturno ímpar) num total de 144 horas de observação. Durante a observação, foi possível perceber 15 avaliações obstétricas admissionais, 18 trabalhos de parto, 11 partos vaginais, 9 pós-partos imediatos e 11 recepções neonatais.

Considerando que a coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde que atendem ao pré-natal, no contexto da atenção básica do município, e no hospital que atende ao parto pelo sistema público de saúde, acreditamos que nosso estudo retrata a atenção ao pré-

natal e ao parto pelo profissional de enfermagem no sistema público do município de Araraquara.

4.6. Procedimentos de análise de dados

Os dados coletados foram sistematicamente analisados através de estatística descritiva, o que possibilitou descrever e sintetizar todas as informações coletadas, tendo como base os documentos que subsidiam a atenção qualificada ao parto: as competências essenciais publicadas pelo ICM/OMS/OPAS, o guia prático da assistência ao parto normal (OMS), as diretrizes do Manejo Integrado da Gravidez e Nascimento (IMPAC) publicado pela OMS e o manual Parto, aborto e puerpério – Assistência Humanizada à mulher, do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Competências essenciais na atenção pré-natal no contexto da atenção básica de saúde no município de Araraquara/SP

5.1.1. Caracterização das unidades de saúde municipais

A assistência pré-natal no município é realizada nas Unidades Básicas de Saúde (denominados Centros Municipais de Saúde - CMS) e nas unidades dos Programas de Saúde da Família (PSF).

As unidades de saúde possuem uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e pessoal administrativo, além de demais profissionais da rede pública como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e farmacêuticos.

O atendimento pré-natal acontece diariamente nos períodos da manhã e da tarde, das 07h00 às 16h00 no CMS e das 08h00 às 17h30 no PSF. Cada unidade de PFS determina um ou dois dias específicos da semana para o atendimento das gestantes, de acordo com a demanda da comunidade e a disponibilidade da equipe.

O profissional responsável pela realização da consulta de pré-natal é o médico especialista em obstetrícia e ginecologia nos CMSs e o médico generalista nas unidades dos PSF. Os Programas de Saúde da Família desenvolvem trabalho de educação continuada por um médico especialista em ginecologia/obstetrícia que acompanha o atendimento de pré-natal juntamente com o médico generalista.

O profissional de enfermagem – enfermeira generalista ou com especialização em obstetrícia – não realiza o acompanhamento do pré-natal de baixo risco das mulheres atendidas na rede pública de saúde do município. Em algumas unidades de Programas de Saúde da Família, as enfermeiras verbalizaram que realizam as consultas de pré-natal no período de férias do médico, conforme acordo interno com a equipe de profissionais e a Secretaria de Saúde do município.

Os profissionais de enfermagem de nível médio que realizam o atendimento da gestante nas unidades públicas de saúde fazem parte do quadro de funcionário público efetivo

do município, têm formação em técnico de enfermagem e são admitidos com a função de agentes de saúde, conforme exigência no regime de contratação.

As unidades de saúde servem como campo de estágios para os alunos do curso de graduação em enfermagem das universidades particulares instaladas no município. Os estagiários desenvolvem as atividades juntamente com a equipe de enfermagem, dentro da rotina de cada unidade.

As unidades de saúde participantes da coleta de dados foram definidas considerando a área total de atendimento de pré-natal do município e as características da população atendida em cada área de abrangência. A amostra representativa das unidades de saúde foi composta por 05 (cinco) unidades, sendo 03 (três) Centros Municipais de Saúde e 02 (duas) unidades de Programas de Saúde da Família (PSF).

A seguir, há uma breve apresentação das unidades de saúde participantes do estudo, com dados considerados relevantes para a compreensão e análise das competências desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

A Unidade 01, caracterizada como Centro Municipal de Saúde (CMS), desenvolve a atenção básica de saúde preconizada pelo sistema único de saúde para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Está localizada em um bairro residencial próximo a área central e instalada em um prédio próprio antigo localizado em uma área de terreno de médio porte. A população atendida é proveniente de classe média e média baixa, além de moradores de chácaras e fazendas próximas ao bairro. A planta física é constituída por três consultórios médicos (ginecologista/obstetra, pediatra e clínico geral), sala de vacina, sala de curativo, sala de inalação, sala de pré-consulta de enfermagem, sala de pós-consulta de enfermagem, farmácia, setor administrativo, recepção (onde foi adaptada a sala da enfermeira), sanitários (para funcionários e clientes), corredor central designado como sala de espera e copa dos funcionários. As consultas de pré-natal são realizadas por dois médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia, durante dois dias da semana (num total de quatro períodos de atendimento, dois para cada profissional).

A Unidade 02, caracterizada como Centro Municipal de Saúde (CMS), desenvolve a atenção básica de saúde preconizada pelo sistema único de saúde para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Está localizada em um bairro misto residencial/comercial na área central e instalada em um prédio próprio antigo, de pequeno porte, localizado em uma área de terreno de pequeno porte. A população atendida é proveniente de classe média. A planta física é constituída por três consultórios médicos (ginecologista/obstetra, pediatra e clínico geral), consultório odontológico, sala de vacina, sala de curativo, sala de inalação, sala

de pré-consulta de enfermagem, sala de pós-consulta de enfermagem, farmácia, setor administrativo, recepção, sanitários (para funcionários e clientes), corredor central designado como sala de espera e copa dos funcionários. A enfermeira utiliza um dos consultórios para o desenvolvimento de suas atividades. As consultas de pré-natal são realizadas por dois médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia, durante dois dias da semana (num total de quatro períodos de atendimento, dois para cada profissional).

A Unidade 03, caracterizada como Centro Municipal de Saúde (CMS), desenvolve a atenção básica de saúde preconizada pelo sistema único de saúde para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o atendimento específico do programa de agentes comunitários (PACs). Está localizada em um bairro periférico misto residencial/industrial e instalada em um prédio próprio antigo localizado em uma área de terreno de médio porte. A população atendida é proveniente de classe média baixa e baixa, além de moradores de chácaras e fazendas próximas ao bairro. A planta física é a mesma da unidade 1, constituída por três consultórios médicos (ginecologista/obstetra, pediatra e clínico geral), sala de vacina, sala de curativo, sala de inalação, sala de pré-consulta de enfermagem, sala de pós-consulta de enfermagem, farmácia, setor administrativo, recepção (onde foi adaptada a sala de enfermeira), sanitários (para funcionários e clientes), corredor central designado como sala de espera e copa dos funcionários. As consultas de pré-natal são realizadas por dois médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia, durante um único dia da semana (num total de dois períodos de atendimento, um para cada profissional).

A Unidade 04, caracterizada como unidade de Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolve a atenção de saúde preconizada pelo sistema único de saúde para os Programas de Saúde da Família. Na unidade, atuam duas equipes de PSFs constituídas por dois agentes de saúde e uma enfermeira cada. Está localizada em um bairro residencial próximo à área central e instalada em um prédio próprio recém-construído localizado em uma área de terreno de grande porte. A população atendida é proveniente da classe média. A planta física é constituída por dois consultórios médicos, consultório odontológico, sala de vacina, sala de cuidados, sala de pós-consulta de enfermagem, farmácia, setor administrativo, recepção, sanitários (para funcionários e clientes), sala de espera e copa dos funcionários. As consultas de pré-natal são realizadas em conjunto por dois médicos, um generalista e um especialista em ginecologia/obstetrícia, durante dois dias da semana em horários agendados.

A Unidade 05, caracterizada como unidade de Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolve a atenção de saúde preconizada pelo sistema único de saúde para os Programas de Saúde da Família. Na unidade atuam duas equipes de PSFs constituídas por

dois agentes de saúde e uma enfermeira cada. Está localizada em um bairro residencial periférico e instalada em um prédio próprio antigo localizado em uma área de terreno de pequeno porte. A população atendida é proveniente da classe média baixa e baixa, além de moradores de áreas rurais próximas. A planta física é constituída por dois consultórios médicos, consultório odontológico, sala de vacina, sala de cuidados, sala de pós-consulta de enfermagem, farmácia, setor administrativo, recepção, sanitários (para funcionários e clientes), sala de espera e copa dos funcionários. As consultas de pré-natal são realizadas em conjunto por dois médicos, um generalista e um especialista em ginecologia/obstetrícia, durante dois dias da semana em horários agendados. As enfermeiras relataram realizar as consultas de pré-natal no período de férias do médico (o que não ocorreu durante o período de observação do atendimento).

De maneira geral, a planta física das unidades segue um modelo padronizado de construção de acordo com a atenção à saúde a ser desenvolvida (UBS ou PSF). Nos centros municipais de saúde (UBS), preconizam-se as especialidades ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica geral e as salas de vacina e de cuidados (medicações e curativos). Nas unidades de PSF, preconiza-se o atendimento pelo médico generalista, no entanto organizado em dias e horários agendados, de acordo com a população a ser atendida: saúde da mulher, saúde da criança e adulto.

A formação das equipes de enfermagem segue também um modelo preconizado; nos Centros Municipais de Saúde estas equipes são constituídas por uma enfermeira e por dez agentes de saúde (em média) e nos Programas de Saúde da Família por duas enfermeiras e quatro agentes de saúde, além dos agentes comunitários de saúde (profissionais não integrantes da categoria de enfermagem), de acordo com o número de habitantes da área de abrangência.

As mulheres chegam ao serviço por demanda espontânea ou referenciada pelos agentes comunitários de saúde através das visitas domiciliares. A busca pelo atendimento se faz para a confirmação da suspeita de gestação pelo exame específico de gestação (BetaHCG positivo) ou para o início do acompanhamento de pré-natal, quando a mulher já traz um exame que comprove a gestação.

Na rede pública, é de competência da enfermeira da unidade de saúde solicitar o “teste de gravidez” da gestante com queixa de atraso menstrual e, com o resultado positivo de gestação em mãos, agendar a primeira consulta de pré-natal com o profissional médico. Em algumas unidades, compete à enfermeira solicitar os exames de sangue, urina e fezes de

rotina do pré-natal do primeiro trimestre e, com os resultados em mãos, agendar a primeira consulta com o profissional médico.

Confirmada a gestação, a equipe de enfermagem agenda imediatamente o início do acompanhamento de pré-natal, realizado através de um programa de saúde municipal que orienta o protocolo de atendimento das gestantes, as prioridades a serem cumpridas e o fluxo da mulher no serviço público de saúde. Conforme preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde, todas as gestantes devem ser incluídas em um “programa de acompanhamento de gestantes” e garantidas pelo menos seis consultas de pré-natal, o esquema vacinal (antitetânica, anti-hepatite B e dupla viral – sarampo e rubéola), a realização de todos os exames de sangue, urina e fezes de pré-natal, principalmente as sorologias para HIV, hepatites B e C e sífilis, e a tipagem sanguínea e fator Rh e, inclusive, a busca de gestantes faltosas para dar continuidade na assistência de pré-natal.

Em todas as unidades, o profissional de enfermagem de nível médio – técnico de enfermagem – é responsável pelo controle deste programa, função esta delegada pela enfermeira da unidade que realiza a supervisão da execução desta atividade.

5.1.2. Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher no pré-natal

A equipe de enfermagem que atende a mulher durante o pré-natal no município é constituída por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiras e enfermeiras especialistas (nas áreas de saúde pública, programa de saúde da família e administração de serviços de saúde).

Foram entrevistados 32 profissionais de enfermagem que estavam executando atividades com a gestante durante o período de observação nas cinco unidades de saúde estudadas. A amostra foi composta por 04 (12,5%) auxiliares de enfermagem, 22 (68,75%) técnicos de enfermagem e 06 (18,75%) enfermeiras.

Os profissionais de enfermagem de nível médio – auxiliar e técnico de enfermagem – são contratados com a ocupação de agente de enfermagem, não tendo diferenciação na execução dos cuidados ou procedimentos com a mulher relacionada à categoria profissional. Todas as enfermeiras são contratadas com a ocupação de enfermeiras e desenvolvem a função de gestora de unidade, coordenadora de programas de agentes comunitários e enfermeiras de Programas de Saúde da Família.

Encontramos um grupo de profissionais de enfermagem predominantemente do sexo feminino 96,9% (31), apenas um técnico de enfermagem do sexo masculino, com média de idade de 41,4 anos, mínimo de 25 e máximo de 53 anos, sendo que 50% (16) são casados ou vivem com um parceiro fixo e 68,7% (22) já tiveram filhos; a idade dos filhos destes profissionais variou entre 4 e 31 anos. Quanto à cor da pele declarada pelos profissionais, 71,9% são brancos (tabela 01).

Tabela 01. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a categoria profissional, a idade, o estado conjugal e o número de filhos. Araraquara/SP, 2008.

Profissionais de Enfermagem							
Variáveis	Categorias	Enfermeira		Nível médio		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Idade/anos	20-30 anos	01	16,7	05	19,2	06	18,8
	31-40 anos	-	-	05	19,2	05	15,6
	41-50 anos	04	66,6	12	46,2	16	50,0
	51-60 anos	01	16,7	04	15,4	05	15,6
Cor declarada	Branca	05	83,3	18	69,2	23	71,9
	Parda	01	16,7	04	15,4	05	15,6
	Negra	-	-	04	15,4	04	12,5
Estado conjugal	Solteira	01	16,7	07	26,9	08	25,0
	Situação marital	02	33,3	14	53,9	16	50,0
	Separada	03	50,0	05	19,2	08	25,0
Número de filhos	Nenhum	02	33,3	08	30,8	10	31,3
	Um	01	16,7	04	15,4	05	15,6
	Dois	01	16,7	09	34,6	10	31,3
	Três	01	16,7	03	11,6	04	12,5
	Quatro	01	16,7	01	3,8	02	6,2
	Cinco	-	-	01	3,8	01	3,1

A remuneração dos profissionais nas instituições estudadas foi relatada por 31 profissionais de enfermagem, devido à recusa de um entrevistado em informar este dado. Segundo o relato dos profissionais, a remuneração variou entre R\$ 800,00 e R\$ 1.100,00 para os auxiliares de enfermagem, R\$ 800,00 e R\$ 2.000,00 para os técnicos de enfermagem e R\$ 1.880,00 e R\$ 3.300,00 para as enfermeiras (tabela 02). Pudemos constatar que 53,8% (14) dos profissionais de enfermagem de nível médio têm remuneração entre R\$ 1.100,00 e R\$ 2.000,00.

Nos PSFs a remuneração variou entre R\$ 1.800,00 e R\$ 2.000,00 para os técnicos de enfermagem e entre R\$ 3.300,00 a R\$ 3.350,00 para as enfermeiras. Nas UBSs a remuneração variou entre R\$ 800,00 e R\$ 1.100,00 para os auxiliares de enfermagem, R\$

800,00 e R\$ 1.145,00 para os técnicos de enfermagem e R\$ 1.880,00 e R\$ 2.100,00 para as enfermeiras (tabela 02). Os profissionais de enfermagem das unidades de PSF têm remuneração maior que aqueles atuantes em UBS.

No momento da coleta de dados, o valor do salário mínimo era de R\$ 480,00 e o salário-base para os profissionais de enfermagem na instituição em torno de R\$ 1.800,00 para a enfermeira e R\$ 1.100,00 para o agente de enfermagem.

No PSF, a remuneração média da enfermeira é R\$ 3.370,00 e dos técnicos de enfermagem R\$ 1.970,00 – o que equivale a 58,5% da remuneração das enfermeiras. Na UBS, a remuneração média da enfermeira é R\$ 1.990,00 e dos técnicos de enfermagem R\$ 1.018,00 – o que equivale a 51,1% da remuneração das enfermeiras. Verificamos que a diferença de salário entre os profissionais de enfermagem se acentua de acordo com a unidade em que o profissional está atuando, além da categoria profissional a que pertence.

Encontramos que a remuneração média das enfermeiras corresponde a R\$ 2.816,00 e dos profissionais de enfermagem de nível médio a R\$ 1.237,00 – o que equivale a 43,9% da remuneração das enfermeiras. Ressaltamos que a carga horária de trabalho da enfermeira é de 40 horas semanais e do agente de enfermagem 30 horas semanais na UBS e 40 horas semanais no PSF.

A variação nos valores da remuneração ocorreu de acordo com a categoria profissional, a carga horária de trabalho e a unidade de saúde de atuação.

Tabela 02. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a remuneração na instituição pesquisada. Araraquara/SP, 2008.

Instituição pesquisada: Araraquara/SR, 2006.

Remuneração (R\$)	Profissionais de Enfermagem						TOTAL	
	Enfermeira		Técnico		Auxiliar			
	F	%	F	%	F	%	F	%
510,00 a 1.000,00	-	-	09	40,9	03	75,0	12	38,7
1.100,00 a 1.500,00	-	-	07	31,8	01	25,0	08	25,8
1.600,00 a 2.000,00	01	20,0	06	27,3	-	-	07	22,6
2.100,00 a 2.500,00	01	20,0	-	-	-	-	01	3,2
2.600,00 a 3.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-
3.100,00 a 3.500,00	03	60,0	-	-	-	-	03	9,7
TOTAL	05	100,0	22	100,0	04	100,0	31	100,0

A renda familiar foi relatada por 24 profissionais de enfermagem, devido à recusa de oito (08) entrevistados em informar os dados. A renda familiar (tabela 03) das enfermeiras está entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.200,00, enquanto que para os profissionais de enfermagem de nível medi, está entre R\$ 1.000,00 e R\$ 5.000,00 – com variação de R\$

1.600,00 e 4.000,00 entre os auxiliares de enfermagem e R\$1.000,00 e R\$ 4.500,00 entre os técnicos de enfermagem.

Ao analisarmos a média da renda familiar por categoria profissional, constatamos o valor de R\$ 3.775,00 para as enfermeiras e R\$ 2.450,00 para as profissionais de enfermagem de nível médio. Os profissionais que atuam em unidades de PSF têm renda familiar maior que aqueles que atuam em UBS, com média de R\$ 4.350,00 entre as enfermeiras e R\$ 3.150,00 entre os profissionais de enfermagem de nível médio.

Tabela 03. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a renda familiar. Araraquara/SP, 2008.

Renda familiar (R\$)	Profissionais de Enfermagem			TOTAL	
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	F	%
500,00 a 1.500,00	-	03	-	03	12,5
1.600,00 a 2.500,00	-	06	02	08	33,4
2.600,00 a 3.500,00	03	06	-	09	37,5
3.600,00 a 4.500,00	-	01	01	02	8,3
4.600,00 a 5.500,00	01	01	-	02	8,3
TOTAL	04	17	03	24	100,0

A carga horária média semanal de trabalho dos profissionais da atenção básica (tabela 04) é de 39,4 horas, variou entre 30 e 76 horas semanais e 56,3% destes trabalham 30 horas semanais.

Os profissionais de enfermagem do PSF – enfermeiras e agentes de enfermagem – têm carga horária de trabalho de 40 horas e não foi encontrado nenhum profissional atuando em mais de um emprego. A carga horária dos profissionais de enfermagem da UBS é de 30 horas semanais e foi encontrada uma carga horária média de 39,1 horas semanais, justificada quando relacionamos que 15% destes profissionais trabalham em dois empregos.

Encontramos que apenas 15% (05) dos profissionais de enfermagem da rede pública atuam em mais de um emprego e todos estes profissionais estão lotados em UBS. Quanto à categoria profissional, observamos uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e um auxiliar de enfermagem atuando em dois empregos.

Quando questionados quanto à área de atuação no segundo emprego, todos os profissionais de enfermagem trabalham em áreas não relacionadas à sua atuação na instituição estudada: a enfermeira atua no ensino médio profissionalizante e em unidade de emergência; a auxiliar de enfermagem trabalha como autônoma com estética e beleza; uma técnica de enfermagem (com formação superior em enfermagem) trabalha como enfermeira do trabalho,

outra em unidade de terapia intensiva neonatal e, por fim, encontramos um funcionário trabalhando em saúde mental.

Tabela 04.: Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a carga horária semanal de trabalho. Araraquara/SP, 2008.

Carga horária semanal de trabalho	Profissionais de Enfermagem			TOTAL	
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	F	%
30 horas	02	13	03	18	56,3
40 horas	03	06	-	09	28,1
66 horas (30 horas + 36 horas)	-	03	01	04	12,5
76 horas (40 horas + 36 horas)	01	-	-	01	3,1
TOTAL	06	22	04	32	100,0

Considerando o nível de instrução dos profissionais de enfermagem (tabela 05) que prestam atendimento no pré-natal na rede básica de saúde de acordo com a categoria profissional (32), observamos que 42,3% dos profissionais de enfermagem de nível médio se inseriram ou já concluíram o ensino superior. Dentre as enfermeiras destas instituições, 66,7% já concluíram a pós-graduação *latu sensu* - todas elas voltadas para a saúde pública. Não encontramos enfermeira com especialização em obstetrícia na amostra estudada.

Tabela 05: Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o nível de instrução. Araraquara/SP, 2008.

Nível de instrução	Profissionais de Enfermagem			TOTAL	
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	F	%
Ensino médio incompleto	-	-	02	02	6,2
Ensino médio completo	-	12	01	13	40,6
Ensino superior incompleto	-	08	01	09	28,2
Ensino superior completo	02	-	-	02	6,2
Pós-graduação <i>latu sensu</i> incompleto	-	01	-	01	3,1
Pós-graduação <i>latu sensu</i> completo	04	01	-	05	15,7
TOTAL	06	22	04	32	100,0

Analisando o tempo de formação profissional no maior nível (tabela 06), pudemos constatar que 37,5% (12) dos profissionais de enfermagem possuem mais de 10 anos de formação profissional. O tempo de formação das enfermeiras variou entre 5 e 22 anos, das técnicas de enfermagem entre 4 meses e 28 anos e das auxiliares de enfermagem entre 4 e 21 anos.

Tabela 06. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de formação profissional no maior nível em anos. Araraquara/SP, 2008.

Anos de formação profissional	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos de 1 ano	-	01	-	01
1 a 2 anos	-	06	-	06
3 a 4 anos	-	03	01	04
5 a 6 anos	01	02	-	03
7 a 8 anos	01	04	-	05
9 a 10 anos	-	01	-	01
Mais de 10 anos	04	05	03	12
TOTAL	06	22	04	32

Observamos que 59,4% (19) dos profissionais de enfermagem possuem mais de 10 anos de atuação na área de saúde (tabela 07). A variação do tempo de atuação na área da saúde, segundo a categoria profissional, corresponde a 7 e 24 anos entre as enfermeiras, 3 e 28 anos entre as técnicas de enfermagem e 3 e 21 anos entre as auxiliares de enfermagem.

Tabela 07. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de atuação na área da saúde em anos. Araraquara/SP, 2008.

Anos de atuação na área da saúde	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos de 1 ano	-	-	-	-
1 a 2 anos	-	-	-	-
3 a 4 anos	-	03	01	04
5 a 6 anos	-	-	-	-
7 a 8 anos	01	05	01	07
9 a 10 anos	01	01	-	02
Mais de 10 anos	04	13	02	19
TOTAL	06	22	04	32

Os profissionais de enfermagem possuem um tempo de atuação no serviço público de saúde que variou entre 4 meses e 23 anos, sendo que 53,1% (17) destes profissionais têm mais de 10 anos de atuação neste local. A variação no tempo de serviço na instituição pública, segundo a categoria profissional, corresponde a 8 meses e 16 anos entre as enfermeiras, 4 meses e 23 anos entre as técnicas de enfermagem e 3 e 17 anos entre as auxiliares de enfermagem (tabela 08).

Tabela 08. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de atuação na instituição de saúde pública em anos. Araraquara/SP, 2008.

Anos de atuação na instituição	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos de 1 ano	01	02	-	03
1 a 2 anos	-	-	-	-
3 a 4 anos	01	05	01	07
5 a 6 anos	-	-	-	-
7 a 8 anos	-	01	-	01
9 a 10 anos	01	01	02	04
Mais de 10 anos	03	13	01	17
TOTAL	06	22	04	32

O tempo de experiência no pré-natal (tabela 09) variou de 4 meses e 23 anos, com 43,7% (14) dos profissionais com tempo maior que 10 anos. O tempo de experiência na atenção pré-natal das enfermeiras variou entre 4 e 17 anos; os profissionais de enfermagem de nível médio apresentam tempo de experiência no pré-natal entre 4 meses e 23 anos.

Tabela 09. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo o tempo de experiência na atenção pré-natal em anos. Araraquara/SP, 2008.

Tempo de experiência no pré-natal	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos de 1 ano	-	01	-	01
1 a 2 anos	-	-	-	-
3 a 4 anos	01	08	01	10
5 a 6 anos	01	-	-	01
7 a 8 anos	-	02	-	02
9 a 10 anos	01	01	02	04
Mais de 10 anos	03	10	01	14
TOTAL	06	22	04	32

Quando questionadas quanto ao acompanhamento do pré-natal de baixo risco pelas enfermeiras, todas responderam não ter esta atuação na rede básica de saúde do município estudado. Encontramos que todas as enfermeiras de unidades de PSF realizam consultas de pré-natal em caráter eventual e que nas unidades de UBS não há a execução de tal prática entre as atribuições das enfermeiras, segundo o relato das mesmas. Podemos inferir que, no contexto do PSF, a enfermeira tem encontrado abertura para a sua atuação profissional através da realização da consulta de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem que atendem ao pré-natal na rede básica têm um compromisso com a atualização da prática profissional (tabela 10), através da participação em cursos de aprimoramento. Considerando a participação dos profissionais segundo a categoria profissional, 100% (06) das enfermeiras, 86,4% (19) dos técnicos de enfermagem e

100% (04) dos auxiliares de enfermagem referiram ter participado de pelo menos um evento relacionado à saúde materno-infantil nos últimos cinco anos, com média de 2,1 cursos por profissional de enfermagem e variação entre 1 e 7 cursos.

Encontramos que 90,6% (29) dos profissionais participaram de curso de aprimoramento, promovidos principalmente pelo serviço de educação continuada da Secretaria Municipal de Saúde. Analisando a área em que está sendo realizada a capacitação profissional, na realidade estudada, não há um enfoque de educação continuada voltada especificamente ao pré-natal; alguns temas relacionados foram abordados como amamentação, imunização, citologia oncótica, doenças sexualmente transmissíveis, sífilis congênita, saúde da mulher e triagem neonatal.

Tabela 10. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a participação em cursos de atualização da prática profissional nos últimos cinco anos. Araraquara/SP, 2008.

Atualização da prática profissional	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Amamentação	02	10	02	14
Imunização	02	10	01	13
Citologia oncótica	04	02	02	08
DST	01	05	01	07
Sífilis congênita	03	-	-	03
Saúde da mulher	01	02	-	03
Teste do pezinho	-	02	01	03
HPV	-	01	-	01
Pré-natal	-	01	-	01
Violência contra a mulher	-	01	-	01
Assistência Neonatal	-	01	-	01
Vermínoses	-	01	-	01
Tuberculose	-	-	01	01
Diabete mellitus	-	-	01	01
Hipertensão arterial	-	-	01	01
Curativos	-	01	-	01
Urgência e emergência	01	-	-	01
TOTAL	14	37	10	61

A participação em eventos científicos nos últimos cinco anos, tabela 11, foi confirmada por cinco profissionais (01 enfermeira e 04 técnicas de enfermagem), o que corresponde a apenas 15,6% (05) da amostra. Não faz parte da prática profissional da equipe de enfermagem da rede básica a busca por aprimoramento profissional por meio de eventos científicos. Os dados revelaram que há a participação maior dos técnicos de enfermagem em eventos científicos na área de saúde, relacionada principalmente ao envolvimento destes profissionais, no ensino superior, na área de saúde.

Tabela 11. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam atendimento no pré-natal, segundo a participação em eventos científicos nos últimos cinco anos. Araraquara/SP, 2008.

Participação em eventos científicos	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Congresso Brasileiro de Enfermagem	-	01	-	01
Congresso de Secretários de Saúde	01	-	-	01
Congresso de Iniciação Científica	-	02	-	02
Jornada relacionada ao SUS	-	01	-	01
Semana da enfermagem	-	01	-	01
Sábado da dor	-	01	-	01
TOTAL	01	06	-	07

Quanto às atividades desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante o atendimento de pré-natal, os profissionais informaram como funções desenvolvidas por eles, de acordo com cada categoria profissional:

- a) Enfermeira: responsável pela gestão da unidade e gerenciamento do atendimento na UBS, pelo desenvolvimento de atividades específicas de PSF, como realização de visita domiciliária, e pelo trabalho de grupo com gestante (execução de orientações em relação à concepção e anticoncepção, desconfortos das gestantes, partos, amamentação e cuidados com o RN e a supervisão dos cursos realizados pelas estagiárias); realiza a pré e a pós-consulta de enfermagem na UBS, o atendimento da gestante com queixa na ausência do médico da UBS, a consulta de pré-natal no período de férias do médico do PSF, consultas eventuais de gestante e o primeiro atendimento da gestante com suspeita de gravidez, com solicitação de exame confirmatório – se positivo, solicitação de exames de rotina do pré-natal no PSF; realiza a coleta de Papanicolau no PSF.
- b) Profissional de enfermagem de nível médio: responsável pelo agendamento da consulta de pré-natal e pelo acolhimento da gestante na unidade, pelo cadastro no SIS Pré-Natal, pela realização da pré-consulta na UBS (mensuração do peso e da estatura e aferição da pressão arterial), pela vacinação (conferência da situação vacinal, aplicação de vacina e agendamento do início do esquema vacinal), pelo auxílio ao médico GO (durante a realização de exames, na organização da sala de consulta e na conferência do livro-controle de cada sala), pelas orientações após a

consulta médica, incluindo orientações básicas e diversas (em relação ao retorno de pré-natal, exames, medicamentos, mamas, sintomas, queixas, conduta em urgências, sinais de alerta, amamentação, estímulo ao parto normal, cuidados, alimentação, higiene e puerpério), pela realização de ordenha mamária, pela dispensação de medicamentos, pelas palestras no curso de gestante (referente a modificações no organismo materno e métodos contraceptivos, por exemplo) e pela realização de visita domiciliária à gestante e à puérpera e atendimento da demanda trazida pelo agente comunitário no PSF; profissional responsável pelo Programa do SIS Pré-Natal: com conferência de frequência das gestantes às consultas médicas, convocação de faltosos, solicitação de documentação necessária para o cadastro no sistema, controle da imunização da gestante e da realização dos exames solicitados, inclusive acompanhamento até a primeira consulta de puerpério. Um profissional referiu pouca atuação com as gestantes devido à percepção de preconceito cultural da mulher quanto ao atendimento de enfermagem por profissionais do sexo masculino.

Quando questionadas quanto à satisfação pessoal em relação à atuação e ao reconhecimento profissional, observamos que as enfermeiras apresentam-se expressivamente mais satisfeitas com o seu reconhecimento profissional (66,7%) que os profissionais de enfermagem de nível médio (23,8%). Por outro lado, podemos inferir que o grupo das enfermeiras encontra-se repartido quanto à satisfação em relação à atuação profissional (tabela 12).

A satisfação pessoal em relação à atuação profissional mostrou resultados semelhantes entre as categorias profissionais. Há um consenso entre os profissionais de enfermagem quanto a sua atuação, revelando uma discreta tendência em se considerarem satisfeitos com a sua atuação profissional (53,1%).

Tabela 12. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a satisfação pessoal quanto à atuação e o reconhecimento profissional. Araraquara/SP, 2008.

Profissionais de Enfermagem								
Satisfação pessoal	Enfermeira		Técnico		Auxiliar		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atuação profissional								
Sim	03	50,0	12	54,5	02	50,0	17	53,1
Não	03	50,0	10	45,5	02	50,0	15	46,9
Reconhecimento profissional								
Sim	04	66,7	05	22,7	01	25,0	10	31,2
Não	02	33,3	17	77,3	03	75,0	22	68,8

5.1.3. Atenção pré-natal: descrição do observado

A observação do atendimento de pré-natal foi realizada em cinco momentos da assistência, a saber: 1) Na recepção da gestante na unidade; 2) Na sala de espera; 3) Na pré-consulta de enfermagem; 4) Na consulta médica e 5) Na pós-consulta de enfermagem.

Ressaltamos que, nas unidades de Programas de Saúde da Família (PSF), não é rotina a realização da pré-consulta de enfermagem.

5.1.3.1. Na recepção da gestante na unidade

A recepção da gestante na unidade de saúde do município de Araraquara é realizada pelo agente de saúde (profissional de enfermagem de nível médio), pela enfermeira ou pelo funcionário do serviço administrativo, de acordo com a demanda da unidade, a rotina administrativa ou da disponibilidade de profissional neste momento.

Durante o período de observação do estudo, pudemos constatar a recepção de 44 mulheres nas cinco unidades de saúde municipais estudadas, em 16 momentos diferentes, dos quais 9 ocorreram nos Centros Municipais de Saúde e 7, nos Programas de Saúde da Família.

A recepção da gestante nas unidades de saúde municipais para o atendimento de pré-natal é caracterizada pelo serviço como “acolhimento” e ocorre seguindo um fluxo ordenado e sequencial de procedimentos: a mulher chega à unidade e aguarda os profissionais conferirem o agendamento; todas as consultas são agendadas no mesmo horário, e aproximadamente 30 minutos antes do horário marcado, um funcionário realiza a conferência da agenda de consulta - com exceção de uma unidade de PSF em que a consulta é agendada por horário específico para cada gestante. Em seguida, a mulher entrega o cartão de pré-natal e os resultados de exames médicos (na maioria das unidades) para anexar ao prontuário e encaminha-se automaticamente à sala de espera, próxima a sala de pré-consulta de enfermagem. Nos CMSs a ordem do atendimento depende da sequência numérica do agendamento da consulta, e as consultas de pré-natal são realizadas antes dos atendimentos ginecológicos.

Observamos que, neste momento do atendimento de pré-natal, a maioria das atividades desenvolvidas pelos profissionais está relacionadas às questões referentes ao prontuário da mulher: 1) Separar o prontuário da gestante previamente; 2) Conferir o

prontuário no momento da conferência do agendamento; 3) Anexar o cartão de pré-natal ao prontuário; 4) Anexar os resultados de exames ao prontuário; 5) Organizar o prontuário da gestante para o atendimento médico do dia, numerando a sequência de atendimento.

Na tabela 13, podemos observar as atividades dos profissionais de enfermagem no momento da recepção das gestantes nas unidades de saúde municipais para o atendimento de pré-natal.

Nestes 16 períodos de observação, constatamos 231 atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem no atendimento pré-natal, sendo que o profissional de enfermagem de nível médio executou 80,5% (186) das atividades deste momento. As 45 (19,5%) atividades desenvolvidas pela enfermeira ocorreram nas unidades de Programas de Saúde da Família, conforme se observa na tabela 13.

Tabela 13. Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a recepção da gestante na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008

Atividade	Profissional de Enfermagem		TOTAL
	Nível médio	Enfermeira	
Organiza o atendimento na recepção	35	09	44
Identifica-se para a gestante	-	-	-
Confere se a consulta médica está agendada	35	09	44
Questiona a queixa do momento	-	-	-
Questiona quanto a dúvidas da gestante	-	-	-
Encaminha a gestante à sala de espera	-	-	-
RELACIONADAS AO PRONTUÁRIO			44
Confere o prontuário da gestante	35	09	44
Anexa o cartão de pré-natal ao prontuário	35	09	11
Anexar resultados de exames ao prontuário	11	-	44
Organiza o prontuário para o atendimento médico	35	09	
TOTAL	186	45	231

Durante o período em que realizamos o estudo, encontramos que as atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem neste momento do atendimento estão relacionadas ao prontuário da gestante.

Algumas atividades não foram observadas, como se identificar para a mulher, questionar quanto à queixa do momento, questionar quanto a dúvidas da gestante e orientar a gestante a aguardar na sala de espera.

A presença de acompanhante neste momento do atendimento de pré-natal foi observada para 13,6% (6) das mulheres.

5.1.3.2. Na sala de espera

Durante o período de estudo do atendimento pré-natal no contexto da atenção básica de saúde, pudemos observar 44 mulheres, distribuídas em 16 momentos diferentes no ambiente de sala de espera do serviço de saúde, nas cinco unidades de saúde pesquisadas.

Nas unidades de saúde do município de Araraquara, as mulheres em atendimento de pré-natal permanecem em sala de espera por um período variável, principalmente devido à demanda do serviço, ao profissional de saúde que realizará o atendimento e ao horário de chegada da mulher à unidade. Observamos que, nos Programas de Saúde da Família, o tempo de permanência em sala de espera foi menor que nos Centros Municipais de Saúde (não cronometramos o tempo por não ser este o objetivo do estudo).

Na tabela 14, podemos observar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o momento em que a mulher permanece na sala de espera das unidades de saúde municipais aguardando o atendimento de pré-natal.

A partir das 35 observações das atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem constatamos que, considerando a categoria profissional de enfermagem, somente o profissional de enfermagem de nível médio esteve presente neste momento (tabela 14).

Tabela 14. Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na sala de espera na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.

de enfermagem na sala de espera na unidade de saúde pública: Araraquara/SP, 2008.			
Atividade	Profissional de Enfermagem		TOTAL
	Nível médio	Enfermeira	
AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE			
Desenvolve atividades educativas programadas	-	-	-
Realiza orientações individuais	-	-	-
Oferece fôlderes educativos à gestante	-	-	-
Questiona queixas ou dúvidas da gestante	-	-	-
Encaminha a gestante para a sala de pré-consulta de enfermagem	28	-	28
Encaminha a gestante para a sala de consulta médica	-	-	-
Encaminha a gestante para a sala de pós-consulta de enfermagem	-	-	-
TOTAL	28	-	28

Das 44 gestantes que permaneceram em sala de espera nos serviços de saúde, 28 delas - em atendimento nos centros municipais de saúde (CMS) - foram abordadas pelo profissional de enfermagem de nível médio para realizar o encaminhamento à sala de pré-consulta de enfermagem. Como nos Programas de Saúde da Família (PSF) não é realizada a pré-consulta de enfermagem, o profissional de enfermagem de nível médio não esteve presente neste momento.

Nos Programas de Saúde da Família (PSF), o encaminhamento das 16 gestantes à sala de consulta médica foi realizado pelo médico generalista para todas as mulheres. Nos Centros Municipais de Saúde (CMS), as gestantes automaticamente se encaminham ao consultório médico, muitas vezes, sendo orientadas em seqüência umas pelas outras.

Pudemos observar que o encaminhamento das gestantes à sala de pós-consulta de enfermagem ocorre de maneira automatizada em todas as unidades de saúde, partindo do consultório médico à sala de pós-consulta de enfermagem.

Durante o período do estudo nas unidades de saúde municipais, não observamos a execução de atividades relacionadas às ações educativas em grupo ou orientações individuais programadas, oferecimento de fôlder educativo ou questionamento de dúvidas ou queixas da gestante com a intenção de propiciar um momento de educação em saúde pelos profissionais de enfermagem, nas salas de espera das unidades.

Observamos que as unidades de saúde oferecem campo de estágio para o curso de graduação em enfermagem de duas universidades privadas instaladas no município. Durante o período de observação, constatamos a presença de estagiários de enfermagem nas unidades, mas em nenhum momento presenciamos a abordagem da gestante que aguardava em sala de espera por um destes estagiários.

A presença de acompanhante, neste momento do atendimento de pré-natal, foi observada para 18,2% (8) das mulheres.

5.1.3.3. Na pré-consulta de enfermagem

Durante o período de observação das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de pré-natal, na atenção básica de saúde do município de Araraquara, pudemos observar a realização de 28 pré-consultas de enfermagem realizadas nos Centros Municipais de Saúde (ou seja, nas unidades básicas de saúde), e 03 unidades de saúde em 07 momentos diferentes do atendimento.

Enfatizamos que, nos Programas de Saúde da Família, não faz parte da rotina do atendimento a realização da pré-consulta de enfermagem.

A pré-consulta de enfermagem das gestantes, em atendimento pré-natal nas unidades de saúde municipais, ocorre seguindo um fluxo ordenado e sequencial de procedimentos. A mulher encaminha-se automaticamente à sala de espera e aguarda próximo

à sala de pré-consulta de enfermagem o chamado do profissional de enfermagem; enquanto isso, este profissional encaminha todos os prontuários à sala de pré-consulta de enfermagem e organiza o ambiente para receber as gestantes. Todas as mulheres são chamadas pelo nome e ao entrarem na sala, se dirigem à balança para a conferência do peso e da estatura (em apenas uma unidade acontece a conferência da estatura da gestante). Em seguida, a gestante acomoda-se a uma cadeira, estrategicamente localizada na sala, com a ajuda do profissional de enfermagem, e então é realizada a aferição da pressão arterial. O profissional de enfermagem confere o prontuário da gestante, realiza o carimbo padronizado (gráfico com colunas para data, idade, pressão arterial, frequência cardíaca, peso e estatura), anota a data do dia de atendimento na ficha médica e as anotações referentes à pré-consulta de enfermagem – a idade da gestante, a pressão arterial, o peso e a estatura. Após organizar o prontuário de maneira prática para o atendimento médico, o profissional de enfermagem encaminha a gestante para a sala de espera novamente e o prontuário da gestante ao consultório médico.

Constatamos, conforme se observa na tabela 15, a partir das observações das atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem na pré-consulta de enfermagem, o profissional de enfermagem de nível médio – agente de enfermagem – é responsável pela execução da totalidade das atividades deste momento. Não observamos a execução de atividade pela enfermeira, durante as 28 pré-consultas de enfermagem observadas.

Tabela 15. Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a pré-consulta de enfermagem na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.

Atividade	Profissional de Enfermagem		TOTAL
	Nível médio	Enfermeira	
Organiza o ambiente para recepcionar a gestante	28	-	28
Encaminha os prontuários à sala de pré-consulta	22	-	22
Chama a gestante pelo nome	28	-	28
Identifica-se para a gestante	-	-	-
Acomoda a gestante na sala (cadeira)	28	-	28
ANAMNESE			
Confere as anotações no prontuário da gestante	20	-	20
Confere o cartão de pré-natal	-	-	-
Questiona a queixa do momento	-	-	-
Confere a idade da mulher	28	-	28
Questiona a idade gestacional	01	-	01
Confere a data provável do parto	01	-	01
Confere o esquema vacinal	12	-	12
Questiona quanto a resultado de exames	03	-	03
AValiação Física			
Afere a pressão arterial	28	-	28
Verifica a frequência cardíaca	-	-	-
Verifica a frequência respiratória	-	-	-
Verifica a temperatura	-	-	-
Mensura o peso da gestante	28	-	28
Mensura a estatura da gestante	09	-	09
Avalia o estado nutricional	-	-	-
Inspeciona a pele e a mucosa	-	-	-
Realiza a palpação de tireóide	-	-	-
Examina os MMII	-	-	-
Avalia a presença de edema	-	-	-
AValiação Ginecoobstétrica			
Examina as mamas	-	-	-
Verifica a altura uterina	-	-	-
Verifica a circunferência abdominal	-	-	-
Ausulta o bcf	-	-	-
Realiza a palpação abdominal	-	-	-
Inspeciona os genitais externos	-	-	-
Realiza o toque vaginal	-	-	-
Realiza o exame especular	-	-	-
ORIENTAÇÕES			
Orienta quanto à gestação	-	-	-
Orienta quanto à amamentação	-	-	-
Orienta quanto ao programa de laqueadura	-	-	-
Orienta quanto ao esquema vacinal	04	-	04
Questiona dúvidas da gestante	-	-	-
ANOTAÇÕES			
Anota a data do dia na ficha médica	28	-	28
Realiza o carimbo padronizado	28	-	28
Realiza a anotação na ficha de enfermagem	27	-	27
Ações Complementares			
Solicita os documentos para o SIS Pré-Natal	02	-	02
Encaminha a gestante à sala de vacina	01	-	01
Encaminha a gestante à sala de espera	28	-	28
Organiza o prontuário para o atendimento médico	28	-	28
Encaminha os prontuários ao consultório médico	28	-	28
TOTAL	410	-	410

Em todas as unidades de saúde, constatamos que as pré-consultas de enfermagem são realizadas por dois profissionais; enquanto um profissional realiza os procedimentos com a mulher (conferência de peso/estatura e aferição da pressão arterial), o

outro profissional ocupa-se com o prontuário da gestante (confere o prontuário e realiza as anotações referentes à pré-consulta).

Constatamos que nas pré-consultas de enfermagem a anamnese é realizada, em 28 atendimentos, através da conferência das anotações referentes à consulta de pré-natal anterior e da idade da gestante e, em 12 atendimentos, a verificação do esquema vacinal. As atividades relacionadas à conferência do cartão de pré-natal, ao questionamento da idade gestacional ou data provável do parto e às queixas da mulher naquele momento não fazem parte das ações desenvolvidas durante a pré-consulta de enfermagem.

Nas pré-consultas de enfermagem, a avaliação física da gestante limita-se à aferição da pressão arterial e à mensuração do peso e da estatura da gestante. As ações referentes à avaliação ginecoobstétrica da gestante não foram executadas em nenhuma das pré-consultas de enfermagem observadas.

É rotina de todas as unidades de saúde (CMS e PSF) conferir previamente o agendamento das consultas de pré-natal (geralmente no dia anterior) e retirar o prontuário da gestante do arquivo, deixando-o disponível na recepção da unidade. Nesta ocasião, o agente de saúde responsável pelo programa de pré-natal em cada unidade realiza o controle do esquema vacinal, da inscrição no SIS-pré natal, dos resultados de exames de rotina de pré-natal e da frequência das gestantes às consultas, deixando sinalizadas no prontuário da gestante as observações e as condutas necessárias, na ocasião do atendimento da gestante na unidade.

Observamos que algumas atividades, como a conferência do esquema vacinal (12), a solicitação de documentos para a inscrição da gestante no SIS pré-natal (02) e a solicitação de resultado de exames médicos pedidos na consulta de pré-natal anterior (03), são realizadas durante a pré-consulta de enfermagem, de acordo com a necessidade de cada gestante.

Neste momento do atendimento de pré-natal, as orientações em saúde realizadas pelo profissional de enfermagem à mulher limitaram-se à questão da imunização durante a gestação.

Ressaltamos que, neste momento do atendimento de pré-natal, assim como durante a recepção da gestante na unidade de saúde – caracterizada pelo serviço como “acolhimento” – algumas ações não foram executadas pelo profissional de enfermagem como questionar se a gestante tem alguma queixa ou dúvida a ser esclarecida e identificar-se à gestante na ocasião da pré-consulta.

Não foi observada a presença de acompanhante junto da gestante durante a pré-consulta de enfermagem nas unidades de saúde municipais.

5.1.3.4. Na sala de consulta médica

Durante o período de observação, nas cinco unidades estudadas, acompanhamos o atendimento de 44 gestantes em consultas de pré-natal, num total de 12 períodos diferentes de atendimento. Todas as consultas de pré-natal foram realizadas pelo médico, sendo 28 pelo especialista em ginecologia e obstetrícia e 16 pelo generalista.

A realização da consulta de pré-natal nas unidades de saúde municipal também segue um fluxo sequencial de procedimentos. Nos Centros Municipais de Saúde (CMS), após a realização da pré-consulta de enfermagem, a gestante retorna automaticamente à sala de espera e acomoda-se próximo ao consultório médico; assim que o médico chega à unidade de saúde, é iniciado o atendimento das gestantes, em seqüência conforme a identificação das fichas numeradas no momento da recepção da gestante. A primeira gestante é chamada pelo médico e automaticamente todas as outras sabem a seqüência de atendimento do dia. Terminada a consulta médica, a gestante retira-se da sala de consulta com o seu prontuário em mãos, sinaliza para a próxima cliente encaminhar-se ao consultório médico e segue automaticamente para a sala de pós-consulta de enfermagem. O prontuário da gestante é encaminhado pela própria gestante à sala de pós-consulta de enfermagem e deixado sobre a mesa. A gestante retorna à sala de espera, acomoda-se próximo à sala de pós-consulta e aguarda o chamado do profissional de enfermagem para a realização da pós-consulta de enfermagem.

Nos Programas de Saúde da Família (PSF), como não é realizada a pré-consulta de enfermagem, a gestante após ser recepcionada na unidade encaminha-se automaticamente à sala de espera. Todas as gestantes são chamadas pelo nome pelo médico que as buscam na sala de espera e as encaminham ao consultório médico. Terminada a consulta médica, o prontuário é encaminhado à sala de pós-consulta de enfermagem pela própria gestante ou pelo médico.

A presença do profissional de enfermagem é solicitada nos casos em que o médico julgar necessária, geralmente para a realização de toque vaginal, exame especular e coleta de Papanicolau, pelo médico do sexo masculino, o que não ocorreu durante o período de observação.

A partir da observação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a consulta de pré-natal realizada pelo médico, encontramos que somente a categoria profissional de enfermagem de nível médio (agente de saúde) executa ações junto com a gestante neste momento da atenção pré-natal, conforme se observa na tabela 16.

Tabela 16. Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a consulta médica na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.

Atividade	Profissional de Enfermagem		TOTAL
	Nível médio	Enfermeira	
Organiza o consultório médico	12	-	12
Encaminha os prontuários ao consultório médico	37	-	37
Orienta a gestante quanto ao atendimento	-	-	-
Chama a gestante pelo nome	-	-	-
Encaminha a gestante ao consultório médico	-	-	-
Permanece presente durante a consulta médica	-	-	-
TOTAL	49	-	49

Constatamos, portanto, que o profissional de enfermagem – independente do nível de formação profissional - não participa ativamente da consulta de pré-natal realizada pelo médico, executando somente atividades administrativas como organizar o ambiente da sala de consulta e encaminhar o prontuário da gestante ao consultório médico.

Encontramos neste momento que algumas ações não foram executadas pelos profissionais de enfermagem, como orientar a gestante quanto ao atendimento médico na unidade, encaminhar a gestante ao consultório médico, chamar a gestante pelo nome e estar presente junto com o profissional médico durante a consulta de pré-natal da gestante.

A presença de acompanhante no momento da consulta médica de pré-natal foi observada para 25% (11) das mulheres.

Tais dados retratam o modelo de atenção pré-natal, realizado na atenção básica de saúde do município e centrado no profissional médico, e a atuação do profissional de enfermagem baseada em atividades elementares.

5.1.3.5. Na pós-consulta de enfermagem

Na atenção básica de saúde do município, a pós-consulta de enfermagem é realizada para todas as gestantes após serem atendidas em consultas de pré-natal pelo médico, tanto nos Centros Municipais de Saúde como nos Programas de Saúde da Família.

A pós-consulta de enfermagem nas unidades de saúde pública, é realizada dentro de um modelo padronizado de atendimento do mesmo modo que outros procedimentos, como a recepção da gestante na unidade e a pré-consulta de enfermagem. Terminada a consulta de pré-natal, a gestante retira-se do consultório e encaminha-se automaticamente à sala de pós-consulta de enfermagem, deixa o seu prontuário sobre a mesa e retorna à sala de espera, acomodando-se próxima à sala de pós-consulta, onde aguarda ser chamada pelo profissional de enfermagem. O agente de saúde chama a gestante pelo nome, acomoda a gestante na cadeira, do outro lado da mesa, e inicia a conferência do prontuário quanto à anotação médica, receitas de medicamentos, solicitações de exames e encaminhamento para especialistas. Preenche os formulários de solicitações de exames e encaminha os exames solicitados. Confere a situação vacinal da gestante e, em seguida, realiza todas as orientações que julgarem necessárias. Finaliza a pós-consulta, realizando a anotação da pós-consulta de enfermagem no prontuário e agendando o retorno da gestante, conforme a orientação médica. Em uma unidade de Programa de Saúde da Família (PSF) o médico acompanha a gestante e o prontuário até a sala de pós-consulta de enfermagem.

As 44 observações das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, ao realizarem a pós-consulta de enfermagem nas unidades de saúde municipais, nos revelam que o profissional de enfermagem de nível médio – agente de saúde – é responsável pela execução de 97,7% (844) das atividades neste momento da atenção pré-natal. A enfermeira realiza a pós-consulta somente na ausência do profissional de enfermagem de nível médio, conforme se observa na tabela 17.

Tabela 17. Distribuição das mulheres atendidas durante o pré-natal, segundo as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a pós-consulta de enfermagem na unidade de saúde pública. Araraquara/SP, 2008.

Atividade	Profissional de Enfermagem		TOTAL
	Nível médio	Enfermeira	
Organiza o ambiente para recepcionar a gestante	43	01	44
Encaminha os prontuários à sala de pós-consulta	-	-	-
Chama a gestante pelo nome	43	01	44
Identifica-se para a gestante	-	-	-
Acomoda a gestante na sala (cadeira)	43	01	44
ANAMNESE			
Confere as anotações no prontuário da gestante	43	01	44
Confere a data provável do parto	21	-	21
Confere a idade gestacional	13	01	14
Confere se há receita médica para ser entregue à gestante	43	01	44
Confere se há exames à ser encaminhados	39	01	40
Confere se há encaminhamento ao especialista para ser feito	38	-	38
Confere o esquema vacinal no prontuário	34	-	34
Confere a solicitação de retorno de pré-natal	43	01	44
Questiona queixas da gestante	11	-	11
Questiona dúvidas da gestante	13	-	13
AÇÕES COMPLEMENTARES			
Preenche os formulários de exames médicos solicitados	14	01	15
Encaminha o agendamento dos exames laboratoriais	10	01	11
Encaminha o agendamento da ultra-sonografia	13	-	13
Realiza o agendamento da consulta médica	41	01	42
Realiza o aconselhamento para laqueadura	04	-	04
Solicita exames laboratoriais	-	-	-
Realiza prescrição de medicamentos	-	-	-
Encaminha para a sala de vacinação	05	-	05
Entrega o cartão de pré-natal à gestante	43	01	44
Entrega o atestado médico à gestante	01	-	01
Solicita os documentos para a inscrição no SIS Pré-Natal	06	-	06
Encaminha os prontuários à recepção da unidade	44	-	44
ORIENTAÇÕES			
Orienta quanto ao uso dos medicamentos prescritos	24	01	25
Orienta quanto à aquisição de medicamentos	21	-	21
Orienta quanto à realização de exames laboratoriais	11	01	12
Orienta quanto à autorização para sorologias	01	-	01
Orienta quanto à realização de ultra-sonografia	14	-	14
Orienta quanto à realização de avaliação anestésica	02	-	02
Orienta quanto ao esquema vacinal	16	-	16
Orienta quanto ao retorno médico	42	01	43
Orienta quanto à visita à maternidade pública	08	01	09
Orienta quanto à gestação	03	-	03
Orienta quanto ao trabalho de parto	-	-	-
Orienta quanto à amamentação	02	01	03
Orienta quanto ao curso de gestante	06	-	06
Orienta quanto à laqueadura	03	01	04
Orienta quanto à alimentação da gestante	01	-	01
ANOTAÇÕES			
Realiza a anotação da pós-consulta no prontuário	43	01	44
Realiza a anotação do retorno médico no cartão de pré-natal	39	01	40
TOTAL	844	20	864

A observação das 44 pós-consultas de enfermagem realizadas no contexto da atenção básica nos revelou que o profissional de enfermagem executa a pós-consulta norteado pela conduta médica registrada no prontuário, após a consulta de pré-natal.

A anamnese realizada pelo profissional de enfermagem neste momento se baseia principalmente na conferência das anotações médicas no prontuário, no retorno para a

consulta de pré-natal, nas receitas de medicamentos e nas solicitações de exames laboratoriais e ultra-sonográficos.

A partir desta anamnese, o profissional de enfermagem realiza as ações complementares e as orientações à gestante. As ações dos profissionais de enfermagem foram principalmente o agendamento do retorno de pré-natal, a entrega do cartão de pré-natal, o encaminhamento de exames solicitados pelo médico e o preenchimento de formulários de exames.

Constatamos que compete ao profissional de enfermagem que realiza a pós-consulta entregar todos os formulários de solicitações de exames, as receitas de medicamentos, o atestado médico e o cartão de pré-natal à gestante, e inclusive realizar as orientações necessárias.

Encontramos que a maioria das atividades realizadas pelo profissional de enfermagem, durante a pós-consulta de enfermagem, está relacionada à orientação em saúde. No entanto, observamos que as orientações referentes à gestação, ao trabalho de parto, à amamentação e ao curso para gestantes não ocorreram para todas as gestantes.

Observamos que algumas atividades, como questionar a gestante quanto às dúvidas ou queixas no momento, conferir a idade gestacional ou a data provável do parto, e conferir a situação vacinal da gestante, foram realizadas com maior frequência neste momento da assistência realizada pelo profissional de enfermagem.

Dentre as 44 mulheres atendidas, observamos que 4 delas foram inseridas no programa para laqueadura tubária (esterilização cirúrgica) da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que contemplavam os requisitos necessários. Observamos que o profissional de enfermagem da unidade, durante a pós-consulta de enfermagem, realiza o aconselhamento da mulher quanto ao procedimento cirúrgico e suas conseqüências. Na rede pública o aconselhamento da gestante deve ser realizado em três momentos diferentes, na própria unidade de saúde, o que foi observado ser realizado pelo profissional de enfermagem de nível médio.

A presença de acompanhante no momento da pós-consulta de enfermagem foi observada para 25% (11) das mulheres.

Durante a observação das atividades realizadas pelo profissional de enfermagem no atendimento pré-natal, na atenção básica de saúde, constatamos que a pós-consulta de enfermagem é de competência do profissional de enfermagem de nível médio. Considerando que é durante a pós-consulta de enfermagem que a gestante recebe as orientações referentes ao pré-natal (uso de medicamentos, realização de exames, retorno

médico, imunização, amamentação, gestação e visita à maternidade), podemos então inferir que compete ao profissional de enfermagem de nível médio – agente de enfermagem – as orientações da gestante na atenção básica de saúde.

5.2. Competências essenciais na atenção ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato no município de Araraquara/SP

5.2.1. Caracterização do serviço público hospitalar do município

O serviço público de obstetrícia e ginecologia do município de Araraquara, local onde foi realizada a coleta de dados do estudo em questão, está localizado em uma ala do hospital público do município. Em abril de 2006, o atendimento público de obstetrícia e ginecologia do município foi transferido de seu prédio próprio, cujo atendimento era restrito ao serviço nesta área, para o interior do hospital público do município, integrando as atividades de obstetrícia e ginecologia aos demais serviços do hospital público.

Este serviço é referência para o atendimento público à gestação e ao parto de mulheres oriundas de Araraquara e de municípios da DIR XVIII (Santa Lúcia, Rincão, Motuca, os distritos de Bueno de Andrada e Silvânia e os assentamentos rurais Vista Alegre e Monte Alegre), através do Sistema Único de Saúde (SUS). É responsável também pelo atendimento ginecológico de urgência através do sistema público (SUS) e pela realização de procedimentos ginecológicos cirúrgicos programados pela Divisão Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

O hospital público possui 180 leitos, dos quais 27 são destinados ao serviço de maternidade, sendo 16 leitos para gestantes e puérperas em sistema de alojamento conjunto, 4 leitos para recém-nascidos prematuros para ganho de peso, em fototerapia, com dificuldade no aleitamento materno, em antibioticoterapia, aguardando exames laboratoriais ou radiográficos, entre outros, e 7 leitos específicos para o pré-parto. A instituição possui unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrico.

A equipe de profissionais do serviço de ginecologia e obstetrícia desta instituição é constituída por médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia, neonatologia ou pediatria e anestesiologia, enfermeiras especialistas em obstetrícia, e auxiliares e técnicos de enfermagem. O serviço possui uma equipe multiprofissional composta por nutricionistas,

psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, biomédicos e médicos de diversas especialidades, integrantes do corpo clínico do hospital público.

Em todos os plantões diurnos e noturnos, a equipe do centro obstétrico é constituída por um médico obstetra, uma enfermeira obstetra e um profissional de enfermagem de nível médio (auxiliar ou técnica de enfermagem) que desempenha a função de auxiliar obstétrica; a atuação desta equipe é específica ao atendimento de ginecologia e obstetrícia pelo sistema público. O médico neonatologista e o anestesiolologista assumem o atendimento público e privado nos diversos setores do hospital.

O médico especialista em ginecologia e obstetrícia assume escala de plantão de 12 (doze) horas durante a semana e de 24 (vinte e quatro) horas no final de semana e é responsável pelo atendimento no centro obstétrico e a visita e prescrição médica diária na enfermaria. A equipe de médicos obstetras é formada por 11 profissionais.

A enfermeira especialista em obstetrícia assume turno de 06 horas diárias no plantão diurno e de 12 horas no noturno, num total de 36 horas semanais. Neste serviço, todas as enfermeiras são especialistas em obstetrícia e em todos os plantões ou turnos de trabalho, sem exceções, há obrigatoriamente a presença desta profissional.

A enfermeira obstetra é responsável pela supervisão das atividades de enfermagem no centro obstétrico, na unidade de internação do binômio mãe-filho (alojamento conjunto) e na sala de cuidados do recém-nascido, unidade esta onde se realizam os cuidados de rotina do recém-nascido (antigo berçário). Além da função de supervisão de enfermagem, compete à enfermeira a realização da avaliação obstétrica admissional, o acompanhamento do trabalho de parto, a realização do parto vaginal e o atendimento da mulher nos casos de urgência e assistência a pacientes (mãe e recém-nascido) graves.

O médico neonatologista ou pediatra, responsável pelo atendimento no serviço de obstetrícia, assume também o atendimento de emergência neonatal e pediátrica, no serviço de urgência e emergência e na enfermaria de pediatria deste hospital público (tanto pelo sistema público como conveniado).

O médico anestesiolologista é responsável pelo atendimento junto ao serviço de obstetrícia e ginecologia deste serviço, competindo-lhe também os procedimentos anestésicos dos demais pacientes do hospital público, tanto pelo sistema público como pelo conveniado; há a possibilidade de se contactar um segundo médico anestesiolologista.

O profissional de enfermagem – auxiliar ou técnico de enfermagem – assume turno de 06 horas diárias no plantão diurno e de 12 horas no noturno num total de 36 horas semanais, seguindo a mesma regulamentação da enfermeira obstetra, e realiza a assistência

materno-infantil desenvolvendo atividades compatíveis com as competências legais da sua categoria.

A estrutura física do serviço é constituída pelos setores centro obstétrico, unidade de internação e sala de cuidados do recém-nascido (antigo berçário), todos localizados em uma mesma ala do hospital, juntamente com a unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrico.

No centro obstétrico, há uma única entrada e saída, que dá acesso a um hall de entrada, onde se localizam 2 (duas) salas “conjugadas” para consulta ginecológica (com entrada única), 1 (uma) sala de expurgo, 1 (um) banheiro para uso exclusivo das gestantes admitidas para avaliação obstétrica e 1 (um) quarto para o repouso do médico plantonista (com banheiro privativo); este hall de entrada funciona como corredor de passagem ao corredor interno do centro obstétrico e às suas demais dependências e, eventualmente, como sala de espera de gestante ou área para passagem de plantão da equipe obstétrica. O centro obstétrico desta instituição funciona como um pronto-atendimento à mulher com queixas obstétricas e ginecológicas.

Em continuidade ao hall de entrada, estão localizadas as demais dependências do setor, interligadas por um corredor interno único: 1 (uma) sala de pré-parto com 6 (seis) leitos de pré-parto, 1 (um) banheiro para uso exclusivo de gestantes internadas (somente vaso sanitário e pia) e 1 (uma) sala de guarda de materiais (antigo banheiro com chuveiro, no momento desativado), 1 (uma) sala de parto com uma única mesa cirúrgica para parto normal e 1 (um) banheiro para uso exclusivo de gestantes (com vaso sanitário, pia e chuveiro), 1 (um) quarto PPP – unidade de pré-parto, parto e puerpério imediato - com um leito específico e 1 (um) banheiro para uso exclusivo de funcionários (pia, vaso sanitário e chuveiro) e 1 (uma) copa para uso exclusivo da equipe da unidade, adaptada para este fim.

No centro obstétrico, ocorrem todos os procedimentos referentes às avaliações ginecológicas e obstétricas admissionais e reavaliações de mulheres internadas (quando necessário), a realização de cardiotocografias a nível hospitalar e ambulatorial, o acompanhamento de trabalho de parto, a realização de parto vaginal (com exceção do parto vaginal com analgesia ou com o uso de fórceps, sendo este eventualmente), a assistência ao aborto inevitável, a recepção neonatal e a assistência de mulheres em situações de risco materno-fetal, até a estabilização do quadro clínico.

No centro obstétrico, há dois locais para a realização do parto vaginal, a sala de parto tradicional, equipada com uma mesa cirúrgica para o parto e o quarto PPP, que tem um leito especial para a acomodação da gestante durante o pré-parto, a parto e o puerpério

imediatos. De acordo com a rotina da unidade, os partos são realizados na sala tradicional, e o quarto PPP é utilizado esporadicamente, somente nos casos em que ocorrerem dois nascimentos ao mesmo momento.

Os partos cesáreos, os partos normais com analgesia (que ocorrem pontualmente) e os partos fórceps (pelo menos a maioria deste tipo de parto) são realizados no centro-cirúrgico, assistidos pelo plantonista médico e pela equipe de enfermagem específica daquela unidade. O centro cirúrgico é um setor fechado do hospital público, localizado no andar superior e sem comunicação física direta com o centro obstétrico; nesta unidade não há uma sala cirúrgica específica para a realização dos procedimentos obstétricos (parto normal com analgesia, parto fórceps e parto cesárea).

No pré-parto, os leitos não são separados por divisória e, quando necessário, é utilizado o biombo tradicional para a realização de procedimento. O serviço possui uma cadeira de balanço e uma bola terapêutica para uso das parturientes. Há um bebedouro para as parturientes no corredor interno do centro obstétrico.

A sala de parto é ampla e em seu interior há 1 (um) banheiro, destinado ao uso exclusivo de gestantes (com vaso sanitário, pia e chuveiro) e 1 (um) local para a recepção neonatal. O quarto PPP está equipado nos mesmos moldes da sala de parto tradicional, com três exceções: há somente um ponto com oxigênio, vácuo e ar comprimido canalizado, destinado ao uso durante a recepção neonatal, não há mesa cirúrgica para parto, mas sim um leito específico para quarto PPP – pré-parto, parto e puerpério imediato e há 1 (um) banheiro para uso exclusivo de funcionários (pia, vaso sanitário e chuveiro), que é utilizado pela parturiente somente quando está neste quarto.

As unidades para recepção neonatal (duas no total) estão organizadas no interior da sala de parto e da unidade PPP, de forma que a recepção neonatal ocorre no mesmo ambiente em que é realizado o parto vaginal. Para os partos realizados no centro cirúrgico, o serviço conta com uma sala exclusiva para a recepção neonatal localizada entre as salas cirúrgicas, de forma que tal procedimento não acontece junto da mãe.

O recém-nascido é recepcionado por uma funcionária de enfermagem lotada na unidade de recepção neonatal e pelo médico neonatologista de plantão, conforme rotina do serviço. Neste momento são realizadas a avaliação médica e os cuidados necessários de rotina, como a secagem e o aquecimento do recém-nascido, a aspiração de vias aéreas superiores, o clampeamento do cordão umbilical, a colocação de pulseira de identificação no recém-nascido e na mãe, a administração de vitamina K intramuscular, a instilação ocular de nitrato de prata, a identificação plantar do recém-nascido e digital da mãe e a apresentação do

recém-nascido à mãe, com estímulo do aleitamento materno na primeira meia hora de vida. Depois destes cuidados, o recém-nascido é encaminhado à sala de cuidados onde permanece aos cuidados da enfermagem.

Na unidade de internação deste serviço, são admitidas as puérperas em sistema de alojamento conjunto e aquelas para tratamento obstétrico e ginecológico clínico e cirúrgico; este setor está localizado no mesmo corredor do centro obstétrico, juntamente com a unidade de cuidados do recém-nascido, a unidade de terapia intensiva neonatal e o expurgo da ala de maternidade.

A enfermaria contém 5 (cinco) quartos com 4 (quatro) leitos cada, perfazendo um total de 20 (vinte) leitos de internação, sendo destinados 16 (dezesesseis) leitos ou 4 (quatro) quartos para internação de gestantes e puérperas em sistema de alojamento conjunto e 4 (quatro) leitos ou 1 (um) quarto para manutenção de internação de recém-nascidos que ainda não receberam alta hospitalar (principalmente devido fototerapia, ganho de peso, antibioticoterapia, realização de exames laboratoriais ou radiográficos, dificuldade no aleitamento materno, entre outros). O quarto destinado à internação de recém-nascidos está localizado estrategicamente mais próximo do posto de enfermagem e da sala de cuidados do recém-nascido.

As puérperas e os recém-nascidos internados nesta enfermaria permanecem em alojamento conjunto, sob os cuidados da equipe de enfermagem 24 horas por dia, formada por 16 funcionários, divididos entre os quatro turnos de trabalho (manhã, tarde e os dois noturnos). No entanto, a equipe de enfermagem está dividida entre duas subequipes, a que assiste a mulher (duas funcionárias em média) e a que presta cuidados ao recém-nascido (duas funcionárias em média).

As gestantes ou mulheres internadas devido às intercorrências ginecológicas permanecem internadas no mesmo quarto que as puérperas e seus recém-nascidos. Não há quarto específicos para gestantes em tratamento clínico, puérperas pós-parto vaginal, puérperas pós-parto de cesárea, mulheres em pós-operatório de cirurgia ginecológica ou em tratamento clínico-ginecológico ou puérperas reinternadas devido a intercorrências puerperais. A unidade de internação não possui leito para internação em isolamento.

A sala de cuidados do recém-nascido dá acesso para o corredor central da ala da maternidade e possui uma porta de acesso para um corredor interno privativo que se comunica com a UTI neonatal e pediátrica que permanece fechada.

Todos os recém-nascidos são encaminhados à sala de cuidados imediatamente após o nascimento, onde recebem os cuidados de rotina e permanecem em observação até o

encaminhamento da mãe à enfermaria. São realizados nesta sala também as avaliações médicas diárias, os cuidados de enfermagem de rotina como banho, troca, curativo do coto umbilical com álcool a 70%, coleta de exames e administração de medicamentos, as anotações e orientação de toda a equipe médica e de enfermagem e o preenchimento da declaração de nascido vivo (pelo funcionário responsável pela recepção neonatal). Frequentemente são mantidos nesta unidade recém-nascidos em cuidados intermediários ou que aguardam vaga na unidade de terapia intensiva.

O serviço de recepção e portaria é comum a todos os outros setores hospitalares e, da mesma maneira, a sala de espera para familiares, localizando-se distante fisicamente das áreas deste serviço. Quando a mulher procura a instituição para ser examinada, o acompanhante e seus pertences permanecem na portaria e um funcionário da recepção a acompanha até o centro obstétrico para ser avaliada, pois nesta instituição não é permitida a entrada de acompanhantes nas dependências do centro obstétrico, ou seja, durante a avaliação obstétrica admissional, o trabalho de parto e o parto. Somente é permitida a presença de acompanhante para as adolescentes (com até 18 anos incompletos) na unidade de internação e desde que seja do sexo feminino, mas eventualmente a equipe de plantão libera acompanhante em outras situações.

Terminada a avaliação obstétrica da mulher, fica também a critério da equipe de plantão solicitar a entrada da família para orientar quanto ao estado clínico da mulher e à conduta obstétrica. Esta orientação pode ser realizada pelo médico e pela equipe de enfermagem, dependendo da conduta de cada profissional ou categoria profissional. Quando se faz necessário solicitar a internação da mulher, esta não retorna mais para a portaria.

Os familiares e acompanhantes podem receber informações das mulheres que se encontram internadas no pré-parto através da equipe de enfermagem, por via telefônica ou pessoalmente no hall de entrada do centro obstétrico. As orientações pela equipe médica aos acompanhantes e familiares acontecem tanto a pedido médico quanto em resposta à solicitação da família; da mesma maneira se procede para as mulheres internadas na unidade de internação, no curso do tratamento clínico e na alta hospitalar.

As mulheres admitidas para assistência à gestação, ao trabalho de parto ou ao parto necessariamente passam primeiramente por avaliação obstétrica pela equipe de plantão no centro obstétrico e, posteriormente, são encaminhadas ao pré-parto ou à enfermaria, sendo sempre internadas aos cuidados do plantonista. A enfermeira obstetra realiza a solicitação de alguns exames laboratoriais como a sorologia para sífilis (VDRL) para todas as mulheres em pós-parto e pós-aborto e a tipagem sanguínea e o fator Rh para todas as gestantes e puérperas

que não consta anotação no cartão de pré-natal. É rotina da equipe de enfermagem a administração de methergim intramuscular imediatamente após a dequitação.

Após o parto vaginal, as mulheres são encaminhadas à enfermaria onde permanecem aos cuidados da equipe de enfermagem 24 horas por dia. A assistência ao quarto período do parto pode acontecer tanto no centro obstétrico quanto na enfermaria, a critério da equipe de plantão, não tendo no serviço um protocolo que oriente o local para tal procedimento. As puérperas em pós-parto imediato permanecem em observação no centro obstétrico e são encaminhadas à enfermaria geralmente na primeira hora pós-parto; as puérperas em pós-parto de cesárea são encaminhadas a enfermaria após receberem alta da sala de recuperação anestésica, geralmente após três horas do parto.

A passagem de plantão da equipe de enfermagem neste serviço acontece quatro vezes e em momentos simultâneos: na sala de cuidados do recém-nascido, na unidade de internação e no centro obstétrico entre as auxiliares obstétricas e no centro obstétrico entre as enfermeiras obstetras. Usualmente a equipe médica participa da passagem de plantão das enfermeiras obstetras, aproveitando o momento para discutir os casos clínicos mais graves.

As visitas às mulheres internadas na enfermaria acontecem uma vez por dia, durante o horário de visita estipulado pelo hospital, das 15 às 16h00, tendo cada uma o direito de receber 2 (dois) acompanhantes por vez. As parturientes admitidas no pré-parto não têm direito a receber visita; no entanto, cabe à equipe de plantão avaliar as condições da mulher e a possibilidade de liberar ou não a visita.

Todos os recém-nascidos, com exceção dos prematuros e de baixo peso, recebem a administração da vacina BCG e contra a hepatite B ainda no primeiro dia de vida. Diariamente as funcionárias do serviço especial de saúde pública do município vão até a maternidade para vacinar os recém-nascidos e na ocasião realizam a vacinação das mães contra a hepatite B, contra a rubéola e o tétano, se houver necessidade.

Neste serviço a mulher recebe alta hospitalar com 24 horas pós-parto normal e 48 horas pós-parto de cesárea, conforme protocolo da equipe médica, permanecendo por mais tempo se houver intercorrências puerperais ou dificuldades com o aleitamento materno.

No momento da alta, a mulher é orientada a retornar ao local onde ela realizou o pré-natal para a realização do seguimento no puerpério; não é rotina do serviço fornecer a receita de sulfato ferroso, ergotrate ou outros medicamentos. Para o RN, são realizados o agendamento da primeira consulta com o pediatra e do teste do pezinho na unidade onde a mãe realizou o pré-natal e o agendamento do teste da orelhinha em uma unidade ambulatorial. O binômio mãe-filho somente deixa a instituição se estiver com acompanhante.

5.2.2. Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher no trabalho de parto e puerpério imediato

A equipe de enfermagem do centro obstétrico do serviço em estudo é constituída por 11 profissionais, sendo seis (6) enfermeiras obstetras, duas (2) auxiliares de enfermagem e três (3) técnicas de enfermagem. Dos onze (11) profissionais integrantes da equipe do centro obstétrico, dez (10) participaram do estudo, com exceção de uma enfermeira obstetra participante do projeto de pesquisa em questão.

A equipe de enfermagem do centro obstétrico, em todos os turnos de trabalho, é constituída por uma (1) enfermeira obstetra e um (1) profissional de enfermagem de nível médio.

Todas as enfermeiras são especialistas em obstetrícia, e os profissionais de enfermagem de nível médio – auxiliar e técnico de enfermagem – desenvolvem a função de auxiliar do centro obstétrico, não havendo diferenciação na execução dos cuidados ou procedimentos com a mulher.

O serviço de maternidade onde se realizou o estudo iniciou suas atividades em 1º de abril de 2006, portanto em funcionamento há 1 ano e 9 meses (21 meses), no momento da coleta de dados. O tempo de serviço dos profissionais, apresentado na tabela 18, variou de 2 a 21 meses. Considerando a categoria profissional, constatamos que todos os profissionais de enfermagem de nível médio possuíam um tempo de serviço maior que 12 meses e, entre as enfermeiras, 40% possuíam menos de 6 meses.

Tabela 18. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo o tempo de serviço na instituição. Araraquara/SP, 2008.

Tempo de serviço na instituição	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos de 6 meses	02	-	-	02
De 7 a 12 meses	-	-	-	-
De 13 a 18 meses	03	02	-	05
De 19 a 24 meses	-	01	02	03
TOTAL	05	03	02	10

Os profissionais da equipe do centro obstétrico são predominantemente do sexo feminino (10), com uma idade média de 36,6 anos, mínimo de 22 e máximo de 48 anos, sendo que 60% (6) são casados ou vivem com um parceiro fixo e 70% (7) já tiveram filhos (tabela 19). A idade dos filhos (12) deste grupo de profissionais variou de 4 a 21 anos, sendo que 58,4% (7) deles encontram-se com idade entre 13 e 21 anos.

Tabela 19. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a categoria profissional, a idade, o estado conjugal e o número de filhos. Araraquara/SP, 2008.

Variáveis	Categorias	Profissionais de Enfermagem					
		Enfermeira Obstetra		Enfermagem de nível médio		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Idade/anos	20-30 anos	-	-	02	40	02	20
	31-40 anos	03	60	02	40	05	50
	41-50 anos	02	40	01	20	03	30
Cor declarada	Branca	05	100	02	40	07	70
	Negra	-	-	02	40	02	20
	Parda	-	-	01	20	01	10
Estado conjugal	Solteira	02	40	02	40	04	40
	Casada	03	60	02	40	05	50
	Mora junto	-	-	01	20	01	10
Número de filhos	Nenhum	01	20	02	40	03	30
	Um	02	40	02	40	04	40
	Dois	01	20	-	-	01	10
	Três	01	20	01	20	03	30

A remuneração, na instituição estudada, variou entre R\$ 1.300,00 e R\$ 2.000,00 para as enfermeiras obstetras e entre R\$ 500,00 e R\$ 850,00 para os profissionais de nível médio, conforme o relato dos profissionais de enfermagem (tabela 20). Pudemos constatar que a maioria dos profissionais de enfermagem de nível médio (80%) tem remuneração entre R\$ 510,00 e R\$ 1.000,00, e a maioria das enfermeiras obstetras (80%), entre R\$ 1.600,00 e R\$ 2.000,00.

A variação nos valores da remuneração ocorreu de acordo com a categoria profissional, o adicional de insalubridade, o adicional noturno e o tempo de serviço (uma enfermeira encontrava-se em período de experiência), incluindo os descontos assegurados pela lei trabalhista.

No momento da coleta de dados, o valor do salário mínimo era de R\$ 480,00 e o salário-base para os profissionais de enfermagem na instituição em torno de R\$ 1.800,00 para a enfermeira obstetra, R\$ 480,00 para a auxiliar de enfermagem e R\$ 670,00 para a técnica de enfermagem.

Tabela 20. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a remuneração na instituição pesquisada. Araraquara/SP, 2008.

Remuneração na instituição (R\$)	Profissionais de Enfermagem					
	Enfermeira		Técnico		Auxiliar	
	F	%	F	%	F	%
0 a 500,00	-	-	-	-	01	10
510,00 a 1.000,00	-	-	03	03	01	10
1.100,00 a 1.500,00	01	10	-	-	-	-
1.600,00 a 2.000,00	04	40	-	-	-	-
TOTAL	05	50	03	30	02	20

A renda familiar (tabela 21) das enfermeiras obstetras está entre R\$ 3.000,00 e R\$ 6.700,00, enquanto que para os profissionais de enfermagem de nível médio está entre R\$ 700,00 e R\$ 4.000,00. Ao analisarmos a média da renda familiar por categoria profissional, constatamos o valor de R\$ 4.625,00 para as enfermeiras obstetras e R\$ 2.130,00 para as profissionais de enfermagem de nível médio. Salientamos que uma enfermeira obstetra optou por não revelar a renda de sua família.

Tabela 21. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a renda familiar. Araraquara, 2008.

Renda familiar (R\$)	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar
500,00 a 1.500,00	-	01	01
1.600,00 a 2.500,00	-	-	01
2.600,00 a 3.500,00	01	01	-
3.600,00 a 4.500,00	01	01	-
4.600,00 a 5.500,00	01	-	-
Acima de 5.500,00	01	-	-
TOTAL	04	03	02

Quando analisamos a relação entre a renda pessoal e a renda familiar, constatamos que, em média, as enfermeiras obstetras desta instituição são responsáveis por 69% da renda total da família e os profissionais de enfermagem de nível médio por 49%, com mínimo de 18,75% e máximo de 100% de contribuição, considerando o grupo de profissionais estudados.

A carga horária média semanal de trabalho destes profissionais, apresentada na tabela 22, é de 46,8 horas, variando de 36 a 72 horas semanais, sendo que 40% deles (04 enfermeiras) trabalham mais de 40 horas semanais. Ao analisarmos a média da carga horária semanal de trabalho por categoria profissional, encontramos o valor de 57,6 horas para as enfermeiras e 36 horas para os profissionais de nível médio. Destacamos que uma enfermeira referiu assumir plantão a distância em outro emprego, podendo trabalhar além das 36 horas semanais previstas no segundo emprego, e uma técnica de enfermagem referiu desenvolver trabalhos artesanais para aumentar a renda, cargas horárias de trabalho não contabilizadas nesta análise por se tratar de dados variáveis.

A longa jornada de trabalho das enfermeiras é justificada quando se constata que 4 (80%) trabalham em dois empregos. Das 04 enfermeiras que trabalham em mais de uma instituição (dois empregos), apenas uma atua na mesma área, ou seja, trabalha como enfermeira obstétrica em outra maternidade pública de um município próximo. As demais profissionais trabalham em outras áreas de atuação, ou seja, em unidade de emergência municipal (uma atuando como enfermeira e outra como técnica de enfermagem) e em escola de formação profissional (curso de técnico e auxiliar de enfermagem) como professora responsável por estágio em unidade de internação clínico-cirúrgica e em maternidade.

Tabela 22. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a carga horária semanal de trabalho. Araraquara, SP 2008.

Carga horária semanal de trabalho	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
36 horas	01	03	02	06
48 horas (36 horas + 12 horas)	01	-	-	01
66 horas (36 horas + 30 horas)	02	-	-	02
72 horas (36 horas + 36 horas)	01	-	-	01
TOTAL	05	03	02	10

Quanto ao nível educacional dos profissionais de enfermagem que prestam assistência ao parto (10), constatamos que cinco (05) possuem educação superior completa em enfermagem e todos cursaram pós-graduação em programas *lato sensu* na área de obstetrícia. Encontramos uma enfermeira na situação de desistente da pós-graduação *strito sensu* nível mestrado na área de saúde da mulher. Entre os profissionais de enfermagem de nível médio (5), encontramos que uma (01) possui o ensino fundamental incompleto, três (03) possuem o ensino médio completo e uma (01) possui o ensino superior incompleto (enfermagem).

As cinco (5) enfermeiras da equipe do centro obstétrico cursaram a pós-graduação *lato sensu* na área de enfermagem obstétrica, sendo que duas (2) se especializaram em instituição pública federal com financiamento da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Quando indagadas quanto à carga horária do curso, quatro (4) delas não souberam informar e uma (1) referiu carga horária de 600 horas. Além da especialização específica na área de saúde da mulher, uma (1) enfermeira obstetra possui também três cursos de pós-graduação *lato sensu* – administração hospitalar, urgência e emergência e perfusão hemodinâmica - e o Título de Consultora Internacional de lactação pelo IBLC (2004).

Analisando o tempo de formação profissional (tabela 23) podemos constatar que 60% dos profissionais possuíam entre 2 e 4 anos de formação no maior nível. O tempo de formação das enfermeiras variou entre 3 e 25 anos, das técnicas de enfermagem entre 2 e 8 anos e das auxiliares de enfermagem entre 3 e 18 anos.

O tempo de especialização das enfermeiras em programas de pós-graduação *lato sensu* na área de obstetrícia variou em 12 e 252 meses (média de 28,5 meses), sendo que duas enfermeiras possuíam 12 meses (1 ano), uma possuía 18 meses (1 ano e 6 meses), uma possuía 48 meses (4 anos) e uma possuía 252 meses (21 anos). Encontramos que 80% das enfermeiras possuíam entre 12 e 48 meses (1 a 4 anos) de formação como especialistas em obstetrícia. No entanto, três enfermeiras atuaram como parteiras durante um período de 10, 11 e 13 anos, e duas atuaram como enfermeira generalista, realizando partos, durante 3 meses e 3 anos, aproximadamente.

É importante ressaltar que três (3) enfermeiras já possuíam vários anos de formação como auxiliar e técnico de enfermagem, e uma (1) auxiliar de enfermagem estava concluindo a formação em técnico de enfermagem. Levando em conta o tempo de formação como auxiliar e técnico de enfermagem, constatamos que 50% dos profissionais possuíam entre 16 e 25 anos de formação profissional.

Tabela 23. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo os anos de formação profissional. Araraquara/SP, 2008.

Anos de formação profissional	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos de 1 ano	-	-	-	-
1 a 2 anos	-	01	-	01
3 a 4 anos	03	01	01	05
5 a 6 anos	-	-	-	-
7 a 8 anos	01	01	-	02
9 a 10 anos	-	-	-	-
Mais de 10 anos	01	-	01	02
TOTAL	05	03	02	10

O tempo de experiência profissional no atendimento a mulheres em trabalho de parto e parto, conforme mostra a tabela 24, variou de 17 a 300 meses, com média de 104,9 meses (8 anos e 8 meses). Constatamos que a categoria profissional com maior tempo de experiência na área é a de enfermeiras com média de 172,6 meses (14 anos e 5 meses). O profissional de enfermagem de nível médio apresentou tempo médio de trabalho na área de 37,2 meses (3 anos e 1 mês). Considerando o grupo de profissionais estudado, encontramos que 60% possuíam entre 18 e 60 meses de experiência na área (entre 1 a 5 anos).

Tabela 24. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo o tempo de experiência profissional no ciclo gravídico-puerperal. Araraquara, 2008.

Tempo de experiência profissional	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos que 12 meses	-	-	-	-
12 a 24 meses	01	01	-	02
24 a 36 meses	-	-	01	01
36 a 48 meses	-	01	01	02
48 a 60 meses	-	01	-	01
60 a 72 meses	-	-	-	-
72 a 84 meses	-	-	-	-
84 a 96 meses	-	-	-	-
96 a 108 meses	-	-	-	-
108 a 120 meses	-	-	-	-
Mais de 120 meses	04	-	-	04
TOTAL	05	03	02	10

É importante ressaltar que dos 10 profissionais que trabalham na assistência à mulher no trabalho de parto e parto, 60% (6) relataram ter atuado na realização do parto, sendo cinco enfermeiras obstetras e uma técnica de enfermagem. O tempo de experiência na realização do parto (tabela 25) variou entre 17 e 300 meses (média de 147,8 meses). Esclarecemos que, na instituição em estudo, somente as enfermeiras obstetras realizam o parto, além do profissional médico.

Todas as enfermeiras obstetras atuaram na assistência ao parto (como parteira ou enfermeira) antes da formação específica em obstetrícia, recebendo treinamento de outros profissionais da equipe, quer seja médico, enfermeira ou parteira. O tempo de experiência das enfermeiras na realização do parto variou de 17 a 300 meses, com média de 173,8 meses (1 a 25 anos e média de 14 anos e 6 meses).

Entre os profissionais de enfermagem de nível médio, a técnica de enfermagem relatou ter recebido treinamento para a realização de parto na instituição onde atuou por aproximadamente 18 meses, realizando um total de 30 partos.

Tabela 25. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo o tempo de experiência na realização de parto. Araraquara/SP, 2008.

Tempo de experiência na realização de parto	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Técnico	Auxiliar	
Menos de 1 ano	-	-	-	-
1 a 2 anos	01	01	-	02
3 a 4 anos	-	-	-	-
5 a 6 anos	-	-	-	-
7 a 8 anos	-	-	-	-
9 a 10 anos	-	-	-	-
11 a 12 anos	-	-	-	-
13 a 14 anos	01	-	-	-
15 a 16 anos	01	-	-	-
17 a 18 anos	01	-	-	-
19 a 20 anos	-	-	-	-
Mais de 21 anos	01	-	-	-
TOTAL	05	01	-	06

Quanto ao compromisso com a atualização da prática profissional, nos últimos cinco anos, somente uma profissional (01 enfermeira) relatou ter participado de um curso na área, referente a “Cardiotocografias” (2008). A participação em eventos científicos na área, nos últimos cinco anos, foi confirmada por três profissionais (01 enfermeira e 02 técnicas de enfermagem). Os eventos foram: Congresso Estadual de Banco de Leite (2002), Congresso Mundial de Banco de Leite (2004) e Semana do Aleitamento Materno em Araraquara (2002,

2003 e 2007). Constatamos que independente da categoria profissional, os profissionais de enfermagem não buscam aprimoramento e não participam de eventos científicos da área.

No que se refere à realização de partos na instituição estudada, cinco dos dez profissionais de enfermagem da equipe do centro obstétrica têm como atribuição a realização do parto – ou seja, as cinco enfermeiras obstetras da equipe.

Quanto aos tipos de procedimentos desenvolvidos no atendimento ao parto, apresentados na tabela 26, todos os profissionais afirmaram que realizam parto de gemelares, de feto prematuro, de feto morto, de feto macrossômico, de feto em apresentação pélvica e de alto risco. Duas enfermeiras acrescentaram que realizaram partos de gemelares e em apresentação pélvica somente em urgência, referindo a situação em que o médico estava ausente. Uma enfermeira referiu que realiza parto de gemelares somente na presença do médico.

No que se refere à administração de ocitócito, todos disseram que indicam em algum momento o uso de ocitocina, durante o trabalho de parto, no período expulsivo ou após a dequitação, de acordo com a avaliação da necessidade, comunicando posteriormente a conduta tomada ao profissional médico.

Quanto ao tipo de anestesia realizada no momento do parto, constatamos que 60% das profissionais referiram realizar bloqueio de nervo pudendo e 20% somente a anestesia local. O bloqueio de nervo pudendo não faz parte da prática profissional de duas das cinco profissionais estudadas, representando 40% da equipe.

Todas as profissionais que realizam o parto na instituição estudada referiram que o realizam independente da presença do médico. Todos os partos realizados pelas enfermeiras obstetras são registrados no adendo de internação hospitalar – AIH - como procedimento realizado pelo profissional médico.

Tabela 26. Caracterização dos profissionais de enfermagem que realizam partos na instituição estudada, segundo os tipos de procedimentos desenvolvidos. Araraquara, 2008.

Tipos de procedimentos desenvolvidos na realização do parto.		Enfermeira Obstetra	
		N	%
Indica a administração de ocitócito	Sim	05	100
	Não	-	-
Período em que indica o uso de ocitócito	No trabalho de parto	05	100
	No expulsivo	05	100
	Na dequitação	05	100
Realiza a episiotomia	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza a episiorrafia	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza a anestesia	Sim	05	100
	Não	-	-
Tipo de anestesia realizada	Local	02	40
	Bloqueio de nervo pudendo	01	20
	Local + bloqueio de nervo pudendo	02	40
Realiza o parto de gemelares	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza o parto de feto em apresentação pélvica	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza o parto de feto prematuro	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza o parto de feto macrossômico	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza o parto de feto morto	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza o parto de alto risco	Sim	05	100
	Não	-	-
Realiza o parto somente na presença do médico	Sim	-	-
	Não	05	100
Registra o parto no AIH	Sim	05	100
	Não	-	-

Quanto às atividades desempenhadas pelo profissional durante a assistência à mulher no trabalho de parto e parto, os profissionais informaram que são funções essenciais desenvolvidas por eles, de acordo com cada categoria profissional:

- a) Enfermeira obstetra: profissional responsável pela supervisão da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto, recepção e avaliação da mulher na maternidade, realização de anamnese, exame físico, palpação abdominal, toque vaginal e ausculta de bcf, acompanhamento do trabalho de parto, realização do parto normal, orientação da mulher quanto ao ciclo gravídico-puerperal, apoio psicológico à parturiente, assistência às puérperas admitidas na enfermaria e ao recém-nascido em casos de urgência, de acordo com a habilidade de cada profissional.
- b) Profissional de enfermagem de nível médio: profissional responsável pela recepção da gestante no centro obstétrico, encaminhamento para a sala de exame e sala de parto, orientação quanto à internação, realização de cuidados gerais, controle de sinais vitais, assistência na sala de parto durante o parto, apoio emocional, controle durante o quarto período clínico do parto e reposição de materiais de uso no centro obstétrico.

Quando questionados quanto à satisfação pessoal relacionada à atuação e ao reconhecimento profissional (tabela 27), observamos uma diferença significativa referente à categoria profissional. Todos os profissionais de enfermagem de nível médio referiram estar satisfeitos com a sua atuação profissional e o reconhecimento do seu trabalho enquanto apenas uma enfermeira obstetra referiu estar satisfeita com a sua atuação e o seu reconhecimento profissional. Constatamos que 80% das enfermeiras não estão satisfeitas em relação a um destes aspectos, e 40% afirmaram não estarem satisfeitas nem com a atuação e nem com o reconhecimento profissional.

Tabela 27. Distribuição dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico, segundo a satisfação pessoal quanto à atuação e o reconhecimento profissional. Araraquara/SP, 2008.

Profissionais de Enfermagem								
Satisfação pessoal	Enfermeira		Técnico		Auxiliar		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atuação profissional								
Sim	02	20	03	30	02	20	07	70
Não	03	30	-	-	-	-	03	30
Reconhecimento profissional								
Sim	02	20	03	30	02	20	07	70
Não	03	30	-	-	-	-	03	30

5.2.3. Atenção ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato: descrição do observado

A finalidade da observação foi identificar o máximo possível a realidade dos cuidados dispensados pela equipe de enfermagem à mulher neste momento vital de sua vida – de dar à luz. Para tanto, foram realizadas as observações em todos os turnos de trabalho - manhã, tarde, noturno par e noturno ímpar - num total de 144 horas de observação (36 horas por turno) e, conseqüentemente, foram observados todos os profissionais de enfermagem.

Como o enfoque do estudo são as ações realizadas pela equipe de enfermagem durante o atendimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, foram observados cinco momentos da assistência: 1) avaliação obstétrica admissional; 2) trabalho de parto; 3) parto; 4) pós-parto imediato e 5) recepção neonatal.

Durante a observação, foi possível perceber 15 (quinze) avaliações obstétricas admissionais, 18 (dezesesseis) trabalhos de parto, 11 (onze) partos vaginais, 9 (nove) pós-partos imediatos e 11 (onze) recepções neonatais, num total de 64 (sessenta e quatro) momentos da assistência.

5.2.3.1. Na avaliação obstétrica admissional

Foram observadas 15 (quinze) avaliações obstétricas admissionais realizadas pela equipe da maternidade deste serviço, nos diversos turnos de trabalho, sendo que, dentre as 15 (quinze) gestantes avaliadas, a maioria (9) foi liberada, e as demais (6), internadas para assistência ao trabalho de parto e parto.

Observamos que a enfermeira obstetra realizou a avaliação obstetra da maioria das gestantes (12), como podemos observar na tabela 28. O profissional de enfermagem (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ou enfermeiro) é um elemento participativo deste momento, estando presente em todas as avaliações observadas.

Tabela 28: Distribuição de frequências das 15 avaliações obstétricas admissionais observadas no serviço público de Araraquara (SP), segundo a categoria profissional responsável pela realização da avaliação da gestante. Araraquara/SP, 2008.

Categoria profissional		Frequência	n	%
Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	-	-	-
	Técnico de Enfermagem	-	-	-
	Enfermeira Obstetra	11	73,3	
Medicina	Médico Ginecologista-Obstetra	3	20,0	
Enfermagem + Medicina	Enfermeiro Obstetra e Médico Ginecologista-Obstetra	1	6,7	
TOTAL		15	100,0	

A tabela a seguir apresenta a frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, segundo a categoria profissional, durante a observação das 15 (quinze) avaliações obstétricas admissionais realizadas no serviço de maternidade em estudo.

Considerando o número geral de atividades realizadas, durante a avaliação obstétrica admissional nesta instituição (318), constatamos que 73% (232) foram realizadas pelo profissional de enfermagem e destas 57,9% (184) pela enfermeira obstetra.

Ao analisarmos a relação entre a categoria profissional e a atividade realizada, pudemos constatar que o profissional de enfermagem de nível médio é responsável pelas atividades de menor complexidade e a enfermeira obstetra por aquelas de maior complexidade.

Tabela 29. Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, segundo a categoria profissional, durante as 15 (quinze) avaliações obstétricas admissionais. Araraquara/SP, 2008.

Atividade	Profissional de Saúde				TOTAL
	Aux. Enf.	Enfermagem Téc. Enf.	Enf. Obst.	Medicina G.O.	
Identifica-se para a gestante	-	-	-	-	-
Encaminha a gestante para a sala de exame	4	7	4	-	15
Oferece camisola à gestante	4	7	4	-	15
Posiciona a gestante na mesa de exame	4	7	4	-	15
Solicita o cartão de pré-natal da gestante	1	1	10	4	16
ANAMNESE					
Questiona a queixa do momento	-	1	11	4	16
Calcula a IG a partir do tempo de amenorréia	-	-	10	3	13
Calcula a IG com base na ultra-sonografia obstétrica	-	-	8	1	9
Confere os resultados dos exames de rotina de pré-natal	-	-	8	2	10
Confere a idade da mulher	-	-	2	-	2
Questiona movimentação fetal	-	-	10	3	13
Questiona perda líquida via vaginal	-	-	9	5	14
Questiona sangramento via vaginal	-	-	7	3	10
AValiação Física					
Realiza o exame físico	-	-	1	-	1
Realiza a avaliação de presença de edema	-	-	1	-	1
Realiza a avaliação da mucosa	-	-	-	-	-
Realiza a conferência do ganho de peso gestacional	-	-	-	-	-
Afere a pressão arterial	4	7	3	-	14
AValiação Obstétrica					
Mensura a altura uterina	-	-	1	2	3
Mensura a circunferência abdominal	-	-	-	-	-
Realiza a ausculta cardiotetral	-	-	11	4	15
Realiza a palpação abdominal	-	-	11	5	16
Confere a contratilidade uterina	-	-	11	4	15
Realiza o toque vaginal	-	-	9	4	13
Faz referência à esvaecimento cervical	-	-	7	4	11
Faz referência à dilatação cervical	-	-	9	4	13
Faz referência à apresentação fetal	-	-	7	3	10
Faz referência à descida fetal	-	-	5	4	9
Faz referência à variedade de posição	-	-	-	1	1
Faz referência à avaliação da bacia	-	-	-	-	-
Realiza o exame especular	-	-	-	1	1
Realiza a amnioscopia	-	-	-	-	-
Indica cardiotocografia	-	-	-	2	2
Realiza a cardiotocografia	-	-	2	-	2
Decide pela liberação ou internação da mulher	-	-	5	10	15
Responsabiliza-se pela FAA	-	-	-	15	15
Orienta quanto ao estado clínico e à conduta obstétrica	-	1	11	9	21
TOTAL	17	31	184	86	318

Neste serviço é de competência da enfermeira obstetra a realização do primeiro atendimento da gestante e, conseqüentemente, a realização da avaliação obstétrica, deixando de assumir estas atividades somente se estiver realizando um parto ou outro procedimento de igual complexidade. Das avaliações obstétricas observadas, a enfermeira obstetra realizou 11 (73,3%) e decidiu pela liberação ou internação da mulher em 5 (41,7%) destas, comunicando posteriormente ao médico. Nas demais avaliações, a enfermeira obstetra realizou a discussão clínica do caso com o médico que decidiu pela conduta a ser tomada.

Dentre as atividades observadas neste momento, constatamos que o médico foi responsável pela ficha de atendimento ambulatorial (FAA) de todas as gestantes avaliadas (15), inclusive das avaliações obstétricas realizadas pela enfermeira obstetra. Constatamos, inclusive, que a realização de ações específicas do exame obstétrico é de competência somente da enfermeira obstetra e do médico obstetra.

As atividades realizadas para todas as gestantes foram: o encaminhamento da gestante para a sala de exame, o oferecimento de camisola, o posicionamento da gestante na mesa de exame, a ausculta do batimento cardíaco fetal e a conferência da paridade. Para nenhuma gestante avaliada, a anamnese obstétrica, a avaliação física e a avaliação obstétrica foram realizadas de maneira completa.

Observamos que estão entre as atividades realizadas com maior frequência pela enfermeira obstetra o questionamento da queixa do momento (11), a realização da ausculta de bcf (11), a realização da palpação abdominal (11), a conferência da contratilidade uterina (11) e a orientação da mulher quanto ao seu estado clínico e à conduta obstétrica (11).

Ressaltamos que a conferência da contratilidade uterina foi realizada pelo questionamento da gestante quanto à intensidade e frequência das contrações; não foi observada nenhuma ocorrência de conferência da dinâmica uterina em 10 minutos.

Observamos que algumas atividades foram realizadas somente pela enfermeira obstetra como a conferência da idade da mulher (2), a realização do exame físico (1), a avaliação de presença de edema (1) e a realização de cardiotocografia (1).

Algumas atividades não foram realizadas para nenhuma gestante como se identificar para a gestante, realizar a avaliação da mucosa, conferir o ganho de peso gestacional, mensurar a circunferência abdominal, realizar o exame especular, realizar a amnioscopia e fazer referência às condições da bacia durante o toque vaginal, procedimentos estes importantes para a qualidade da avaliação realizada. Tais observações nos levam a questionar a competência profissional pela execução destes procedimentos dentro da equipe que assiste a mulher.

As atividades desenvolvidas com maior frequência pelos profissionais de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) foram o encaminhamento da gestante para a sala de exame (11), o oferecimento de camisola (11), o posicionamento da gestante na mesa de exame (11) e a aferição da pressão arterial (11), reforçando a atuação do profissional de enfermagem quanto às atividades de menor complexidade.

No entanto, observamos que o profissional de enfermagem de nível médio também realizou algumas atividades executadas pela enfermeira obstetra e pelo profissional médico como o questionamento da queixa do momento (1), a solicitação do cartão de pré-natal (2) e a orientação da mulher quanto ao seu estado clínico no momento (1).

Constatamos que, dentre as gestantes avaliadas (15), coube à enfermeira obstétrica o cálculo da idade gestacional da maioria delas (10) e ao profissional médico cerca de três (3), revelando a responsabilidade da enfermeira obstetra pela execução deste procedimento neste serviço. Ao realizar o cálculo da idade gestacional (10), a enfermeira obstetra o faz a partir da data da última menstruação e posteriormente confere pela idade gestacional estimada pela ultra-sonografia (8). Para duas (2) gestantes avaliadas, foi deixada de calcular a idade gestacional pelo profissional de saúde responsável pelo exame obstétrico (uma pela enfermeira obstetra e outra pelo profissional médico).

Em nenhuma das avaliações realizadas foi observada a presença de acompanhante junto da mulher. É rotina da instituição que o familiar ou o acompanhante permaneça na recepção do hospital, enquanto a mulher é encaminhada ao serviço de obstetrícia para ser avaliada; portanto, a orientação da família quanto ao estado clínico da mulher e a conduta obstétrica tomada não ocorrem neste serviço como procedimento de rotina. No entanto, constatamos que o profissional de enfermagem de nível médio, a enfermeira obstetra e o médico realizam a orientação da mulher quanto ao seu estado clínico e à conduta obstétrica a ser tomada.

5.2.3.2. No trabalho de parto

Durante a observação das atividades realizadas pelo profissional de enfermagem no atendimento à mulher no serviço em estudo, foram acompanhados 18 (dezoito) trabalhos de partos, dos quais 9 (nove) evoluíram para parto normal (incluídos no

estudo), 2 (dois) foram encaminhados para parto de cesárea e 7 (sete) permaneceram em evolução de trabalho de parto.

No total, foram aproximadamente 31 (trinta e uma) horas de observação das atividades realizadas neste momento da assistência, distribuídas nos diversos turnos de trabalho (manhã, tarde e noturno). O menor tempo de observação de trabalho de parto foi por durante 15 min e o tempo máximo 5 horas e 45 minutos, com tempo médio de observação de 101 minutos, aproximadamente 1 hora e 41 minutos.

Na tabela 30, podemos observar a distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, segundo a categoria profissional, durante o atendimento da mulher aos 18 (dezoito) trabalhos de parto observados. Considerando a totalidade das atividades desenvolvidas (387), constatamos que a equipe de enfermagem é responsável pela realização de 76,2% (295) destas atividades, sendo a enfermeira obstetra o profissional responsável pela maioria das atividades com a parturiente, realizando 66,7% (258) do total.

Tabela 30. Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante os 18 (dezoito) trabalhos de parto observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.

Profissional de Saúde					
Atividade	Enfermagem		Medicina		TOTAL
	Aux.	Téc.	Enf.	G.O.	
	Enf.	Enf.	Obst.		
Encaminha para a higienização	3	-	-	-	3
Realiza o enteroclisma	-	-	-	-	-
Realiza a tricotomia	2	-	1	-	3
Oferece camisola	3	2	3	-	8
Oferece líquido à mulher	-	2	5	1	8
Indica a realização de amniotomia	-	-	4	3	7
Realiza amniotomia	-	-	5	2	7
Solicita a presença de acompanhante	-	-	-	1	1
Faz uso do gráfico do partograma	-	-	6	1	7
Faz referência diante de problemas	-	-	5	6	11
AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA					
Afere a pressão arterial	-	6	1	-	7
Confere a temperatura	-	2	-	-	2
Mensura a altura uterina	-	-	-	-	-
Mensura a circunferência abdominal	-	-	-	-	-
Realiza a amnioscopia	-	-	-	-	-
Realiza a ausculta de bcf	-	-	29	7	36
Decide instalar a monitorização cardiotetral	-	-	3	-	3
Realiza a palpação abdominal	-	-	12	5	17
Confere a contratilidade uterina	-	-	25	6	31
Realiza o toque vaginal	-	-	43	13	56
REALIZAÇÃO DE TOQUE VAGINAL					
Faz referência à dilatação cervical	-	-	16	8	24
Faz referência ao esvaecimento cervical	-	-	16	6	22
Faz referência ao líquido amniótico	-	-	15	7	22
Faz referência à apresentação fetal	-	-	15	9	24
Faz referência à variedade de posição	-	-	2	1	3
Faz referência à descida fetal	-	-	11	6	17
Faz referência à característica da bacia	-	-	-	-	-
MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS					
Realiza massagem	-	1	1	-	2
Encaminha para o banho de relaxamento	-	2	6	-	8
Encaminha para a deambulação	-	-	-	-	-
Faz uso da bola	-	-	-	-	-
Faz uso do cavalinho	-	1	-	-	1
MÉTODOS FARMACOLÓGICOS					
Solicita a administração de medicamento	-	-	4	2	6
Realiza a administração de medicamento	2	4	-	-	6
Analgesia	-	-	-	-	-
INDUÇÃO E CONDUÇÃO					
Solicita a administração de misoprostol via vaginal	-	-	-	1	1
Realiza a administração de misoprostol via vaginal	-	-	1	-	1
Solicita a administração de ocitocina endovenosa	-	-	2	4	6
Realiza a administração de ocitocina endovenosa	2	3	1	-	6
Realiza a conferência da infusão	-	-	8	1	9
ORIENTAÇÕES					
Orienta quanto ao trabalho de parto	-	-	7	1	8
Orienta quanto ao DLE	-	1	6	-	7
Orienta quanto ao puxo no expulsivo	-	-	1	1	2
Orienta quanto à técnica respiratória	-	1	4	-	5
TOTAL	12	25	258	92	387

Durante a observação, toda a equipe do centro obstétrico (auxiliar e técnico de enfermagem, enfermeira obstetra e médico obstetra) desenvolveu atividades com a mulher em trabalho de parto. No entanto, o profissional de enfermagem de nível médio executou as atividades de menor complexidade técnica como a administração de medicamentos endovenosos, a aferição da pressão arterial e a instalação de soroterapias, entre outros.

Neste serviço compete à enfermeira e ao médico obstetra a realização das atividades referentes à avaliação da evolução do trabalho de parto. Pudemos observar que, embora ambos os profissionais possam realizar esta avaliação, na prática a enfermeira obstetra é o profissional responsável pelo acompanhamento do trabalho de parto. Dos 18 (dezoito) trabalhos de partos observados, constatamos que a enfermeira obstetra realizou esta avaliação, pelo menos uma vez, em 17 (dezessete) mulheres e o profissional médico em 12 (doze) e, ainda, que 6 (seis) mulheres foram avaliadas somente pela enfermeira obstetra.

Algumas atividades foram realizadas exclusivamente por uma determinada categoria profissional, revelando a divisão de trabalho de acordo com a competência profissional. As atividades realizadas exclusivamente pela enfermeira obstetra foram a instalação da monitorização cardiotetral (3) e a administração de medicamento intravaginal (1) - no caso o misoprostol prescrito pelo profissional médico - e pelo profissional médico foram a autorização para permanência de acompanhante (1) e a prescrição de medicamentos de uso via vaginal para indução de parto (1).

Dentre as atividades observadas estão entre aquelas executadas com maior frequência durante o trabalho de parto a realização do toque vaginal (56), a ausculta de bcf (36) e a conferência da contratilidade uterina (31), realizadas também com maior frequência pela enfermeira obstetra.

Observamos que nenhuma atividade foi realizada para todas as parturientes, nem mesmo aquelas observadas com maior frequência. Constatamos por exemplo que o toque vaginal não foi realizado para 1 (uma) parturiente – encaminhada para parto cesárea, a ausculta de bcf não foi realizada para duas (2) parturientes, a conferência da dinâmica uterina deixou de ser realizada para três (3) parturientes, a conferência da infusão de soroterapia com ocitocina deixou de ser realizada para onze (11) das parturientes em trabalho de parto, e a aferição da pressão arterial foi realizada somente para sete (7) parturientes uma única vez.

Observamos que, ao realizar o toque vaginal (53), os parâmetros avaliados com maior frequência foram a dilatação cervical (24) e a apresentação fetal (24). Não foi observada a referência às características da bacia, e somente em três (3) vezes foi observada a referência à variedade de posição.

Observamos que algumas atividades não foram realizadas para nenhuma parturiente como a mensuração da altura uterina e da circunferência abdominal, o encaminhamento da parturiente para a deambulação, o uso da bola, a realização de analgesia e a realização de amnioscopia, atividades importantes para a qualidade da assistência prestada neste momento.

O uso do partograma foi uma prática adotada para todas as mulheres em trabalho de parto (18); no entanto, a anotação no gráfico do partograma foi realizada para seis (6) trabalhos de partos, sendo que a enfermeira obstetra realizou o registro em todos estes (6) e o profissional médico em um (1). As anotações referentes à avaliação da enfermeira e do médico obstetra são realizadas na maioria das vezes no quadro de observações; profissional de enfermagem de nível médio limita-se a anotar neste impresso somente a pressão arterial.

O uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, durante o trabalho de parto, foi uma prática pouco utilizada neste serviço, realizada exclusivamente pelo profissional de enfermagem. Observamos que o encaminhamento para o banho de relaxamento (8) foi a atividade realizada com maior frequência e que não fazem parte da prática da equipe de enfermagem o uso da bola e o encaminhamento da parturiente para deambulação. Pudemos observar que o uso do cavalinho durante o trabalho de parto ocorreu uma única vez, a partir da iniciativa do profissional de enfermagem de nível médio.

O uso de métodos farmacológicos para alívio da dor, durante o trabalho de parto, neste serviço foi realizado principalmente pela administração de medicamento endovenoso (6), sendo que na maioria dos casos coube à enfermeira obstetra a solicitação de administração de tal medicamento (4). Não foi observada a realização da analgesia de parto, apesar de fazer parte do protocolo de assistência do serviço.

As orientações neste momento da assistência são realizadas principalmente pelo profissional de enfermagem, em especial pela enfermeira obstetra, e se referiram com maior frequência à evolução do trabalho de parto (8) e à posição em decúbito lateral esquerdo (7).

5.2.3.3. No parto vaginal

Foram observados 11 (onze) partos vaginais assistidos pela equipe obstétrica deste serviço, sendo que 6 (seis) foram realizados pela enfermeira obstetra, 3 (três) pelo

médico obstetra e 2 (dois) por ambos os profissionais. O profissional de enfermagem de nível médio não realiza o parto vaginal nesta instituição.

O profissional de enfermagem esteve presente junto da parturiente prestando-lhe cuidados diretos ou indiretos em todos os partos realizados (100%). Dos 11 (onze) partos observados, 81,8% (9) tiveram a presença do médico e da enfermeira obstetra e 100% (11) deles de pelo menos um destes profissionais.

A enfermeira obstetra participou da realização de 72,7% (8) dos partos observados e em 75% (6) destes competiu-lhe a execução integral do procedimento. Podemos observar, na tabela 31, a distribuição de frequência dos partos observados, considerando a categoria profissional responsável pela sua realização.

Tabela 31. Distribuição de frequências dos 11 partos observados no serviço público de Araraquara (SP), segundo a categoria profissional responsável pela realização do parto vaginal. Araraquara/SP, 2008.

Categoria profissional		Frequência	n	%
Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem		-	-
	Técnico de Enfermagem		-	-
	Enfermeira Obstetra		6	54,5
Medicina	Médico Ginecologista-Obstetra		3	27,3
Enfermagem + Medicina	Enfermeiro Obstetra e Médico Ginecologista-Obstetra		2	18,2
TOTAL			11	100,0

A tabela 32 apresenta a frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, segundo a categoria profissional, durante a observação do período expulsivo das 11 parturientes assistidas na instituição estudada. Observando a totalidade das atividades desenvolvidas (188), constatamos que a equipe de enfermagem é responsável pela realização da maioria das atividades neste período (126), em especial a enfermeira obstetra (97).

Tabela 32. Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante o período expulsivo dos 11 partos vaginais observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.

Profissional de Saúde					
Atividade	Enfermagem		Medicina		TOTAL
	Aux. Enf.	Téc. Enf.	Enf. Obst.	G.O.	
Decide encaminhar a mulher à sala de parto			9	2	11
Oferece líquido à parturiente durante o parto	-	1	-	-	1
Orienta o puxo no expulsivo	-	1	7	6	14
Solicita a presença de acompanhante da parturiente	-	-	-	-	-
LOCAL PARA A REALIZAÇÃO DO PARTO					
Encaminha para a sala de parto tradicional	-	-	8	2	10
Decide realizar o parto no leito	-	-	1	-	1
POSIÇÃO DA PARTURIENTE					
Realiza o parto em posição de litotomia	-	-	6	4	10
Realiza o parto em decúbito lateral	-	-	1	-	1
USO DE MEDICAMENTOS NO EXPULSIVO					
Mantém a infusão de ocitocina instalada	-	-	4	5	9
Solicita a instalação de soroterapia com ocitocina	-	-	2	-	2
Realiza a instalação de soroterapia com ocitocina	-	2	-	-	2
Controla o gotejamento de infusão de ocitocina	-	-	6	3	9
Não controla a infusão de ocitocina		-	2	2	4
ANESTESIA PERINEAL	-	-	7	3	10
Realiza a anestesia local	-	-	4	3	7
Realiza o bloqueio do nervo pudendo	-	-	3	-	3
Realiza o reforço de anestesia local durante a sutura	-	-	5	3	8
EPISIOTOMIA					
Realiza a episiotomia	-	-	7	3	10
Não realiza a episiotomia	-	-	-	1	1
MANOBRAS DE KRISTELLER					
Solicita a realização da manobra de Kristeller	-	-	1	4	5
Realiza a manobra de Kristeller	-	3	1	1	5
MANEJO ATIVO DO TERCEIRO PERÍODO					
Realiza o manejo do pólo cefálico no expulsivo	-	-	6	4	10
Realiza a proteção do períneo durante o expulsivo	-	-	4	4	8
Realiza o desprendimento do recém-nascido	-	-	7	4	11
Realiza a tração do cordão durante a dequitação	-	-	7	4	11
Realiza a revisão da placenta e membranas ovulares	-	-	4	1	5
Realiza a inspeção do canal do parto	-	-	5	5	10
Realiza a revisão uterina (exploração manual)	-	-	4	3	7
Realiza a massagem no fundo uterino	-	-	4	1	5
CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL					
Logo após o desprendimento fetal	-	-	7	4	11
Após a parada dos batimentos do fluxo placentário	-	-	-	-	0
USO DE MEDICAMENTOS					
Solicita a instalação de ocitocina durante a dequitação	-	-	-	-	0
Solicita a instalação de ocitocina pós-dequitação	-	-	-	-	0
Solicita o aumento de ocitocina pós-dequitação	-	-	-	1	1
Realiza o controle de infusão de ocitocina	-	-	6	4	10
Realiza o aumento da infusão de ocitocina	1	-	-	-	1
Realiza a administração de ergometrina	2	7	-	-	9
SUTURA PERINEAL					
Realiza a episiorrafia	-	-	7	3	10
Realiza a sutura de laceração	-	-	-	-	0
PRESENÇA DE OUTRO PROFISSIONAL					
Solicita a presença do profissional médico	-	-	2	-	2
Solicita a presença da enfermeira obstetra	-	-	-	2	2
Realiza a coleta de VDRL conforme protocolo	2	9	-	-	11
Retirar a puérpera da sala de parto	2	9	-	-	11
Atua como circulante durante o parto	2	9	-	-	11
Integra a equipe no momento do parto	2	9	9	9	29
TOTAL	7	25	49	29	119

Durante o período expulsivo, as atividades realizadas com maior frequência pela enfermeira obstetra foram a tomada de decisão pelo momento ideal em posicionar a mulher para o parto (9), a solicitação de encaminhamento à sala de parto tradicional (8), o estímulo ao puxo no expulsivo (7), a realização de anestesia perineal (7), a realização de episiotomia (7), o desprendimento do recém-nascido – ou seja, o parto propriamente dito (7), o manejo do pólo cefálico durante o período expulsivo (6), o controle da infusão de ocitocina (6) e a realização do parto com a mulher em posição de litotomia (6) - posição ginecológica, com o dorso levemente fletido e as pernas em abdução.

Algumas atividades foram realizadas exclusivamente pela enfermeira obstetra como a realização de bloqueio de nervo pudendo para anestesia perineal (3), a solicitação de instalação de ocitócito em parturientes com evolução espontânea do trabalho de parto (2) e a realização de parto no leito (1) em decúbito lateral (1). No entanto, não foi observada a realização do parto vaginal no leito PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato).

Algumas atividades não foram realizadas para todas as gestantes assistidas pela enfermeira obstetra, como solicitar a presença do profissional médico no momento do parto (1), controlar o gotejamento da infusão de ocitocina no expulsivo (2), na dequitação (2) e após a dequitação (1), oferecer líquido no expulsivo (11), orientar o estímulo ao puxo (1), realizar a manobra de Kristeller (7), proteger o períneo no expulsivo (2), realizar o manejo do pólo cefálico (1), revisar a placenta e membranas ovulares (4) e integrar a equipe que assiste a mulher no momento do parto realizado pelo profissional médico (2).

As atividades desenvolvidas com maior frequência pelos profissionais de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem), durante o período expulsivo, foram a atuação como circulante de parto (11), a presença como integrante de equipe no momento do parto (11), a realização da manobra de Kristeller (3), a administração da soroterapia com ocitocina (2) e o oferecimento de líquido à mulher (1), realizado inclusive somente por este profissional.

Algumas práticas obstétricas como a solicitação da manobra de Kristeller (4) e a não-realização de episiotomia de rotina (1) foram realizadas de maneira exclusiva pelo profissional médico.

Dentre as atividades realizadas durante o período expulsivo do parto, observamos que somente a infusão de ocitocina endovenosa esteve presente para todas as gestantes. A maioria das mulheres (9) estava recebendo a administração de ocitocina endovenosa no momento do parto, instalado previamente durante o trabalho de parto. Para aquelas que estavam em evolução espontânea (2), foi solicitada pela enfermeira obstetra,

responsável pela realização do parto, a instalação de ocitocina. O profissional médico não estava presente em um parto e, no outro, estava presente e consentiu com a indicação de ocitócito. A solicitação de ocitocina após a dequitação (1) foi orientada somente pelo profissional médico.

O controle do gotejamento da infusão de ocitocina no período expulsivo foi uma atividade realizada principalmente pela enfermeira obstetra (6) nos partos em que estava realizando. Este controle deixou de ser realizado pela enfermeira obstetra em um parto realizado pela mesma, um parto realizado em conjunto com o médico e um parto realizado pelo médico (com a enfermeira obstetra presente na sala de parto).

Após o nascimento do recém-nascido, as atividades realizadas com maior frequência pela enfermeira obstetra foram o clampeamento do cordão umbilical logo após o desprendimento fetal (7), a realização de episiorrafia, a tração controlada do cordão para estimular a dequitação (7), o controle da infusão de ocitocina (6), o reforço da anestesia perineal através da realização de anestesia local (5), a revisão da placenta e membranas ovulares (4), a exploração manual para a realização da inspeção uterina (4) e a massagem do fundo uterino (4).

Algumas atividades deixaram de ser realizadas para todas as gestantes, após o desprendimento fetal, nos partos realizados pela enfermeira obstetra como o uso de ergometrina intramuscular após a dequitação da placenta (2), a revisão uterina - exploração manual (3) e a inspeção do canal do parto (2). Observamos que independente do profissional que realiza o parto, estas atividades também deixaram de ser realizadas para todas as gestantes.

As atividades realizadas pelo profissional de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem), após o nascimento, são executadas exclusivamente por esta categoria, como a coleta de amostra sanguínea para a sorologia da sífilis congênita (11), a recepção neonatal (11), a retirada da puérpera da sala de parto (11), a administração de ergometrina após a dequitação (9) e o aumento da infusão de ocitocina, conforme solicitação médica (1).

Constatamos que o manejo do terceiro período do parto é um procedimento executado de maneira predominantemente ativa, com uso de ocitocina (11), tração controlada do cordão umbilical (11) e clampeamento do cordão umbilical, logo após o nascimento (11) em todos os partos observados.

O clampeamento do cordão umbilical somente após a parada dos batimentos do fluxo placentário não é uma prática adotada pelos profissionais desta instituição, uma vez que não foi observada em nenhum dos partos observados (11).

Para todas as mulheres, o período total para os cuidados relacionados ao parto durou em média 39 minutos, com tempo mínimo de 15 minutos e máximo de 55 minutos. Considerando o tempo decorrido do momento em que a mulher foi posicionada para o parto (na sala de parto ou no leito) até o desprendimento fetal, tivemos uma média de 14 minutos, com tempo mínimo de 5 minutos e máximo de 33 minutos.

5.2.3.4. No pós-parto imediato

No pós-parto, foram observados os cuidados realizados pela equipe de enfermagem na primeira hora após o parto de 9 (nove) mulheres assistidas neste serviço. Optou-se por realizar a observação no período de até 1 (uma) hora após o parto, período em que a parturiente permanece no centro obstétrico.

Das 9 (nove) mulheres observadas nos pós-partos, a maioria (4) havia sido assistida pela enfermeira obstetra no momento do parto, 3 (três) pelo médico e 2 (duas) por ambos os profissionais de saúde.

Todas as mulheres foram avaliadas pelo menos uma vez após o parto, sendo que quatro (4) delas teve apenas uma avaliação e para quatro (4) duas avaliações; apenas uma (1) foi avaliada três vezes neste momento. No total, foram observadas 15 (quinze) avaliações realizadas pelo profissional de enfermagem no pós-parto imediato.

Na prática não é adotado um critério quanto ao intervalo de tempo para a realização das avaliações de mulheres, no pós-parto imediato, e também não é levado em consideração o tempo decorrido após o desprendimento fetal ou a dequitação. A primeira avaliação é realizada no momento em que a mulher é retirada da sala de parto e as demais a cada 30 minutos.

Estas mulheres permaneceram no centro obstétrico em observação após terem sido retiradas da sala de parto, em média 60 minutos, com tempo mínimo de 25 minutos e máximo de 1 hora e 45 minutos. Observamos, durante a avaliação, que uma parturiente permaneceu internada no leito de pré-parto aguardando vaga na enfermaria, rotina habitual nesta instituição devido à demanda de atendimento.

Considerando a totalidade das atividades observadas (59), constatamos que a equipe de enfermagem realiza todas as atividades deste período, em frequência proporcional entre a enfermeira obstetra (30) e o profissional de nível médio (29). A tabela 33 apresenta a distribuição de frequências de atividades realizadas durante as 15 (quinze) avaliações realizadas para os nove (9) pós-partos imediatos observados, considerando a categoria profissional responsável pela realização deste procedimento.

Tabela 33. Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante as 15 (quinze) avaliações realizadas para os 9 pós-partos imediatos observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.

Atividade	Profissional de Saúde				TOTAL
	Aux. Enf.	Enfermagem Téc. Enf.	Enf. Obst.	Medicina G.O.	
Afere pressão arterial	-	3	-	-	3
Avalia consistência uterina	1	5	7	-	13
Avalia involução uterina	2	4	7	-	13
Avalia sangramento vaginal	2	8	8	-	18
Avalia a região perineal	-	4	8	-	12
TOTAL	5	24	30	-	59

Considerando as atividades realizadas pelo profissional de enfermagem durante o pós-parto imediato, observamos que estão entre aquelas realizadas com maior frequência a avaliação do sangramento vaginal (18), a avaliação da consistência uterina (13), a avaliação da involução uterina (13) e a avaliação da região perineal (12).

As atividades realizadas para todas as mulheres foram a avaliação da consistência uterina, a avaliação da involução uterina e a avaliação do sangramento vaginal. Algumas atividades deixaram de ser realizadas para todas as mulheres como a aferição da pressão arterial e a avaliação da região perineal, observadas respectivamente para três (3) e sete (7) das mulheres em pós-parto imediato. Quando consideramos a realização de todas as atividades esperadas no pós-parto imediato durante as avaliações realizadas pelo profissional de enfermagem, observamos que estes cuidados foram realizados para três (3) das mulheres observadas.

Ao avaliar a mulher no pós-parto imediato, a enfermeira obstetra realiza a avaliação do sangramento vaginal (8), a avaliação da região perineal (8), a avaliação da involução uterina (7) e a avaliação da consistência uterina (7); a aferição da pressão arterial não foi realizada em nenhuma das avaliações. Todas as atividades realizadas pela enfermeira obstetra também foram executadas pelos profissionais de enfermagem de nível médio.

Neste momento o profissional de enfermagem de nível médio executa principalmente as atividades de avaliação da consistência uterina e do sangramento vaginal,

deixando de realizar a avaliação da involução uterina, a avaliação da região perineal e a aferição da pressão arterial para a maioria das mulheres avaliadas.

Somente três (3) das nove (9) mulheres avaliadas tiveram a aferição da pressão arterial no pós-parto, inclusive todas as vezes pelo profissional de enfermagem de nível médio.

Algumas parturientes (4) foram encaminhadas à enfermaria sem terem sido reavaliadas naquele exato momento; nestes casos havia sido realizada somente uma avaliação, logo que a mulher foi retirada da sala de parto.

Considerando o número geral de atividades realizadas durante as quinze avaliações observadas para os nove (9) pós-partos imediatos observados (59), constatamos que 100% (59) destas atividades foram realizadas pelo profissional de enfermagem. A partir da observação, verificamos que a enfermeira obstetra e o profissional de enfermagem de nível médio assumiram, em proporção igual, a realização de atividades no pós-partos imediato, e o profissional médico não realizou nenhuma atividade com a mulher durante este período.

5.2.3.5. Na recepção neonatal

Foram observados 11 (onze) recepções de recém-nascidos cujos partos haviam sido realizados pelos profissionais de saúde desta instituição, sendo 7 (sete) pela enfermeira obstetra, 2 (dois) pelo médico e 2 (dois) por ambos os profissionais.

O profissional de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) esteve presente em todas as recepções neonatais, juntamente com o profissional médico especialista em pediatria. A enfermeira obstetra não estava presente na sala de parto em 2 (dois) dos 3 (três) nascimentos cujos partos foram realizados integralmente pelo profissional médico.

Do total de atividades observadas durante a recepção neonatal (114), a maioria foi realizada pelo profissional de enfermagem de nível médio - auxiliar e técnico de enfermagem (94), como podemos observar na tabela 34.

Tabela 34: Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde durante a recepção neonatal dos 11 (onze) partos observados, segundo a categoria profissional. Araraquara/SP, 2008.

Atividade	Profissional de Saúde				TOTAL
	Aux. Enf.	Enfermagem Téc. Enf.	Enf. Obst.	Medicina Pediatria	
Integra a equipe da recepção neonatal	2	9	-	-	11
Realiza o exame físico do recém-nascido	-	-	-	11	11
Realiza a secagem do recém-nascido	2	9	-	-	11
Libera as vias aéreas superiores	2	4	-	5	11
Realiza o estímulo em região dorsal	-	2	-	2	4
Realiza a oxigenação	-	2	-	2	4
Corta e clampa o cordão umbilical	2	9	-	-	11
Administra vitamina K IM	2	9	-	-	11
Instila nitrato de prata 2% em região ocular	2	9	-	-	11
Identifica o binômio	2	9	-	-	11
Estimula o contato na 1ª. ½ hora de vida	2	9	-	-	11
Proporciona o início do AM na sala de parto	-	7	-	-	7
TOTAL	16	78	-	20	114

Dentre as atividades de rotinas realizadas durante a recepção neonatal (11), observamos que estão, entre aquelas realizadas com maior frequência pelo profissional de enfermagem de nível médio, integrar a equipe responsável pela recepção do recém-nascido (11), realizar a secagem e aquecimento do neonato (11), cortar e clampear o cordão umbilical (11), administrar vitamina K intramuscular conforme protocolo de assistência (11), realizar a instilação ocular de nitrato de prata a 2% conforme protocolo de assistência (11), identificar o binômio mãe-filho (11), estimular o contato entre mãe e filho na primeira meia hora de vida (11), proporcionar o início do aleitamento materno na sala de parto (7) e realizar o posicionamento do recém-nascido, de forma a liberar as vias aéreas superiores (6).

O exame físico do recém-nascido foi realizado exclusivamente pelo médico (11), responsável também pelo índice de APGAR.

Observamos que alguns cuidados foram realizados para todos os recém-nascidos como a recepção neonatal (11), a realização do exame físico (11), a secagem e o aquecimento do neonato (11), a realização do corte e clampeamento do cordão umbilical (11), a administração de vitamina K intramuscular conforme protocolo de assistência (11), a realização da instilação ocular de nitrato de prata a 2% conforme protocolo de assistência (11), a identificação do binômio mãe-filho (11) e o estímulo ao contato entre mãe e filho na primeira meia hora de vida (11).

Por outro lado, constatamos que algumas atividades não foram realizadas para todos os recém-nascidos como a realização do estímulo, a oxigenação e o início do aleitamento materno na sala de parto. Vale ressaltar que o estímulo ao reflexo do choro e a

oxigenação do recém-nascido são cuidados realizados somente com indicação, de acordo com a necessidade do neonato.

Apesar de ter sido realizado o contato entre mãe e filho na primeira meia hora de vida para todos os recém-nascidos (11), apenas para sete (7) deles foi iniciado o aleitamento materno na sala de parto.

Ressaltamos que todos os recém-nascidos apresentaram boa vitalidade fetal ao nascer e foram encaminhados ao alojamento conjunto, conforme protocolo de assistência da instituição.

Quando analisamos o número geral de atividades realizadas durante a recepção neonatal (114), constatamos que 82,5% (94) destas são realizadas pelo profissional de enfermagem de nível médio e 17,5% (20) pelo profissional médico. Não foi observada a realização de nenhum cuidado pela enfermeira obstetra ao recém-nascido na sala de parto, revelando que na prática não compete a este profissional a recepção neonatal.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

6.1. O atendimento de pré-natal no contexto da atenção básica de saúde

6.1.1. A equipe de enfermagem

Os profissionais de enfermagem que prestam atendimento à gestante durante o pré-natal, no contexto da atenção básica de saúde do município de Araraquara, interior de São Paulo, configuram-se como um grupo formado por auxiliares de enfermagem (12,5%), técnicos de enfermagem (68,75%) e enfermeiras (18,75%). Encontramos predominância de profissionais de enfermagem do nível médio (81,25%), o que não difere da força de trabalho da enfermagem brasileira (PAHO, 2005) e da equipe de enfermagem de Rio Branco (AC) onde apenas 30% dos profissionais que atendem ao parto são enfermeiros (Dotto, 2006).

Na cidade de Araraquara, há predominância de profissionais de enfermagem do sexo feminino atuando na atenção ao pré-natal (96,9%), característica comum à encontrada na enfermagem brasileira, conforme se observa nas pesquisas realizadas em Rio Preto (SP), encontrada por Sabino (2007), onde 100% dos enfermeiros que atuam na atenção ao pré-natal são do sexo feminino, por Cunha (2008), em Rio Branco (AC), onde 91,3% dos profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao pré-natal, na rede básica, são do sexo feminino e por Gardenal (1999), em Sorocaba (SP), onde 100% das enfermeiras que atuam na assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal são do sexo feminino.

Os profissionais de enfermagem deste estudo convivem em relação conjugal estável (50%) e a sua maioria teve experiência de ter tido filhos (68,7%). Quanto à cor da pele, a maioria é de cor branca e predominantemente apresentavam idade maior que 41 anos (65,6%), dados diferentes encontrados por Cunha (2008), em Rio Branco, que identificou (88,24%) idade inferior a 40 anos.

Os estudados têm experiência profissional na área de saúde e, especificamente na atenção básica de saúde, de mais de 10 anos, 37,5% dos profissionais de enfermagem possuem mais de 10 anos de formação profissional no maior nível de qualificação. Estes dados se mostraram semelhantes aos encontrados por Gardenal (2002), em um estudo sobre os profissionais de enfermagem que atuam no pré-natal na cidade de Sorocaba (SP).

Foi possível observar que há diferenças na carga horária de trabalho dos estudados conforme o modelo de unidade institucional a que estão vinculados. Os profissionais de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde em estudo trabalham 30 horas semanais e das unidades de programas de saúde família 40 horas semanais. Com carga horária média de 39,4 horas semanais, encontramos que 56,3% destes trabalham 30 horas semanais e a maioria atua em apenas um emprego (85%). A procura por dois empregos foi observada entre os profissionais com nível técnico de formação profissional das Unidades Básicas de Saúde, atuando inclusive em áreas não relacionadas à saúde pública ou materno-infantil. A amostra populacional convive com uma realidade semelhante à encontrada por Sabino (2007) entre as enfermeiras de Rio Preto (SP) onde apenas 14,3% das enfermeiras atuam em dois empregos e a carga horária de trabalho na atenção básica é de 40 horas semanais.

A Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (PAHO, 2005) revela que a jornada de trabalho da enfermagem nos países da América Latina é em torno de 8 horas diárias e 45 horas semanais, com variação entre 6 horas diárias e 30 horas semanais e 9 horas diárias e mais de 45 horas semanais, valores muito próximos aos encontrados em nossa realidade.

Os dados encontrados neste estudo não se assemelham com os dados encontrados nos estudos de Cunha (2008) e Gardenal (2002). A carga horária média semanal de trabalho dos profissionais que atuam na atenção ao pré-natal, na rede básica de saúde em Rio Branco (AC), é de 53,26 horas, variando de 30 a 94 horas semanais, devido ao fato de 52,17% profissionais possuírem dois ou três empregos, segundo Cunha (2008). E segundo Gardenal (2002), 49,3% das enfermeiras que atuam na assistência ao pré-natal em Sorocaba (SP) têm mais de um emprego.

Neste estudo encontramos que a média de salários dos profissionais de enfermagem de nível médio que atendem a mulher durante o pré-natal nas UBSs corresponde a 43,9% da remuneração média das enfermeiras. No PSF, a média do salário dos profissionais de enfermagem de nível médio corresponde a 58,5% da remuneração das enfermeiras. Os profissionais que atuam em PSF recebem salários maiores que aqueles de UBS e têm inclusive renda familiar maior que aqueles que atuam em UBS.

Girardi e Carvalho (2002) referem que, no Brasil, os profissionais de enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) recebem em média 41,9% do salário das enfermeiras, resultado muito próximo ao encontrado em nosso estudo entre os profissionais da UBS.

Nos países da América Latina, segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (PAHO, 2005), os salários dos auxiliares de enfermagem são em média 69,5% dos salários das enfermeiras.

Na amostra estudada, observamos que 42,3% dos profissionais de enfermagem de nível médio iniciaram ou já concluíram o ensino superior. Dentre as enfermeiras destas instituições, 66,7% já concluíram a pós-graduação *lato sensu*, todas elas voltadas para a saúde pública, dados semelhante com os achados de Cunha (2008), no qual revelou que 70,6% das enfermeiras que atuam na atenção ao pré-natal, na rede básica de saúde em Rio Branco (AC), possuem especialização *lato sensu*. No entanto, um pequeno número de enfermeiras (11,76%) tem especialização em obstetrícia. Não encontramos enfermeira com especialização em obstetrícia atuando na atenção básica de saúde do município, realidade semelhante à encontrada por Sabino (2007), entre as enfermeiras da atenção básica de saúde em Rio Preto (SP).

Costa; Guilhem; Walter (2005) identificaram, através de um estudo sobre a atenção à saúde das mulheres grávidas realizadas em diferentes municípios brasileiros que as Secretarias Municipais de Saúde não empregam enfermeiras obstetras na rede da atenção básica de saúde, apesar da relevância e estímulo à presença desta profissional na atenção à mulher no ciclo grávido-puerperal.

De acordo com a definição de pessoal qualificado para o atendimento ao parto e nascimento da Confederação Internacional de Parteiras (ICM), em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), os profissionais de enfermagem da rede pública do município de Araraquara não atendem ao perfil acentuado por esta definição.

Na população estudada, as enfermeiras que atuam nas unidades de assistência ao pré-natal não possuem capacitação profissional por meio de curso de especialização em obstetrícia e quando questionadas quanto ao aprimoramento e à atualização profissional ou participação em eventos científicos específicos à atenção pré-natal, encontramos que não há a participação efetiva das mesmas.

Os profissionais de enfermagem de nível médio referiram participar de aprimoramento promovido pela rede pública municipal (90,6%), com temas como amamentação, imunização, citologia oncológica, doenças sexualmente transmissíveis, sífilis congênita, saúde da mulher e triagem neonatal.

Os profissionais de enfermagem de nível médio da rede básica buscam a formação profissional através de curso superior (42,3%), predominantemente na área de

enfermagem e é por este meio que os mesmos participam de aprimoramento e atualização profissional enquanto requisito do curso de graduação em que estão envolvidos.

Esta situação se mostra diferente da relatada por Cunha (2008) quando relata que os profissionais de enfermagem de nível médio que atuam no pré-natal na rede básica de saúde em Rio Branco não realizaram nenhum aprimoramento nos últimos cinco anos.

Por outro lado, a pequena participação das enfermeiras, no município aqui estudado, em eventos científicos na área de saúde da mulher foi semelhante ao encontrado nos estudos sobre o perfil dos profissionais que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera nas instituições em Sorocaba/SP, Rio Branco/Acre e São José do Rio Preto/SP (Gardenal (2002), Dotto (2006) Sabino (2007), Cunha (2008).

Tais dados são preocupantes pois de acordo com Urbano (2002), a constante busca de atualização por outros meios que não o ensino formal se faz necessária, considerando a era de rápidas mudanças tecnológicas e de obsolescência de conhecimento que estamos vivendo, o que não foi encontrado na realidade estudada.

A enfermeira não realiza o acompanhamento do pré-natal de baixo risco no contexto da Atenção Básica de Saúde do município de Araraquara. No entanto, as enfermeiras de PSFs eventualmente realizam as consultas de pré-natal, no período de férias do médico o que revela que a instituição reconhece a competência desta profissional para tal função apesar de uma prática temporária. Esta realidade mostra ser bastante diferente da de Rio Branco, uma vez que a consulta de pré-natal pela enfermeira é rotina na rede básica de saúde de Rio Branco/AC (Cunha, 2008).

Nas UBSs, a enfermeira apenas solicita o teste confirmatório de gravidez e com o resultado confirmatório, a equipe de enfermagem realiza o agendamento da consulta médica para início do acompanhamento do pré-natal.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) assinala que um dos princípios fundamentais da atenção perinatal é que o cuidado na gestação e no parto normais deve ser multidisciplinar, com a participação de profissionais da saúde como parteiras tradicionais, obstetras, neonatologistas, enfermeiros, educadores para parto e maternidade e cientistas sociais. Reforça ainda que se devem assegurar a proteção, a promoção e o suporte necessários para se atingir um cuidado perinatal efetivo. A legislação brasileira prevê que o acompanhamento do pré-natal de baixo risco pode ser realizado pela enfermeira na atenção básica de saúde.

Sabino (2007), em seu recente estudo em Rio Preto, encontrou que as enfermeiras não estão atuando na realização de consultas de pré-natal. Confirmada a gravidez,

a assistência prestada neste município está fortemente centrada na solicitação de exames de rotina do primeiro trimestre de gestação, orientações sobre a periodicidade das consultas médicas e informações sobre o grupo de gestantes. Assim como na realidade encontrada por Sabino (2007) a demanda da enfermeira no nosso município não está voltada ao cuidado, mas sim para a realização de exames laboratoriais.

Quanto à satisfação e reconhecimento profissional, as enfermeiras apresentam-se expressivamente mais satisfeitas com o seu reconhecimento profissional (66,7%) que os profissionais de enfermagem de nível médio (23,8%).

Gardenal (2002) verificou que 73,0% das enfermeiras sentem-se satisfeitas no trabalho que realizam e entre as que se sentem insatisfeitas apresentam as seguintes justificativas: desvio de atribuições, falta de credibilidade, reconhecimento e autonomia do trabalho da enfermeira obstétrica, pouco investimento da instituição na área, gasto excessivo de tempo com atividades gerenciais, salário incompatível com as responsabilidades assumidas além pequena interação entre o grupo de trabalho.

6.1.2. Competências da equipe de enfermagem

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005).

O acompanhamento de pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal, desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devem ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados (BRASIL, 2005).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, estudados constatamos que o médico é o responsável pelo atendimento de pré-natal e os profissionais de enfermagem de nível médio pela execução de ações complementares à conduta médica. A participação dos profissionais de nível médio é maior que a da enfermeira, e embora ocorra de forma extremamente restrita. Tais achados estão em consonância com as observações de Gardenal (2002) quando refere que as enfermeiras atuam muito pouco e de forma descontínua na

assistência pré-natal, como atividade eventual, e sugere que uma das razões que dificulta a atuação sistemática da enfermeira no pré-natal é o acúmulo de funções. A esse respeito Évora et al. (1987) esclarecem que a multiplicidade e superposição de funções acrescidas de enormes responsabilidades atribuídas à enfermeira, em seu exercício profissional no ambulatório de obstetrícia, dificultam consideravelmente a sua participação efetiva no atendimento global da saúde do binômio mãe e filho.

A realidade aqui estudada se mostrou muito diferente da encontrada por Cunha (2008) na atenção ao pré-natal em Rio Branco onde naquele município compete às enfermeiras a realização da consulta de pré-natal.

De acordo com o documento sobre as “Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia” da ICM (2002), um profissional competente proporciona um cuidado de pré-natal de alta qualidade, preocupa-se em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, o tratamento ou o encaminhamento de algumas complicações. As competências esperadas para a atenção ao pré-natal, de acordo com a ICM, não estão sendo realizadas pela enfermagem ou, quando executadas, ocorrem de maneira incompleta.

Algumas habilidades básicas preconizadas pela ICM (2002) como, por exemplo, realizar uma história inicial e, em cada consulta de pré-natal dar seguimento, realizar um exame físico e um exame obstétrico e ginecológico completos, identificar as alterações, durante o curso da gravidez, e realizar as intervenções apropriadas, ensinar as mulheres quanto aos sinais de perigo e preparação básica para o parto e nascimento, entre outras, não foram observadas entre as ações realizadas pela enfermagem.

Na realidade estudada os profissionais de enfermagem desempenham atividades, consideradas elementares, na recepção da gestante na unidade, durante a pré-consulta de enfermagem, principalmente enquanto a gestante aguarda na sala de espera, durante a consulta médica e ao realizar a pós-consulta de enfermagem.

Foi observada a atuação discreta das enfermeiras no momento da admissão das gestantes nas unidades de Programas de Saúde da Família e na pós-consulta de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.

No momento da admissão das gestantes nas unidades de saúde, as atividades realizadas pelo profissional de enfermagem de nível médio estão relacionadas às questões referentes ao prontuário da mulher. Algumas atividades importantes não foram realizadas tais como se identificar para a mulher, questioná-la quanto à queixa ou dúvidas no momento e orientá-la quanto à continuidade do atendimento na unidade. Entendemos que, neste

momento, o foco do atendimento está centrado no aspecto administrativo da assistência, perdendo-se a essência do cuidado esperado para o profissional de enfermagem.

O Ministério da Saúde preconiza que a maneira como a mulher é recepcionada na unidade de saúde é essencial para a qualidade do atendimento; acrescenta que a equipe de saúde deve responsabilizar-se pela mulher, ouvir suas queixas, permitir que expresse suas preocupações e angústias e garantir atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2005). Sugere que estas ações devem ser realizadas na prática cotidiana dos serviços de saúde, na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários(as), a exemplo a forma cordial do atendimento, com os profissionais se apresentando, chamando pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outros (BRASIL, 2005). Os achados do presente estudo nos revelam que as orientações do MS não estão sendo atendidas na prática dos profissionais de enfermagem da realidade estudada.

Camello (2000) estudando o relacionamento entre o auxiliar de enfermagem e a clientela em unidades de saúde com foco no acolhimento constatou que nem sempre as relações são personalizadas, cliente e auxiliar não se envolvem na relação, a maior preocupação se dirige para habilidades técnicas. Concluiu que o acolhimento ainda necessita ser incorporado aos procedimentos das unidades, ao mesmo tempo em que deve transcender o caráter rotineiro do cotidiano, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetivo.

Na realidade estudada, observamos que compete exclusivamente ao profissional de enfermagem de nível médio a realização da pré-consulta de enfermagem. Este momento do atendimento é realizado sempre por dois profissionais, um responsável pelas atividades com a mulher e o outro com o prontuário. As atividades realizadas para todas as mulheres correspondem a conferir a anotação da consulta de pré-natal anterior e a idade materna, aferir a pressão arterial, mensurar o peso e realizar a anotação no prontuário. As orientações à gestante limitam-se à imunização na gestação.

Cunha (2008) encontrou que as enfermeiras que atuam na assistência ao pré-natal na rede básica de saúde em Rio Branco (AC) também realizam a pré-consulta, com conferência de peso e estatura e aferição da pressão arterial e que 67,80% do total de procedimentos da pré-consulta das gestantes foram realizados pelas enfermeiras alocadas nas Unidades de Saúde da Família, revelando uma atuação maior das enfermeiras nestes programas.

A avaliação física da gestante durante a pré-consulta, na realidade estudada, limita-se à aferição da pressão arterial e à mensuração do peso, atividades executadas para todas as mulheres. O profissional de enfermagem não realiza a conferência da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da temperatura, a avaliação do estado nutricional, a inspeção da pele e da mucosa, a palpação de tiróide, o exame dos MMII e a avaliação de edema durante a atenção pré-natal na atenção básica.

Com relação às competências esperadas para um pré-natal de alta qualidade, muitas das habilidades básicas, preconizadas pela ICM (2002), deixaram de ser realizadas ou, quando executadas, o foram de maneira incompleta.

A realização da história inicial e o seguimento em cada consulta da gestante foram realizados de forma incompleta durante a pré-consulta de enfermagem; isto porque procedimentos básicos como verificação e avaliação dos sinais maternos limitou-se a anotação de resultados durante a pré-consulta de enfermagem, assim como a avaliação da nutrição materna e identificação de alterações durante a gravidez, através da verificação da PA, peso e estatura da gestante foram informações repassadas apenas para o médico,.

Durante a pré-consulta de enfermagem, algumas atividades não foram observadas tais como se identificar à gestante, conferir o cartão de pré-natal, a idade gestacional ou a data provável do parto, questionar queixas ou dúvidas e avaliação ginecoobstétrica.

Entendemos que como a enfermeira não realiza o acompanhamento do pré-natal na atenção básica de saúde do município estudado, algumas habilidades básicas não fazem parte da sua prática profissional.

Com relação às competências esperadas para um pré-natal de alta qualidade baseado no cuidado e orientação durante a gravidez, muitas das habilidades básicas, preconizadas pela ICM (2002), deixaram de ser realizadas como o exame abdominal completo, incluindo a medida da altura uterina, a posição e a descida do feto, as avaliações do crescimento fetal, a ausculta do batimento cardíofetal e a palpação do útero para determinar padrão de atividade fetal, a realização de exame pélvico, incluindo a medida do tamanho do útero, determinando a adequabilidade das estruturas ósseas, o cálculo da data provável do parto, a identificação das alterações, durante o curso da gravidez e realização de intervenções apropriadas para o crescimento fetal inadequado, sangramento vaginal, gestação múltipla, posição anormal do feto a termo, morte fetal intra-uterina e rotura prematura das membranas.

Por outro lado, as atividades desenvolvidas com as gestantes, na sala de espera das unidades de saúde, restringiram-se ao encaminhamento da mulher à sala de pré-consulta

de enfermagem e à sala de consulta, procedimento este realizado por profissionais de enfermagem de nível médio na UBS e pelo profissional médico no PSF.

A atuação do profissional de nível médio limita-se somente ao encaminhamento da mulher à sala de pré-consulta de enfermagem e, portanto, concluímos que no PSF não há a atuação do profissional de enfermagem nas salas de espera, uma vez que não é realizada a pré-consulta de enfermagem.

De acordo com os achados verificamos que as ações educativas em saúde na sala de espera não é uma prática nas unidades de saúde estudadas pois não verificamos nenhuma atividade grupal, orientações individuais previamente programadas, oferecimento de folheto educativo ou questionamento de dúvidas ou queixas da gestante com a intenção de propiciar um momento de educação em saúde, resultados estes também encontrados por Cunha (2008), na atenção pré-natal na rede básica de saúde de Rio Branco (AC)

Da mesma forma pudemos verificar que o profissional de enfermagem não participa na consulta médica, pois os mesmos se prestam neste momento a atividades relacionadas à organização do ambiente da sala de consulta, encaminhamento do prontuário da gestante ao consultório médico. A presença do profissional de enfermagem na sala de consulta apenas é solicitada nos casos em que o médico solicita auxílio para colocação da gestante em posição para avaliação ginecoobstétrica. Tais dados retratam que o modelo de atenção pré-natal, realizada na atenção básica de saúde do município, centrada no atendimento médico, e a atuação do profissional de enfermagem está baseada em atividades elementares.

Por outro lado, foi possível verificar que, a pós-consulta na realidade estudada é de competência do profissional de enfermagem de nível médio, responsável pela execução de 97,7% das atividades neste momento da atenção pré-natal. A enfermeira realiza a pós-consulta somente na ausência deste profissional.

Considerando que é durante a pós-consulta de enfermagem que a gestante recebe as orientações referentes ao pré-natal (uso de medicamentos, realização de exames, retorno médico, imunização, amamentação, gestação e visita à maternidade), as instituições estudadas perdem a oportunidade de oferecer uma atenção qualificada por profissionais tecnicamente preparados para este fim.

Percebemos que o profissional de enfermagem norteia a pós-consulta com base apenas na conduta médica registrada no prontuário, durante a consulta de pré-natal. Ou seja, a pós-consulta se baseia principalmente na conferência das anotações médicas no prontuário (44), no retorno para a consulta de pré-natal (44), nas receitas de medicamentos (44) e nas

solicitações de exames laboratoriais e ultra-sonográficos (40). As ações dos profissionais de enfermagem foram principalmente o agendamento do retorno de pré-natal (44), a entrega do cartão de pré-natal (44), o encaminhamento de exames solicitados pelo médico (25) e o preenchimento de formulários de exames (15).

Atividades de grande relevância como questionar a gestante quanto às dúvidas ou queixas no momento, cálculo e identificação da idade gestacional ou a data provável do parto, e situação vacinal, foram realizadas com maior frequência na pós-consulta, informações provavelmente perdidas uma vez que a consulta já havia se dado.

Compete ao profissional de enfermagem que realiza a pós-consulta entregar todos os formulários de solicitações de exames, as receitas de medicamentos, o atestado médico e o cartão de pré-natal à gestante, e inclusive realizar as orientações necessárias. A maioria das atividades realizadas está relacionada à orientação em saúde; no entanto, observamos que as orientações referentes à gestação, ao trabalho de parto, à amamentação e ao curso para gestantes não ocorreram para todas as gestantes.

Évora (1986), em um estudo sobre as ações educativas da enfermagem no Ambulatório de Pré-natal, constatou que as orientações ministradas com maior frequência pelos profissionais de enfermagem foram: vacina (65,3%), instrução para gestante e prescrição médica (62,6%) e retorno (32,0%). Constatou-se, ainda, que os assuntos foram tratados de forma superficial e raras vezes houve também uma participação da gestante frente às orientações. Observou-se, também, que a categoria que ministra um maior número de orientações às gestantes, na pós-consulta, é o auxiliar de enfermagem, seguida do técnico de enfermagem e da enfermeira. Assim como nos achados daquela autora, na realidade estudada as orientações à gestante foram quanto à vacinação, ao retorno de pré-natal e às instruções da prescrição médica.

Em Rio Branco (AC), as orientações são realizadas preferencialmente pelas enfermeiras durante as consultas de pré-natal. Os conteúdos das orientações mais ofertados foram quanto ao uso de medicamentos (47,54%), ao aleitamento materno (44,26%) e à alimentação (44,26%). Entendemos que o foco das orientações das enfermeiras em Rio Branco (AC) está voltado para as necessidades das gestantes, enquanto, na realidade estudada, os profissionais de nível médio priorizam as orientações referentes à conduta médica.

Com relação às competências esperadas para um pré-natal de alta qualidade baseado no cuidado e orientação durante a gravidez, muitas das habilidades básicas, preconizadas pela ICM (2002), deixaram de ser realizadas como ensinar as mulheres sinais de perigo e quando e como contactar com o profissional qualificado para o atendimento ao parto,

ensinar e demonstrar medidas para diminuir os desconfortos comuns na gravidez e oferecer um roteiro e preparação básica para o parto, nascimento e maternidade.

No documento das Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia publicado pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM), são preconizadas habilidades adicionais que dependerão da realidade de cada país, da legislação vigente, do preparo dos profissionais para a realização destes procedimentos e do meio ambiente adequado. As habilidades adicionais como orientar as mulheres sobre hábitos em saúde, ex: nutrição, exercício, segurança, parar de fumar, realizar pelvimetria clínica (avaliação dos ossos da pélvis), monitorar a frequência cardíaca fetal com doppler, identificar e encaminhar quando ocorrerem alterações durante o curso da gravidez tais como: retardo do crescimento intra-uterino ou macrosomia fetal; suspeita de poliidrânio, diabetes, anomalia fetal (ex. oligúria); resultados anormais de exames laboratoriais; infecções, como doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), vaginites, infecção do trato urinário, infecção das vias respiratórias superiores e avaliação fetal na gravidez de pós-termo, realizar tratamento e ou manejo colaborativo das alterações mencionadas, seguindo as normas e os recursos disponíveis e realizar a versão externa na apresentação fetal, não são realizadas pelos profissionais de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde do município estudado.

Em todas as unidades de saúde, o profissional de enfermagem de nível médio é responsável pelo controle do programa de atenção pré-natal, função esta delegada pela enfermeira da unidade, que realiza a supervisão da execução desta atividade. Observamos que o profissional de enfermagem da unidade, durante a pós-consulta de enfermagem, realiza o aconselhamento da mulher inserida no programa para laqueadura tubária (esterilização cirúrgica) da Secretaria Municipal de Saúde, que deve ser realizado em três momentos diferentes, na própria unidade de saúde. Tal procedimento é decisivo para a autorização da laqueadura tubária. Frente a estes exemplos, questionamos a atribuição da função ao profissional de nível médio e não ao nível de competência profissional.

A presença de acompanhante junto da gestante não é uma prática comum no pré-natal, variando de acordo com o momento do atendimento. Durante a admissão na unidade de saúde, 13,6% das mulheres estavam acompanhadas, na pré-consulta de enfermagem, não foi observada a presença de acompanhante, na sala de espera 18,2% das mulheres estavam acompanhadas e, na consulta médica e pós-consulta de enfermagem, foi observada a presença de acompanhante junto a 25% das gestantes. Portanto, verificamos que não faz parte da rotina do atendimento no município estudado a inclusão do acompanhante como participante ativo da assistência pré-natal.

Os achados do presente estudo permitiram-nos identificar que, no contexto da atenção básica do município de Araraquara, a assistência pré-natal se enquadra em um modelo de atenção materna com limitada atuação dos profissionais não médicos. O atendimento do pré-natal é um processo automatizado entre o cliente e o profissional de saúde e ocorre seguindo um fluxo ordenado e sequencial de procedimentos similares para todas as gestantes.

Tais achados se assemelham ao estudo de Petterson e Stone (2004) que definem um modelo de serviços de atenção materna no Brasil, onde a atenção obstétrica é quase que eminentemente institucionalizada, com limitada atuação dos profissionais não médicos. Piernatoni e Machado (1993) referem que o médico, ao longo do tempo, vem detendo a direcionabilidade do trabalho da equipe de saúde, o que limita as ações de outros profissionais de saúde.

Os achados do presente estudo nos revela a necessidade de reflexão acerca da atuação profissional nas unidades de atendimento pré-natal, no município estudado, da busca por caminhos que levem a mudanças no enfoque da assistência e transformação dos modelos de assistência atuais, pois a atuação dos profissionais de enfermagem foi percebida como um agir que faz com que ele reproduza o saber e a prática burocratizados, a repetição automática de atos. Desse modo, o exercício profissional da enfermagem está associado à perspectiva de um trabalho técnico e burocrático, assim como nos achados do estudo de Mariutti (2007).

Os achados sobre a atenção pré-natal na realidade estudada no remete à Silva & Sena (2006) quando chama a atenção sobre a necessidade de reorientar a formação profissional de enfermagem para a solução de problemas concretos e reais, como alternativa para desenvolver a capacidade de criar, recriar e projetar o novo na perspectiva de uma práxis criativa.

Sabino (2007) identificou a necessidade de repensar o processo de trabalho e a formação das enfermeiras para o cuidado competente no pré-natal, tendo em vista que tanto estas profissionais quanto os gestores de serviços de saúde estudados no município de Rio Preto (SP) apontam esta fragilidade.

Dotto (2006), em estudo sobre as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras na assistência pré-natal, constatou que as enfermeiras apresentam dificuldades em atividades que exigem conhecimentos (saber) como também em atividades que necessitam de habilidades (saber-fazer), apontando falhas na formação da graduação com relação à atenção ao pré-natal, tanto para aspectos teóricos como para atividades exclusivamente práticas.

Com relação às dificuldades no atendimento à gestante, Cunha (2008) refere que 70,59% das enfermeiras referiram apresentar dificuldades no desempenho de atividades durante a consulta de pré-natal na rede básica de Rio Branco (AC).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), em vigor desde 2001, reafirmam a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior de formar profissionais de saúde voltados para as necessidades do SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira (BRASIL. ME. 2001). As práticas educativas permeiam todo o trabalho assistencial da enfermeira (LEONELLO & OLIVEIRA, 2008).

No presente estudo pudemos verificar que as enfermeiras apresentam-se expressivamente satisfeitas com o seu reconhecimento profissional (66,7%) e revelam uma discreta tendência em se considerarem satisfeitas com a sua atuação profissional (53,1%). Considerando que estas têm pouca atuação na atenção pré-natal e que as competências esperadas para o atendimento qualificado ao pré-natal, de acordo com a ICM, não estão sendo desenvolvidas a contento, entendemos que estas não estão dando o devido valor à possibilidade de melhoria no atendimento pré-natal, nas unidades de saúde a que estão inseridas. Isto porque o desenvolvimento de muitas das habilidades a serem desempenhadas dizem respeito a sua atuação profissional ou há pouco interesse das mesmas em envolver-se de forma mais participativa no contexto da atenção pré-natal.

Por outro lado, os profissionais de enfermagem de nível médio apresentam-se insatisfeitos com o seu reconhecimento profissional (76,2%) e revelam uma discreta tendência em considerar-se satisfeitos com a sua atuação profissional (53,1%). Considerando que são estes profissionais que desenvolvem, mesmo que poucas, atividades na atenção pré-natal, e que as competências esperadas para o atendimento qualificado ao pré-natal, de acordo com a ICM, não estão sendo desempenhadas, entendemos que estes profissionais sentem-se desmotivados por não ter o reconhecimento do seu trabalho e não ter consciência sobre o que se espera por um atendimento pré-natal de qualidade.

6.2. O atendimento ao trabalho de parto e parto e puerpério imediato no serviço público

6.2.1. A equipe de enfermagem

Os profissionais de enfermagem que prestam assistência ao parto no centro obstétrico de Araraquara são formados por auxiliares de enfermagem (18,2%), técnicas de enfermagem (27,3%) - 45,5% de profissionais de enfermagem de nível médio -e enfermeiras especialistas em obstetrícia (54,5%).

No presente estudo a equipe de enfermagem que exerce atividades no atendimento ao parto e pós-parto é predominantemente do sexo feminino (100%), com idade média de 36,6 anos, convivendo com relação conjugal estável (60%), tendo experiência de ter tido filhos (70%) e com cor da pele declarada como branca (70%).

Os profissionais que atendem ao parto em Rio Branco (AC) configuram-se como sendo pessoas que já passaram dos 40 anos, convivem com parceiro sexual e têm experiência de ter dito filhos (DOTTO, 2006).

Fazendo um paralelo com os achados da equipe de enfermagem que atua na assistência ao pré-natal no município de Araraquara, podemos dizer os profissionais que atuam nesta área são mais velhos, embora apresentem semelhanças quanto a experiência de ter tido filhos.

Na realidade estudada, há predominância de enfermeiras (54,5%) na equipe que assiste ao parto, diferindo da equipe de enfermagem de Rio Branco (AC) onde apenas 30% dos profissionais que atendem ao parto são enfermeiros (Dotto, 2006). A força de trabalho da enfermagem brasileira, segundo a OPAS, configura-se predominantemente por profissionais de enfermagem do nível médio (81,25%) (PAHO, 2005).

O exercício das atividades de enfermagem nesta instituição é privativo ao profissional de enfermagem devidamente reconhecido pela legislação brasileira, de acordo com o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, no qual estabelece em seu Artigo 1º que “O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região”.

Na equipe estudada, todas as enfermeiras são especialistas em obstetrícia, e somente esta categoria profissional, além do médico, realiza o parto vaginal. Em todos os turnos de trabalho, há obrigatoriamente a presença do profissional de enfermagem de nível médio, da enfermeira obstetra e do médico especialista em obstetrícia.

Os profissionais legalmente habilitados para realizar o parto na legislação profissional brasileira são: o médico, a enfermeira, a enfermeira obstetriz e a obstetriz ou parteira tradicional. De acordo com a definição de pessoal qualificado para o atendimento ao parto e nascimento da Confederação Internacional de Parteiros (ICM), em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e

Obstetrícia (FIGO), os profissionais de enfermagem da rede pública do município de Araraquara atendem ao perfil contido nesta definição.

Tal dado nos revela que o modelo de assistência materna na instituição estudada prioriza a qualificação profissional na assistência ao trabalho de parto e parto, realidade diferente da encontrada por Dotto (2006), nas maternidades de Rio Branco, onde apenas 28% dos profissionais que exercem sua prática no atendimento ao parto têm o perfil traçado.

O tempo de experiência das enfermeiras obstetras na realização de parto vaginal variou de 1 a 25 anos (média de 14 anos e 6 meses). Encontramos que 80% das enfermeiras possuíam entre 1 e 4 anos de formação, após a conclusão da especialização em obstetrícia, ou seja, algumas trabalhavam na área de obstetrícia antes mesmo da qualificação profissional. Trata-se de uma equipe que não tem muitos anos de experiência na atenção ao trabalho de parto e parto após a qualificação profissional, mas com tempo médio de 14 anos e 6 meses de prática no atendimento ao parto (como enfermeiras e parteiras tradicionais).

As enfermeiras têm maior tempo de experiência no atendimento ao trabalho de parto e parto (média de 14 anos e 5 meses), quando comparadas aos profissionais de enfermagem de nível médio (média de 3 anos e 1 mês). Encontramos predominância de profissionais de enfermagem que possuíam entre 1 e 5 anos de experiência no atendimento à mulher no trabalho de parto e parto (60%). Estes dados são semelhantes aos dados de Gardenal (2002), onde encontrou que 66,2% das enfermeiras que atuam no ciclo gravídico puerperal em Sorocaba (SP) são formadas a mais de 10 anos e 52,1% têm de 11 a 20 anos de profissão.

Os nossos achados diferem dos achados de Dotto (2006). Entre os profissionais de enfermagem de Rio Branco, segundo Dotto (2006), as auxiliares e técnicos de enfermagem têm mais tempo de experiência na área de atuação (14 anos e 6 meses), diferentemente do encontrado em nossa realidade.

A carga horária média semanal de trabalho destes profissionais é de 46,8 horas - 57,6 horas para as enfermeiras e 36,0 horas para os profissionais de nível médio. A longa jornada de trabalho das enfermeiras é justificada quando se constata que 80% trabalham em mais de um emprego, atuando principalmente em outras áreas não relacionadas à saúde materno-infantil (75%). Estes dados estão mais elevados com os achados da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (PAHO, 2005), no qual relatam que a jornada de trabalho da enfermagem, nos países da América Latina, é em torno de 45 horas semanais, com uma variação de 30 a 45 horas semanais.

Dotto (2007) refere que a média da carga horária de trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam nas instituições de assistência ao parto e nascimento em Rio Branco é em torno de 63,37 horas semanais, devido principalmente ao fato de trabalharem em mais de um emprego.

Neste estudo encontramos que a média de salários dos profissionais de enfermagem de nível médio que atendem a mulher durante o trabalho de parto e parto corresponde a 39,3% da remuneração média das enfermeiras obstetras, resultado muito próximo ao encontro por Dotto (2007) entre os profissionais de enfermagem que assistem ao parto nas instituições de Rio Branco que corresponde a 33,7% da remuneração das enfermeiras.

Girardi e Carvalho (2002) referem que, no Brasil, os técnicos e auxiliares de enfermagem recebem em média 41,9% do salário das enfermeiras. Nos países da América Latina, segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (PAHO, 2005), os salários dos auxiliares de enfermagem são em média 69,5% dos salários das enfermeiras.

Constatamos que, independente da categoria profissional, o aprimoramento profissional não faz parte do cotidiano dos estudados. Apenas 10% destes relataram terem participado de cursos e 30% referiram ter participado de eventos científicos na área de atuação, nos últimos cinco anos.

A pouca participação em evento científico na área de saúde da mulher foi semelhante à realidade encontrada nos estudos sobre o perfil dos profissionais que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera nas instituições em Sorocaba, interior de São Paulo (Gardenal, 2002), dos profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento nas instituições de Rio Branco, no Acre (Dotto, 2007).

A pouca participação em eventos na área foi constatado em particular no grupo das enfermeiras, pois apenas 20% delas participaram de cursos de aprimoramento e 20% de eventos científicos nos últimos cinco anos, realidade semelhante a das enfermeiras que atuam na atenção pré-natal de São José do Rio Preto (SP), onde 71,6% não participaram de nenhum evento científico nesse período (Sabino, 2007).

Podemos inferir que, no contexto da assistência ao parto no serviço público no município estudado, a enfermeira tem encontrado abertura para a sua atuação profissional através do acompanhamento do trabalho de parto e da realização do parto. A Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2005) assinala que o cuidado na gestação e no parto normal deve ser multidisciplinar, com a participação de profissionais da saúde como parteiras tradicionais, obstetras, neonatologistas, enfermeiros e educadores para parto.

De acordo com o relato da prática profissional pela enfermeira obstetra, encontramos que todas as atividades de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal regulamentadas pela legislação brasileira em seu Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe também sobre o exercício profissional do Enfermeiro e das profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, são executadas por esta profissional.

Algumas ações realizadas pela enfermeira obstetra não são garantidas pela legislação do país enquanto exercício profissional, como, por exemplo, a solicitação de instalação de ocitocina sem a prescrição médica. A indicação do uso de ocitocina, durante o trabalho de parto, no período expulsivo ou após a dequitação da placenta, foi confirmada por todas as enfermeiras, com a ressalva de que esta conduta é comunicada posteriormente ao profissional médico que realiza a prescrição do medicamento.

Apesar da Resolução do COFEN Nº 225/2000, que dispõe sobre cumprimento de Prescrição medicamentosa e Terapêutica a distância, estabelecer em seu Artigo 1º que “É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas e terapêuticas, oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos”, em seu Artigo 2º estabelece que “Não se aplica ao artigo anterior às situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente”. Uma análise mais detalhada da prática obstétrica das enfermeiras seria indicada para definir a atuação da enfermeira na solicitação do uso de ocitocina, uma vez que esta ação não consta no protocolo de assistência do serviço e pela legislação brasileira tal ação se aplica somente às situações de urgência.

A Resolução do COFEN Nº 317/2007, que revoga a resolução do COFEN Nº 271/2002, estabelece em seu Art. 1º que é ação da Enfermagem, quando praticada pelo Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos e em seu Art. 2º acrescenta que os limites legais, para a prática desta ação, são os Programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em Instituições de saúde, pública ou privada. Na instituição estudada, não há protocolo de assistência que regule a ação do profissional enfermeiro quanto à solicitação de administração de medicamentos, no caso a indicação do uso de ocitocina.

Todas as enfermeiras referiram realizar episiotomia e, episiorrafia e quando questionadas quanto ao tipo de anestesia perineal, constatamos que o bloqueio de nervo podendo não fazer parte da prática profissional de 40% das enfermeiras obstetras.

Todas as enfermeiras afirmaram realizar partos normais de gemelares, de feto prematuro, de feto morto, de feto macrossômico, de feto em apresentação pélvica, inclusive parto de gestante de alto risco obstétrico e acrescentaram de maneira predominante, que tal conduta independe da presença ou não do médico.

A legislação brasileira regulamenta, em seu artigo 8º, a execução e assistência obstétrica em situação de emergência e a realização do parto vaginal sem distócia pela enfermeira. O Artigo 9º. estabelece que às enfermeiras obstetras incumbe inclusive prestação de assistência à parturiente e ao parto normal, a identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho e inclusive a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária. Segundo o relato das enfermeiras obstetras, a realização de parto com distócia faz parte da sua prática obstétrica, apesar de não ocorrer de acordo o estabelecido pela legislação profissional.

Nas Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia publicado pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM), são preconizadas as habilidades básicas e adicionais para os profissionais que prestam cuidados durante o parto e nascimento (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Neste documento, preconiza-se como habilidade básica para o pessoal qualificado, entre outras, realizar a episiotomia e a episiorrafia, se necessário, conduzir ativamente o terceiro período com administração de ocitocina, executar manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida e identificar prontamente anormalidades no parto, com intervenção e/ou encaminhamento apropriado e oportuno, nas ações desenvolvidas pelo profissional de enfermagem (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

As habilidades adicionais de executar manobras apropriadas para um parto pélvico e de face, manejar distócia de apresentação, distócia de ombro e sofrimento fetal, aplicar vácuo extrator ou fórceps, administrar ocitócito adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento da hemorragia pós-parto, entre outras, dependerão da realidade de cada país, da legislação vigente, do preparo dos profissionais para a realização destes procedimentos e do meio adequado. Encontramos que muitas das habilidades adicionais são desempenhadas pelo profissional de enfermagem na prática obstétrica, segundo o relato das enfermeiras, apesar de não haver o respaldo da legislação profissional (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Todos os partos realizados pelas enfermeiras obstetras são registrados no adendo de internação hospitalar (AIH) como procedimento médico, apesar da legislação brasileira prever a regulamentação da realização do parto normal sem distócia pela enfermeira obstetra e inclusive aprovar o Laudo de Enfermagem para a emissão de AIH.

A Portaria nº 2.815, de 29/05/1998, do senhor ministro da saúde, publicada no DOU nº 103, inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra, ambos visando à redução da morbimortalidade materna e perinatal. A Portaria nº 163, de 22/09/1998, do senhor secretário de assistência à saúde do ministério da saúde, publicada no DOU nº 183, regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e aprova o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar.

6.2.2. Competências da equipe de enfermagem

Os dados referentes à observação das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no atendimento ao parto revelam a existência de uma delimitação nos limites de atuação do profissional de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) e de nível superior (enfermeiro). O profissional de enfermagem de nível médio é responsável pelas atividades de menor complexidade, e a enfermeira obstetra, pelas de maior complexidade, inclusive o parto vaginal.

Foi possível perceber que o modelo de assistência na instituição estudada prioriza a qualificação profissional na execução de atividades junto à mulher em trabalho de parto e parto, o que difere do achado de Dotto (2006) nas instituições de Rio Branco (AC) onde o modelo de atenção materna não prioriza a qualificação profissional.

Contraditoriamente encontramos que não há diferenciação na atuação dos profissionais de enfermagem de nível médio, de acordo com o grau de habilitação (auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem), conforme determina o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências e estabelece no 10º. Artigo as atividades do técnico de enfermagem e no 11º. Artigo aquelas do auxiliar de enfermagem.

A enfermeira obstetra executa as atividades de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal regulamentadas pela legislação brasileira, conforme o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e dispõe sobre o exercício profissional do enfermeiro e das profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, destacando as atividades privativas deste profissional e aquelas enquanto integrantes da equipe de saúde.

Na instituição estudada, não há a sistematização da assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, conforme decisão do COREN-SP/DIR/008/1999, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Decisão COFEN nº 001/2000 de 04 de janeiro de 2000, que normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo e estabelece que a implementação do SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente, devendo ser composta por: Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Prescrição da Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem, Relatório de Enfermagem.

Na prática profissional da enfermeira obstétrica, não observamos a realização da Consulta de Enfermagem, conforme determina a legislação profissional do país. A consulta realizada pela enfermeira obstétrica, durante a avaliação obstétrica admissional, segue o modelo médico, incluindo o exame físico, o diagnóstico de trabalho de parto e a tomada de conduta; esta atividade não está inserida no protocolo de assistência da instituição.

Compete à enfermeira obstetra a realização do primeiro atendimento da gestante e, conseqüentemente, a avaliação obstétrica admissional (80%) e a responsabilidade pela conduta em liberar ou internar a mulher (41,7%). Os profissionais de enfermagem de nível médio executam atividades elementares junto à gestante no momento da avaliação obstétrica (15,1%).

Encontramos que, na rotina de atendimento da instituição, a enfermeira obstetra tem conquistado um espaço para a sua prática profissional (57,9%). No entanto, como o médico é responsável pela ficha de atendimento ambulatorial (FAA) e pelo adendo de internação hospitalar (AIH), a atuação da enfermeira obstetra é omitida.

Em relação às competências esperadas para atenção ao parto de alta qualidade, muitas das habilidades básicas deixaram de ser realizadas ou, quando executadas, o foram de maneira incompleta no momento da avaliação obstétrica admissional como realizar uma história específica, realizar o exame físico direcionado, fazer a exploração e a palpação abdominal completa para determinar posição e descida fetal, avaliar a frequência e efetividade

das contrações, realizar exame pélvico para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, a variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve.

Compete à enfermeira obstetra o acompanhamento do trabalho de parto no contexto da atenção ao parto no serviço público estudado, bem como o exame obstétrico específico. Constatamos que a equipe de enfermagem é responsável por 76,2% das atividades realizadas, sendo 66,7% destas pela enfermeira obstetra. Algumas atividades são realizadas exclusivamente por uma determinada categoria profissional, revelando que há uma divisão de trabalho de acordo com a competência profissional.

O acompanhamento ao trabalho de parto ocorre principalmente através da realização do toque vaginal, da ausculta de batimentos cardíofetais e da conferência da contratilidade uterina, atividades executadas com maior frequência. Algumas atividades não foram realizadas para todas as parturientes como a aferição da pressão arterial, o toque vaginal, a ausculta de bcf e a conferência da infusão de ocitocina. Não foram observadas a mensuração da altura uterina e da circunferência abdominal, o encaminhamento à deambulação, o uso da bola, a realização de analgesia e a realização de amnioscopia para nenhuma parturiente.

O uso do gráfico do partograma ainda não é uma prática aderida por todos os profissionais no acompanhamento da evolução do trabalho de parto apesar do impresso do partograma estar anexado ao prontuário de todas as parturientes. Isto porque apenas 33,3% dos trabalhos de parto acompanhados pelas enfermeiras tiveram o registro no gráfico do partograma..

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2001), o partograma é uma representação gráfica que deve ser utilizado para acompanhar a evolução do trabalho de parto, pois com sua utilização é possível fazer diagnósticos precoces e suas respectivas intervenções.

Os achados nos permitiram verificar que muitas das habilidades básicas deixaram de ser realizadas, ou o foram de maneira incompleta, durante o atendimento ao trabalho de parto. Como exemplo, a história específica e controle dos sinais vitais maternos durante o trabalho de parto, acompanhamento do trabalho de parto por meio do partograma ou ferramenta semelhante, exame físico direcionado, exploração e palpação abdominal completa para determinar posição fetal e descida, exame pélvico completo e preciso para determinar a descida, a variedade de posição e a adequação da pelve, alimentação, hidratação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto e avaliação da frequência e efetividade das contrações uterinas. Quanto às habilidades adicionais, administração de ocitócitos para estimular ou induzir o parto e prescrever e/ou administrar métodos farmacológicos de alívio

da dor, quando necessários, apesar de não fazer parte do protocolo de assistência da instituição e não ter o respaldo da legislação profissional brasileira, elas são executadas, mas de maneira incompleta.

Observamos que a conferência da dinâmica uterina, a ausculta de bcf e o toque vaginal, imprescindíveis para a avaliação da evolução do trabalho de parto e do risco materno e fetal, são realizados de maneira incompleta pelas enfermeiras obstetras.

Para a avaliação da dinâmica uterina, não são consideradas a frequência e intensidade das contrações em 10 minutos. A ausculta é realizada por menos de 1 minuto, não é seguido o intervalo de 30 e 60 minutos entre as avaliações de bcf, não são descritos o ritmo e a posição do bcf, e esta avaliação não ocorre durante as contrações uterinas. No toque vaginal não é avaliado a adequação da bacia, a variedade de posição e a descida fetal pelo Plano De Lee. Esta observação quanto a não realização da ausculta de batimentos cardíofetais e à realização de toque vaginal também foi feita por Dotto (2006), nas maternidades de Rio Branco (AC).

Dotto (2006) identificou também que assim como a avaliação vesical e a palpação abdominal, o uso do partograma não faz parte da prática obstétrica dos profissionais das maternidades de Rio Branco (AC).

Na instituição analisada, não há um consenso entre a equipe obstétrica quanto a algumas práticas adotadas para a mulher em trabalho de parto e parto, apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde. Não é rotina da instituição a realização de tricotomia, enema, liberação de alimentação e estimulação da ingestão hídrica, ficando a cargo do médico de plantão.

Apesar de a tricotomia ter sido realizada durante a observação para menos de 20% das parturientes, esta é rotineiramente utilizada na instituição. A realização de enema, não foi observada para nenhuma parturiente, mas também é frequentemente solicitada. O MS recomenda que estas práticas devam ser realizadas somente se solicitadas pelas mulheres (BRASIL. MS, 2001).

Dotto (2006) refere que, nas maternidades de Rio Branco (AC), a tricotomia e o enema não são realizados de rotina. No entanto, 98,2% das mulheres que tiveram parto normal fizeram a tricotomia em casa ou no hospital. O enema foi utilizado em 18% dos partos, em uma maternidade, e em 38%, na outra maternidade (DOTTO, 2006).

Na instituição analisada, a ingestão hídrica é livre, e a alimentação geralmente é suspensa quando a mulher entra na fase ativa do trabalho de parto. Encontramos que 47% das parturientes foram estimuladas quanto à hidratação. Nas maternidades de Rio Branco,

segundo Dotto (2006), a alimentação e a hidratação são liberadas e estimuladas durante o trabalho de parto. A OMS (2001) recomenda que as mulheres sejam estimuladas quanto à hidratação e que seja oferecida alimentação às parturientes em trabalho de parto.

O uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, durante o trabalho de parto, não faz parte da prática obstétrica na realidade estudada. Apenas 44,4% das parturientes são encaminhadas ao banho para relaxamento; algumas atividades não são realizadas como o encaminhamento à deambulação e o uso da bola; outras ocorreram eventualmente, como o uso do cavalete e a realização de massagem.

Observamos que não faz parte da prática das enfermeiras obstetras o estímulo à deambulação, durante o trabalho de parto. Dados diferentemente encontrados por Dotto (2006), onde nas maternidades de Rio Branco, as mulheres são estimuladas a deambular durante o trabalho de parto e que são as enfermeiras obstetras quem estimula esta prática. A OMS (2001) recomenda que as parturientes sejam estimuladas a deambular e considera esta prática como benéfica.

Quando consideramos a categoria profissional, encontramos que os profissionais de enfermagem de nível médio estimulam o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor tanto quanto as enfermeiras obstetras. Dotto (2006) encontrou em seu estudo que os métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor são raramente utilizados nas maternidades de Rio Branco (AC) e quando ocorrem, são utilizados pelas enfermeiras obstetras.

O uso de métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto na instituição estudada é realizado principalmente pela administração de medicamento endovenoso – buscopam composto, plamet e glicose 25% (33,3%); a analgesia de parto não faz parte da prática obstétrica.

Enquanto a administração de ocitocina é uma prática rotineira, durante o trabalho de parto (81,8%) e parto (100%), constatamos que o controle da infusão ou gotejamento de ocitocina não faz parte da rotina neste serviço. A solicitação de instalação de ocitócito é realizada também pela enfermeira obstetra durante o trabalho de parto e no terceiro e quarto períodos clínicos do parto, e, posteriormente, o médico realiza a prescrição. A OMS (1996) orienta que não está claro que o uso liberal de ocitocina para a correção da dinâmica uterina ofereça benefícios para as mulheres e os seus recém-nascidos.

Os achados deste estudo nos permitem afirmar que todos os partos são realizados por pessoal qualificado, diferentemente da realidade encontrada por Dotto (2006) nas maternidades de Rio Branco onde apenas 28% dos partos são realizados por pessoal

qualificado. Não compete ao profissional de enfermagem de nível médio a realização do parto, nem mesmo na ausência do médico e da enfermeira. Todas as enfermeiras na instituição estudada são especialistas em obstetrícia e compete-lhes a execução de 75% dos partos da instituição.

O profissional de enfermagem de nível médio está presente em todos os partos realizados pela enfermeira obstetra e pelo médico, enquanto a enfermeira obstetra não esteve presente no momento dos partos realizados integralmente pelo médico (66,7%). Na dinâmica do serviço, a enfermeira obstetra não executa as atividades complementares ao atendimento ao parto, competindo ao profissional de enfermagem de nível médio a responsabilidade por esta tarefa.

Em relação às competências esperadas para atenção ao parto e nascimento de alta qualidade, algumas habilidades básicas como proporcionar apoio psicológico para a mulher e sua família e proporcionar um ambiente seguro para promover o vínculo mãe-filho não foram executadas pela enfermeira obstetra na sala de parto, durante o parto vaginal realizado integralmente pelo médico.

O terceiro período clínico do parto é conduzido de maneira ativa, com administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão e tração controlada do cordão. A episiotomia é realizada para todas as parturientes, com realização de anestesia local na maioria das vezes. São realizados o manejo do pólo cefálico no expulsivo e manobras para a proteção perineal.

De acordo com a Confederação Internacional de Parteiras (ICM) e Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o manejo ativo do terceiro período do parto, com administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão e tração controlada do mesmo são recomendados para reduzir os índices de hemorragia pós-parto devido à atonia uterina (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002). Nas maternidades de Rio Branco (AC), Dotto (2006) encontrou que os profissionais de enfermagem de nível médio utilizam o manejo ativo, e as enfermeiras obstetras, o manejo fisiológico.

Verificamos que as enfermeiras obstetras realizaram episiotomia em todos os partos assistidos por elas. Para a OMS (1996), o uso rotineiro de episiotomia é uma prática frequentemente utilizada de maneira inadequada. Nas maternidades do Rio Branco (AC), a episiotomia é realizada em 90,9% dos partos realizados pela equipe de enfermagem, segundo Dotto (2006).

A manobra de Kristeller, uma prática comum nesta instituição, realizada em 45,5% dos partos, por profissionais de enfermagem de nível médio (80%). Dotto (2006) refere que nas maternidades de Rio Branco (AC), a manobra de Kristeller foi realizada pelos profissionais de enfermagem de nível médio e pelo médico nos partos realizados pela equipe de enfermagem. Para a OMS (1996) trata-se de uma prática em que não há evidências científicas sobre a sua utilidade.

No momento da dequitação, é realizada a tração controlada do cordão, a inspeção do canal vaginal e a exploração manual para a revisão uterina. Não fazem parte da prática obstétrica, a revisão da placenta e membranas ovulares e a massagem no fundo uterino. Imediatamente após a dequitação, é administrada ergometrina intramuscular para todas as parturientes.

Apesar de ser uma prática benéfica e recomendada pela OMS (1996), a revisão da placenta e dos anexos também não foi observada por Dotto (2006), nos partos realizados pelas enfermeiras nas maternidades de Rio Branco (AC).

Quanto às competências essenciais em obstetrícia estabelecida para este período do parto, encontramos que as habilidades básicas esperadas foram executadas pela enfermeira obstetra no momento do parto, com exceção da inspeção da placenta e das membranas ovulares para verificar a integridade das mesmas, não realizado para todas as mulheres.

A posição adotada durante o parto para 90,9% das parturientes foi a posição de litotomia, na mesa de parto tradicional. Observamos que uma mulher foi posicionada em decúbito lateral no momento do parto, realizado no leito por opção da enfermeira obstetra. A OMS (1996) recomenda que as mulheres devam ser estimuladas a escolher a posição que for mais confortável a ela e que os profissionais de saúde devem estar aptos para manejar o parto em outra posição. Dotto (2006) encontrou que a posição adotada para todas as parturientes nas maternidades de Rio Branco (AC) foi a litotômica.

Na realidade estudada a assistência no quarto período clínico do parto compete aos profissionais de enfermagem de nível médio (49,2%) e à enfermeira obstetra (50,8%). Constatamos que, na rotina da instituição, o início do quarto período é considerado a partir do momento em que a parturiente é retirada da sala de parto e a partir daí a cada meia hora, por duas horas a mesma é avaliada. Esta assistência é prestada através da avaliação da consistência e involução uterina, do sangramento vaginal e da região perineal. A aferição da pressão arterial neste momento não é realizada em todas as avaliações, e, inclusive, nem todas as mulheres têm a sua pressão arterial aferida.

Dotto (2006) refere que a verificação da pressão arterial não foi observada na rotina de cuidados de enfermagem, em um estudo realizado nas maternidades de Rio Branco (AC), durante a admissão, o trabalho de parto e o pós-parto, realidade semelhante à encontrada por nós na instituição estudada.

Quanto às competências essenciais para o atendimento da mulher no pós-parto imediato, temos que muitas das habilidades básicas foram executadas, como estimar a perda de sangue da mãe e manejar a hemorragia pós-parto; no entanto, o controle dos sinais vitais maternos não foi realizado de maneira eficiente. A assistência prestada pelas profissionais de enfermagem, no quarto período do parto, deixa de contemplar algumas das habilidades básicas preconizadas para um parto sem risco.

Na recepção neonatal dos partos vaginais realizados integralmente pelo médico, não foi observada a execução de nenhuma atividade pela enfermeira obstetra. Nos partos operatórios, a enfermeira obstetra também não colabora em nenhum procedimento. A recepção neonatal é de competência do profissional de enfermagem de nível médio (82,5%), juntamente com o pediatra de plantão.

Apesar do contato entre mãe e filho ser estimulado para todas as mulheres, o contato pele a pele entre o binômio e o início do aleitamento materno na primeira meia hora de vida, ainda na sala de parto, é realizado de maneira eventual nesta instituição e sempre executado pelo profissional de enfermagem de nível médio. Nas maternidades de Rio Branco (AC), Dotto (2006) encontrou que o contato pele a pele não faz parte da rotina e que somente as enfermeiras obstetras estimulam a amamentação na sala de parto.

Em relação às competências esperadas para atenção ao nascimento de alta qualidade, estabelece-se que o profissional qualificado tenha conhecimento básico de cuidados físicos do recém-nascido – respiração, calor e alimentação, transição do recém-nascido para a vida extra-uterina, promoção de contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, quando apropriado, e meios para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo. As habilidades básicas esperadas para este momento não foram executadas ou, quando executadas, o foram de maneira incompleta, como realizar o exame físico específico no recém-nascido e iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo.

Não faz parte da rotina da instituição a permanência de acompanhante junto à parturiente, observado apenas para 9,1% delas em caráter excepcional no pré-parto. As mulheres menores de 18 anos permanecem com acompanhante na enfermaria, durante todo o período de internação. Apesar de a legislação brasileira garantir o direito às parturientes da

presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, conforme a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 (BRASIL. MS; BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2005) na nossa realidade, assim como nas maternidades de Rio Branco (AC), este direito não é garantido às mulheres.

A orientação da mulher, durante o atendimento na instituição pública do município no momento da admissão na maternidade, durante o trabalho de parto e no parto, compete ao profissional de enfermagem. Compete à enfermeira obstetra a realização da maioria das orientações e o acompanhamento daquelas realizadas pelo profissional de enfermagem de nível médio.

Compete à enfermeira obstetra a solicitação da sorologia para sífilis através do exame de VDRL e a solicitação de tipagem sanguínea e fator Rh no momento do parto. Tal ação é respaldada pela Resolução do COFEN Nº 195/1997, considerando os Manuais de Normas Técnicas publicados pelo Ministério da Saúde: "Pré-Natal de Baixo Risco" – 1986 que dispõe em seu Art. 1º que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Os resultados da avaliação das competências da equipe de enfermagem na atenção ao parto, no município estudado, nos mostram que muitas das habilidades básicas foram desenvolvidas, algumas deixaram de ser desenvolvidas ou, quanto realizadas, o foram de forma incompleta. Algumas habilidades adicionais, apesar de não respaldadas pela legislação profissional brasileira, são executadas e, na maioria das vezes, de maneira incompleta.

Um dado que nos chama a atenção diz respeito ao fato de na realidade estudada parece haver consolidado o trabalho da enfermeira obstetra, pois atua na admissão da mulher na maternidade, no acompanhamento do trabalho de parto e na realização do parto vaginal, no entanto, esta se mostra insatisfeita quanto ao reconhecimento profissional e satisfação pessoal. Estas observações nos levam a sugerir estudos que busquem as reais explicações sobre a gênese de sentimentos negativos quanto à prática profissional das enfermeiras obstetras naquela realidade.

Sabemos que a barreira para autonomia do exercício da “parteira” é a falta de reconhecimento do papel da parteira profissional e o domínio da profissão médica. Nos países onde a autonomia profissional das parteiras profissionais é bem estabelecida o nível de satisfação do profissional é maior. No Reino Unido e na Escócia, todas as parteiras recentemente qualificadas, têm responsabilidade legal para praticar com base na suposição de que são praticantes autônomas.

Em uma pesquisa sobre a visão dos profissionais médicos em relação à atuação das enfermeiras obstetras no centro obstétrico de um hospital-escola da cidade do Recife (PE), Arauji (2006) constatou que a falta de conhecimento sobre a legislação que respalda o exercício profissional da enfermeira obstetra gera dificuldade na definição dos papéis desta profissional e que ela seja vista de forma pouco atuante na maioria das vezes.

Acreditamos que o reconhecimento do papel do profissional seja um dos fatores determinantes para a qualidade da assistência prestada à mulher e, por conseguinte na colaboração para com as estratégias de redução da morbimortalidade materna e neonatal. Por outro lado, o contexto onde as ações de enfermagem são realizadas influencia o nível de satisfação do profissional sobre a sua prática e o seu reconhecimento.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

A análise dos dados coletados através da entrevista estruturada com os profissionais de enfermagem e da observação sistemática não participante das ações realizadas por eles, durante o atendimento ao pré-natal e ao parto no município de Araraquara/SP, nos permitiu chegar às seguintes conclusões:

- A equipe de enfermagem que atende a mulher, durante o pré-natal no contexto da rede básica de saúde, é composta por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiras, tendo uma predominância de profissionais de enfermagem de nível médio.
- Na atenção ao parto, no serviço público, a equipe de enfermagem é constituída por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiras obstetras, tendo uma predominância de enfermeiras especialistas em obstetrícia.
- O perfil dos profissionais que atuam na atenção ao pré-natal revela uma equipe feminina (96,9%), maior que 41 anos (65,6%), convivendo em relação conjugal estável (50%), tendo experiência de ter tido filhos (68,7%), com cor da pele declarada branca (71,9%), tempo de atuação na área de saúde maior de 10 anos (59,4%) e menos de 10 anos de formação profissional no maior nível de qualificação (62,5%). A carga horária média de trabalho foi de 39,4 horas semanal, com 85% atuando em apenas um emprego. A média de salários dos profissionais de nível médio da Unidade Básica de Saúde (UBS) corresponde a 43,9% da remuneração média das enfermeiras, enquanto que a Programa de Saúde da Família (PSF) corresponde a 58,5%. Constatamos que 66,7% das enfermeiras possuem pós-graduação *lato sensu* na área de saúde pública; não encontramos enfermeira especialista em obstetrícia na amostra estudada.

- O perfil dos profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao parto revela uma equipe feminina (100%), com idade média de 36,6 anos, convivendo com relação conjugal estável (60%), tendo experiência de ter tido filhos (70%) e com cor da pele declarada branca (70%). A carga horária média de trabalho foi de 46,8 semanal; 80% das enfermeiras trabalham em dois empregos, e a média de salários dos profissionais de nível médio corresponde a 39,3% da remuneração média das enfermeiras. Todas as enfermeiras são especialistas em obstetrícia e 80% têm de 1 a 4 anos de formação após a especialização. O tempo médio de experiência na atenção ao parto das enfermeiras foi de 14 anos e 6 meses e dos profissionais de nível médio de 3 anos e 1 mês.
- A atenção ao pré-natal é centrada na figura do médico e há discreta participação da enfermeira. As enfermeiras não realizam o acompanhamento de pré-natal nos Centros Municipais de Saúde. Nos Programas de Saúde da Família, tal prática ocorre eventualmente. As habilidades essenciais em obstetrícia, preconizadas pela ICM, deixaram de ser desenvolvidas ou o foram de maneira incompleta.
- Na atenção ao parto compete à enfermeira obstetra a avaliação obstétrica admissional, o acompanhamento ao trabalho de parto e a realização do parto vaginal. Os profissionais de enfermagem de nível médio realizam atividades de menor complexidade. Muitas das habilidades essenciais em obstetrícia, preconizadas pela ICM, deixaram de ser desenvolvidas ou o foram de maneira incompleta.
- A recepção neonatal é realizada pelo profissional de enfermagem de nível médio e o médico pediatra. A enfermeira obstetra não atua neste momento do atendimento ao parto e nascimento.
- Na atenção ao pré-natal, há carência de pessoal de enfermagem qualificado, enquanto que na atenção ao parto, a participação da enfermeira obstetra é uma realidade consolidada.

____ **IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A**
PESQUISA E A ASSISTÊNCIA

8. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A ASSISTÊNCIA.

Os resultados deste estudo, sobre as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na atenção ao pré-natal e ao parto no município de Araraquara/SP, nos ofereceram subsídio para refletirmos sobre a qualidade do atendimento de enfermagem, prestado à mulher no ciclo gravídico puerperal daquele município.

Os resultados evidenciam que, a realidade estudada, carece de pessoal qualificado para o atendimento durante o pré-natal, e que, a inserção das enfermeiras, e em especial das enfermeiras obstétricas, deve ser estimulada. Por outro lado, o exercício profissional da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto é uma prática consolidada no município estudado.

Muitas das habilidades essenciais em obstetrícia para a atenção de qualidade, preconizadas pela Confederação Internacional de Parteiras, não estão sendo desempenhadas, ou quando executadas, ocorrem de maneira incompleta, revelando a necessidade de o profissional repensar a sua formação e sua atuação profissional.

A realização de estudos como este, em outras realidades do país, auxiliará na conformação da real participação da enfermagem, nas metas de redução da morbimortalidade materna e neonatal, bem como no estabelecimento de políticas de formação de profissionais de enfermagem para o atendimento às demandas maternas e neonatais.

--- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. S. *Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero*. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. 168p.

ARAÚJO, N. R. A. S.; OLIVEIRA, S. C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE *Cogitare enferm*; 11(1): 31-38, jan.-abr. 2006

ASSIS, M. C. A. *Funções exercidas pelos enfermeiros de saúde pública nos centros de saúde do I núcleo regional de saúde do estado da Paraíba*. 1988. 99f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à saúde da mulher. Bases de Ação Programática* Brasília. Brasília: Centro de Documentação, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Informe da Atenção Básica*, Brasília, ano 5, mai-jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 113/2001. Estabelece as diretrizes nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília; 2001 Disponível em: [http:// www.mec.gov/ftp/ces/ces1133.doc](http://www.mec.gov/ftp/ces/ces1133.doc) Acesso em: 20 jun 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, DATASUS. *Informações de saúde*. 2005. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>> Acesso em: 05 jun. 2007.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30- 37, agosto 2000.

COSTA, A. M.; GUILHERM, D.; WALTER, M.I.M. Atendimento à gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

CUNHA, M.A. *Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco-AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal*. Ribeirão Preto, 2008. 159f.; Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DOTTO, L. M. G. *Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco – AC*. 2006. 148f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DOTTO, L. M. G.; MOULIN, N. M.; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 682-688, set.-out. 2006.

Évora, Y. D. M.. *Ações educativas em um ambulatório de pré-natal: atuação dos profissionais de enfermagem*. s.l; s.n; 1986. 186 p. il. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Mestre.

EVORA, Y. D. M.; NAKAO, J. R. S.; FAVERO, N.; TREVISAN, M. A. Educação em saúde na assistência pré-natal. *Hosp. Adm. Saúde*, v. 11, n. 3, p. 136-44, jul.-set. 1987.

FULLERTON, J. et al. The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice. *Midwifery*, v. 19, p. 174-190, 2003.

_____. *Funciones Esenciales de Salud Publica: uma perspectiva desde las practicas sociales*. Marco de referencia para una discusión regional. Washington: OPAS, 1998.

GARDENAL, C. L. C. et al. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 478-484, jul.-ago. 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D'A. (Org.) *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. Cap. 3.2, p.221-256.

GONCZI, A. Competency Based Assessment in the Professions in Australia. *Assessment in Education*, Londres, v. 1, n. 1, p. 27-43, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Censo demográfico 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 de jul. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Cidades@*. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. Competencies. New York: ICM, 2002. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org>>. Acesso em: 10 jul. 2005.

LEONELLO, V.M. & OLIVEIRA, M.A.C. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 março-abril; 16(2)

MACDONADL, M; STARRS, A. La atencion calificada durante el parto. Um cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. *New York: Family Care International*, 2003.

MARIUTTI, M.G.; ALMEIDA, A.M. & PANOBIANCO, M.S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro-fevereiro; 15(1)

MATTOS, R. A. O sentido da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A.(Org). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e cuidado à saúde*. Rio de Janeiro:UERJ, IMS:ABRSCO. 2001, p. 39-64.

MENEZES, R. M. P. *Representações da Prática de um grupo de enfermeiras: um estudo de caso*, 1990. 174f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro, 1990.

MINAYO, M. C. S. ; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul.-set. 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. *Assistência ao parto normal*: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “Relatório sobre a Situação das Populações Mundiais, Fundos de População das Nações Unidas”, OPAS/OMS. 2004. Disponível em:<http://www.opas.org.br/rh/noticia_det.cfm?idnoticia=224>. Acesso em: 17 jan 2006(a).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento, Nações Unidas, Brasil, 2004”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=232>>. Acesso em 26 de outubro de 2004(b).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=233>> Acesso em 28 de outubro de 2004(c).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “Boletim Informativo: Documentos”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em:<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/Ref_Ed_Brasil.pdf> Acesso em 20 de outubro de 2004(d).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “Estação de Trabalho: Observatório dos técnicos em saúde”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em:<<http://www.opas.org.br?mostrant.cfm?codigodest=230>>. Acesso em 29 de setembro de 2004(e).

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. Overview of the nursing workforce in Latin America. Washington: PAHO/WHO/ICN, 2005. Disponível em: <<http://www.icn.ch/global/Issue6LatinAmericanSP.pdf>>. Acesso em: 03 mar 2007

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia - Teoria e Prática*, Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ. 2003.

PETTERSON, K.O; STONE, K. Profiling midwives services in the Americas models of childbirth care – a literature review. Washington: PAHO/WHO, 2004.

PIERANTONI, C.R. ; MACHADO, M.H. Profissões de Saúde: a formação em questão. *Cad. RH saúde*, v. 1, n. 3, p.23-34, nov.1993.

POLIT, D. F.; BECK C. T.; HUNGLER B. P.; *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RICHARDSON, R. J. et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

SABINO, A.M.N.F. *A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP*. Ribeirão Preto, 2007. 126p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

_____. Servicios de Enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. Plan de Médio Plazo: 2001-2003. Washington, OMS, 2001.

SILVA, K.L. SENA,R.R. A Educação de Enfermagem: Buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 setembro-outubro; 14(5)

TRIVINOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO, 2004a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO, 2003.

WITT, R. R. *Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública*. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Orientadora: Almeida, Maria Cecília Puntel de. Ribeirão Preto, 2005. 336 p. : il.; 30cm

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Departamento Enfermagem Geral e Especializada
Campus de Ribeirão Preto
CEP: 14049-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Ribeirão Preto, 17 de outubro de 2007.

PROTOCOLO: Nº 0824/2007

ENTRADA: 01/08/2007

PESQUISADORES: Fabiana Villela Mamede (orientadora) e Elaise Regina Gonçalves Cagnin (mestranda)

TÍTULO DO PROJETO: “Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara-SP”

Informo que o projeto de pesquisa intitulado “Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara-SP” (Processo nº 0824/2007), sob a coordenação da Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede (orientadora) e Elaise Regina Gonçalves Cagnin (mestranda), junto ao Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Saúde Pública – da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) foi analisado, as sugestões foram acatadas e os esclarecimentos solicitados foram descritos com propriedade.

RECOMENDAÇÕES- Mediante o exposto esse projeto fica enquadrado na categoria:

☒ (X) APROVADO

☐ () APROVADO COM RECOMENDAÇÕES

☐ () APROVAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA APRECIÇÃO PELO CONEP

☐ () CONSIDERAR EM PENDÊNCIA ATÉ ESCLARECIMENTO DOS PONTOS LEVANTADOS

☐ () NÃO APROVAÇÃO

☐ () RETIRADO

Maria Celia B. Datri
Membro relator
COREN SP n.º 30146

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP USP

Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em
Pesquisa da EERP/USP na 100ª Reunião
Ordinária realizada em 17 de 10 2007

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM)**

Araraquara, _____ de _____ de 200_____.

Meu nome é Elaise Regina Gonçalves Cagnin, sou aluna de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, na Área de Concentração Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, sob a coordenação da Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede.

Minha pesquisa intitulada *“Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP”* tem por finalidade conhecer a realidade da assistência de enfermagem à mulher durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério no município de Araraquara.

Para tanto, solicito a sua autorização para entrevistá-la (o) e observar as ações que você desenvolve com as parturientes sob seus cuidados. Esclareço que será mantido o seu anonimato em todos os momentos da pesquisa e também que você está livre para desistir de participar a qualquer momento, sem ônus para nenhuma das partes.

Enfatizo que a sua aceitação em participar da pesquisa será imprescindível para que possamos conhecer a realidade da assistência prestada e que a sua participação não trará prejuízos ou danos a você enquanto profissional, uma vez que os responsáveis legais pela instituição na qual trabalha aprovaram previamente a realização desta pesquisa.

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos pelo celular (16) 9723-7402, email elaisecagnin@power.ufscar.br ou no endereço: Rua Castro Alves, 1175 – Bairro do Carmo – Araraquara.

Mestranda

Eu, _____ após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

Entrevistada (o)

R.G.

OBS.: DOCUMENTO EM DUAS VIAS, UMA PARA A PESQUISADORA E OUTRA PARA A PESSOA PARTICIPANTE DO ESTUDO.

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA A GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA)**

Araraquara, _____ de _____ de 200_____.

Meu nome é Elaise Regina Gonçalves Cagnin, sou aluna de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, na Área de Concentração Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, sob a coordenação da Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede.

Minha pesquisa intitulada *“Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP”* tem por finalidade conhecer a realidade da assistência de enfermagem à mulher durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério no município de Araraquara.

Para tanto, solicito a sua autorização para entrevistá-la (o) e observar as ações que você desenvolve com as parturientes sob seus cuidados. Esclareço que será mantido o seu anonimato em todos os momentos da pesquisa e também que você está livre para desistir de participar a qualquer momento, sem ônus para nenhuma das partes.

Enfatizo que a sua aceitação em participar da pesquisa será imprescindível para que possamos conhecer a realidade da assistência prestada e que a sua participação não trará prejuízos ou danos a você enquanto profissional, uma vez que os responsáveis legais pela instituição na qual trabalha aprovaram previamente a realização desta pesquisa.

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos pelo celular (16) 9723-7402, email elaisecagnin@power.ufscar.br ou no endereço: Rua Castro Alves, 1175 – Bairro do Carmo – Araraquara.

Mestranda

Eu, _____ após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

Entrevistada

R.G.

OBS.: DOCUMENTO EM DUAS VIAS, UMA PARA A PESQUISADORA E OUTRA PARA A PESSOA PARTICIPANTE DO ESTUDO.

ANEXO IV

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS REFERENTES AO SERVIÇO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

1. Número de nascidos vivos, no município de Araraquara, no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2006:

Nº de Nascidos Vivos

2004
2005
2006

2. Número de nascidos vivos, no município de Araraquara, no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2006, de acordo com a residência da mãe neste município:

Nº de Nascidos Vivos

2004
2005
2006

3. Número de nascimentos, no município de Araraquara, de acordo com o tipo de parto realizado, no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2006:

	PN	PC	PF	PD
2004				
2005				
2006				

4. Número de nascimento de acordo com o tipo de parto realizado no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006 nas diferentes instituições:

	PN	Unidade A			PN	Unidade B			PN	Unidade C			PN	Unidade D		
		PD	PF	PC		PD	PF	PC		PD	PF	PC		PD	PF	PC
2004																
2005																
2006																

5. Mortalidade de mulheres no período da gestação, parto e puerpério no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

Razão de Mortalidade Materna

2004
2005
2006

6. Mortalidade de mulheres no período da gestação, parto e puerpério no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006 considerando este município como de residência da mãe:

Razão de Mortalidade Materna

2004
2005
2006

7. Mortalidade infantil no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

Índice de Mortalidade Infantil

2004
2005
2006

8. Mortalidade de menores de 1 ano de idade em Araraquara, no período de 2004 a 2006:

Índice de Mortalidade Infantil

2004
2005
2006

9. Mortalidade neonatal no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

Razão de mortalidade Neonatal

2004
2005
2006

10. Mortalidade neonatal no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006 considerando este município como de residência da mãe:

Razão de Mortalidade Neonatal

2004
2005
2006

11. Idade gestacional no momento do parto de nascidos vivos no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

	< 22 s	22 à 27s6d	28 à 31s6d	32 à 36s6d	37 à 42s
2004					
2005					
2006					

12. Idade materna no momento do parto de nascidos vivos no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

	< 14 anos	15 a 19 anos	20 a 25 anos	26 a 35 anos	> 35 anos
2004					
2005					
2006					

13. Nível de instrução da mãe de nascidos vivos no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

	Nenhuma	4 anos	8 anos	11 anos	> 11 anos
2004					
2005					
2006					

14. Ocupação da mãe de nascidos vivos no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

	Do lar	Estudantes	Trabalho remunerado
2004			
2005			
2006			

16. Estado civil da mãe de nascidos vivos no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

	Solteira	Casada	Amasiada	Viúva	Divorciada
2004					
2005					
2006					

17. Paridade da mãe de nascidos vivos no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

[illegible]

18. Número de consultas de pré-natal de mães de nascidos vivos no município de Araraquara, no período de 2004 a 2006:

	Nenhuma	< 4	4 a 7	> 7
2004				
2005				
2006				

19. Número de gestantes que completam o ciclo do SIS-Pré Natal no município de Araraquara no período de 2004 a 2006:

	F	%
2004		
2005		
2006		

20. Número total de estabelecimentos de saúde no município de Araraquara credenciados na referida data, de acordo com o tipo de convênio:

	Privado	Público	Total
Estabelecimento de saúde			

21. Estabelecimentos públicos de saúde que atendem a mulher no município de Araraquara, no ano de 2006 (com descrição):

	Nome do estabelecimento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

22. Estabelecimentos públicos de saúde que atendem o pré-natal no município de Araraquara, no ano de 2006 (com descrição):

	Nome do estabelecimento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

23. Número de estabelecimentos de saúde no município de Araraquara que atendem a mulher no momento do parto:

	Nome do estabelecimento
1.	
2.	
3.	

24. Número total de estabelecimentos de saúde credenciados ao convênio SUS no município de Araraquara, na referida data, considerando:

UBS	PSF	PA	Hospital	Outros
-----	-----	----	----------	--------

25. Número de leitos hospitalares no município de Araraquara, considerando:

	Privado	Público	Total
Geral			
Obstétrico			
Neonatal			
Pediátrico			
UTI Inf.			
Total			

26. Número de leitos hospitalares em unidade de pré-parto no município de Araraquara, considerando:

	Privado	Público	Total
Leitos Hospitalares			

27. Número de profissionais de saúde no município de Araraquara, considerando:

	Privado	Público	Total
Médico			
Médico GO			
Médico Pediatra			
Médico Neonatal			
Enfermeiro			
Enfermeiro Obstetra			
Auxiliares de Enfermagem			
Técnico de Enfermagem			
Outros			

28. Quanto à atenção à saúde da mulher na rede pública no município de Araraquara:

Curso de Gestante:

Sim () Quantos? _____ Aonde? _____

Não ()

Agendamento de retorno para puerpera:

Sim ()

Não ()

Agendamento da primeira consulta do RN:

Sim ()

Não ()

d Rede de Apoio: _____

e) Programas Municipais: _____

ANEXO V

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Número: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Cor: _____
4. Estado conjugal: () solteiro () Casado () maritalmente () divorciado () separado () viúvo
5. Número de filhos: _____
6. Idade dos filhos: ____; ____; ____; ____; ____ anos completos
7. Remuneração nesta instituição: R\$ _____
8. Renda pessoal: R\$ _____
9. Renda familiar: R\$ _____

II. FORMAÇÃO

10. Nível de instrução: () ensino fundamental incompleto () ensino médio incompleto () ensino superior incompleto
() ensino fundamental completo () ensino médico completo () ensino superior completo
11. Ano de conclusão do maior nível: _____
12. Formação profissional
 - 12.1. Anos de estudo: _____
 - 12.2. Tipo de Formação: () parteira () atendente de enf. () auxiliar de enf. () técnico de enf. () grad. em enf.
() pós-grad. – especial. em obst. () pós-grad. – ME () pós-grad. – DO () outros: _____
13. Curso de Pós-Graduação: () Sim () Não – Se Não, continuar no item 14.
 - 13.1. () Especialização em Obstetrícia (mínimo de 360 horas) Instituição: _____
Financiando pelo Minist.Saúde: () Sim () Não Carga horária: _____ Ano de conclusão: _____ Em andamento: ()
 - 13.2. () Especialização em outra área (mínimo de 360 horas)
- Curso: _____ Instituição: _____
Financiando pelo Minist.Saúde: () Sim () Não Carga horária: _____ Ano de conclusão: _____ Em andamento: ()
- Curso: _____ Instituição: _____
Financiando pelo Minist.Saúde: () Sim () Não Carga horária: _____ Ano de conclusão: _____ Em andamento: ()
 - 13.3. () Mestrado Instituição: _____ Ano de conclusão: _____ Em andamento: ()
Área de Concentração: _____ Objetivo da Pesquisa: _____
 - 13.4. () Doutorado Instituição: _____ Ano de conclusão: _____ Em andamento: ()
Área de Concentração: _____ Objetivo da Pesquisa: _____
14. Curso(s) ou Treinamento(s) de atualização/aprimoramento após a formação profissional (nos últimos 5 anos):
Nome/Instituição: _____ Carga Horária: _____ Ano: _____
Nome/Instituição: _____ Carga Horária: _____ Ano: _____
15. Participação em eventos científicos na área após a formação profissional (nos últimos 5 anos):
Nome/Instituição: _____ Carga Horária: _____ Ano: _____
Nome/Instituição: _____ Carga Horária: _____ Ano: _____

III. ATIVIDADE PROFISSIONAL

16. Tem mais de 01 (um) emprego: () Sim () Não - Se sim, quantos: _____ Local/Atividade: _____
17. Jornada de trabalho
- 17.1. Jornada nesta instituição: _____ horas
- 17.2. Jornada Diária: _____ horas
18. Horário de trabalho nesta instituição: _____
19. Unidade/local de trabalho nesta instituição: () UBS () PSF () Unidade Hospitalar – Se resposta afirmativa:
() Pré-Parto () Sala de Parto Normal () Enfermaria () A/C () C.C. () Berçário () Outro _____
20. Tempo de trabalho no ciclo gravíd-uerp.: () pré-natal _____ () parto _____ () pré-parto _____ () puerpério _____
21. Tempo de trabalho nesta instituição: _____ em anos
22. Ocupação registrada nesta instituição: _____
23. Função na instituição: _____
24. Realiza consulta de pré-natal: () Sim () Não – Se sim, () 1ª. Consulta () Seguimento () Somente baixo risco
25. Atividades com a gestante: _____
26. Atua na assistência ao parto - () Sim () Não 26.1. Realiza parto: () Sim () Não - Se resposta afirmativa:
- 26.1. Indica administração de ocitócito: () Sim () Não
- Se sim, em qual momento: () no trabalho de parto () no momento da expulsão do feto () após a saída da placenta
- 26.2. Realiza episiotomia: () Sim () Não
- 26.3. Realiza episiorrafia: () Sim () Não
- 26.4. Realiza anestesia: () Sim () Não - Se sim, de qual tipo: () local () bloqueio de nervo pudendo
- 26.5. Realiza parto gemelar: () Sim () Não
- 26.6. Realiza parto de feto em apresentação pélvica: () Sim () Não
- 26.7. Realiza parto de feto prematuro: () Sim () Não
- 26.8. Realiza parto de feto macrossômico: () Sim () Não
- 26.9. Realiza parto de feto morto: () Sim () Não
- 26.10. Realiza parto de alto risco: () Sim () Não
- 26.11. Realiza parto somente na presença do médico: () Sim () Não
- 26.12. Registra o parto no AIH: () Sim () Não
27. Está satisfeita com a sua atuação: () Sim () Não
28. Está satisfeita com o seu reconhecimento: () Sim () Não
29. Obs.: _____
-
-

ANEXO VI

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO: PRÉ-NATAL

Número: _____

PRIMEIRA CONSULTA

I. ANAMNESE

1. Apresentou-se à parturiente: () Sim () Não
2. Motivo da consulta: _____
3. Dados socioeconômicos: () Sim () Não
4. Antecedentes familiares: () Sim () Não
5. Antecedentes pessoais: () Sim () Não
6. Antecedentes ginecológicos: () Sim () Não
7. Antecedentes obstétricos: () Sim () Não
8. Gestação atual: () D.U.M () D.P.P. () Idade gestacional
9. Chamou a mulher pelo nome: () Sim () Não

II. EXAME FÍSICO

1. Orientou a mulher sobre o procedimento: () Sim () Não
2. Presença de acompanhante ou enfermagem: () Sim Quem? _____ () Não

GERAL:

1. Peso: () Sim () Não Altura: () Sim () Não
2. Avaliação do estado nutricional da gestante: () Sim () Não
3. Sinais Vitais: () Temperatura () Pressão Arterial () Pulso () Respiração
4. Inspeção da pele e mucosas: () Sim () Não
5. Palpação da tireóide: () Sim () Não
6. Examinou os MMII: () Sim () Não
7. Pesquisou edema: () face () tronco () membros

ESPECÍFICO (GINECOOBSTÉTRICO):

1. Examinou as mamas: () Sim () Não
2. Orientou quanto à amamentação: () Sim () Não
3. Verificou altura uterina: () Sim () Não
4. Auscultou BCF: () Sim () Não
5. Identificação da situação e apresentação fetal (3º Trimestre): () Sim () Não
6. Inspeção dos genitais externos: () Sim () Não
7. Exame especular:
() inspeção das paredes vaginais () inspeção do conteúdo vaginal
() inspeção do colo uterino () exame colpocitológico () toque vaginal

AÇÕES COMPLEMENTARES:

1. Solicitou exames laboratoriais: () Sim () Não
2. Quais? _____

3. Prescrição medicamentosa: () Sim () Não

Motivo _____

Qual medicamento? _____

4. Encaminhamento para vacina antitetânica: () Sim () Não

5. Agendamento de consultas subseqüentes: () Sim () Não

6. Outras ações/orientações/encaminhamentos:

a) _____

b) _____

c) _____

CONSULTAS SUBSEQÜENTES

Número: _____

I. ANAMNESE

1. Data da consulta: ____/____/____

2. DPP: ____/____/____ ou () Sim () Não

3. Verificou calendário de vacina: () Sim () Não

4. Interpretou exames laboratoriais: () Sim () Não

obs: _____

II. EXAME FÍSICO

1. Orientou a mulher sobre o procedimento: () Sim () Não

2. Presença de acompanhante ou enfermagem: () Sim Quem? _____ () Não

GERAL:

1. Peso: () Sim () Não Altura: () Sim () Não

2. Avaliação do estado nutricional da gestante: () Sim () Não

3. Sinais Vitais: () Temperatura () Pressão Arterial () Pulso () Frequência cardíaca

4. Inspeção da pele e mucosas: () Sim () Não

5. Palpação da tireóide: () Sim () Não

6. Examinou os MMII: () Sim () Não

7. Pesquisou edema: () face () tronco () membros

ESPECÍFICO (GINECOOBSTÉTRICO):

1. Examinou as mamas: () Sim () Não

2. Orientou quanto à amamentação: () Sim () Não

3. Verificou altura uterina: () Sim () Não

4. Auscultou BCF: () Sim () Não

5. Identificação da situação e apresentação fetal (3º Trimestre): () Sim () Não

6. Inspeção dos genitais externos: () Sim () Não

7. Exame especular necessário: () Sim () Não

() inspeção das paredes vaginais () inspeção do conteúdo vaginal

() inspeção do colo uterino () exame colpocitológico () toque vaginal

AÇÕES COMPLEMENTARES:

1. Prescrição medicamentosa: () Sim () Não

Motivo _____

Qual medicamento? _____

2. Encaminhamento para vacina antitetânica: () Sim () Não

3. Agendamento de consultas subseqüentes: () Sim () Não

4. Outras ações/orientações/encaminhamentos:

a) _____

b) _____

c) _____

MOMENTOS DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

I. ACOLHIMENTO

1. Presença de acompanhante - sim () não ()
2. Gestante aguarda a chamada na sala de espera - sim () não ()
3. Gestante aguarda na fila - sim () não ()
4. Os prontuários das gestantes que serão atendidas no dia é separado previamente - sim () não ()
5. Funcionárias fazem a chamada " pelo nome do médico e da gestante" - sim () não ()
6. Gestante entrega o cartão da gestante no acolhimento para anexar no prontuário - sim () não ()
7. Questiona-se queixa - sim () não ()
8. Questiona-se se a gestante tem exames para entregar ao médico - sim () não ()
9. Funcionária confere o agendamento na agenda do médico- sim () não ()
10. A seqüência da chamada será a mesma do atendimento- sim () não ()
11. Primeiro atendem as gestantes - sim () não ()
12. O cartão é anexado no prontuário - sim () não ()
13. Recebe os resultados de exames solicitados pelo médico (se for o caso) - sim () não ()
14. Gestante aguarda automaticamente na sala de espera próxima a pré-consulta- sim () não ()

II. SALA DE ESPERA

1. Presença de acompanhante- sim () não ()
2. Gestante permanecem próxima a pré-consulta - sim () não ()
3. Encaminham-se automaticamente próximo ao consultório médico - sim () não ()
4. Conversam entre si - sim () não ()
5. É realizada atividade educativa durante a espera da gestante - sim () não ()

III. PRÉ-CONSULTA

1. Presença de acompanhante- sim () não ()
2. Encaminhamento de prontuário à sala de pré-consulta - sim () não ()
3. Chama a cliente pelo nome- sim () não ()
4. "Oferece" acomodação (cadeira) - sim () não ()
5. Identifica-se para a gestante- sim () não ()
6. Confere o prontuário da gestante - sim () não ()
7. Anota a data do dia no prontuário- sim () não ()
8. Carimba (padronizado) - sim () não ()
9. Afere a pa- sim () não ()
10. Confere a idade da gestante- sim () não ()
11. Questiona a queixa- sim () não ()
12. Mensura o peso- sim () não ()
13. Confere o esquema vacinal- sim () não ()
14. Solicita o cartão de vacina- sim () não ()
15. Encaminha para a vacinação - sim () não ()
16. Solicita documentos para o SIS pré-natal- sim () não ()
17. Realiza a anotação da pré-consulta- sim () não ()
18. Pede que a gestante aguarde na sala de espera- sim () não ()
19. Encaminha os prontuários ao consultório médico- sim () não ()
20. Faz orientação quanto à amamentação- sim () não ()
21. Faz orientação quanto ao programa de laqueadura- sim () não ()
22. Faz orientação quanto à gestação- sim () não ()

IV. CONSULTA MÉDICA

1. Presença de acompanhante- sim () não ()
2. Presença de enfermagem na sala de consulta - sim () não ()
3. Fluxo contínuo das gestantes em seqüência - sim () não ()
4. Gestante encaminha prontuário à sala de pós-consulta - sim () não ()

V. PÓS-CONSULTA

1. Presença de acompanhante- sim () não ()
2. Fluxo contínuo da gestante- sim () não ()
3. Gestante deixa o prontuário sobre a mesa da sala de pós e aguarda ser chamada- sim () não ()
4. Gestante é chamada pelo nome- sim () não ()
5. É oferecida acomodação à gestante - sim () não ()
6. Confere no prontuário a anotação médica referente à consulta- sim () não ()
7. Confere no prontuário se há receitas para entregar à gestante- sim () não ()
8. Confere se há exames laboratoriais no prontuário para serem agendados ou encaminhados- sim () não ()
9. Confere se foi solicitado usg - sim () não ()
10. Preenche solicitações de exames com dados da paciente- sim () não ()
11. Orienta local e procedimento para agendamento e coleta de exames laboratoriais- sim () não ()
12. Encaminha solicitação de usg- sim () não ()
13. Orienta retorno para conferir agendamento- sim () não ()
14. Orienta o uso da medicação prescrita pelo médico - sim () não ()
15. Orienta retirada de medicação na farmácia ou aquisição por outros meios - sim () não ()
16. Confere o esquema vacinal- sim () não ()
17. Solicita documentos para o SIS pré-natal- sim () não ()
18. Questiona quando o médico solicitou retorno- sim () não ()
19. Confere solicitação de retorno no prontuário- sim () não ()
20. Questiona a data provável do parto- sim () não ()
21. Realiza o agendamento da consulta médica - sim () não ()
22. Anota a data do retorno no cartão da gestante- sim () não ()
23. Confere os requisitos para laqueadura tubária (idade, pc, nº filhos) - sim () não ()
24. Encaminha carta do anestesista- sim () não ()
25. Orienta local de realização de avaliação anestésica- sim () não ()
26. Realiza o aconselhamento para laqueadura- sim () não ()
27. Orienta a seqüência de 3 aconselhamentos como protocolo- sim () não ()
28. Entrega o cartão de pré-natal à gestante- sim () não ()
29. Realiza anotação de pós-consulta no prontuário- sim () não ()
30. Separa prontuários à parte- sim () não ()
31. Retorna ao consultório para pedir ao médico para esclarecimento de dúvidas- sim () não ()
32. Oferece para gestante conhecer a maternidade pública- sim () não ()
33. Encaminha para a maternidade para visita- sim () não ()
34. Questiona queixa- sim () não ()
35. Questiona dúvida- sim () não ()
36. Orienta quanto à amamentação- sim () não ()
37. Orienta quanto à gestação- sim () não ()
38. Orienta quanto ao trabalho de parto- sim () não ()

ANEXO VII

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO: PRÉ PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

Número: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

I. IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE

Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Cesárea _____ Idade: _____

Idade gestacional/DUM _____ Idade gestacional/USG _____

Motivo: _____

Pré-Natal: Sim () Não () Número de consultas: _____ Local: _____

Deixou de realizar algum exames de rotina: Sim () Não () qual? _____

II. ADMISSÃO

Profissional que realizou a admissão: _____

Profissional responsável pela AIH: _____

Identificou-se para a parturiente () Questionou a queixa no momento () Conferiu cartão de pré-natal ()

Conferiu a idade () Conferiu a paridade () Calculou IG/TA () Calculou IG/US () Conferiu os exames de rotina ()

Questionou história obstétrica () Questionou intercorrências gestacionais () Questionou doenças prévias ()

Questionou uso de medicamentos () Questionou tabagismo () Questionou drogadição () Questionou etilismo ()

Questionou MF () Questionou perda líquida () Questionou sangramento () Realizou exame físico ()

Realizou palpação abdominal () Pesou () Conferiu AU () Conferiu CA () Aferiu PA () Conferiu Dinâmica ()

Realizou ausculta cardiorfetal () Realizou toque vaginal () Conferiu apresentação fetal () Conferiu descida fetal ()

Conferiu variedade de posição () Realizou especular () Conferiu esvaecimento cervical ()

Conferiu dilatação cervical () Fez enema () Realizou tricotomia () Encaminhou para higienização ()

Ofereceu camisola () Houve presença de acompanhante durante a consulta ()

Explicou para a parturiente o seu estado clínico no momento ()

Discutiu o caso com o médico antes de decidir pela internação da parturiente ()

Orientou quanto aos próximos procedimentos durante o trabalho de parto ()

III. TRABALHO DE PARTO

1. Oferece líquidos (alimentação): Sim () Não () Obs.: _____

2. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor:

a) Massagem: Sim () Não () Obs.: _____

b) Técnicas de relaxamento: Sim () Não () Obs.: _____

c) Banho de chuveiro: Sim () Não () Obs.: _____

d) Banho de banheira: Sim () Não () Obs.: _____

e) Outras técnicas: Sim () Não () Obs.: _____

3. Uso de partograma: Sim () Em que momento: _____ Não ()

4. Estímulo à deambulação: Sim () Em que momento: _____ Não ()

5. Estímulo a fazer uso da bola: Sim () Em que momento: _____ Não ()

6. Estímulo a fazer uso do cavalinho: Sim () Em que momento: _____ Não ()

7. Presença de acompanhante: Sim () O que fez? _____ Não ()

8. Identificação de sofrimento fetal:

Profissional: _____ Em que momento: _____

Ações/Intervenções: _____

9. Amniotomia: Sim () Profissional: _____ Em que momento: _____ Não ()

10. Uso de fármacos para controle da dor: Sim () Qual? _____ Em que momento: _____ Não ()

11. Uso de analgesia peridural: Sim () Em que momento: _____ Não ()

12. Uso de ocitócito: Sim () Em que momento: _____ Não ()

13. Uso de misoprostol: Sim () Em que momento: _____ Não ()

14. Avaliou variedade de posição: Sim () Em que momento? _____ Não ()

15. Avaliou descida fetal: Sim () Em que momento? _____ Não ()

16. Avaliou esvaecimento cervical: Sim () Em que momento? _____ Não ()

17. Avaliou dilatação cervical: Sim () Em que momento? _____ Não ()

18. Orientou a parturiente sobre o trabalho de parto: Sim () Em que momento: _____ Não ()

19. Indicação de parto cesáreo:

Profissional: _____ Em que momento: _____

Motivo: _____

IV. PARTO

Hora encaminhada: _____ Hora do parto: _____

Condições obstétricas da parturiente: _____

20. Profissional que realizou: _____

21. Teve a presença do médico: Sim () Não ()

22. Foi solicitada a presença de outro profissional: Sim () Quem? _____ Não ()

23. Local do parto: _____ Posição da mulher no parto: _____

24. Administração de ocitocina: a) no expulsivo: Sim () Não ()

b) pós-dequitação: Sim () Não ()

c) na dequitação: Sim () Não ()

25. Presença de acompanhante: Sim () O que fez? _____ Não ()

26. Oferece líquido: Sim () Não () Obs.: _____

27. Estímulo para puxo quando a dilatação está completa ou quase completa: Sim () Não ()

28. Manobra de Kristeller no expulsivo: Sim () Quem fez? _____ Não ()

29. Proteção do períneo expulsivo: Sim () Não ()

30. Manejo do pólo cefálico no momento do parto: Sim () Não ()

31. Tração controlada do cordão durante a dequitação: Sim () Não ()

32. Momento de clameamento do cordão: a) logo após a expulsão do feto ()

b) após a parada dos batimentos ()

33. Exame da placenta e membranas ovulares: Sim () Não ()

34. Contato pele a pele mãe / filho: a) na primeira meia hora () b) na primeira hora () c) na segunda hora ()

d) após a segunda hora () e) não ocorreu ()

35. Estímulo à amamentação: Sim () Não ()

36. Uso de ergometrina após a saída da placenta: Sim () Não ()

37. Revisão uterina (exploração manual) após o parto: Sim () Não ()

38. Realizou episiotomia: Sim () Não ()

39. Realizou anestesia antes da episiotomia: Sim () Qual? _____ Não ()

40. Realizou episiorrafia: Sim () Não ()

41. Realizou anestesia antes da episiorrafia: Sim () Qual? _____ Não ()

42. Realizou inspeção da vagina e da cérvix para observar laceração: Sim () Não ()

43. Realizou sutura das lacerações: Sim () Não ()

44. Realizou anestesia antes da sutura: Sim () Não ()

45. Cuidados com o RN: profissional _____

Quais cuidados? _____