UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DENISE HELENA FORNAZARI

Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP

Ribeirão Preto/SP

2009

DENISE HELENA FORNAZARI

Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede

Ribeirão Preto/SP

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELELTRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fornazari, Denise Helena

Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP. Ribeirão Preto, 2009. 92p.

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

Orientadora: Dra. Fabiana Villela Mamede

1- cuidados de enfermagem. 2- competência profissional.
3-equipe de enfermagem. 4- enfermagem obstétrica

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: FORNAZARI, Denise Helena

Título: Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP

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

Aprovada em: _____/_____/_____/

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Aos meus pais, José Irineu e Maria Sueli, por todas as oportunidades a mim oferecidas, em especial minha formação profissional.

Ao meu noivo Telmo por me mostrar o valor da vida e o meu valor diante da vida.

Agradecimentos

Especial agradecimento à Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede, minha orientadora e amiga pela confiança em mim depositada durante este trabalho e por compartilhar conhecimentos e experiências com respeito, carinho e dedicação.

Aos meus pais José Irineu e Maria Sueli pelo incentivo, apoio e amor incondicional durante toda minha vida, especialmente nesta jornada de amadurecimento e qualificação profissional.

Ao meu noivo Telmo, companheiro e amigo, que com paciência e compreensão me acompanhou nesta jornada, me oferecendo suporte e ajuda nos momentos em que mais precisei sem os quais não teria sido possível a conclusão deste trabalho.

À minha irmã Flávia pela correção ortográfica, e incentivo tímido, porém sincero durante minha formação profissional desde a graduação.

À minha sobrinha Beatriz por colocar mais alegria em minha vida.

Aos profissionais de enfermagem e diretoria das instituições participantes desta pesquisa pela acolhida.

Às parturientes por permitirem que eu participasse deste momento ímpar de suas vidas, o nascimento de um filho.

Às Profas. Dras. Maria José Clapis e Flávia Azevedo Gomes pelos conhecimentos compartilhados durante o exame de qualificação.

Às amigas que dividiram este momento comigo, pelo apoio, compreensão e bons momentos vivídos, especialmente Giovana Simino.

Sobretudo a Deus, por permitir que todas estas pessoas especiais me acompanhassem durante esta jornada.

"Para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer".

Michel Odent

RESUMO

FORNAZARI, D.H. ***Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP.*** 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

Há anos a redução da taxa de mortalidade materna vem sendo discutida em todo mundo, sendo considerada um dos indicadores de qualidade à saúde. É consenso mundial que a presença de profissionais qualificados durante o ciclo gravídico-puerperal diminui o número das morbi-mortalidades de mulheres e recém-nascidos. Diante desta situação a Confederação Internacional das Parteiras (ICM) preconizou as competências essenciais que os profissionais devem possuir para realizar uma atenção qualificada em todas as fases do ciclo reprodutivo. **Objetivo:** descrever o perfil dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato no município de Piracicaba/SP e identificar os procedimentos que estes realizam segundo a preconização da ICM. **Metodologia:** estudo quantitativo de natureza descritivo-exploratória. Os dados foram coletados em duas instituições. Foram entrevistados através de questionário semi-estruturado 57 profissionais: 8 enfermeiros obstetras, 4 enfermeiros, 38 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares de enfermagem. Através de observação não participativa foram acompanhados 24 acolhimentos para primeiro atendimento, 30 trabalhos de parto, 20 partos e pós partos imediato. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. **Resultados:** Perfil da equipe de enfermagem: todos profissionais são do sexo feminino, com média de idade de 30 anos, 45,61% convivem com parceiro fixo, 57,89% não possuem filhos, média diária de trabalho de 7,42 horas, 77,19% destes participaram de eventos científicos após conclusão dos seus estudos, apenas profissionais com nível superior realizaram partos. Todos afirmaram gostar de trabalhar na assistência ao parto. Competências essenciais: em geral, as práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são adotadas, embora em muitas situações estas sejam realizadas de maneira incompleta em especial as que se referem à humanização da assistência. No entanto, notou-se que as atribuições são delegadas segundo categoria profissional e não em relação à competência profissional. **Conclusão:** o estudo demonstrou a necessidade de abolir a divisão das funções segundo formação profissional, permitindo que o atendimento seja realizado de acordo com a qualificação profissional em especial no que se refere ao atendimento a mulher durante o parto. Há necessidade de investimentos na reciclagem dos profissionais e na reorganização do modelo da assistência para contribuir com a melhoria da assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP.

Descritores: cuidados de enfermagem, competência profissional, equipe de enfermagem, enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

FORNAZARI, D.H. **Performance of the nursing team in care to women during labor, delivery and immediate postpartum in the city of Piracicaba-SP. 2009.** 92f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

For years, the reduction of maternal mortality has been globally discussed and is considered one of the indicators of quality of health. It is a global consensus that the presence of trained professionals during the pregnancy-puerperium cycle decreases the number of morbidities and mortalities of women and newborns. Thus, the International Confederation of Midwives (ICM) recommended the essential competences that professionals should have to provide quality care in all phases of the reproductive cycle. **Objective**: to describe the profile of nursing professionals who work in nursing care during labor, delivery and immediate postpartum in the city of Piracicaba-SP, and to identify the procedures they perform according to the recommendation of the ICM. **Method**: quantitative, descriptive and exploratory study. Data were collected in two institutions. Using a semi-structured questionnaire, 57 workers were interviewed: 8 nurse-midwives, 4 nurses, 38 nursing technicians and 7 nursing auxiliaries. Through non-participatory observation, 24 first welcomes, 30 labors, 20 deliveries and immediate postpartum were followed. Descriptive statistics was used for data analysis. **Results**: Nursing team profile: all workers are female, with average age of 30 years, 45.61% have fixed partners, 57.89% do not have children, the average daily workload is 7,42 hours, 77.19% of them participated in scientific events after finishing their studies, and only workers with higher education performed delivery care. All participants reported liking to work in delivery care. Essential competences: in general, the obstetric practices recommended by the World Health Organization (WHO) are adopted, although in several situations they are carried out incompletely, mainly the ones referring to the humanization of care. However, it was noticed that the attributions are delegated according to professional category and not in relation to professional competence. **Conclusion**: the study showed the need to extinguish the division of functions according to professional degree, permitting care to be delivered according to professional qualification, especially with regard to care to women in delivery. Investment in professional recycling and in the reorganization of the care model as to improve care during labor, delivery and immediate postpartum in the city of Piracicaba/SP is needed.

Descriptors: quality care; professional competence; nursing, team.

RESUMEN

FORNAZARI, D.H. **Actuación del equipo de enfermería en la atención a la mujer durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato en el municipio de Piracicaba/SP.** 92fl. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

Hace años la reducción de la tasa de mortalidad materna es discutida en todo el mundo, siendo considerada uno de los indicadores de calidad a la salud. Es consenso mundial que la presencia de profesionales cualificados durante el ciclo gravídico-puerperal disminuye el número de las morbilidades y mortalidades de mujeres y recién-nacidos. Así, la Confederación Internacional de las Parteras (ICM) preconizó las competencias esenciales que los profesionales deben tener para realizar una atención cualificada en todas las fases del ciclo reproductivo. **Objetivo:** describir el perfil de los profesionales de enfermería que actúan en la atención de enfermería durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato en el municipio de Piracicaba-SP e identificar los procedimientos que realizan según la preconización de la ICM. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio. Los datos fueron recolectados en dos instituciones. A través de cuestionario semi-estructurado fueron entrevistados 57 profesionales: 8 enfermeros obstetras, 4 enfermeros, 38 técnicos de enfermería y 7 auxiliares de enfermería. A través de observación no participativa fueron acompañadas 24 acogidas para primero atendimiento, 30 trabajos de parto, 20 partos y postpartos inmediatos. Para el análisis de los datos fue utilizada la estadística descriptiva. **Resultados:** Perfil del equipo de enfermería: todos los profesionales son del sexo femenino, con promedio de edad de 30 años, el 45,61% convive con pareja fija, el 57,89% no tiene hijos, el promedio diario de trabajo es de 7,42 horas, el 77,19% participó de eventos científicos después de la conclusión de los estudios y sólo profesionales con nivel superior realizaron partos. Todos dijeron gustar de trabajar en la atención al parto. Competencias esenciales: en general, las prácticas obstétricas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son adoptadas, aunque en muchas situaciones sean realizadas de manera incompleta en especial las que se refieren a la humanización de la atención. Todavía, se observó que las atribuciones son delegadas según categoría profesional y no en relación a la competencia profesional. **Conclusión:** el estudio demostró la necesidad de extinguir la división de las funciones según formación profesional, permitiendo que la atención sea realizada de acuerdo con la cualificación profesional, en especial en lo que se refiere a la atención a la mujer durante el parto. Hay necesidad de inversiones en el reciclaje de los profesionales y en la reorganización del modelo de la atención para mejorarla durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato en el municipio de Piracicaba/SP.

Descriptores: atención cualificada; competencia profesional; grupo de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1- Desejo de trabalhar com parturiente da equipe de enfermagem que atua na assistência à parturiente, segundo categoria profissional, no município de Piracicaba-SP, 2008..... 43

Gráfico 2- Permanência da puérpera no centro obstétrico (CO) em horas no município de Piracicaba-SP, 2008..... 50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Situação conjugal e número de dependentes da equipe de enfermagem que trabalha na assistência à parturiente segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008..... 39

Tabela 2- Jornada diária de trabalho e renda mensal da equipe de enfermagem que trabalha na assistência à parturiente segundo categoria profissional, no município de Piracicaba- SP, 2008..... 40

Tabela 3- Modo de aprendizagem e conclusão dos estudos da equipe de enfermagem que trabalha na assistência à parturiente segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008..... 41

Tabela 4- Treinamento ao parto, participação em eventos científicos, curso de reciclagem na área de saúde da mulher e tempo de trabalho na assistência à parturiente da equipe de enfermagem segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008..... 42

Tabela 5- Procedimentos realizados no acolhimento segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008..... 44

Tabela 6- Hidratação e nutrição oferecidas às parturientes e utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008..... 45

Tabela 7- Distribuição dos procedimentos: toque vaginal e ausculta de BCF segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008 .. 46

Tabela 8- Cuidados realizados na região perineal durante período expulsivo segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008 48

Tabela 9- Cuidados oferecidos ao cordão umbilical segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008..... 48

Tabela 10- Interação mãe e filho segundo a variável tempo no município de Piracicaba-SP, 2008..... 49

Tabela 11- Cuidados oferecidos à puérpera segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008..... 49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABENFO	Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AU	Altura Uterina
Aux. Enf.	Auxiliar de Enfermagem
BCF	Batimento Cardio-fetal
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CID	Classificação Internacional de Doença
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
C.O	Centro Obstétrico
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DRS X	Diretoria Regional de Saúde X
DU	Dinâmica Uterina
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EV	Endovenosa
Enf.	Enfermeiro
Enf. Obst.	Enfermeiro Obstetra
FEBRAGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	Human Immunodeficiency Virus – Vírus da Imunodeficiência Humana
IAG	Interagency Group – Grupo Interagencial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	International Confederation of Midwives – Confederação Internacional de Parteiras
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
P.A.	Pressão Arterial
PAHO	Pan American Health Organization
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PC	Parto Cesárea
PF	Parto Fórceps
PN	Parto Normal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém Nascidos
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Tec.Enf.	Técnico em Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
1.1 Atenção qualificada 24
2 OBJETIVOS 30
2.1 Geral 30
2.2 Específico 30
3 METODOLOGIA 32
3.1 Tipo do Estudo 32
3.2 Local do estudo 32
3.2.1 Instituições participantes do estudo 33
3.3 Participantes do Estudo 34
3.4 Procedimentos para coleta e registro dos dados 35
3.5 Observância da Dimensão Ética 36
3.6 Análise dos dados 37
4 RESULTADOS 39
4.1 Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato 39
4.2 Modelo de atenção dispensado à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato 43
4.2.1 Porta de entrada: admissão e primeiro atendimento 44
4.2.2 Pré-parto 45
4.2.3 Parto e Pós-parto Imediato 47
5 DISCUSSÃO 52
5.1 Caracterização da equipe de enfermagem na assistência à parturiente 52
5.2 Modelo de atenção dispensado à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP 58
5.2.1 Porta de entrada: acolhimento e admissão 58
5.2.2 Trabalho de parto 60
5.2.3 Parto e pós parto imediato 66
6 CONCLUSÃO 70
REFERÊNCIAS 72
ANEXOS 82

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, sendo a parturiente assistida por parteiras sem formação técnica ou acadêmica. Porém, com o passar do tempo, o avanço do conhecimento científico, e a busca pela redução das altas taxas de mortalidade, o parto passou a ser institucionalizado, tornando-se hospitalar e medicalizado. Contudo, esta rotina criada com o fito de atender as necessidades profissionais em saúde e melhorar a assistência prestada à mulher relegou a um segundo plano, as necessidades das parturientes (BRÜGGEMANN; PARPINELLY; OSIS, 2005).

O processo de medicalização do parto caracterizou-se por transformar os ciclos naturais da vida em objetos da medicina, passíveis de serem compreendidos e controlados pelo saber científico. Assim, a especialidade Obstétrica passou a abordar o ciclo gravídico-puerperal como algo patológico, não natural, forjando a institucionalização da assistência obstétrica como fundamental para a garantia de um desfecho favorável do nascimento e foi determinante para transformar o cuidado à mulher em cura. Quando praticado por parteiras, o foco do cuidado ao período de gravidez, parto e puerpério era a mulher em sua integralidade, com a hegemonia da obstetrícia se reduziu ao útero gravídico e ao trajeto do parto, partes consideradas defeituosas e que, portanto, necessitam do saber médico para serem reparadas (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica. Entre estes, cabe destacar a evolução da cirurgia cesariana que, de um procedimento antes só realizado em mulheres mortas para salvar a vida fetal, passou a ser procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto (BRASIL, 2000). As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas da saúde materna e perinatal. Devido a esses desenvolvimentos, torna-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos à saúde das mulheres (BRASIL, 2009a).

Entretanto, mesmo com a mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar e com toda a evolução tecnológica, ainda se observa dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, altos índices de

morbimortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto cirúrgico, na maioria das vezes sem indicação real, uso abusivo da tecnologia de ponta, abortos clandestinos, esterilização em massa, baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno, entre outras (BRASIL, 2001).

Em 1994, após a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), a Organização Mundial da Saúde (OMS), introduziu o conceito de morte materna tardia que engloba "*a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas entre 42 dias até um ano após término da gravidez*".

A definição clássica considera morte materna como:

> *A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais*" (SOUZA; LAURENTI, 19871[1] apud COSTA et al., 2002).

Anualmente são contabilizados, aproximadamente 120 milhões de gravidezes em todo mundo. Destas, 50 milhões apresentam algum tipo de complicação relacionada à hemorragia, transtornos hipertensivos e infecções relacionadas à precária assistência durante o período gravídico–puerperal. Soma-se a este número a estimativa de óbito de 600.000 mulheres e 1,2 milhões de recém–nascidos por complicações durante o parto (MacDONALD; STARRS, 2003).

Estudo realizado pela OMS estimou que aproximadamente 585.000 mulheres em todo mundo morrem vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Destas, apenas 5% vivem em países desenvolvidos. Em toda a América Latina, cerca de 28.000 mulheres morrem ao ano devido complicações na gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2009a).

As altas taxas de mortalidade materna e neonatal há muito persistem e, nos últimos anos, vêm exigindo a elaboração e a implementação de políticas, especialmente no âmbito da saúde, com vistas à melhoria e garantia da assistência

---

1 SOUZA, M. L, LAURENTI R. **Mortalidade Materna: conceitos e aspectos estatísticos.** Centro da OMS para a Classificação das Doenças em Português (MS/ USP/ OPAS/ OMS). São Paulo: Série Divulgação, 1987.

oferecida às mulheres e seus recém-nascidos. A grande maioria de mortes infantis ocorre durante o primeiro mês de vida, período no qual a probabilidade de um recém-nascido (RN) morrer é 15 vezes maior que em qualquer outro momento durante seu primeiro ano de vida. Dos 350.000 recém-nascidos que nascem a cada dia no mundo, 12.000 morrem durante o período neonatal. No Brasil, a mortalidade materna declinou durante a década de 80, mas registrou uma discreta elevação nos anos 90, com destaque para as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Devido ao alto índice de mortalidade materna em todo mundo, em 1987 foi lançada uma iniciativa global por uma maternidade sem risco, liderada pelo Grupo Interagencial (IAG), com o objetivo de aumentar a consciência e promover a ação a nível global e nacional para conseguir que as gravidezes e os partos sejam mais seguros para as mulheres e RN. Para isto este grupo organizou no Quênia a "Conferência Mundial por uma Maternidade Segura", objetivando reduzir os índices de mortalidade materna em 50% até o ano 2000, e em 75% até o ano 2015 (STARRS, 1998).

Em 1997, o IAG convocou uma nova conferência internacional sediada em Colombo, no Sri Lanka, com o objetivo de revisar os avanços obtidos durante o primeiro decênio da iniciativa, identificando as estratégias mais eficazes e mobilizando ações de nível nacional para implementar estas estratégias. A partir desta conferência surgiu um claro consenso sobre a importância da atenção qualificada à parturiente como uma intervenção fundamental para tornar a gravidez e os partos mais seguros (STARRS, 1998).

Os dados atuais indicam que somente 53% das mulheres em países em desenvolvimento dão a luz sendo atendidas por profissionais qualificados. A fim de melhorar esta situação o IAG elaborou algumas estratégias enfocando primordialmente o processo de atenção qualificada durante o parto (Mac DONALD; STARRS, 2003).

Em setembro de 2000, os membros das Nações Unidas adotaram as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, as quais incluem além da redução da mortalidade, aumentar a proporção de nascimentos atendidos por pessoal qualificado como um indicador para essa meta. Ainda que se tenha conseguido certo progresso na execução das metas, há muito a ser feito, o que exigiu compromissos

e aporte de uma gama de sócios: governos, organizações não governamentais, organizações internacionais de assistência entre outros (WHO, 2004).

A OMS elaborou um conjunto de recomendações com o objetivo de esclarecer as “boas práticas” na assistência ao parto normal, no sentido de torná-lo o mais fisiológico possível. Essas recomendações foram classificadas em quatro categorias: Categoria A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C – práticas em relação às quais não existe evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão, e Categoria D – práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado, divulgadas no documento denominado Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático (OMS, 1996).

Várias instâncias internacionais têm fixado metas visando à redução da mortalidade materna. No Brasil, ocorreram algumas iniciativas voltadas para redução da mortalidade materna a partir da década de 70. Em 1974 foi definido o Programa Nacional de Saúde Materno e Infantil (PNSMI), visando reduzir os elevados índices de morbi-mortalidade materno e infantil. Este mesmo Programa sofreu alterações em 1977, buscando também a descentralização técnico-administrativa (TYRREL; CARVALHO, 1998).

Além destas iniciativas, diversas outras políticas públicas de saúde foram desenvolvidas visando o bem-estar da mulher e da criança, entre as quais se cita: o Programa de Assistência Integral a Mulher (PAISM); o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), e o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PNHPN). Algumas iniciativas vem se afirmando nos dias de hoje e tem congregado profissionais, gestores e serviços de saúde; associações de classe como a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras (ABENFO); as organizações não governamentais como as “Amigas do Parto” e a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), entre outras (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Iniciado em 1984, em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres, o PAISM, foi criado visando à inclusão da assistência pré-natal. A implantação deste programa ocorreu de modo heterogêneo no país, sendo difícil avaliar seu impacto global sobre a saúde da mulher (BRASIL, 2001).

Buscando a melhora da saúde materno-infantil, em 1996 o Ministério da Saúde (MS), em parceria com Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) lançaram o Projeto Maternidade Segura que pretendia reduzir o índice de mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2001).

O Governo Federal instituiu em 1999 o Prêmio Galba de Araújo, concedido às maternidades que se destacam por inovações voltadas à humanização do atendimento obstétrico e neonatal, ao incentivo ao parto normal e humanizado. Através da portaria n° 569, de junho de 2000, foi instituído pelo MS o Programa Nacional de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) numa tentativa de redução das taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal no país, buscando a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2000).

Dentre os esforços propostos pelo PNHPN, ressalta-se a realização da primeira consulta de pré-natal até o 4° mês de gestação, oferecer um mínimo de seis consultas de pré-natal à gestante, uma consulta no puerpério, exames laboratoriais de tipagem sanguínea, fator Rh, anti-HIV, cobertura vacinal, atividades educativas, entre outros (dos SANTOS NETO et al., 2008).

Em 2004, o MS reafirma seus anseios com a elaboração do documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propondo os princípios e diretrizes a serem seguidos desde 2004, prestando especial cautela à atenção obstétrica através do Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (dos SANTOS NETO et al., 2008).

O Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, lançado pelo Governo Federal em março de 2004, cujo objetivo mais urgente era qualificar a atenção obstétrica e neonatal no país, foi um movimento político calcado na estrutura, nos programas e nas ações do setor Saúde, mas que não se restringiu a esse setor, sendo a expressão da política de governo para enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e neonatal. Consistiu na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas do governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal e que não podem prescindir da atuação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004).

Em 2007, o Brasil contava com uma população de 183.987.291 habitantes, sendo composto por 94 milhões de mulheres, cerca de 51,2% da população brasileira. Desse total, 47,5 milhões estavam em idade fértil compreendida entre 15 a 49 anos, apresentando uma taxa de fecundidade de 1,83 filho por mulher. Nesse grupo, 30 milhões de mulheres já tinham tido pelo menos um filho (IBGE, 2007).

Os índices elevados de mortalidade materna constituem-se um motivo de preocupação das autoridades em todos os níveis de atenção à saúde. A Razão da Mortalidade Materna (RMM) estimada no Brasil foi de 55,11 no ano de 2006 (BRASIL, 2009a). A cobertura do sistema de informação sobre mortalidade gerida pelo MS, é estimada por meio de métodos demográficos em torno de 85%, sendo a sub-informação concentrada quase que exclusivamente nas regiões Norte e Nordeste. No entanto, mesmo nas regiões com boa cobertura sabe-se que a declaração de muitas mortes maternas continua mascarada no Brasil (LAURENTI; JORDE; GOTLIED, 2004).

Portanto, a real magnitude da mortalidade materna em nosso país não está totalmente representada nos números oficiais, como nos demais países em desenvolvimento que também apresentam dificuldades para identificar estes números. Igualmente os países desenvolvidos referem problemas, embora em menor grau para captar os índices exatos de óbito materno (WHO, 2003).

Conforme mostram diversos estudos, a possibilidade de se evitar a mortalidade materna oscila entre 90 e 95% e está ligada diretamente à oportunidade e qualidade da assistência recebida pela mulher durante todo ciclo gravídico–puerperal (REZENDE; MORELI; REZENDE, 2000; MARTINS-COSTA et al., 1997; LAURENTI,1994).

Apesar de todos os esforços para redução da morbi-mortalidade materna e perinatal, as mulheres continuam sendo submetidas a procedimentos desnecessários e atendidas por profissionais não qualificados (MacDONALD; STARRS, 2003). Outro agravante do processo de parturição no Brasil é o elevado índice de partos cirúrgicos. Em 2006 o índice de partos cesáreos chegou a 45% no país e 53% na região sudeste (BRASIL, 2009b). No entanto altas taxas de cesáreas não necessariamente indicam uma boa qualidade de cuidados ou serviço prestado. Estes números ultrapassam os índices de 15% aceitáveis pela OMS. Desta maneira, o país abusa da cirurgia, realizando-a mesmo quando não indicada, esquecendo

que esta é uma opção para evitar o óbito fetal e/ou materno quando corretamente indicada (FORNAZARI; SILVA; GOLDMAN, 2007).

No município de Piracicaba, interior de São Paulo, o percentual dos partos cirúrgicos somou na rede pública mais de 30% no ano de 2006. Este número torna-se ainda maior quando somados a rede particular e convênios, chegando a 60%, ultrapassando os índices do estado. Quando analisados os dados do número de morte materna no mesmo ano, encontra-se um caso. A RMM no mesmo período foi de aproximadamente 19,80 (BRASIL, 2009b).

Este quadro poderia ser reduzido se as instituições de saúde contassem com equipamentos hospitalares para realizar intervenções necessárias às urgências e emergências ao parto, insumos, fármacos, sistema de referência e contra referência adequada, práticas adequadas que favorecem o parto normal, atendimento de qualidade no pré-natal, programas de planejamento familiar e principalmente profissionais qualificados (dos SANTOS NETO et al., 2008).

Na perspectiva para o alcance da Maternidade Segura e especialmente para reduzir o quantitativo de partos cesáreos, o MS institui dispositivos no sentido de valorizar o papel da enfermeira obstetra na assistência ao parto, deliberando a inclusão dos partos por elas realizados na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a oferecer cursos de capacitação aos enfermeiros – especialização em enfermagem obstétrica, tornando–os legalmente habilitados a cuidar da mulher desde a gestação até a realização do parto normal sem distócia (DAVIM; BEZERRA, 2002).

A implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se encontra inserida num contexto de humanização do parto e nascimento. A entrada da enfermagem obstétrica neste espaço de assistência, hoje ocupado pelos médicos obstetras, tem provocado embate entre as categorias, dificultando a implantação da política de humanização (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Nesta perspectiva, utiliza-se de mecanismos que lhe são cabíveis, divulgando portarias, como a n^0 2.815, de 29 de maio de 1998, que estabelece a inclusão, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS do parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra, com finalidade de que a assistência prestada por esta categoria profissional seja reconhecida no contexto de humanização do parto (MAZZO; BRITO; ENDERS, 2003).

1.1 Atenção qualificada

A prevenção de mortes no ciclo gravídico-puerperal continua sendo prioridade internacional e o Brasil como muito outros países se comprometem em melhorar e ampliar os serviços voltados para a saúde da mulher. Para tanto se faz necessário o combate as principais causas de morbi-mortalidade materna e neonatal que continuam sendo consideradas evitáveis mediante uma boa assistência (BRASIL, 2005).

Evidências histórica e epidemiológica referentes a diversos países em desenvolvimento sugerem que a atenção qualificada durante o parto e imediatamente após pode ter efeito significativo na redução das mortes maternas (MacDONALD; STARRS, 2003).

O desenvolvimento do conceito de qualidade aplicado aos serviços de saúde, passou por um processo evolutivo associado ao progresso político, econômico e cultural de cada época, incorporando novos elementos com o movimento histórico da sociedade e organizações (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

A atenção qualificada em obstetrícia é o processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto e parto, o período pós-parto e neonatal, independente do local que ocorra o nascimento. 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 políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infra-estrutura adequados além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação, de referência e transporte (MacDONALD; STARRS, 2003).

A atenção qualificada inclui cuidados para mulheres que sofrem complicações que colocam em risco suas vidas, porém não se limita a isso. Pode aumentar a probabilidade de tratamento imediato e apropriado quando ocorrem complicações além de promover uma rápida e oportuna referência quando necessário (MacDONALD; STARRS, 2003).

Estratégias consideradas eficazes para aumentar a atenção qualificada durante o parto e reduzir a mortalidade materna são sugeridas podendo ser adaptadas de acordo com cada realidade, tais como (MacDONALD; STARRS, 2003):

- Reconhecer o problema da mortalidade materna e aceitar que em sua maioria ela pode ser evitada;

- Assumir compromisso público para redução da mortalidade materna, aprovando legislação que facilite a atenção qualificada durante o parto a todas as mulheres;

- Estimular e facilitar a atenção qualificada, profissionalizando a prática de atenção ao parto e garantir que as parteiras[2] sejam profissionais competentes;

- Incorporar às práticas das parteiras necessárias para salvar vidas;

- Assegurar disponibilidade financeira com provisão de insumos e equipamentos necessários para oferecer atenção qualificada em todos os nascimentos.

No setor da saúde, a política da qualidade tem gerado uma preocupação constante com a melhoria da assistência prestada ao paciente, exigindo maiores investimentos na qualificação dos trabalhadores. Essa qualificação deve estar voltada para o desenvolvimento do ser humano de forma integral a fim de atender as necessidades identificadas em uma realidade de trabalho específica (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

Os profissionais qualificados devem ser capazes de manejar o trabalho de parto e o parto normal, reconhecerem o início das complicações, realizarem intervenções essenciais, dar início ao tratamento e supervisionar a referência da mulher e do RN às intervenções que estão além de suas competências ou que não são possíveis naquele contexto particular (MacDONALD; STARRS, 2003).

No senso comum, encontram-se dois enfoques semânticos para o termo competência: um relacionado à legitimidade atribuída por lei ou por reconhecimento a uma pessoa ou organização para apreciar ou julgar determinada questão ou pleito; e outro relacionado ao reconhecimento de características pessoais (qualidades) vinculadas à capacidade e idoneidade para resolver certos assuntos, inclusive os de natureza profissional (HILLAU, 1994 apud[3] LIMA, 2005).

---

[2] Neste estudo define-se parteira como o profissional legalmente habilitado para realizar parto normal sem distócia.

[3] HILLAU, B. De l'intelligence operatoire à l'historicité du sujet. De l'intelligence operatoire à l'historicité du sujet. In: MINET, F. PARLIER, M., WITTE, S. (Orgs.) La compétence, mythe, construction ou réalité? Paris: Éditions Harmattan, 1994, p.45-69.

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. Deve possuir competências essenciais como monitorar a saúde da mulher e do feto, dar tratamento preventivo e curativo para enfermidades comuns, orientar sobre sinais de perigo, realizar planejamento do parto, atender ao parto normal, cuidados com o cordão umbilical, promover lactação precoce, orientar sobre planejamento familiar, realizar o manejo correto das emergências obstétricas, além de possuir destreza cognitiva e de atitude (MacDONALD; STARRS, 2003).

A competência se refere às características pessoais apresentadas em seu trabalho. São definidas em um contexto especial que envolve conhecimento, características adquiridas e herdadas, além de habilidades (KAK, BURKHALTER, COOPER, 2001).

A competência surge da integração de vários saberes, habilidades, atitudes e posturas mentais, curiosidade, paixão, busca de significado, desejo de tecer laços, relação com o tempo, maneira de unir intuição e razão, cautela e audácia, que nascem tanto da formação como da experiência (De DOMENICO; IDE, 2005).

Nesta perspectiva, as competências profissionais são construídas pelos próprios trabalhadores no desenvolvimento dos processos de trabalho, sendo que as organizações, os espaços formativos e de trabalho são imprescindíveis para propiciar um aprendizado qualificado (SHIMIZU; LIMA; SANTANA, 2007).

Os padrões de competência utilizados para certificação explicitam o que o profissional deve saber e pôr em prática para desempenhar sua função com sucesso, possibilitando o correto desenvolvimento profissional com padrões de qualidade. Reflete também os valores atribuídos por uma sociedade, uma determinada carreira e orientam os processos de formação e avaliação profissionais. Por outro lado, um enfoque de competência centrado só nas capacidades/atributos corre o risco de beneficiar o desenvolvimento articulado dos domínios cognitivos, psicomotor e afetivo, reduzindo a prática a simples campo de atuação da teoria (LIMA, 2005).

Quando se quer reforçar a capacidade do pessoal qualificado para salvar a vida das mulheres, promover e proteger a saúde materna e comunitária é indispensável estabelecer programas de capacitação de alta qualidade e de supervisão capacitante (MacDONALD; STARRS, 2003).

O processo de ensino baseado na construção de competências, primordialmente expressa reconhecer que as relações do mundo estão mudadas, e que, sendo assim, a formação educacional do profissional também precisa ser outra, uma vez que a transmissão de conhecimentos não garante a formação de indivíduos capazes de modificar uma prática, de apresentarem novos resultados. É preciso que eles sejam competentes (De DOMENICO; IDE, 2005).

Segundo a Confederação Internacional de Parteiras (ICM), são considerados profissionais competentes para prestar assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, traduzido por Dotto (2006) aqueles que possuem:

> **Competência 1**: a parteira tem conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado para as mulheres, RN e famílias, no período reprodutivo.
> **Competência 2:** a parteira fornece educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporciona serviços para toda comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e maternidade/paternidade saudáveis.
> **Competência 3**: a parteira proporciona cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupada em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas situações.
> **Competência 4**: a parteira proporciona, durante o parto, cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem parto higiênico e seguro, manejam situações de emergência para otimizar a saúde da mulher e RN.
> **Competência 5:** a parteira fornece à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível no pós parto.
> **Competência 6:** a parteira proporciona cuidado integral, de alta qualidade, para o RN saudável, do nascimento até dois meses de idade.

É necessário que os países fixem metas para capacitar e destinar estrategicamente o pessoal qualificado. A ICM e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), visando à diminuição da morbi-mortalidade materna, propuseram como meta para cada 5.000 habitantes uma pessoa com destreza em atenção profissional ao parto, assumindo que o provedor ofereça

somente cuidados obstétricos. Em um país em desenvolvimento, isto se traduziria em uma pessoa qualificada oferecendo atenção a 200 nascimentos ao ano. Em geral, os países desenvolvidos têm fixado metas muito mais baixas, que flutuam entre 30 a 120 nascimentos ao ano (MacDONALD; STARRS, 2003).

Portanto, a atenção qualificada ao parto é uma estratégia fundamental para tornar as gestações e partos mais seguros, podendo contribuir significantemente na redução de mortes maternas.

Considerando que os profissionais de saúde que atende à gestação, ao parto, nascimento e pós-parto devem possuir competências essenciais (conhecimentos e habilidades) para o exercício da prática obstétrica com qualidade, definiu-se como objeto deste estudo as competências desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no município de Piracicaba.

O município de Piracicaba apresentava uma RMM de 19,80 casos em 2006, somando-se a esta taxa um percentual de 36% de partos cirúrgicos no mesmo ano (BRASIL, 2009b).

A ICM (2004) traz no conjunto das competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia os conhecimentos e habilidades que os profissionais qualificados devem possuir para fornecer à mulher, em todas as fases do ciclo reprodutivo, uma atenção qualificada. Os resultados deste estudo poderão oferecer subsídios para responder as seguintes questões:

a) Quem são os profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba?
b) Quais as ações/intervenções que cada profissional de enfermagem desempenha no atendimento à mulher e ao RN durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba?
c) As ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no município de Piracicaba estão baseadas em evidências científicas?
d) O desempenho das competências essenciais para o atendimento de qualidade em obstetrícia no município de Piracicaba faz parte da prática dos profissionais de enfermagem?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer a realidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP.

2.2 Específico

- Descrever o perfil dos profissionais de enfermagem que participam na atenção à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município selecionado.
- Identificar as competências/ações realizadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município selecionado.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo do Estudo

A fim de responder os objetivos citados, optou-se por um estudo quantitativo, de natureza descritivo-exploratória.

Um estudo observacional descritivo tem por objetivo descrever a frequência e ocorrência de fenômenos, onde o pesquisador busca traçar o perfil de um determinado assunto ou de profissionais envolvidos em uma área de atuação específica, observando a existência de eventos específicos, ou representando as respectivas frequências de ocorrência destes eventos através da estatística descritiva (PEREIRA, 2003; Da COSTA et al. 2000). Para Triviños (1987) o foco essencial do estudo descritivo é a intenção de se conhecer uma determinada realidade, esse tipo de estudo descreve com exatidão os fatos e fenômenos desta realidade.

A abordagem quantitativa atua em níveis da realidade, onde os dados se apresentam de maneira concreta, tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (MINAYO; SANCHES,1993).

3.2 Local do estudo

O nome da cidade vem do tupi-guarani que significa "lugar onde o peixe pára". É uma referência às grandiosas quedas do rio Piracicaba que bloqueiam a piracema dos peixes (IBGE, 2006).

Piracicaba é um dos 645 municípios do Estado de São Paulo, sendo o 19° em extensão territorial, constituindo uma excepcional reserva de terra para assentamento industrial, justamente na região de maior desenvolvimento do Estado e de maior potencial econômico do Brasil (CIAGRI/USP, 2007).

Localiza–se no interior do estado de São Paulo, a 160 Km da capital paulista, apresentando uma população estimada, no ano de 2007, de 366.000 habitantes,

sendo aproximadamente 185.600 mulheres, das quais 120.000 se encontram em idade fértil, segundo o IBGE (2006).

A taxa de natalidade no município de Piracicaba, em 2006, foi 5.048 RN. Destes, 64% foram por partos cirúrgicos e 36% partos vaginas. A porcentagem de mães adolescentes foi 16,5%. Em relação ao número de óbitos no município em 2006, contabilizaram um total de 2.293 casos, sendo 1.266 masculinos e 1.027 femininos, registrando-se 34 óbitos infantis por afecções originadas no período perinatal e 1 óbito materno durante a gravidez, parto e puerpério. A RMM no município em 2006 foi de 19,80. Esta RMM apresenta-se menor que a do estado de São Paulo de 40,77 (BRASIL, 2009b).

O município de Piracicaba, conta com 7 estabelecimentos de saúde com internação, sendo que 2 destes são credenciados pelo SUS, está inserido dentro da Diretoria Regional de Saúde X (DRS X) e dispõe de 655 leitos para internação entre estabelecimentos de saúde públicos e privados, sendo 494 destes disponibilizados para rede SUS.

O município conta com 3 instituições que prestam serviço à mulher durante o ciclo gravídico puerperal destas, duas são conveniadas ao SUS (IBGE, 2006).

3.2.1 Instituições participantes do estudo

Optou-se por realizar a presente pesquisa apenas no âmbito das instituições credenciadas pelos SUS, por não apresentarem problemas burocráticos quanto à aceitação de participação nesta pesquisa.

Essas instituições recebem gestantes, parturientes e puérperas da própria cidade e de municípios vizinhos que não possuem serviços de saúde especializados no atendimento à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Nestas instituições somente o médico é responsável pela autorização de internação hospitalar (AIH).

A primeira instituição, doravante denominada “A” foi criada no ano de 1967, possui capacidade instalada de 209 leitos, destes 38 são destinados ao alojamento conjunto sendo 18 SUS e 14 medicina suplementar, além de 3 leitos para enfermaria mãe canguru. As duas salas de pré-parto contam com 2 leitos cada uma. No ano de

2008 totalizou-se 2.378 partos sendo 970 partos normais (PN), 27 partos fórceps (PF) e 1.381 partos cesáreos (PC).

A equipe profissional é formada por 11 médicos ginecologistas, presentes 24h em todos os dias da semana, 6 enfermeiros presentes continuamente, 29 profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) além de médicos, pediatras e anestesiologistas plantonistas.

A segunda instituição do estudo, denominada “B”, iniciou suas atividades em 1883. Atualmente possui 341 leitos, sendo 40 destes destinados para cuidados à saúde da mulher: 6 cirurgias ginecológicas, 6 tratamentos obstétricos, 28 alojamento conjunto, sendo 3 destes em enfermaria mãe canguru. Somam 4 o número de leitos em pré-parto, todos em uma mesma enfermaria. Em 2008 ocorreram 931 partos vaginais e 789 partos cesáreos.

Trabalham nesta instituição 20 médicos obstetras prestando assistência médica intermitente, 8 enfermeiras presentes continuamente, 35 profissionais de enfermagem de nível médio (26 técnicos de enfermagem e 9 auxiliares de enfermagem). Também atuam como plantonistas 12 médicos pediatras e 12 anestesiologistas.

Em ambas as instituições a porta de entrada é o pronto atendimento ginecológico/obstétrico, sendo a mulher acolhida por um médico ginecologista, exceto quando o mesmo se encontra na execução de outra atividade, sendo neste caso solicitado a presença de uma enfermeira. Em todos os acolhimentos também está presente um profissional de enfermagem, seja ele de nível técnico ou nível superior. A ele é destinada a realização de técnicas de enfermagem, encaminhamento da mulher para enfermeira (internação, ou pré-parto). Faz-se necessário ressaltar que não faz parte da rotina destas instituições a permanência de gestantes no pré-parto se as mesmas tiverem sido admitidas para cesárea eletiva. Portanto o índice de partos cirúrgico deste estudo pode ter sido mascarado em razão do modo como foi realizada a coleta de dados proposta por plantões.

3.3 Participantes do Estudo

Participaram deste estudo 57 profissionais de enfermagem que atuam na assistência às mulheres parturientes das instituições selecionadas, em todos os

turnos de atendimento sendo excluídos os que no período de coleta estavam afastados por motivo de férias ou licença.

3.4 Procedimentos para coleta e registro dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2008, em ambas as maternidades de Piracicaba, em dois períodos distintos, de modo tal que a primeira complementa a segunda contemplando assim os objetivos específicos desta pesquisa, a saber:

1° Etapa: caracterização dos profissionais de enfermagem que atuam no atendimento à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de enfermagem de diferentes categorias (auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem, enfermeiro e enfermeiro especialista em obstetrícia). Para a coleta de dados desta etapa do estudo, foi utilizado um instrumento para entrevista com o profissional de enfermagem (Anexo I) com roteiro direcionado a coleta de informações específicas do perfil profissional destes sujeitos, constando de perguntas abertas e fechadas, adaptado do trabalho de Dotto (2006).

As entrevistas foram feitas pela própria pesquisadora no local de trabalho dos profissionais, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, com duração média de 10 minutos cada. A coleta aconteceu durante os plantões diurnos e noturnos, possibilitando assim a participação de todos os funcionários de ambas as instituições, não havendo nenhuma recusa. Somente foram excluídos do estudo, os profissionais que nos dias destinados para coleta de dados estiveram ausentes por motivo de licença ou férias.

2° Etapa: identificação das ações desenvolvidas por profissionais de enfermagem no atendimento à mulher durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através de observação sistemática, não participante.

Para a coleta de dados nesta etapa foi utilizado o instrumento “Roteiro de observação: pré-parto, parto e puerpério imediato” (Anexo II) cuja construção foi norteada pelas competências essenciais em obstetrícia da ICM/OMS/FIGO, pelo Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (OMS/MS), pelas Diretrizes do Manejo

Integrado da Gravidez e Nascimento (IMPAC) publicado pela OMS e pelo manual Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher, do Ministério da Saúde. Este instrumento foi previamente testado e avaliado por Dotto (2006), tendo sido estruturado na forma de check-list.

As observações foram realizadas pela pesquisadora e buscando obter uma amostra representativa da realidade estudada a pesquisadora esteve presente em turnos diurno e noturno, em plantões de 12h, em dias pares e ímpares, em todos os dias da semana, divididos em sala de primeiro atendimento, pré-parto e sala de parto em ambas as instituições.

Em sala de primeiro atendimento a pesquisadora permaneceu 2 plantões diurnos, um em dia par e um em dia ímpar e 2 plantões noturnos, um em noite par e um em noite ímpar em cada instituição. Deste modo, o total de observação em plantões foi 8, perfazendo 96 horas.

Em sala de pré-parto, parto e pós-parto a pesquisadora esteve presente em 4 plantões diurnos, 2 em dias pares e 2 em dias ímpares. Também participou de 4 plantões noturnos, em 2 noites pares e em 2 noites ímpares em cada uma das instituições. Deste modo, soma-se 16 plantões entre as instituições, totalizando 192 horas de coleta de dados.

Realizou-se um estudo piloto previamente à coleta de dados, proporcionando à pesquisadora uma maior interação com o ambiente de estudo e sua realidade, possibilitando assim a realização de correções necessárias para se evitar possíveis vieses de pesquisa.

3.5 Observância da Dimensão Ética

O presente estudo somente foi iniciado após a obtenção do consentimento das instituições em participar do estudo, obtendo aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP) sob protocolo nº 0788/2007 obedecendo às exigências da Resolução 196/96, referente à pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo III).

Como parte da documentação prevista nesta legislação foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em linguagem simples e objetiva, tanto para os profissionais de enfermagem, quanto para as instituições participantes, informando-lhes sobre os objetivos da pesquisa, finalidade da investigação, os procedimentos e benefícios, garantia do anonimato e respeito ao desejo de participar ou não do estudo, a liberdade em interromper a participação na pesquisa se assim desejassem, sem que isso acarrete dano pessoal e/ou profissional para si próprio ou para a instituição à qual está vinculado (Anexo IV).

Um segundo TCLE foi criado destinado às parturientes, solicitando, em linguagem simples e objetiva, a permissão das mesmas para observar seu trabalho de parto e parto, com garantia de anonimato, reafirmando a liberdade concedida às mesmas de desistir do estudo a qualquer momento (AnexoV).

Foi ainda esclarecido, que os dados obtidos seriam utilizados para elaboração de um trabalho científico, com finalidades estatísticas, e possível publicação posterior. Após a discussão do TCLE, daqueles que concordaram em participar, foi solicitada anuência mediante assinatura do mesmo.

3.6 Análise dos dados

Neste estudo utilizou-se o programa do office excell for windows da Microsoft, versão 2003, para tabulação da estatística descritiva e para apresentação dos dados. Os resultados foram dispostos pelo programa, utilizando-se freqüência (%), média e desvio padrão.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato

Participaram desta pesquisa 57 profissionais responsáveis pelo atendimento às parturientes nas maternidades estudadas, sendo 42 da instituição A e 15 da instituição B. A amostra deste estudo foi representada pelas seguintes categorias: 7 auxiliares de enfermagem (12,30%), 38 técnicos de enfermagem (67,70%), 4 enfermeiros (7,00%) e 8 enfermeiros obstetras (14,00%).

Em relação ao gênero, todos os profissionais alocados nesta amostra, são do sexo feminino, com idade média de 30,30 anos (DP ± 8,00), sendo a mínima de 20 anos e a máxima de 56 anos.

Em relação ao estado conjugal, a amostra é formada por 23 profissionais solteiros, 25 casados, 7 divorciados. O estado conjugal viúvo e união consensual, são observados com frequência de apenas 1 evento para as duas variáveis citadas. A maioria dos profissionais entrevistados (58%) não possui nenhum dependente financeiro (Tabela 1).

Tabela 1 - Situação conjugal e número de dependentes da equipe de enfermagem que trabalha na assistência à parturiente segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Aux. Enf.	Tec. Enf.	Enf.	Enf. Obst.	Total
Situação Conjugal					
Solteiro	1	17	2	3	23
Casado	4	16	2	3	25
Divorciado	2	3	0	2	7
Viúvo	0	1	0	0	1
União Consensual	0	1	0	0	1
Total	7	38	4	8	57
Dependentes					
Nenhum	1	24	4	4	33
Um	0	8	0	4	12
Dois	3	3	0	0	6
Três	1	3	0	0	4
Quatro ou mais	2	0	0	0	2
Total	7	38	4	8	57

Observou-se que onze profissionais da amostra possui dois ou mais empregos (4 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros e 4 enfermeiros obstetras), sendo que destes, 6 profissionais atuam também em outra maternidade e os 5 profissionais restantes, trabalham em outros serviços tais como UBS, Escola Técnica de Enfermagem e outros setores hospitalares.

A média diária de horas trabalhadas pelos profissionais desta pesquisa é 7,42 horas (DP ± 2,71), oscilando de 6 a 18 horas, conforme se observa na Tabela 2.

A remuneração mensal oferecida pelas instituições estudadas para estes profissionais varia conforme o nível de instrução dos mesmos. Observa-se média salarial de 2 salários mínimos entre nível médio, 4,75 salários mínimos entre enfermeiros e 4,5 salários mínimos entre enfermeiros obstetras (Tabela 2).

Tabela 2 - Jornada diária de trabalho e renda mensal da equipe de enfermagem que trabalha na assistência à parturiente segundo categoria profissional, no município de Piracicaba- SP, 2008.

	Aux. Enf.	Téc. Enf.	Enf.	Enf. Obst.	Total
Jornada de Trabalho					
6h	7	32	1	1	41
12h	0	3	2	3	8
18h	0	1	0	0	1
8h	0	2	0	2	4
7h	0	0	0	1	1
10h	0	0	1	0	1
14h	0	0	0	1	1
Total	7	38	4	8	57
Renda Mensal em Salários Mínimos					
2	7	38	0	0	45
3	0	0	0	0	0
4	0	0	1	4	5
5	0	0	3	4	7
Total	7	38	4	8	57
Média salarial em Salários Mínimos	2	2	4,75	4,5	2,5

Os profissionais formados em cursos profissionalizantes (nível médio) estudaram de nove a onze anos, enquanto os profissionais com nível superior estudaram doze anos ou mais.

Quando se questionou como aprenderam obstetrícia, 15 (26,31%) profissionais referiram ter aprendido apenas com a prática profissional, 14 (24,56%) pela formação profissional, e 14 (24,56%) com a formação profissional aliada a prática profissional (Tabela 3).

Dos 57 profissionais entrevistados, 36 responderam não ter aprendido realizar partos. Dos 21 que aprenderam, 9 relataram ter aprendido com profissionais de nível superior, sendo 2 profissionais de nível médio, 4 enfermeiros e 3 enfermeiros obstetras. Apenas 5 profissionais, enfermeiros obstetras, referiram ter aprendido realizar o parto através de educação formal (Tabela 3).

Em relação ao ano de conclusão do curso há uma variável, 5 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro obstetra concluíram seus estudos na década de 90. Entre os anos de 2000 a 2005 encontram-se 3 auxiliares de enfermagem, 21 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros e 7 enfermeiros obstetras (Tabela 3).

Tabela 3 - Modo de aprendizagem e conclusão dos estudos da equipe de enfermagem que trabalha na assistência à parturiente segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Aux. Enf.	Téc. Enf.	Enf.	Enf. Obst.	Total
Aprendeu obstetrícia					
Prática profissional	2	8	3	2	15
Formação profissional	1	12	0	1	14
Curso profissionalizante	0	2	0	4	6
Prática profissional + formação profissional	1	11	1	1	14
Não respondeu	3	5	0	0	8
Total	8	38	4	8	57
Aprendeu fazer parto					
Não aprendeu	3	33	0	0	36
Em curso de especialização em Enfermagem Obstétrica	0	0	0	5	5
Com profissional de nível superior	1	1	4	3	9
Não respondeu	3	4	0	0	7
Total	7	38	4	8	57
Ano Conclusão					
1990-1999	0	5	0	1	6
2000-2005	3	21	3	7	34
2006-2007	3	9	1	0	13
2008	0	1	0	0	1
Não sabe	1	2	0	0	3
Total	7	38	4	8	57

Dos 57 profissionais entrevistados, 47 (82%) referem não ter realizado treinamento na assistência ao parto depois de sua formação profissional. Apenas 10 profissionais (18%) realizaram treinamento na assistência ao parto (Tabela 4).

Observa-se na tabela 4, que 44 profissionais de enfermagem (77%), não participaram de eventos científicos na área da saúde da mulher após a conclusão do

curso. Entre os assuntos discutidos em tais eventos citados pelos 23% restantes foram: doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), aleitamento materno, interpretação de cardiotocografia e jornada de ginecologia e obstetrícia. Não lembram o assunto abordado, 7 profissionais.

Realizam curso de reciclagem na área de saúde da mulher na instituição em que trabalham 39 profissionais. Entre os que não participam, 10 funcionários referem que o mesmo não é oferecido pelo empregador, 5 profissionais referem não ter tempo para participar, 3 profissionais não realizam por outros motivos (Tabela 4).

Em relação à experiência de tempo de trabalho com parturientes dos profissionais da enfermagem no município de Piracicaba, a maioria destes, 67,15% possuem experiência de 1 a 5 anos de trabalho (Tabela 4).

Tabela 4 - Treinamento ao parto, participação em eventos científicos, curso de reciclagem na área de saúde da mulher e tempo de trabalho na assistência à parturiente da equipe de enfermagem, segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Aux. Enf.	Téc. Enf.	Enf.	Enf. Obst.	Total
Treinamento ao parto					
Sim	0	9	1	3	13
Não	7	29	3	5	44
Total	7	38	4	8	57
Evento científico na área de saúde da mulher					
Não	6	31	4	3	44
DHEG	0	0	0	2	2
Aleitamento materno	0	2	0	0	2
Jornada de ginecologia	0	0	0	1	1
Interpretação de cardiotocografia	0	0	0	1	1
Não lembra assunto	1	5	0	1	7
Total	7	38	4	8	57
Reciclagem na instituição					
Sim	4	28	2	5	39
Não oferece	1	5	2	2	10
Falta de tempo	1	4	0	0	5
Outros motivos	1	1	0	1	3
Total	7	38	4	8	57
Tempo de trabalho					
Menos de 1 ano	3	2	1	0	6
1 a 2 anos	0	12	0	4	16
3 a 5 anos	1	16	1	2	20
6 a 10 anos	1	3	2	2	8
11anos ou mais	2	5	0	0	7
Total	7	38	4	8	57

Quando questionado sobre o desejo do profissional em trabalhar com parturiente desde sua formação profissional, obteve-se a seguinte resposta. São 39 (69,64%) profissionais que afirmam ter desejado trabalhar com parturiente desde término da formação profissional, enquanto 18 (32,14%) negaram ter desejado trabalhar com parturiente desde término de seus estudos (Gráfico 1).

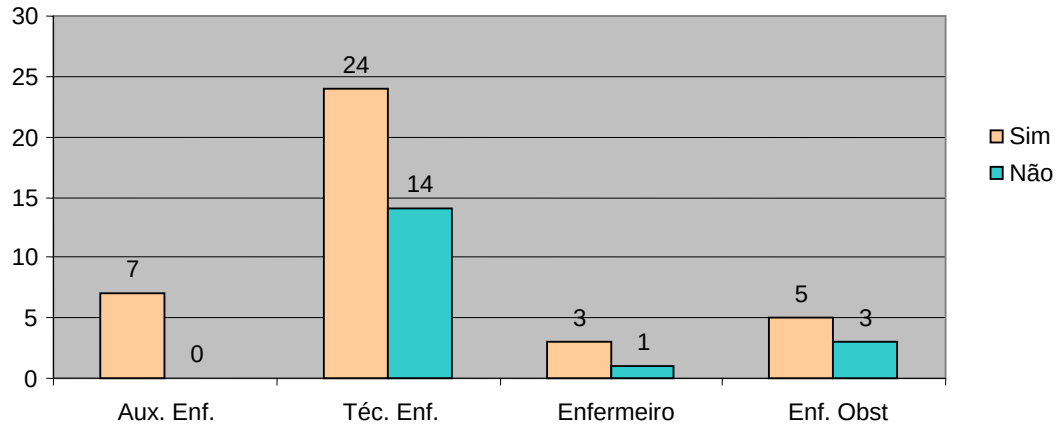

Gráfico 1 - Desejo de trabalhar com parturiente da equipe de enfermagem que atua na assistência à parturiente, segundo categoria profissional, no município de Piracicaba-SP, 2008.

Das 12 enfermeiras entrevistadas, 8 fizeram pós-graduação lato-sensu modalidade enfermagem obstétrica, e 3 realizaram outro tipo de pós-graduação lato-sensu (uma em enfermagem em centro cirúrgico, uma em licenciatura e uma em enfermagem de PSF). Conforme referidos pelas enfermeiras obstetras, os cursos de especialização realizados por elas não foram financiados pelo Ministério da Saúde. Nenhuma enfermeira realizou pós-graduação stricto-sensu.

4.2 Modelo de atenção dispensado à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato

Durante a realização desta etapa da pesquisa, foram observados 3 momentos da assistência, divididos da seguinte forma: Porta de entrada, Pré-parto, e Parto com pós-parto imediato.

4.2.1 Porta de entrada: admissão e primeiro atendimento

Realizou-se coleta de dados em 2 plantões diurnos, um em dia par e um em dia ímpar e 2 plantões noturnos, um em noite par e um em noite ímpar em cada instituição. Deste modo, o total de observação em plantões é 8, perfazendo 96 horas.

De um total de 24 mulheres acolhidas para primeiro atendimento, 14 avaliações foram feitas por enfermeiro e/ou enfermeiro obstetra, e 1 atendimento foi realizado por técnico de enfermagem por ser indicação de internação para parto cesárea eletiva.

Quanto aos procedimentos realizados durante o primeiro atendimento, observou-se que das 24 mulheres observadas (acima descritas) foi aferido Pressão Arterial (PA) em 21 mulheres, sendo realizado em 71,43% dos casos por técnico de enfermagem. A ausculta do batimento cárdio-fetal (BCF) foi realizada em 16 atendimentos, por médicos em sua maioria, e em nenhum momento foi realizado dinâmica uterina (DU) e amnioscopia. Neste estudo não foi observado a realização de nenhum enema e DU durante a consulta de atendimento, conforme se observa na tabela 5.

Tabela 5 - Procedimentos realizados no acolhimento segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Médico	Enfermeiro	Enf. Obstetra	Téc. Enf	Total
Aferição de PA	0	5	1	15	21
Toque	19	0	0	0	19
Ausculta BCF	13	2	1	0	16
Verificação de AU	12	2	0	0	14
Anamnese	11	1	0	1	13
Prescrição de medicação	8	0	0	0	8
Palpação	5	1	1	0	7
Ex. físico geral	1	0	0	0	1
Tricotomia	0	0	0	1	1
Dinâmica uterina	0	0	0	0	0
Aminioscopia	0	0	0	0	0
Enema	0	0	0	0	0
Total	69	11	3	17	100

Durante o primeiro atendimento, não foi observado a presença de acompanhante, embora em nenhum momento houvesse o convite para tal.

4.2.2 Pré-parto

Em sala de pré-parto, parto e pós-parto a pesquisadora esteve presente em 4 plantões diurnos, 2 em dias pares e 2 em dias ímpares. Também participou de 4 plantões noturnos, em 2 noites pares e em 2 noites ímpares em cada uma das instituições. Deste modo, soma-se 16 plantões entre as instituições, totalizando 192 horas de coleta de dados.

Dos 30 trabalhos de parto observados, foi permitida a presença de acompanhante em 13, no entanto em apenas 2 observações o acompanhante permaneceu em tempo integral. Os profissionais responsáveis pela presença dos acompanhantes foram os profissionais de enfermagem. Para 2 acompanhantes houve orientações sobre o processo de parturição: um por enfermeiro e um por enfermeiro obstetra juntamente com técnico de enfermagem.

Em relação à hidratação e nutrição, observou-se esta prática apenas na instituição A, sendo oferecido líquido para 8 mulheres e alimento para 15 parturientes. Observou-se ainda que a alimentação somente foi liberada após a avaliação do desenvolvimento do trabalho de parto pela equipe médica com posterior autorização (Tabela 6).

Ainda na tabela 6, observa-se que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto foi realizado 26 vezes, sendo oferecidas a 14 parturientes, 12 da instituição A e 2 da instituição B.

Tabela 6 - Hidratação e nutrição oferecidas às parturientes e utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Enfermeiro	Enf. Obstetra	Téc. Enf.	Total
Hidratação e nutrição das parturientes				
Oferece líquido	1	2	5	8
Oferece alimento	0	3	2	5
Total	1	5	7	13
Métodos não farmacológicos para alívio da dor				
Massagem	0	1	0	1
Relaxamento	0	3	1	4
Respiraçao adequada	0	1	1	2
Mudança de posição	3	3	2	8
Deambulação	1	0	0	1
Banho	5	4	1	10
Total	9	12	5	26

As instituições estudadas não utilizam partograma, ambas utilizam um impresso próprio onde é anotada a dilatação do colo e descida fetal. Todas as categorias profissionais incentivam o puxo quando a dilatação está completa ou quase completa. Não foi indicado cardiotocografia a nenhuma parturiente, ambos os hospitais possuem cardiotocógrafo.

Durante o período de observação no pré-parto, foi detectada 20 rupturas de bolsa amniótica, sendo que destas, 11 parturientes tiveram bolsa rota espontaneamente e em 9 foi realizada a amniotomia, sendo 8 realizadas por médico e 1 por enfermeiro obstetra. Quanto ao momento da realização da amniotomia, observou-se que em 6 casos foi feita com dilatação entre 4 a 7 cm, e em 3 casos com mais de 8 cm de dilatação cervical.

Foram 21 as indicações de ocitócitos, todas realizadas por médicos, sendo 13 vezes na instituição A e 8 vezes na instituição B. Destas 13 indicações, 8 aconteceram antes de ser completado 4 cm de dilatação do colo uterino, 5 entre 4 a 8 cm, e 8 com mais de 7 cm de dilatação do colo uterino.

A indicação de fármacos para controle da dor ocorreu em 6 casos, e foram realizadas por médicos, sendo 4 indicações na instituição A, e 2 na instituição B. Uma aconteceu antes de 4 cm de dilatação do colo uterino, 4 entre 4 a 7 cm de dilatação do colo uterino, e 1 com 8 cm ou mais de dilatação do colo uterino.

A analgesia peridural foi indicada para 7 parturientes, das quais 4 aconteceram na instituição A e 3 na instituição B. Todas parturientes estavam com 8 cm ou mais de dilatação do colo uterino.

Observamos na tabela 7 que a ausculta do BCF foi realizada 96 vezes, sendo que em 79,20%, foi realizado pelo profissional de enfermagem. Quanto ao toque vaginal, observou-se 146 realizações, sendo que 60,96% foi realizado pelo profissional de enfermagem.

Tabela 7 - Distribuição dos procedimentos: toque vaginal e ausculta de BCF segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Médico	Enfermeiro	Enf. Obstetra	Total
Ausculta de BCF	20	38	38	96
Toque vaginal	57	47	42	146
Total	77	85	80	242

Das 30 parturientes em trabalho de parto, em 7 casos foi indicada cesárea sendo uma devido ao sofrimento fetal, 3 por distócia, 2 por eletividade, e uma por deslocamento prematuro de placenta.

4.2.3 Parto e Pós-parto Imediato

Dos 20 partos observados (14 na instituição A e 6 na instituição B), 14 partos foram normais, em 2 houve utilização de fórceps e 4 foram cesáreas. Dos 14 partos normais, o enfermeiro obstetra realizou 3, e 1 foi realizado por médico juntamente com enfermeiro obstetra, e os 10 partos normais restantes, bem como os 2 partos com uso de fórceps e os 4 partos cirúrgicos, foram realizados exclusivamente por profissional médico (2 com mecônio e 1 com distócia). Em nenhum dos partos a parturiente pode optar a posição desejada para parir, sendo todos realizados em posição litotômica. Também em nenhum deles foi permitida a presença de acompanhante, líquidos não foram oferecidos e houve administração de ocitócitos a 17 parturientes.

Foi observada a realização de Manobra de Kristeller em 12 parturientes (60%) sendo 3 realizadas somente pelo médico, 2 destas por este profissional juntamente com o técnico de enfermagem, e as 9 restantes pelo técnico de enfermagem. Destas, 8 aconteceram no hospital A e 4 no hospital B.

Em relação aos cuidados oferecidos para proteção da região perineal (esta técnica consiste em aparar esta região colocando os dedos contra o períneo durante a expulsão, no intuito de oferecer maior sustentação às fibras do tecido) observou-se esta técnica em 5 parturientes.

Episiotomia e episiorrafia foram feitas em 13 (65%) parturientes, sendo 9 na instituição A e 4 na instituição B. Inspecionou-se 16 vezes a cérvice a procura de lacerações sendo a incidência desta de 44%, havendo a necessidade de ser realizado suturas de lacerações em 7 casos. Anestesia local foi realizada 12 vezes, e 1 caso havia recebido anestesia peridural (Tabela 8). Não houve bloqueio por anestesia regional (bloqueio do nervo pudendo).

Tabela 8 - Cuidados realizados na região perineal durante período expulsivo e segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Médico	Enfermeiro Obstetra	Enfermeiro e médico	Total
Proteção	2	3	0	5
Episiotomia e Episiorrafia	10	3	0	13
Inspeção da cérvice e revisão uterina	11	4	1	16
Sutura de Laceração	4	2	1	7
Anestesia Local	8	4	0	12
Total	35	16	2	53

Em relação aos cuidados com cordão umbilical observou-se: tração controlada realizada 18 vezes. Os 20 cordões umbilicais foram clampados logo após a expulsão do feto (Tabela 9). Observou-se revisão placentária 1 vez, esta foi realizada pelo médico no hospital A.

Tabela 9 - Cuidados oferecidos ao cordão umbilical segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Médico	Enfermeiro Obstetra	Instrumentadora Cirúrgica	Total
Tração controlada	14	4	0	18
Profissional responsável em clampear o cordão umbilical	17	2	1	20
Total	31	6	1	38

Os cuidados imediatos oferecidos ao RN foram os seguintes: oxigenação, aspiração de vias aéreas superiores, ausculta cardíaca, exame físico e secagem. Tais cuidados foram realizados por médico, enfermeiro, enfermeiro obstetra e técnico de enfermagem. Para 4 RNs os cuidados foram oferecidos pelo técnico de enfermagem, a 12 RNs os cuidados foram oferecidos pelo médico juntamente com o técnico de enfermagem. O enfermeiro obstetra juntamente com o técnico de enfermagem ofereceram cuidados a 1 RN. Para os outros 3 RNs foram enfermeira e técnico de enfermagem quem ofereceu os cuidados.

Quanto aos cuidados mediatos observados ao RN foram: aplicação de vitamina K, instilação de Nitrato de Prata a 1%, clampeamento definitivo do cordão umbilical, assepsia de coto umbilical com álcool a 70%, mensuração de peso e

estatura. Para 16 RNs os cuidados mediatos foram executados pelos técnicos de enfermagem, o enfermeiro obstetra ofereceu cuidados mediatos a 3 RNs, e o médico juntamente com técnico de enfermagem ofereceu cuidados mediatos a 1 RN.

Observou-se o contato mãe/RN nos 20 partos, todos ocorreram na primeira meia hora de vida. O contato pele a pele entre mãe/RN ocorreu em 17 partos. Destes, 14 aconteceram na primeira meia hora de vida e 3 aconteceram na primeira hora de vida. A amamentação ocorreu em 13 partos: 1 na primeira meia hora de vida, 11 na primeira hora de vida e 1 na segunda hora de vida (Tabela 10).

Tabela 10 - Interação mãe e filho segundo a variável tempo no município de Piracicaba-SP, 2008.

	1ª. meia hora de vida	1ª. hora de vida	2ª. hora de vida	Total
Contato mãe/RN	20	0	0	20
Contato pele a pele	14	3	0	17
Amamentação	1	11	1	13
Total	35	14	1	50

A PA foi auferida 54 vezes durante o pós-parto imediato por diferentes profissionais, bem como a involução uterina, verificada 68 vezes e o sangramento vaginal, 48 vezes, conforme mostra a tabela 11 abaixo. Tais procedimentos foram oferecidos a todas parturientes.

Tabela 11 - Cuidados oferecidos à puérpera segundo categoria profissional no município de Piracicaba-SP, 2008.

	Médico	Enf. Obstetra	Enf.	Téc. enf.	Total
Aferição de PA	15	5	0	34	54
Verificação de involução uterina	12	5	6	45	68
Verificação de sangramento vaginal	6	4	4	34	48
Total	33	14	10	113	170

A alta da puérpera para o alojamento conjunto bem como a do RN foram realizadas pelo médico. As evoluções de enfermagem no momento da alta foram

realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. A permanência da puérpera no Centro Obstétrico (CO) variou entre uma hora e meia a mais de duas horas, conforme gráfico 2.

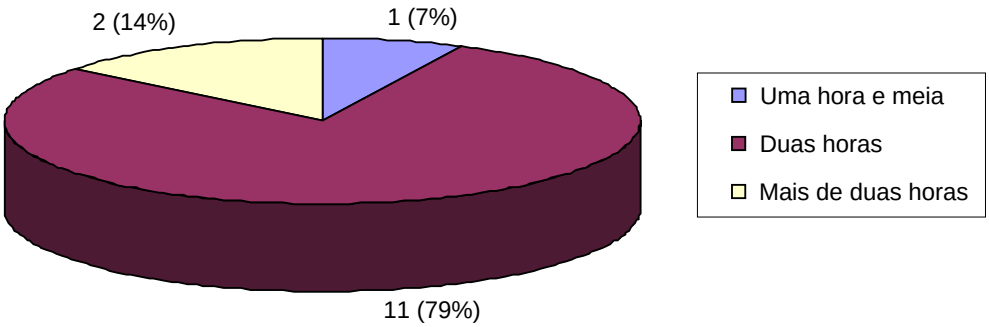

Gráfico 2 - Permanência da Puérpera no Centro Obstétrico (CO) em horas no município de Piracicaba- SP, 2008.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da equipe de enfermagem na assistência à parturiente

Em relação à formação profissional, no presente estudo, observou-se que apenas 12 (21%) da amostra possuem nível superior, sendo 8 (14%) enfermeiros obstetras e 4 (7%) enfermeiros, e a maioria dos profissionais, 45 (79%) possui formação em nível técnico, todos legalmente habilitados pela Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. Tais achados revelam uma porcentagem de profissionais de nível superior na assistência à parturiente menor que os descritos por Cargin (2008) no município de Araraquara/SP, onde a soma de enfermeiros foi de 54,5%, todos especialistas em obstetrícia; bem como os descritos por Dotto (2006) no município de Rio Branco/AC, com 30% do corpo profissional de enfermagem com nível superior, especialistas ou não.

Estes resultados estão em conformidade com dados apontados pela Pan American Heath Organization (PAHO) (2005), onde os profissionais de enfermagem de nível médio constituem a maioria da mão de obra assalariada, compondo 83,8% do corpo de enfermagem no Brasil e oscilando de 52,7% a 87,8% nos países da América Latina.

Todos os profissionais de enfermagem entrevistados são do sexo feminino (100%). A mesma porcentagem foi encontrada atuando na área da saúde da mulher em Sorocaba por Gardenal (2002) e com resultados próximos aos de Martins et al. (2006) na cidade de São Paulo, em um hospital onde a caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo foi 92% de mulheres e apenas 8% de homens. Esta característica da enfermagem em ser exercida quase que exclusivamente por profissionais do sexo feminino é histórica, especialmente na área da saúde da mulher (Dotto, 2006; Cargin, 2008).

A maioria dos profissionais deste estudo já viveu em matrimônio, porém, 58% da amostra não tiveram a experiência de ter filhos. Esta pesquisa também revelou que os profissionais entrevistados são em sua maioria jovens, com idade média de 30 anos.

Observou-se também que os sujeitos desta amostra possuem dupla ou tripla jornada de trabalho, visto que além de profissionais de enfermagem são também cônjuges, gerando assim uma multiplicidade de papéis e funções com exigências sociais que interferem de maneira significativa no dia-a-dia sendo apontada como uma das principais causas de cansaço e estresse. Estudo realizado por Spindola e Santos (2003) concluiu que, embora a mulher valorize sua atividade profissional, se sente sobrecarregada com o acúmulo de funções.

Em relação à jornada de trabalho, 80,70% dos trabalhadores possuem apenas um emprego, com carga predominante de 6 horas/dia. Estes dados divergem dos encontrados em Rio Branco/AC por Dotto (2006) e Araraquara/SP por Cargin (2008). Em ambos, apenas 60% da equipe de enfermagem possuíam apenas um emprego.

É digno de nota que entre profissionais de nível técnico 86,66% trabalham em um único local e dentre os enfermeiros deste estudo apenas 25% trabalham em um emprego. Entre estes profissionais houve predomínio da jornada de trabalho de 12 horas diárias.

Cabe salientar que ao enfermeiro além da função do cuidar, característica essencial do trabalho na enfermagem, acumula também as funções gerenciais, administrativas, de liderança e pesquisa. A qualidade da assistência prestada por este profissional, submetido a uma rotina exaustiva de trabalho, apresenta-se vulnerável. Deste modo, passa a existir uma assistência fragmentada, na qual os profissionais transmitem falta de estímulo, acúmulo de serviços, dificuldade para executar o trabalho de maneira planejada além de déficit de precisão na execução de tarefas (da SILVA et al., 2006).

Jornadas profissionais longas (acima de 44h semanais) se associam ao desencadeamento de tensão, ansiedade, insônia, falta de tempo para o descanso/laser, cuidado com a casa e com os filhos/esposos (PORTELA; ROTEMBERG; WAISSMANN, 2005).

O acúmulo de jornada de trabalho em duas instituições ou mais pode ser explicada pela busca de uma melhor gratificação salarial. Em relação aos profissionais de nível superior há uma diferença entre os salários, uma vez que enfermeiros generalistas possuem média salarial (4,75 salários) maior que enfermeiras obstetras (4,5 salários). Contudo, entre os profissionais de nível médio observou-se a mesma remuneração (2 salários mínimos). Estes números são

similares aos dos países da América Latina onde os salários dos profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) são em média 69,5% dos salários das enfermeiras (PAHO, 2005). Segundo Giardi e Carvalho (2002), os técnicos e auxiliares de enfermagem recebem 41,9% dos salários dos enfermeiros. Neste estudo os profissionais de enfermagem de nível médio recebem 44,44% do salário dos profissionais de nível superior em enfermagem.

De acordo com o COREN/SP (informação pessoal)[4] o piso salarial do profissional enfermeiro varia segundo condições de mercado (lei da oferta e da procura), qualidade e especialização do profissional bem como área de atuação, tendo uma oscilação entre R$ 1.800,00 a R$ 4.000,00. Em Aracaju/SE em 2005, a faixa salarial dos enfermeiros variou entre R$500,00 até R$3.500,00 (BATISTA, et al. 2005). Dotto (2006) aponta que os profissionais de nível médio em Rio Branco/AC, recebiam 33,75% do salário das enfermeiras e em Araraquara/SP segundo Cargin (2008), estes profissionais recebiam 43,9% dos salários dos enfermeiros.

Considerando que a maioria dos profissionais entrevistados (59,64%), concluíram seus estudos entre 2000 a 2005, e 10,52% terminaram sua formação acadêmica na década de 90 faz-se necessário a implementação de programas de educação continuada.

Em 2000, o MS com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) criou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE). O objetivo, em linhas gerais, era o de qualificar e capacitar trabalhadores da área de enfermagem com vistas à sua melhor inserção e desenvolvimento das suas ações no mercado de trabalho. Para tanto, teve como eixos a educação profissional voltada à formação de auxiliares e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2006).

Em 2001 houve mudanças nas diretrizes e bases curriculares dos cursos de formação de enfermeiros e profissionais de nível técnico de enfermagem, inclusive em cursos de pós-graduação lato-sensu (BRASIL, 2002).

---

[4] CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN/SP) recebido por de_fornazari @hotmail.com em 30 mar. 2009.

Em 2005, o MS por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) inicialmente para os cursos de enfermagem, odontologia e medicina. Em 2007 passaram a integrar o programa os demais cursos da área da saúde (Portaria nº 2.101, de 03 de novembro de 2005).

O objetivo principal do Pró-saúde era implementar políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente na Saúde e na Educação. Na área de Saúde há um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar para uma formação do aluno por competências, visando que o mesmo seja capaz de atender seu cliente/paciente com uma visão holística e saiba realizar julgamentos com base em conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante a graduação (Portaria nº 2.101, de 03 de novembro de 2005).

Através da tabela 4 pode-se observar uma educação informal da aprendizagem ao parto dos profissionais entrevistados, uma vez que 16% dos profissionais descritos nesta pesquisa, ou seja, 37% dos que dizem ser o parto uma das suas atribuições profissionais, mesmo que não rotineiramente, afirmam ter aprendido a fazê-lo com outro profissional de nível superior, seja ele médico ou enfermeiro.

Neste estudo 26,31% dos profissionais entrevistados aprenderam obstetrícia através da prática profissional, enquanto 24,56% pela formação profissional, e 24,56% com a formação profissional aliada a prática profissional, demonstrando que a maioria obteve educação informal, fazendo-se assim necessária a realização de treinamento.

Segundo Netto e Ramos (2004) o processo de formação da identidade do enfermeiro é construído no cotidiano do trabalho, no exercício de seu papel, nas suas escolhas frente a si e aos outros, manifestando-se ao valorizar o trabalho como realidade imediata de construção, transformação e expressão humana.

Segundo os achados de Dotto (2006) 72% do corpo de enfermagem que trabalham na assistência à parturiente em Rio Branco/AC aprenderam realizar parto através da educação informal, segundo Cargin (2008) todos os profissionais de

enfermagem que atendem ao parto em Araraquara/SP fizeram pos graduação *lato-sensu* em enfermagem obstétrica, no entanto todos eles já realizavam partos antes de terminarem a especialização, tendo aprendido anteriormente com enfermeiros, parteiras e/ou médicos.

Este estudo revela que 17,54% dos profissionais entrevistados afirmam ter realizado treinamento na assistência ao parto depois de sua formação profissional e 77,19% da amostra não participou de eventos científicos na área da saúde da mulher, sendo que destes, 15,90% não lembram qual foi o assunto em pauta, demonstrando que o evento em questão acrescentou pouco ou nenhum conhecimento teórico-prático.

Tais dados não diferem das características de aprimoramento profissional na área da saúde da mulher descrita por Dotto (2005), em Rio Branco/AC, onde 77,8% não participaram de eventos científicos na área da saúde da mulher. Semelhantes também foram os achados de Gardenal et al. (2002) em Sorocaba/SP, onde foi identificado que 71,6% dos profissionais que atendem durante o ciclo gravídico-puerperal não participaram de evento científico na área nos últimos dois anos.

É importante frisar que o treinamento extra-institucional também é de extrema importância visto que possibilita reciclar e atualizar os conhecimentos científicos adquiridos na graduação ou instituição, bem como promover trocas de experiências entre profissionais através da educação continuada. Neste sentido o Conselho de Enfermagem (COREN), segundo a Lei n° 5.905 de 12 de julho de 1973, desempenha papel ímpar na promoção da educação continuada de acordo com o plano de diretrizes e bases educacionais do Ministério da Saúde.

A enfermagem em geral, é exercida em todas as instituições por um grupo heterogêneo, começando pelo próprio nível de formação que varia do elementar ao universitário. É fundamental então, o desenvolvimento de programas educacionais que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, preparando, desta forma, profissionais capacitados para darem suas contribuições à sociedade (DAVIN; TORRES; SANTOS, 1999).

Observou-se que 68% dos profissionais descritos nesta pesquisa participam de cursos de reciclagem nas instituições que trabalham. Sendo assim há proposta de educação continuada.

A educação continuada permite ao trabalhador aumentar ou melhorar suas competências existentes nas organizações, e devem criar espaços de discussão,

propor estratégias e alocar recursos, proporcionando aos trabalhadores o domínio das situações, tecnologia e dos saberes do seu tempo e do seu ambiente, possibilitando o pensar e a busca de soluções criativas para seus problemas (PASCHOAL; MANTOVANI; MEYER, 2007).

Apesar de existir uma lacuna na obtenção de conhecimento extra-institucional, não foi possível identificar suas razões embora todos os entrevistados afirmem gostar de trabalhar com parturiente, sendo esperado, portanto, uma maior motivação para aprimoramento profissional na área. Importante citar também que nenhum enfermeiro, quer seja este especialista ou não realizou pós-graduação *stricto-sensu.*

Mourão (2009) afirma que a qualificação profissional nas organizações permite obter melhores resultados para os indivíduos, para suas equipes de trabalho e também para as instituições. Essa qualificação pode ocorrer de diversas formas, desde a contratação de estagiários e pessoas em primeiro emprego até ações de capacitação, como treinamentos em serviço ou investimentos em cursos realizados dentro ou fora da organização.

Outro ponto importante para salientar é o fato de, apesar de todos os profissionais entrevistados nesta pesquisa afirmarem gostar de trabalhar com parturiente, apenas os auxiliares de enfermagem desejaram trabalhar nesta área. Em contrapartida 37% dos técnicos de enfermagem, 25% dos enfermeiros, e 37,5% de enfermeiros obstetras referem não ter desejado.

Segundo Batista (2005), os fatores motivacionais do trabalho atual dos enfermeiros citados por ordem de prioridade são: gostar do que faz, bom relacionamento multiprofissional, possibilidade de crescimento profissional, poder de resolutividade atrelado ao compromisso com a população, condições de trabalho e remuneração. Por outro lado quando questionado os fatores de insatisfação no trabalho, os pontos mais citados foram condições de trabalho e remuneração salarial; demonstrando que existem pessoas que se sentem motivadas pelo sucesso financeiro enquanto outras se sentem felizes fazendo o que gostam desde que isso lhe dê o retorno financeiro mínimo necessário para uma sobrevivência digna.

Quando a equipe se sente motivada, pode disseminar, através de ações práticas e habilidades, estratégias indicadas, que levam a serem colaboradores do cumprimento da missão proposta pela instituição. Olhando a estrutura do trabalho da enfermagem, em que o estresse geralmente é inevitável provocado pela escassez

de recursos humanos, férias, falta de substituto de folgas, múltiplos atestados de saúde, pouco incentivo, remuneração insuficiente, não elogio, enfim; a pouca motivação tornam o cotidiano árduo, cansativo e, consequentemente, pouco produtivo, diminuindo seu comprometimento com o local onde atua e induzindo-o a tornar-se "desmotivado", levando outros a este mesmo caminho, contaminando, assim, o ambiente (CECAGNO; CECAGNO; de SIQUEIRA, 2005).

5.2 Modelo de atenção dispensado à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP

5.2.1 Porta de entrada: acolhimento e admissão

O modelo de cuidado utilizado pela enfermagem obstétrica e neonatal atualmente está pautado na humanização da assistência, e tem como base, as políticas públicas de saúde, na perspectiva da integralidade, utilização de tecnologias, valorização de crenças e modos de vida. O modelo implica ainda no desenvolvimento de ações para o cuidado integral à mulher, ao recém-nascido e família. Para que o nascimento seja saudável, é preciso oferecer um atendimento seguro e necessariamente qualificado e com qualidade. O cuidado prestado deve estar aliado a uma visão humanista e que contemple essa atenção em relação ao contexto social, cultural e econômico no qual estão inseridos, em que esteja inserida a mulher, a criança e a família (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A atenção obstétrica e neonatal, proporcionadas pelos serviços de saúde, deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos profissionais e serviços de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, estabelecer vínculo, enfocando-os como sujeitos de direitos além de procurar entender os múltiplos significados daquela gestação para mulher e sua família (BRASIL, 2005).

O primeiro atendimento dado à parturiente, também conhecido como acolhimento, implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, preocupando-se com seu bem-estar, ouvindo suas queixas, permitindo-lhe

expressar suas preocupações, angústias, garantindo-lhe atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2005).

Não menos importante que acolher a mulher, é acolher também seu acompanhante, não oferecer obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005). A lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, obriga os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato. Contudo, a vigência dessa lei, não garante a sua implementação, necessitando um processo de reorganização dos profissionais e serviços de saúde para fomentarem essa prática (BRÜGEMANN; PARPINELLY; OSSIS, 2007).

Ao preconizar um cuidado acolhedor, se faz primordial também a atenção com o familiar/acompanhante. Para isso são necessárias condições humanizadas para o acolhimento desses acompanhantes, como local adequado para realizar suas refeições, higiene e conforto, assistência social e psicológica. É necessário também, proporcionar condições ao trabalhador para o exercício de suas funções, sendo estas de caráter educativo, financeiro e valorização profissional (SCHNEIDER, 2008).

Neste estudo não houve presença de acompanhante durante o acolhimento. Este dado vem em consonância com os encontrados no município de Araraquara/SP por Cargin (2008). As mulheres brasileiras, na sua maioria, dão a luz desacompanhadas. Tal fato tem sido considerado como uma manifestação de violência institucional e, ademais, uma violação do direito humano de não ser submetida à tortura ou tratamento cruéis e degradantes. Elas reclamam do isolamento em relação aos seus entes queridos e da desatenção ou abandono por parte da equipe profissional. A falta do apoio empático, profissionais atarefados, estudantes inexperientes e o desrespeito às evidências científicas atuais – entre elas o não incentivo à deambulação e a livre movimentação para a maioria das parturientes, o desrespeito aos direitos da mulher, e até mesmo o direito a um acompanhante (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Os procedimentos mais observados durante o acolhimento foram: aferição da PA (91,30%), toque obstétrico (82,60%), ausculta de BCF (69,56%) e verificação de AU (60,86%). No entanto em nenhum atendimento pode-se observar a realização de

todos os procedimentos. Tais procedimentos são importantes para avaliar as condições materno-fetais. O objetivo de mensurar a altura uterina é estimar o crescimento fetal correlacionando com a idade gestacional. O objetivo da ausculta do BCF é constatar seu ritmo, a frequência e a normalidade (BRASIL, 2005).

No Brasil há um predomínio de mortes maternas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto. Em 2003 a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia representou a primeira causa de óbito entre todas as categorias de raça/cor (BRASIL, 2009a; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Em estudo realizado por Oliveira et al. (2006) a hipertensão gestacional constituiu risco elevado para nascimentos de RN pequenos para idade gestacional (PIG), Ápgar abaixo de sete, no 1º e 5º minutos, infecção neonatal e prematuridade, não tendo correlação para síndrome de aspiração meconial e síndrome da angústia respiratória.

Um ponto positivo neste estudo diz respeito à frequência da realização de tricotomia dos pêlos pubianos (4,16%), e realização de enema (nenhum caso). A realização de enema e tricotomia dos pêlos pubianos são classificadas pela OMS (1996) como condutas claramente prejudiciais ou ineficazes que deveriam ser eliminadas. Lopes et al. (2001) afirma que a realização de enema não abrevia o tempo de trabalho de parto e não reduz a contaminação fecal. Entretanto, as mulheres que realizaram tal procedimento tiveram opinião mais favorável sobre sua realização quando comparadas às que não o realizaram. Sodré e Lacerda (2007) encontraram como justificativa de prescrição de enema e tricotomia nas maternidades de Londrina/PR, intervenções rotineiras e não individualizadas embasadas no modelo clínico que atendem mais a necessidade dos profissionais as das mulheres.

5.2.2 Trabalho de parto

O índice de partos cirúrgicos foi de 22%, no presente estudo, apresentando-se maior que os 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Couto (2006) revela que as idéias e concepções de enfermeiras obstetras ao preparar uma mulher (gestante/parturiente) para o parto como um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a mulher e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até o puerpério, buscando alterar comportamentos errados com vistas a um resultado esperado com ganhos de saúde para a mulher e sua família demonstrando assim a importância de um atendimento humanizado e individualizado.

No presente estudo pode-se observar que iniciativas de humanização ao parto e nascimento não são usadas de forma efetiva. Segundo Diniz (2005), humanizar a assistência ao parto, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, possibilita uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento humano. Humanizar a assistência implica em mudanças na atitude, na filosofia de vida e na percepção de si e do outro como ser humano. No processo de humanização, a sensibilidade, a informação, a comunicação, a decisão e a responsabilidade devem ser compartilhadas entre mãe-mulher, família e profissionais de saúde (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

O processo de humanização do parto e nascimento envolve uma gama de ações, desde suporte emocional à parturiente, através da presença de uma pessoa significativa, bem como nutrição, métodos não farmacológicos e farmacológicos de controle da dor, modo de atuação profissional, até a estrutura física hospitalar respeitando a ambiência do mesmo (BRASIL, 2000).

Durante o trabalho de parto, a parturiente sente-se muitas vezes insegura e solitária devido à sucessão de transformações fisiológicas pelas quais está passando bem como pela imprevisibilidade destas. Sendo assim é de fundamental importância a permanência de um pessoa significativa ao seu lado no decorrer de todo este processo (BRASIL, 2000).

A presença de acompanhante foi permitida em 43,33% dos trabalhos de parto, no entanto em apenas 6,66% este permaneceu em tempo integral. Na realidade estudada os profissionais responsáveis pela permissão da presença ou não deste fazem parte da equipe de enfermagem. Observou-se também que apenas 7% destes acompanhantes foram orientados sobre o processo de parturição.

Em estudo realizado por Brügemann; Parpinelli; Ossis, (2007) os profissionais de saúde inicialmente rejeitaram a presença de acompanhante durante o parto, especialmente por não possuirem experiência anterior de trabalhar com estes. No entanto, entenderam que a presença destes não atrapalha a qualidade da assistência prestada, ao contrário houve mudanças positivas tanto no comportamento da parturiente quanto na emoção da equipe. Contudo nas urgências há uma maior ansiedade da equipe, embora as condutas não sejam alteradas.

Neste mesmo estudo os acompanhantes também perceberam como positiva sua presença durante o parto. Relataram sentimentos positivos, emoção e satisfação com a experiência além de se sentirem aptos a prestarem apoio e conforto às parturientes. Referem que o acolhimento oferecido pela equipe foi de fundamental importância para desempenharem corretamente suas funções naquele momento (BRÜGEMANN; PARPINELLI; OSSIS, 2007).

Em outro estudo realizado por Brüggemann; Parpinelli; Ossis, (2005) o efeito do apoio oferecido por uma pessoa significativa à parturiente está associado à redução da taxa de cesariana, seguida pela redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, uso de analgesia/medicação para alívio da dor e aumento da satisfação materna com experiência do nascimento, não sendo apontado nenhum risco ou prejuízo a tal prática.

Outro aspecto relativo à assistência humanizada durante o parto é o que tange a oferta de alimentos e hidratação. A oferta de alimentos deve ser estimulada especialmente aqueles que possuem alto valor calórico e são de fácil digestão. Durante o trabalho de parto as parturientes necessitam de uma grande quantidade de calorias, especialmente no período expulsivo onde necessitam realizar maior esforço físico. Nos achados de Dotto (2006) alimentação e hidratação são liberadas e estimuladas durante o trabalho de parto, existindo a preocupação do serviço de nutrição em oferecer alimentos líquidos nutritivos e calóricos. O aporte de líquidos também se faz necessário para evitar desidratação. Neste estudo, foram ofertados alimentos para apenas 16,66% das parturientes e líquidos para 26,66% destas.

Oferecer líquidos por via oral e alimentos durante o trabalho de parto e parto é uma recomendação feita pela OMS (1996) caracterizada entre as condutas que são claramente úteis e que devem ser encorajadas. Também deve ser estimulada a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.

A liberdade de movimentos, deambulação, banho de chuveiro, exercícios respiratórios, massagens lombar com relaxamento, privacidade e apoio enfático da equipe de assistência à parturiente durante o trabalho de parto e parto permite que as mulheres estejam preparadas e cooperem com o processo de parir (DAVIM; BEZERRA, 2002).

Entre os métodos não farmacológicos para alívio da dor citados neste trabalho houve uma prevalência da hidroterapia através do banho de aspersão (33,33%) e mudança de posição durante o trabalho de parto (26,66%). Seguidas por técnicas de relaxamento (12,5%), respiração adequada (6,66%) e massagem para alívio da dor e deambulação ambos com (2,63%). Todas estas técnicas foram oferecidas pela equipe de enfermagem.

A livre movimentação é uma das recomendações da OMS para oferecer bem estar à mulher durante o trabalho de parto, pois a não permanência em decúbito dorsal resulta em percepção de dor menos intensa, e consequentemente, menor necessidade de analgesia e de intervenções para correção da dinâmica uterina (OLIVEIRA et al., 2008).

O corpo em movimento é um instrumento que oferece à parturiente um melhor manejo do trabalho de parto facilitando o parto vaginal ao melhorar a evolução da dilatação do colo uterino, diminuindo a duração da fase ativa do trabalho de parto, aumentando a tolerância à dor e evitando o uso de fármacos (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Segundo Mamede (2007) deambular durante as três primeiras horas da fase ativa, encurta o tempo do trabalho de parto, não havendo correlação nas demais horas. Existe uma correlação positiva aos 5 cm de dilatação entre deambulação e escore de dor. As parturientes que tiveram as maiores distâncias percorridas foram as que apresentaram maior escore de dor.

A hidroterapia pode promover conforto e bem estar durante o trabalho de parto por permitir maior relaxamento da musculatura. O relaxamento da musculatura ao liberar as partes moles da pelve feminina permite uma maior movimentação interna do feto, faz aumentar os níveis sanguíneos de ocitociana e endorfina causados pela sensação de prazer da mulher (BACHMAN, 2002).

A utilização de técnicas de relaxamento e respiração (adaptadas dos métodos de Dick Read e Fernand Lamaze) está associada à diminuição da ansiedade na fase

latente e ativa do trabalho de parto, embora não tenham reduzido à intensidade da dor (ALMEIDA et al., 2005a).

Em outro estudo Almeida et al. (2005b) observaram uma tendência de concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) menor em todas as fases do trabalho em mulheres submetidas as técnicas de relaxamento e respiração (adaptadas dos métodos de Dick Read e Fernand Lamaze) sugerindo que estes procedimentos interferem na secreção de ACTH promovendo alívio parcial do estresse à parturiente.

Além destas técnicas de conforto durante o trabalho de parto é indicada a utilização do partograma por toda equipe de saúde. O partograma é a representação gráfica da dilatação cervical e descida do feto pelo plano de De Lee, utilizado para avaliar a evolução do trabalho de parto. É um instrumento de fácil manejo, cuja utilização é recomendada pela OMS e MS a fim de realizar intervenções oportunas sempre que necessário (BRASIL, 2001).

No entanto observou-se que nenhuma das instituições estudadas fazem uso deste instrumento, desvalorizando assim este indicador de fácil utilização e compreensão dificultando a detecção precoce de distócias materna e fetal. Também não foi indicada a cardiotocografia mesmo no caso de indicação de cesárea por sofrimento fetal. É importante salientar que ambos os hospitais possuem o cardiotocógrafo. Durante o trabalho de parto a função primordial da cardiotocografia é a análise das repercussões das contrações uterinas sobre o BCF, devendo ser indicado em qualquer patologia ou intercorrência que implique risco para a oxigenação do concepto (SANTOS, 2000).

Também deve ser realizada antes de se tomar a decisão pela indução do parto, a fim de avaliar a vitalidade fetal. Atualmente para induzir o trabalho de parto utiliza-se entre outros a amniotomia e aplicação endovenosa (EV) em soroterapia o hormônio ocitocina (SURITA et al., 2004).

A amniotomia pode ser usada para induzir o trabalho de parto desde que as condições da cérvice seja favorável. O líquido amniótico apresenta prostaglandinas em sua composição, e estas são utilizadas como indutoras do trabalho de parto. Após a realização deste procedimento faz-se necessário a avaliação periódica de temperatura materna, possíveis sinais de infecção, ausculta do BCF além da avaliação da cor, odor e consistência do líquido amniótico (BEHLE, 2000).

O rompimento artificial da bolsa amniótica durante o trabalho de parto permite uma comunicação entre o feto com o meio externo aumentando a incidência de infecção materna e fetal. Sabe-se que o líquido amniótico possui atividades bactericida e bacteriostática, sendo assim, uma diminuição do seu volume poderia, então associar-se a um maior risco de infecção materna e fetal (TEDESCO et al., 1998).

Neste estudo em 45% dos trabalhos de parto foi realizada a ruptura artificial da bolsa amniótica. Observou-se que em 50% dos trabalhos de parto foi utilizado ocitocina como indutor, destes em 61,5% dos casos eram em dilatações cervicais com menos de 4 cm. A equipe de enfermagem (enfermeira obstetra) realizou 11,1% após autorização médica.

Quando o colo uterino é imaturo, a indução do parto apenas com a utilização da ocitocina está associada a percentual elevado de partos prolongados, de doses elevadas com o risco de intoxicação hídrica, de falhas e, consequentemente, aumento da incidência de cesáreas (BRASIL, 2001).

Com o uso da analgesia peridural, há uma tendência para que o primeiro estágio do trabalho de parto seja um pouco mais longo e com o uso mais frequente de ocitocina. Em vários relatos e estudos, constatou-se um aumento do número de partos vaginais operatórios, especialmente se o efeito analgésico foi mantido durante o segundo estágio do trabalho de parto, suprimindo assim o reflexo do puxo (OMS, 1996).

A analgesia peridural fornece um alívio melhor e mais duradouro da dor do que agentes sistêmicos. A adoção deste método para alívio da dor na assistência obstétrica faz um uso intensivo de recursos e exige várias condições importantes: o trabalho de parto deve ocorrer num hospital bem equipado, o aparato técnico deve ser suficiente, deve sempre existir um anestesista disponível e requer uma supervisão especializada e constante da parturiente (OMS, 1996).

A OMS (1996) classifica por conduta frequentemente utilizada de modo inadequado o exame vaginal habitual e repetido por mais de um profissional, uso comum de aminiotomia e ocitocina. Neste estudo todas as parturientes foram avaliadas por mais de um profissional.

5.2.3 Parto e pós parto imediato

Nas salas de parto das instituições estudadas há somente mesa cirúrgica, não havendo possibilidade da parturiente escolher em que posição deseja parir, restando-lhe apenas a posição litotômica.

Estimular as posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto é uma conduta claramente útil e que deveria ser encorajada. O uso da posição supina como rotina durante o trabalho de parto é considerada conduta claramente prejudicial ou ineficaz e que deveria ser eliminada (OMS, 1996).

Estudo qualitativo realizado por Gayeski e Brüggemman (2009) com puérperas que tiveram a experiência de vivenciar o parto nas posições vertical e horizontal revelou que os aspectos positivos do parto vertical estão relacionados à maior participação da mulher no processo de parturição. Os da posição horizontal estão relacionados com ações intervencionistas, uma vez que a mulher se sente mais ajudada (episiotomia, auxílio da equipe de saúde na realização de força no período expulsivo).

A prática de exercer pressão no fundo uterino, durante o período expulsivo denominada por Manobra de Kristeller, no presente estudo, foi realizada por profissionais de nível técnico em enfermagem com a intenção de acelerar o nascimento. Segundo a OMS (1996) além de causar maior desconforto materno, esta prática pode ser perigosa para o útero, o períneo e o feto. Não existindo evidências científicas que apóie sua utilização.

A pressão da musculatura pélvica no puerpério tardio em primíparas não apresenta relação com os tipos de parto (vaginal e cirúrgico) e as condições perineais durante o parto vaginal (com períneo íntegro, laceração e episiotomia, parto cesárea) segundo estudo realizado por Menta e Schirmer (2006).

No parto normal, a ocorrência de lacerações perineais depende de fatores, que podem estar relacionados às condições fetais, maternas, ao parto em si e à própria episiotomia, amplamente utilizada para evitar lacerações na região, que constitui um trauma perineal, por vezes, mais severo que as lacerações espontâneas (SCARABOTTO; RIESCO, 2006).

Neste estudo a incidência de episiotomia é de 65% e a de laceração perineal é de 44%. Pode-se observar que em partos onde a episiotomia foi realizada houve também laceração da região perineal. Segundo Oliveira e Miliquilini (2005) a

episiotomia é realizada sem um enfoque seletivo, estando o uso deste procedimento associado ao maior risco de laceração perineal severa. Afirmam ainda que a posição lateral durante o período expulsivo, o puxo espontâneo em contraposição ao dirigido, a redução do uso indiscriminado da ocitocina e a massagem perineal no final da gestação são alternativas para prevenir possíveis traumas desta região.

O clampeamento precoce (antes de 1 minuto após desprendimento total do recém-nascido) é uma intervenção que deve ser realizada somente com indicação, como por exemplo, no caso de sensibilização de RH, mãe portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou parto prematuro. A "transfusão" de sangue da placenta para o recém-nascido, que ocorre no clampeamento tardio, é fisiológica, e é improvável que tenha efeitos adversos, pelo menos em casos normais (OMS, 1996).

Neste estudo observou-se o clampeamento precoce do cordão umbilical em todos os nascimentos, tanto nos partos vaginais, como nos partos cirúrgicos. A tração controlada do cordão umbilical só não foi realizada em 10% dos partos.

Van Rheenen; Brabin[5] (apud Venâncio et al. 2008) em revisão sistemática, apontam evidências de que o clampeamento tardio comparado ao clampeamento imediato está relacionado à concentração de hemoglobina maior, menor incidência de anemia aos quatro meses de vida e estoques mais elevados de ferro aos seis meses. A tração controlada do cordão umbilical embora diminua o tempo do terceiro estágio do parto e reduza a perda sanguínea média, traz como conseqüências a possibilidade de causar inversão uterina, ruptura do cordão umbilical, além de apresentar maior incidência de restos placentários.

O clampeamento do cordão umbilical um minuto após o nascimento tem efeito positivo e independente sobre os níveis de ferritina aos três meses de vida. No entanto os mesmos resultados não foram encontrados em relação aos níveis de hemoglobina (VENÂNCIO et al., 2008).

Outra questão discutida atualmente diz respeito ao início precoce da amamentação e do contato mãe/RN. Em todos os nascimentos observados neste estudo o contato mãe/RN aconteceu até meia hora pós-parto. Já o contato pele a pele aconteceu em 70% dos partos. No entanto a amamentação na primeira meia hora ocorreu em apenas 5% dos nascimentos.

---

[5] Van Rheenen P. V., Brabin B. J. Late umbilical cordclamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialized countries: a systematic review. An Trop Paediatr, 24:3-16, 2004.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF visando promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. As instituições que aderem ao movimento adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. O quarto passo consiste em “ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto”, recomendando assim o contato pele a pele precoce entre o binômio mãe/filho.

Berra et al. (2002) comparou a efetividade das práticas da IHAC em hospitais públicos e privados. Constatou que o contato precoce mãe/RN até 10 minutos de pós-parto aconteceu em 7,5% em maternidade públicas contra 15,5% nas privadas. A primeira sucção de leite materno também aconteceu com maior prevalência em instituições privadas 26,7% contra 21,9%. No entanto leite materno como principal alimento da criança foi encontrado nas instituições públicas 76,4% versus 31,7%.

Segundo estudo realizado por Monteiro, Gomes e Nakano (2006) em meio ao ambiente hospitalar, onde o contato precoce e o estímulo ao início da amamentação devem ser realizados durante os procedimentos obstétricos gerando desconforto, a mulher/parturiente. Esta mulher, agora nutriz se mostra cansada e extenuada devido ao esforço físico dispensados durante o parto. Diante desta situação, no entanto, o papel de boa mãe a faz aceitar esta imposição. É necessário neste momento que a equipe de saúde compreenda o significado do contato precoce e da amamentação, ainda em sala de parto para a mulher. Isto implica em respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher que é recebida para a resolução da gestação e assistência ao puerpério imediato.

No hospital amigo da criança, a permanência em alojamento conjunto e o tipo de parto influenciam a manutenção do aleitamento exclusivo durante os seis primeiros meses de vida. Em relação ao contato precoce, favorecedor não só do aleitamento como também do vínculo mãe-filho, não foi constatada sua influência sobre a manutenção da alimentação exclusiva (NARCHI, 2009).

As duas primeiras horas após a dequitação também chamada de pós-parto imediato, é um período de grande risco materno, devido aos riscos hemorrágicos (BRASIL, 2001). Faz-se necessário neste momento a observação cuidadosa da mulher, através da verificação da involução uterina, sangramento vaginal e aferição da pressão arterial (OMS, 1996). Neste estudo pode-se observar a realização destes procedimentos por todos os profissionais da equipe de saúde em 100% dos partos.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem identificados neste estudo são descritos como qualificados segundo a normatização do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde estando em consonância com a legislação brasileira no que diz respeito à caracterização da equipe de enfermagem.

Embora estes profissionais de saúde sejam legalmente capacitados há uma necessidade de educação continuada, especialmente através de Congressos, Seminários visando a atualização de conhecimentos.

Há necessidade de investimentos e incentivos por parte das instituições para que estes profissionais busquem realizar reciclagem de conhecimento intra e extra muros especialmente em relação aos cuidados de enfermagem oferecidos á mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Normas e protocolos institucionais visando à humanização e adequação da assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato podem direcionar os procedimentos em busca de uma atenção humanizada prestada pelos profissionais de saúde.

Conclui-se também que o papel clínico do profissional de enfermagem no acolhimento às gestantes em trabalho de parto foi considerado modesto frente à atuação médica, a exceção do técnico de enfermagem, que foi responsável pela aferição de PA na maioria dos acolhimentos e apresentou atuação marcante em ações de verificação da involução uterina e sangramento vaginal no pós-parto.

A atuação dos profissionais de enfermagem foi mais marcante na sala de pré-parto em função da assistência humanizada ao parto, com procedimentos não farmacológicos para o alívio da dor e procedimentos clínicos de ausculta de BCF e toque vaginal. Durante o trabalho de parto, o enfermeiro obstetra, embora de modo modesto, realizou procedimentos clínico-cirúrgicos como episiotomia e episiorrafia, sutura de laceração, anestesia local, revisão uterina e tração controlada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 52-58, 2005a.

ALMEIDA, N. A. M. et al. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 223-228, 2005b.

BACHMAN, J. A. Manejo do Desconforto. In: LOWDERMILK D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. Porto Alegre: Artmed, 2002, cap. 13, p. 314-330.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 39, n.1, p.85-91, 2005.

BEHLE, I. Indução do parto. In: NEME B. **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Sarvier, 2000. cap. 116, p. 986-990.

BERRA, S. et al. Alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 36, n. 6, p. 661-669, 2002.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 671-679, 2006.

BRASIL. Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9.273 a 9.275.

BRASIL. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em http://conselho.saude.gov/docs/ Resolucoes/Reso196.doc. Acesso em 5 mar. 2007

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. CNE. Resolução 003/2001, aprovada em 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, de 28 de fevereiro de 2002, seção 1, página 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria 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 Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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. Ministério da Saúde. **Profae** – profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** 2009. Disponível em http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area . Acesso em 29 abr. 2009b.

BRASIL. Lei n° 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 13 jun.1973, Seção 1, p. 6.825.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União,** 8 abr. 2005; Seção 1:1.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria n° 2.101 de 3 de novembro de 2005. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 30 jun. 2009.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Publica,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Apoio ao nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007.

CARGIN, E. R. G. **Assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal:** a realidade de Araraquara/SP. 2008. 158 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CECAGNO, D.; CECAGNO, S.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 58, n. 1, p. 22-26, 2005.

CIAGRI/USP. Centro de Informática do Campus Luiz de Queiroz. Disponível em http://www.ciagri.usp.br/piracica/merco_p.htm. Acesso em 09 dez. 2007.

COSTA, A. A. R. et al. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 455-462, 2002.

Da COSTA, et al. **Metodologia da pesquisa-coletânea de termos**. João Pessoa: Idéia, 2000, p 47.

COUTO, G. R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 190-198, 2006.

DATASUS. **Indicadores de Mortalidade**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/c03.htm>. Acesso: em 27 mai. 2009.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; SANTOS, S. R. dos. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49, 1999.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 727-732, 2002.

De DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Referências para o ensino de competências na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 58, n. 4, p. 453-457, 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios de implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

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

FORNAZARI, D. H.; SILVA, K. S. C.; GOLDMAN, R. E. Parto normal após cesárea: aspectos maternos e neonatais. **Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 4, n. 14, p. 51-54, 2007.

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

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 153-159, 2009.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA .IBGE, 2006. **Malha municipal digital do Brasil:** situação em 2005. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php. Acesso: em 27 jul. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Contagem da população em 2007.** Rio de Janeiro, 2007. 311p.

INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. ICM. **Competencies.** New York, 2004. Disponível em http://www.internationalmidwives.org. Acesso em: 09 abr. 2009.

KAK, N.; BURKHALTER, B; COOPER, M. A. Meansuring the competence of healthcare providers. **Operations Resarch Issue Paper,** Bethesda, v. 2, n. 1, p. 1-28, 2001. Disponível em <http://www.informs.org/index>. Acesso em: 07 jun. 2009.

LAURENTI, R. A. A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de São Paulo. **Boletim Oficina de Saúde Pública,** Brasil, v. 116, n.1, p. 08-25, 1994.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface–Comunicação, Saúde e Educação,** Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369–79, 2005. Disponível em: <http://www.interface.org.br>. Acesso em: 21 jul. 2006.

LOPES, M. H. B. E., et al. O uso de enteroclisma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto. v. 9, n. 6, p. 49-55, 2001.

MacDONALD, 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, Nova York: Family Care International, n. esp, 2003.

MAMEDE, F. V. et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1157-1162, 2007.

MARTINS, C., et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Revista Texto e Contexto - enfermagem,** Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.

MARTINS – COSTA, S. et al. Causas da mortalidade materna no Hospital de Clínicas de Porto Alegre–RS. Análise de 15 anos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 17, p. 507-13, 1997.

MAZZO, M. H. S. N.; de BRITO, R. S.; ENDERS, B. C. A percepção de docentes de um curso de enfermagem sobre o ensino teórico-prático dos cuidados à parturiente. **Revista da Escola Enfermagem Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 398–405, 2003.

MENTA, S.; SCHIRMER, J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 523-529, 2006.

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

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A; NAKANO, A. M. S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 427-432, 2006.

MOURÃO, L. Oportunidades de qualificação profissional no Brasil: reflexões a partir de um panorama quantitativo. **Revista de Administração Contemporânea,** Curitiba, v. 13, n. 1, p. 136-153, 2009.

NARCHI, N. Z. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-94, 2009.

NEPOMUCENO, L. M. R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 42, n. 4, p. 665-672, 2008.

NETTO, L. F. S. A.; RAMOS, F. R. S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 50-57, 2004.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.

OLIVEIRA, C. A. de et al.; Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 93-98, 2006.

OLIVEIRA, M. I. C. de et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008.

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. **Overwiew of the nursing workforce in Latin América.** Washington: PAHO/WHO/ICM, 2005. Disponível em: <http://www.icn.ch/global/Issue6LatinAmericaSP.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2009.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. de F.; MEIER, M. J.Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan 2003.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses**. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 802-808, 2005.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** O parto: estudo clínico e assistência. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. p. 336-332.

REZENDE, C. H. A.; MORELI, D.; REZENDE, I. Mortalidade materna em cidade de médio porte. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 323-328, 2000.

SANTOS, J. F. K. Avaliação da vitalidade fetal intraparto. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Sarvier, 2000. cap. 23, p. 214-217.

SANTOS NETO, E. T. dos et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 17. n. 2, p. 107-119, 2008.

SCARABOTTO, L. B.; RIESCO, M. L. G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 40, n. 3, p. 389-395, 2006.

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Revista Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81-89, 2008.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G; SANTANA, M. N. G. S. T. O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 60, n. 2, p. 161-166, 2007.

SILVA, B. M. da et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVA, L. R.; CRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, 2005.

SODRE, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 41, n. 1, p. 82-89, 2007.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, 2003.

STARRRS, A. **The safe motherhood action agenda**: priorities for the next decade. New York: Family Care International, 1998.

SURITA, F. G. de C. et al . Cervical ripening methods for labor induction. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v. 4, n. 2, p. 125-133, 2004.

TEDESCO, R. P. et al. Comparação entre conduta ativa com ocitocina e conduta expectante na rotura prematura de membranas em gestações a termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 495-501, 1998 .

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sócio-poético. **Revista Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-654, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. Programas Nacionais de saúde materno-infantil: papel do Estado, da mulher e da enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **Indicadores de Qualidade:** uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998. cap. 3, p. 43-53.

VENANCIO, S. I. et al. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida**. Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-331, 2008.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Making Pregnancy Safer**: the critical role of skilled attendant: a join statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO (profissionais de nível médio e nível superior)

1) Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

2) Idade: _____ anos

3) Situação conjugal: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) divorciado(a)

( ) viúvo(a) ( ) união consensual

4) Número de filhos ou outros dependentes: _____

5) Remuneração nesta instituição: _____em salários mínimos

Acha esta remuneração adequada? ( ) sim ( ) não

Se não quanto seria a remuneração ideal?_____

6) Tem mais de um emprego? ( ) sim ( ) não

Se sim, quantos? Quais? _____

7)Jornada diária de trabalho: _____

8) Quantidade de anos estudados

( ) analfabeto ( ) entre oito e onze anos

( ) entre zero e quatro anos ( ) doze anos ou mais

( ) entre quatro e oito anos

9) Formação profissional: _____

10) Ano conclusão: _____

11) Como aprendeu obstetrícia (aulas teóricas, práticas, estágios). Local? Carga horária total? Aprendeu fazer partos? Com quem? Havia supervisão?

---

12) Realizou curso(s) de treinamento(s) de atualização/aprimoramento na área de assistência ao parto depois de sua formação profissional?

( ) sim ( ) não

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano:_____

13) Tem participado de eventos científicos (área de saúde da mulher) após sua formação profissional? ( ) sim ( ) não

Nome: _____ Ano:_____

14) Tem participado de cursos de reciclagem (área de saúde da mulher) nesta instituição? ( ) sim ( ) não

Se não, qual o motivo?

( ) instituição não oferece ( ) não tenho interesse ( ) falta de tempo

( ) outros _____

15) Há quanto tempo trabalha na assistência ao parto?

_____

16) Experiência com parturientes (local e período):

_____

17) Sempre quis trabalhar com parturientes? ( ) sim ( ) não

18) Gosta de trabalhar com parturientes? ( ) sim ( ) não

As questões 19 a 23 aplicam-se somente à profissionais com nível superior completo

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO (somente nível superior)

19) Fez curso de pós graduação modalidade especialização em Enfermagem Obstétrica, com carga horária mínima de 360 horas?

( ) sim ( ) não ( ) em andamento

Ano: _____ Carga horária total:_____horas

20) O curso é financiado pelo Ministério da Saúde? ( ) sim ( ) não

21) Fez algum outro curso de especialização?

( ) sim ( ) não ( ) em andamento

Qual? _____ Ano:_____ Carga horária total: _____

22) O curso é financiado pelo Ministério da Saúde?

( ) sim ( ) não

23) Fez pós graduação stricto–sensu?

Mestrado: ( ) sim ( ) não ( ) em andamento

Nome da Dissertação: _____ Ano: _____

Doutorado: ( ) sim ( ) não ( ) em andamento

Nome da Tese:_____

ANEXO II

ATIVIDADES REALIZADAS COM PARTURIENTES

ADMISSÃO

1) Confere cartão de pré natal: ( ) sim ( ) não Profissional_____

2) Faz pedidos de exames laboratoriais? ( ) sim ( ) não

Quais? _____ Profissional_____

3) Realiza:

Ananmese ( ) Exame físico geral ( ) Palpação ( ) Dinâmica Uterina ( )

Ausculta BCF ( ) Toque ( ) Afere PA ( ) Tricotomia ( )

Oferece camisola ( ) Encaminha ao pré parto ( ) Realiza enema( )

Encaminha ao banho ( ) Permite presença de acompanhante ( )

Profissional_____

4) É responsável pela admissão? ( ) sim ( ) não

Se não quem é o profissional responsável? _____

Observações:_____

TRABALHO DE PARTO

5) Permite presença de acompanhante? O que faz?

( ) sim ( ) não ( ) em alguns momentos. Profissional_____

6) Orienta o acompanhante sobre o processo do trabalho de parto?

( ) sim ( ) não ( ) em alguns momentos. Profissional_____

7) Oferece líquidos?

( ) sim ( ) não ( ) em alguns momentos. Profissional_____

8) Oferece alimentos?

( ) sim ( ) não ( ) em alguns momentos. Profissional_____

9) Realiza/estimula métodos não farmacológicos de alívio da dor:

( ) massagem ( ) técnicas de relaxamento ( ) respiração adequada

( ) mudança de posição ( ) deambulação ( ) banho

( ) outros _____ Profissional_____

10) Oferece estímulo ao puxo quando a dilatação esta quase completa ou completa? ( ) sim ( ) não Profissional_____

11) Utiliza o partograma? ( ) sim ( ) não Profissional_____

Se sim, em que momento inicia? _____

12) Indica amniotomia? ( ) sim ( ) não Profissional_____

Se sim, em que momento indica? _____

13) Indica cardiotocografia? ( ) sim ( ) não Profissional_____

Se sim, em que momento indica? _____

14) Indica administração de ocitócitos? ( )sim ( )não Profissional_____

Se sim, em que momento indica? _____

15) Indica administração de fármacos para controle da dor?

( ) sim ( ) não Profissional_____

Se sim, em que momento indica? _____

16) Indica analgesia peridural? ( ) sim ( ) não Profissional_____

Se sim, em que momento indica? _____

17) Qual conduta ao identificar sofrimento fetal? Profissional_____

_____

18) Indica cirurgia cesariana? ( ) sim ( ) não Profissional_____

Se sim, em que momento indica? _____

PARTO

19) Realiza o parto nesta instituição? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

( ) normal sem distócia

( ) normal com distócia sem ajuda de outro profissional

( ) normal com distócia com ajuda de outro profissional

( ) gemelar ( ) apresentação pélvica ( ) com líquido meconial

( ) Fórceps ( ) auxilia parto cirúrgico

20) Permite que a mulher escolha a posição do parto? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

21) Permite presença de acompanhante? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

22) Oferece líquidos? ( ) sim ( ) não Profissional_____

23) Indica administração de ocitócitos? ( ) sim ( ) não

Se sim, em que momento indica? _____ Profissional_____

24) Realiza Manobra de Kristeller no expulsivo? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

25) Realiza proteção perineal no expulsivo? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

26) Realiza episiotomia? ( ) sim ( ) não Profissional_____

27) Realiza tração controlada do cordão umbilical durante dequitação?

( ) sim ( ) não Profissional_____

28) Momento do clampeamento do cordão: Profissional_____

( ) logo após expulsão do feto ( ) após parada dos batimentos
Profissional_____

29) Realiza exame da placenta e membranas ovulares? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

30) Revisão uterina (exploração manual) após o pato? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

31) Realiza episiorrafia? ( ) sim ( ) não Profissional_____

32) Faz inspeção da vagina e cérvix para observar laceração?

( ) sim ( ) não Profissional_____

33) Realiza sutura de lacerações?

( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( ) não Profissional_____

34) Realiza anestesia local? ( ) sim ( ) não Profissional_____

Se sim em que momento_____

35) Realiza anestesia regional (bloqueio do pudendo)? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

Se sim em que momento_____

36) Oferece cuidados imediatos ao recém-nascido? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

Se sim, quais? _____

37) Oferece cuidados mediatos ao recém-nascido? ( ) sim ( ) não
Profissional_____

Se sim, quais? _____

38) Contato pele-a-pele mãe/filho: ( ) primeira meia hora ( ) primeira hora

( ) segunda hora ( ) após segunda hora ( ) não aconteceu

39) Contato mãe/filho: ( ) primeira meia hora ( ) primeira hora

( ) segunda hora ( ) após segunda hora ( ) não aconteceu

40) Estimula a amamentação: ( ) primeira meia hora ( ) primeira hora

( ) segunda hora ( ) após segunda hora ( ) não aconteceu

PÓS PARTO IMEDIATO (4º PERIODO)

41) Verifica PA? ( ) sim Quantas vezes? _____ ( ) não
Profissional_____

42) Verifica consistência uterina? ( ) sim Quantas vezes? _____ ( ) não
Profissional_____

43) Verifica altura uterina? ( ) sim Quantas vezes? _____ ( ) não
Profissional_____

44) Verifica sangramento? ( ) sim Quantas vezes? _____ ( ) não
Profissional_____

45) Libera a puérpera para enfermaria (prescreve alta do C.O.)?

( ) sim ( ) não Profissional_____

46) Realiza a evolução de enfermagem no momento da alta do C.O.?

( ) sim ( ) não Profissional_____

47) Depois de quanto tempo encaminha a puérpera para enfermaria? _____ h
Profissional_____

ANEXO III

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 153/2007

Ribeirão Preto, 02 de julho de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de junho de 2007.

Protocolo: nº 0788/2007

Projeto: PERFIL DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA-SP.

Pesquisadores: Fabiana Villela Mamede
Denise Helena Fornazari

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Fabiana Villela Mamede
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Profissional de Enfermagem

Meu nome é Denise Helena Fornazari, sou enfermeira obstetra, aluna de mestrado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado de **Perfil da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto no município de Piracicaba-SP**.

Gostaria de sua permissão mediante assinatura para que eu possa acompanhar a assistência de enfermagem prestada à parturiente durante todo trabalho de parto (desde a admissão até a alta para o alojamento conjunto). Informo que seu anonimato será mantido e que a senhora tem total liberdade de deixar de participar do projeto quando desejar.

Declaro que sua participação não acarretará dano pessoal e/ou profissional para si próprio ou para a instituição à qual está vinculado.

Esclareço também que dados obtidos serão utilizados para elaboração de um trabalho científico, visando conhecer a qualidade da assistência à parturiente, e possível publicação.

Deixo meu telefone de contato e e-mail para esclarecimento de qualquer dúvida.

Agradeço sua colaboração.

_____ _____

Denise Helena Fornazari — Profissional de enfermagem

Telefone: (19) 34341719; (16) 96762900
E-mail:defornazari@usp.br

ANEXO V

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Parturiente

Meu nome é Denise Helena Fornazari, sou enfermeira obstetra, aluna de mestrado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado de **Perfil da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto no município de Piracicaba-SP**.

Gostaria de sua permissão mediante assinatura para que eu possa acompanhar todo seu trabalho de parto até a alta para o alojamento conjunto. Informo que seu anonimato será mantido e que a senhora tem total liberdade de deixar de participar do projeto quando desejar.

Esclareço também que dados obtidos serão utilizados para elaboração de um trabalho científico, visando melhorar a qualidade da assistência à parturiente, e possível publicação.

Deixo meu telefone de contato e e-mail para esclarecimento de qualquer dúvida.

Agradeço sua colaboração.

_____ _____

Denise Helena Fornazari — Profissional de enfermagem

Telefone: (19) 34341719; (16) 96762900
E-mail:defornazari@usp.br