**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ELIANA PERES ROCHA CARVALHO LEITE

**A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às
parturientes no município de Alfenas – MG**

**Ribeirão Preto
2009**

ELIANA PERES ROCHA CARVALHO LEITE

**A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às
parturientes no município de Alfenas - MG**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
a obtenção do título de Doutora em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em
Saúde Pública.

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

Orientadora: Professora Doutora Maria José Clapis

Ribeirão Preto

2009

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Leite, Eliana Peres Rocha Carvalho.

A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às
parturientes no município de Alfenas – MG. Ribeirão Preto, 2009.

137f. : Il 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Orientadora: Clapis, Maria José

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Parto. 3. Equipe de Enfermagem.
4. Competência Profissional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LEITE, Eliana Peres Rocha Carvalho

**A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes
no município de Alfenas – MG**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
a obtenção do título de Doutora em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/ 2009.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

“JESUS”, amigo fiel, incansável e incondicional, obrigada pelas bênçãos recebidas durante esta jornada e pela graça da conclusão desta pesquisa.

Ao **Mateus**, à **Marina** e à **Giovana**, que me fortalecem diariamente, obrigada, pois sem vocês...

AGRADECIMENTOS

À **Professora Doutora Maria José Clapis**, pela paciência, pela dedicação, pela competência e excelente orientação prestada nesta importante etapa da minha vida, meu sincero e eterno agradecimento.

Às **Professoras Doutoras Ana Márcia Spanó Nakano e Fabiana Villela Mamede**, pelas sugestões construtivas no exame de qualificação.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, pela contribuição na avaliação desta pesquisa.

À **Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL – MG**, aos **Funcionários**, ao **Reitor** e aos **Pró-Reitores**, por possibilitarem a oportunidade desta conquista.

Aos **Funcionários e Professores do Departamento de Enfermagem da UNIFAL – MG**, por minha liberação e preciosa ajuda durante esta longa caminhada.

À **Professora Doutora Eliza Maria Rezende Dázio**, pela amizade, pela solidariedade e por todos os momentos e orações compartilhadas.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e seus Professores**, pelo acolhimento e pelos conhecimentos transmitidos durante o curso.

Aos **Funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, pelo atendimento competente e solidário.

À **Senhora Enfermeira Zélia de Fátima Nogueira**, Diretora Administrativa da Casa de Caridade de Alfenas “Nossa Senhora do Perpétuo Socorro” e à **Senhora Doutora Maria do Socorro Alves Lemos**, Diretora Administrativa do Hospital Universitário Alzira Velano, por autorizarem a realização desta pesquisa.

Às **Parturientes e Familiares** que gentilmente permitiram ser observadas neste momento tão especial de suas vidas, obrigada, pois sem vocês seria impossível a realização desta pesquisa.

Ao **Professor Doutor Benedito Ferreira da Silva** e a **Enfermeira Flávia Ribeiro Martins Macedo**, pela valiosa colaboração e atenção a mim dispensadas.

À **Equipe de Enfermagem e Funcionários das Maternidades**, pela acolhida e generosa atenção durante a realização desta pesquisa.

A todos os **Profissionais de Saúde** que prestam atendimento nas maternidades, pelo respeito, compreensão e colaboração.

À **Professora Aparecida Donizetti Paes**, pela disponibilidade nas correções textuais da língua portuguesa.

Ao **Denis de Oliveira Rodrigues**, à **Maria Eunice Cesar Siqueira** e à **Erika Westim Araujo da Silva**, pela indispensável colaboração.

Ao **Professor José Antônio Leite**, pela ajuda com o tratamento estatístico.

Aos **Bibliotecários da UNIFAL–MG Ronan Lázaro Gondim, Fátima dos Reis Goiatá, e Cecília Maria Rodrigues Freitas**, pela disponibilidade e apoio.

Ao **Professor Doutor Luiz Carlos do Nascimento** e à **Giovana Rocha Leite**, pela colaboração na finalização deste trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior – CAPES – Programa de Formação Doutoral Docente – Prodoutoral**, pela concessão de recursos para a concretização deste estudo.

A **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, obrigada.

RESUMO

LEITE, E. P. R. C. **A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes no município de Alfenas - MG.** 2009. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

A morbi-mortalidade materna é considerada um problema mundial e representa um desafio à Saúde Pública. O aumento progressivo nos índices de cesarianas tem produzido impactos negativos na qualidade da assistência obstétrica. A atenção qualificada às parturientes é de fundamental importância para a redução desses índices e para a promoção da maternidade segura. Este estudo buscou conhecer a realidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem às parturientes, no município de Alfenas - MG. **Objetivos:** Caracterizar os profissionais que compõem a equipe de enfermagem que atuam no atendimento às parturientes e identificar as ações desenvolvidas por eles na prática, correlacionando-as com as competências essenciais ao exercício básico da obstetrícia. **Metodologia:** Estudo descritivo de corte transversal, de abordagem quantitativa, realizado em duas maternidades. A população estudada foi composta por 24 profissionais de enfermagem (10 enfermeiros, cinco técnicas em enfermagem e nove auxiliares de enfermagem). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e observação sistemática, não participante, das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem durante a assistência obstétrica. Foram observadas 38 admissões de parturientes, 38 mulheres em trabalho de parto, 25 partos, 25 mulheres em pós-parto imediato e 25 recepções de recém-nascidos. A estatística descritiva e o teste exato de Fisher foram utilizados para análise das variáveis. **Resultados:** Os profissionais de enfermagem que prestam assistência às parturientes nas maternidades estudadas são em sua maioria (58,3%) de nível médio, predominantemente do sexo feminino (91,7%) com idade média de 38,25 anos; 54,2% são casadas e 70,8% têm um ou mais filhos; a carga horária média semanal de trabalho é de 49,17 horas sendo que 25% trabalham em dois empregos; 87,5% dos profissionais não participaram de nenhum evento científico na área nos últimos cinco anos; 58,3% dos profissionais estão formados há mais de cinco anos, sendo que, destes, 71,4% são profissionais de enfermagem de nível médio os quais possuem maior tempo de trabalho em maternidade. Profissionais de nível médio que prestam

assistência às mulheres durante o trabalho de parto desenvolvendo atividades consideradas de maior complexidade e realizam o parto na ausência do médico, receberam treinamento informal na própria maternidade durante a jornada de trabalho e não são considerados qualificados para esse tipo de atendimento. Os enfermeiros atuam na supervisão e gerenciamento da assistência de enfermagem. Muitas das competências essenciais em obstetrícia, preconizadas pela ICM, são desenvolvidas de forma incompleta, com baixa frequência ou não são desenvolvidas. Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, recomendadas pela OMS, são adotadas nas maternidades; outras, não recomendadas, ainda são utilizadas. **Conclusão:** De acordo com critérios e requisitos estabelecidos internacionalmente sobre atenção obstétrica qualificada, a realidade apresenta carência de profissionais de enfermagem qualificados para o atendimento às parturientes. O modelo de atenção materna não prioriza a qualificação da equipe de enfermagem e apresenta formas diferentes com relação à divisão do trabalho. Muitas das competências essenciais em obstetrícia não estão sendo desempenhadas. O estudo revela a necessidade de qualificação dos profissionais para executar um atendimento condizente com as metas estabelecidas pela Iniciativa Global por uma Maternidade Sem Risco.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Equipe de Enfermagem. Parto. Competência Profissional. Atenção Qualificada.

ABSTRACT

LEITE, E. P. R. C. **The nursing professionals' participation in the attendance to the parturients in the municipal district of Alfenas - MG. 2009.** 137 f. Theory (Doctorate in Nursing) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

The maternal morbidity mortality is considered a world problem and it represents a challenge to the Public Health. The progressive increase in the indexes of Cesarean has been producing negative impacts in the quality of the obstetric attendance. The qualified attentions to the parturients are of fundamental importance for the reduction of those indexes and for the promotion of the safe maternity. This study looked for knowing the reality of the attendance rendered by the nursing professionals to the parturients, in the municipal district of Alfenas – MG. **Objective:** To characterize the professionals that compose the nursing team that act in the service to the parturients and to identify the actions developed by them in practice, correlating them with the essential competences to the basic exercise of the obstetrics. **Methodology:** Descriptive study of traverse cut, of quantitative approach, accomplished at two maternities. The studied population was composed by 24 nursing professionals (10 nurses, five techniques in nursing and nine auxiliaries nursing). The collection of data was accomplished through interview and systematic observation, no participant, of the actions developed by the nursing team during the obstetric attendance. Were observed 38 admissions of parturients, 38 women in stage of labor, 25 childbirths, and 25 women in immediate postpartum and 25 receptions of newborn. The descriptive statistics and the exact test of Fisher were used for analysis of the variables. **Results:** The nursing professionals that render attendance to the parturients in the studied maternities are in his/her majority (58,3%) of medium level, predominantly female (91,7%) with medium age 38,25 years old; 54,2% are married and 70,8% have one or more children; the medium workload of work weekly is of 49,17 hours, and 25% of workers work in two jobs; 87,5% of the professionals did not participate in any scientific event in the area in the last five years; 58,3% of the professionals are formed more than five years, and, of these, 71,4% are professional of nursing of medium level which possess larger time of work in maternity. Professionals of medium level that render attendance to the women during the labor

stage developing activities considered of larger complexity and they accomplish the childbirth in the doctor's absence, they received informal training in the own maternity during the work day and they are not considered qualified for that kind of service. The nurses act in the supervision and administration of the nursing attendance. Many of the essential competences in obstetrics, approved by ICM, are developed in an incomplete way, with low frequency or they are not developed. Obstetric practices based on scientific evidences, recommended by WHO, are adopted at the maternities; other, no recommended, they are not used yet. **Conclusion:** In agreement with criteria and requirements established internationally about attention obstetric qualified, the reality presents lack of professionals of nursing qualified for the service to the parturients. The model of maternal attention does not prioritize the qualification of the nursing team and it presents different forms regarding of the division of the work. Many of the essential competences in obstetrics are not being carried out. The study reveals the need of the professionals' qualification to execute an suitable service with the established goals for the Global Initiative for a Maternity Without Risk.

Word-key: Obstetric Nursing. Nursing Team. Childbirth. Professional Competence. Qualified Attention.

RESUMEN

LEITE, E. P. R. C. **La participación de los profesionales de enfermería en la asistencia al parturientas en el distrito municipal de Alfenas - MG.** 2009. 137 f. la Teoría (el Doctorado en enfermería) - Escuela de enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

La morbosidad de mortalidad maternal es considerada un problema mundial y representa un desafío a la Salud Pública. El aumento progresivo en los índices de Cesárea tem sido productores de impactos negativos en la calidad de la asistencia obstétrica. La atención calificada a las parturientas es de importancia fundamental para la reducción de esos índices y para la promoción de la maternidad segura. Este estudio buscaba saber la realidad de la asistencia dada por los profesionales de enfermería a las parturientas, en el distrito municipal de Alfenas - MG. **Objetivos:** Para caracterizar los profesionales que componen el equipo de enfermería que actúan en el servicio a las parturientas y para identificar las acciones desarrolladas por ellos en la práctica, mientras poniéndolos en correlación con las competencias esenciales al ejercicio básico de la obstetricia. **Metodología:** El estudio descriptivo de corte transversal, de abordaje cuantitativo, cumplido a dos maternidades. La población estudiada estaba compuesta por 24 profesionales de la enfermería (10 enfermeros, cinco técnicos de enfermería y nueve auxiliares de enfermería). La colección de datos era cumplida a través de la entrevista y la observación sistemática, no participante, de las acciones desarrolladas por el equipo de enfermería durante la asistencia obstétrica. Se observó 38 admisiones de parturientas, 38 mujeres en la fase de parto, 25 partos, y 25 mujeres en los postpartum inmediatos y 25 recepciones de recién nacidos. Las estadísticas descriptivas y la prueba exacta de Fisher fueron usadas para el análisis de las variables. **Resultados:** Los profesionales de enfermería que dan la asistencia a las parturientas en las maternidades estudiadas son en la mayoría (58,3%) de nivel medio, predominantemente el femenino (91,7%) con la edad media 38,25 años de edad; 54,2% son casados y 70,8% tienen uno o más hijos; el volumen de trabajo por semana es de 49,17 horas, y 25% del trabajo de los obreros es en dos trabajos; 87,5% de los profesionales no participan en cualquier evento científico en el área en los últimos cinco años; 58,3% de los profesionales se formaron más de cinco años,

y, de éstos, 71,4% son profesionales de enfermería de nivel medio que posee tiempo más grande de trabajo en la maternidad.

Los profesionales de nivel medio que prestan la asistencia a las mujeres durante la fase de parto desarrollando actividades consideradas de grande complejidad y ellos ejecutan el parto en la ausencia del doctor, ellos recibieron el entrenamiento informal en la propia maternidad durante el día de trabajo y ellos no son considerados calificados para ese tipo de servicio. Los enfermeros actúan en la vigilancia y administración de la asistencia de enfermería. Muchas de las competencias esenciales en las obstetricias, aprobados por el ICM, son desarrollados de una manera incompleta, con la frecuencia baja o ellos no se desarrollan. Las prácticas obstétricas basadas en las evidencias científicas, recomendadas por OMS, son adoptadas a las maternidades; otro, no recomendados, no se usan todavía. **Conclusiones:** De acuerdo con el criterio y requisitos establecidos internacionalmente sobre la atención obstétrica calificada, la realidad presenta falta de profesionales de enfermería calificados para el servicio a las parturientas. El modelo de atención maternal no prioriza la calificación del equipo de enfermería y presenta formas diferentes con relación la división del trabajo. Muchas de las competencias esenciales en las obstetricias no están llevándose a cabo. El estudio revela la necesidad de la calificación de los profesionales de ejecutar un servicio conveniente con las metas establecidas para la Iniciativa Global para una Maternidad Sin Riesgo.

Palabras llaves: Enfermería Obstétrica. El Equipo de Enfermería. El Parto. La Competencia Profesional. La Atención Calificad

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição da Equipe de Enfermagem das maternidades de Alfenas - MG segundo as maternidades. Alfenas, 2008.	61
Tabela 2.	Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o sexo, a idade, o estado conjugal e o número de filhos. Alfenas, 2008.	63
Tabela 3.	Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a remuneração nas instituições pesquisadas. Alfenas, 2008.	64
Tabela 4.	Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o nível de instrução. Alfenas, 2008.	66
Tabela 5.	Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o tempo de formação profissional. Alfenas, 2008.	70
Tabela 6.	Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o tempo de trabalho em maternidade. Alfenas, 2008.	73
Tabela 7.	Distribuição de frequências das observações da assistência às parturientes na admissão, trabalho de parto, parto e pós-parto, segundo os turnos manhã, tarde e noite e as maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.	79
Tabela 8.	Distribuição de frequências das atividades desenvolvidas pelas profissionais de enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência à admissão de 27 parturientes na maternidade “A” de Alfenas – MG. Alfenas, 2008.	81
Tabela 9.	Distribuição de frequências das atividades diagnóstico do trabalho de parto, ausculta de BCF e toque vaginal, realizadas pelos profissionais de enfermagem, segundo as maternidades durante a observação da assistência à admissão de 38 parturientes nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.	86
Tabela 10.	Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência ao trabalho de parto de 38 parturientes, nas maternidades de Alfenas – MG. Alfenas, 2008.	90

Tabela 11.	Distribuição de frequências das atividades consideradas úteis na assistência ao trabalho de parto, realizadas pelos profissionais de enfermagem, durante a observação da assistência ao trabalho de parto de 38 parturientes, nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.....	94
Tabela 12.	Distribuição de frequências das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência a 25 puérperas no pós-parto imediato, nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.....	104
Tabela 13.	Distribuição de frequências das atividades desenvolvidas pelas profissionais de Enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência imediata a 25 recém-nascidos nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.....	105

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a remuneração nas instituições pesquisadas. Alfenas, 2008..65
- Gráfico 2.** Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a participação em eventos científicos nos últimos cinco anos. Alfenas, 2008.69
- Gráfico 3.** Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o número de empregos. Alfenas, 2008.72
- Gráfico 4.** Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a realização de partos. Alfenas, 2008.74

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	17
2	INTRODUÇÃO	19
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	Objetivo geral	27
3.2	Objetivos específicos	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1	Políticas e movimentos sociais de atenção à saúde da mulher no ciclo grávido puerperal	29
4.2	A humanização como perspectiva de qualidade da assistência obstétrica	34
4.3	Atenção qualificada ao parto e competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia	38
5	METODOLOGIA	44
5.1	Tipo de estudo.....	44
5.2	Local do estudo.....	44
5.2.1	O Estado de Minas Gerais	44
5.2.2	A cidade de Alfenas	45
5.2.3	As maternidades	47
5.3	Sujeitos do estudo	50
5.4	Instrumento de coleta de dados	50
5.5	Procedimentos de coleta de dados	51
5.6	Aspectos éticos.....	53
5.7	Análise dos dados	54
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
6.1	Caracterização das Instituições	56
6.1.1	Maternidade “A”	56
6.1.2	Maternidade “B”	59
6.2	A equipe de enfermagem	60
6.3	Caracterização dos profissionais de enfermagem que atuam no atendimento às parturientes	61
6.4	Atenção obstétrica.....	78
6.4.1	Admissão da parturiente	79
6.4.2	O trabalho de parto	87
6.4.3	Atenção ao parto.....	98
6.4.4	Atenção ao pós-parto.....	103
6.4.5	Atenção ao recém-nascido	105
7	LIMITAÇÕES E CONCLUSÕES	108
8	IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA	111
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICES.....	125
	ANEXO	137

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa propõe conhecer a atuação da equipe de enfermagem, no contexto da assistência às parturientes no município de Alfenas - MG e está vinculada a um amplo projeto sobre o “Mapeamento dos Serviços de Obstetrícia/Parteria nas Américas”, coordenado pelo Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Este projeto faz parte da Iniciativa da OMS, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o qual tem como propósito reunir informações sobre os serviços de obstetrícia de cada país participante a fim de orientar ações de apoio a estes países para o alcance da Maternidade Segura em toda América Latina e Caribe (MACDONALD; STARRS, 2003).

O tema de investigação da presente pesquisa além de relevante para a prática e para o conhecimento científico relacionado à atenção qualificada na assistência obstétrica por profissionais de enfermagem, vem ao encontro de meu interesse pela área materno/infantil despertado no decorrer do curso de graduação em Enfermagem, seguido pela Especialização em Enfermagem Obstétrica e enquanto docente do Curso de Enfermagem na disciplina de Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL- MG).

Nesse percurso, com a convicção de que o direito à saúde da mulher deve estar assegurado em completa igualdade com os homens na busca pelo seu bem-estar emocional, social e físico; e compreendendo que esse direito é determinado pelo contexto social, político e econômico em que está inserida, bem como pela sua biologia, necessitando do investimento em ações para o alcance da Maternidade Segura, proponho dar continuidade à compreensão da temática com o desenvolvimento deste estudo de Doutorado em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

A prevenção de mortes no ciclo grávido puerperal continua sendo uma prioridade internacional e o Brasil, como muitos outros países, se compromete em melhorar e ampliar os serviços voltados para a saúde materna. Para tanto, se faz necessário o combate às principais causas de morbimortalidade materna e neonatal consideradas evitáveis, mediante uma boa assistência no pré-natal, no parto e no puerpério. Essas causas são a hipertensão arterial, hemorragias, infecções pós-parto e abortamentos (BRASIL, 2002b).

Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004), pesquisando a mortalidade materna em 25 capitais brasileiras, identificaram 67,1% de mortes decorrentes de causas obstétricas diretas, ou seja, devido a complicações que só ocorrem no ciclo grávido puerperal. Em consonância com vários outros estudos, os transtornos hipertensivos predominaram, sendo causa de 24,9% de mortes maternas. Complicações do trabalho de parto e do parto causaram 10,4% de mortes maternas, seguidas de complicações hemorrágicas com 9%.

Amorim et al. (2006), também apontam a hipertensão, a hemorragia e a infecção como as principais causas de admissões em unidade de terapia intensiva obstétrica em Recife - PE. Estudo semelhante realizado em Goiânia - GO (VIGGIANO et al., 2004) verificou que as doenças hipertensivas foram responsáveis por 52,9% das mortes obstétricas diretas, seguidas por doenças hemorrágicas e infecções. Ramos et al. (2003), num estudo retrospectivo sobre mortalidade materna no Rio Grande do Sul, encontraram 61,7% de causas obstétricas diretas, destacando a hipertensão arterial, a infecção pós-cesárea e o aborto séptico como causas principais.

Diante da magnitude como deve ser tratada a mortalidade materna, um ponto importante a ser considerado é que nem sempre os números oficiais refletem a realidade da situação. A subinformação existe e é considerado maior nas regiões Norte e Nordeste (LAURENT; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Gomes et al. (2006), realizaram um estudo para identificação de mortes maternas não registradas e/ou mascaradas em 5 estados brasileiros. Encontraram 55 registros de óbitos relacionados ao ciclo grávido- puerperal não identificado como morte materna.

Apesar de todos os esforços, não há evidências da redução da morbimortalidade materna e perinatal e as mulheres continuam sendo submetidas a procedimentos desnecessários.

O excesso de intervenções e a interferência da tecnologia médica sobre o parto evidenciam o poder econômico sobre o corpo da mulher na medida em que preconiza que o nascimento seguro é aquele que ocorre no meio hospitalar, respaldado de alta tecnologia. Essa filosofia do parto medicalizado, munido de atitudes técnicas, muitas vezes desnecessárias, interfere nessa maravilhosa conquista evolutiva que é o parto normal (CECHIN, 2002).

Privilegia-se um trabalho que se baseia em uma organização hospitalar complexa onde as práticas e a formação em saúde estão profundamente envolvidas no modelo médico hegemônico (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

O aumento progressivo da hospitalização para a assistência ao parto, a incorporação de novas tecnologias e a elevação das taxas de cesariana produziram impactos negativos na qualidade da assistência à mulher e ao filho. O ato de gestar, parir e nascer passaram a ser encarados como patológicos, medicalizando e despersonalizando a assistência em detrimento do estímulo, do apoio e do carinho à mulher. O nascimento passou a ser privado de princípios humanísticos; a mãe e filho deixam de serem vistos como pessoas para serem considerados objetos da assistência (CASTRO; CLAPIS, 2005; CARON; SILVA, 2002). Dessa forma, aspectos subjetivos que deveriam ser valorizados durante a assistência ao nascimento são deixados de lado.

A evolução do parto operatório, da cesariana, que antigamente era um procedimento destinado apenas às mulheres mortas, tornou-se uma garantia de sobrevivência tanto para as mulheres quanto para o feto. Em contrapartida ao aspecto positivo desse tipo de assistência, o procedimento cirúrgico passou a ser utilizado muitas vezes sem nenhuma indicação clínica, atingindo índices exorbitantes, medicalizando excessivamente o processo natural que é o parto (CASTRO; CLAPIS, 2005).

As maiores taxas de cesarianas são evidenciadas nos grupos socioeconômicos mais favorecidos, com melhores níveis de escolaridade, em que são esperadas condições de saúde maternas mais estáveis, menor risco obstétrico e maior exposição à tecnologia médica. Essas taxas passam de 35% entre as mulheres sem nenhuma escolaridade para 73% entre as mulheres com nível

superior, provavelmente pela maior capacidade de negociação com o obstetra (CASTILHO; PIRES, 2000).

Atualmente, a “cesariana a pedido” tem se tornado um assunto complexo e polêmico, sendo um dos principais fatores responsáveis pelo crescente aumento de cesarianas (FREITAS et al., 2005; FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

Outros fatores são responsáveis pela elevação das taxas de cesarianas, destacando-se a influência do complexo médico-hospitalar na medicalização do parto, os valores culturais em relação à dor do parto e à imagem cultural, ao fascínio pela tecnologia, à formação incompleta do especialista em obstetrícia e à liberação do médico para exercer outras atividades, pois o procedimento cirúrgico é mais prático e rápido (CASTILHO; PIRES, 2000).

Vários estudos têm demonstrado maior risco de morte materna em parto cesárea do que em relação ao parto vaginal, principalmente associado à ocorrência de complicações hemorrágicas, de infecções, de embolia pulmonar e de acidentes anestésicos (BRASIL, 2001).

Parto operatório sem indicação clínica constitui um problema de saúde pública, pois, além de aumentar o risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal, aumenta o tempo de internação e de recuperação, o que afasta a mulher do seio de sua família, aumentando também a demanda de medicamentos e de maiores cuidados médicos e de enfermagem, refletindo no custo do financiamento à saúde (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Segundo a OMS, taxa maior que 15% de cesarianas é considerada medicamente injustificável e o Brasil supera em muito essa marca.

Os índices de cesariana aumentaram em diversos países, atingindo 26% nos Estados Unidos; 21,3% na Inglaterra; 23,9% na Irlanda do Norte e, 19%, no Canadá (GUISE; HASHIMA; OSTERWEIL, 2005).

Em 2003, de acordo com dados oficiais, do total de partos ocorridos na Região Norte do Brasil, 29,26% foram cesarianas; na Região Nordeste o índice foi de 28,50%; na Região Sudeste, 48,67%; na Região Sul, 45,98% e, na Região Centro-Oeste, 45,78%. Em 2004, a taxa de cesariana no Brasil foi de 42%; em 2005, foi de 43% e, em 2006, foi de 45% (BRASIL 2006a).

Essa problemática também está presente em Alfenas - MG, onde se observa um aumento das taxas de cesariana ao longo dos últimos anos, contradizendo os esforços do Ministério da Saúde (MS) para a diminuição dos índices de cesárea no

país. Em 2003, o índice foi de 53,52%; em 2004, 57,85% e, em 2005, 59,45% (SINASC, 2006). Em 2006, o índice foi de 61,34%. Em 2007, 59,66% dos partos foram cesarianas e, em 2008, dos 977 partos realizados no município, 64% foram cesáreos (SINASC, 2009).

O índice de prematuridade em 2006 foi de 10% e de baixo peso ao nascer foi de 10,75% (SINASC, 2009).

Dentre as principais causas de internação de adulto em Alfenas, as complicações da gravidez e puerpério apresentam um índice de 18,9% (BRASIL, 2005a).

Esses dados são preocupantes quando se espera um atendimento de qualidade nas maternidades de Alfenas - MG. Entretanto, para que mudanças na assistência ao parto possam ser efetivadas, faz-se necessário uma revisão na forma de organização da prática obstétrica, considerando-se que, no modelo vigente, nem sempre a fisiologia da mulher é respeitada. Na busca por essas mudanças, inclui-se a revisão de conceitos sobre assistência ao parto, quando se levam em conta normas da OMS e evidências que devem nortear a utilização de intervenções, bem como a participação da enfermeira obstétrica (D'ORSI et al., 2005).

Nessa nova visão sobre o trabalho de parto, volta-se o olhar para a produção do cuidado em saúde respaldado em tecnologias leves, relacionais, envolvendo escuta, vínculo e acolhimento como parte do arsenal dos saberes e competências em saúde (DESLANDES, 2004).

A qualidade da assistência obstétrica, bem como as reivindicações para a implantação de políticas públicas voltadas ao atendimento humanizado, deve ser um compromisso de responsabilidade compartilhada entre os gestores, os profissionais de saúde e a própria comunidade (MOURA et al., 2007).

Garantir essa assistência qualificada, prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis são os principais objetivos que visam ao bem-estar da gestante e do feto (BRASIL, 2005b).

O enfoque da atenção qualificada baseia-se na premissa de que todas as mulheres têm direito a cuidados de qualidade durante o ciclo grávido-puerperal independentemente do local de atendimento (MACDONALD; STARRS, 2003).

Reconhecer o problema da mortalidade materna, assumir compromisso público para sua redução, assegurar disponibilidade financeira com provisão de insumos e equipamentos necessários para oferecer atenção qualificada em todos os

nascimentos, são algumas das estratégias consideradas eficazes para aumentar a atenção qualificada durante o parto e reduzir a mortalidade materna (MACDONALD; STARRS, 2003; INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. ICM, 2002).

Evidências epidemiológicas referentes a diversos países em desenvolvimento sugerem que a atenção qualificada durante o parto auxilia na redução de morte materna e perinatal. Isso se deve ao empenho dos países em priorizar e ampliar a atenção qualificada durante o trabalho de parto. As experiências, mudanças políticas e normativas específicas que possibilitam a redução da mortalidade materna e perinatal representam lições valiosas sobre o papel da atenção qualificada ao binômio mãe/filho durante o trabalho de parto, durante o parto e durante o pós parto (MACDONALD; STARRS, 2003).

De acordo com os serviços públicos de países da África, apenas 50% de todos os partos são assistidos por profissionais qualificados, sendo que em 2005 houve um aumento de 11% na proporção de partos assistidos por profissionais qualificados em relação ao ano 2000. Na Índia, a proporção de partos atendidos por profissionais qualificados aumentou de 43% em 2000 para 48% em 2005-2006; no Paquistão, de 23% em 2001 passou para 31% em 2004-2005; no Nepal, menos que 5 % em 1999, passou para 23,5% em 2005-2006; em Bangladesh, a atenção qualificada é de apenas 14%. Na África, a falta de pessoal qualificado é considerada uma barreira particular, o mesmo acontecendo na Ásia, principalmente em áreas rurais (DEPARTAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL. DFIDS, 2007).

A OMS define que profissionais qualificados são aqueles peritos nas habilidades necessárias para oferecer cuidado durante a gravidez, durante o parto e durante o puerpério, podendo ser médicos obstetras, enfermeiras com especialização em obstetrícia e parteiras profissionais ou obstetrizes, sendo que na legislação brasileira, a enfermeira não especialista em obstetrícia pode realizar parto normal em situação de urgência, desde que não apresente distócias nem a necessidade de episiotomia e episiorrafia. Essas pessoas qualificadas devem ser capazes de assistir a mulher durante a gestação, durante o trabalho de parto e durante o parto, diagnosticar precocemente complicações, realizar intervenções essenciais, iniciar o tratamento, encaminhar a serviços de referência, supervisionando as intervenções (MACDONALD; STARRS, 2003).

As parteiras tradicionais da comunidade, as quais em muitas regiões são as únicas pessoas que atendem as parturientes, não são classificadas pela OMS como profissionais qualificadas (STARRS, 1998).

Os profissionais de enfermagem de nível médio também não são considerados qualificados para o atendimento obstétrico. No entanto em Rio Branco – AC, foi evidenciada a atuação destes na realização de 90% dos partos em maternidade onde não há a presença de enfermeira obstétrica em sua equipe, além de assumirem habilidades obstétricas de maior complexidade (DOTTO, 2006).

Essa realidade, presente em muitas regiões do Brasil, evidencia a necessidade de estimular a qualificação dos profissionais, buscando conhecimentos e habilidade para prover cuidado obstétrico competente durante a gravidez, durante o parto e durante o puerpério.

Diante da necessidade de conhecer a qualificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento às parturientes e as ações desenvolvidas por eles, a presente pesquisa propõe apresentar a realidade da assistência obstétrica prestada pela equipe de enfermagem na cidade de Alfenas - MG. A estrutura da pesquisa em termos de desenho metodológico é semelhante a estudos realizados anteriormente em outras regiões do país, guardando as especificidades de cada local.

Considerando a prioridade que o MS e a OPAS vêm dando à área de saúde da mulher e a importância da atuação da equipe de enfermagem no alcance da maternidade segura, verificar a participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes em Alfenas - MG é uma forma de compreender a prática institucional e, ao mesmo tempo, de evidenciar a necessidade de estratégias que favoreçam a qualificação dos profissionais de enfermagem para a participação efetiva na assistência obstétrica, com consequente redução do índice de cesáreas no município em estudo.

Nesse sentido, é trazido como pressuposto que no município de Alfenas os profissionais de enfermagem que atuam na assistência às parturientes não atendem ao perfil traçado pela definição de profissional qualificado ao parto da OMS/ ICM e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e desenvolvem ações respaldando-se essencialmente no modelo tecnicista e medicalizado do cuidado, contribuindo para a manutenção de índices elevados de cesáreas, o que não condiz com a competência esperada para uma atenção qualificada, segundo os preceitos da Maternidade Segura.

Em busca dessa compreensão, emergiram as seguintes questões norteadoras:

- Quem são os profissionais de enfermagem que atendem às parturientes nas maternidades de Alfenas?
- Quais são as ações que os profissionais de enfermagem desenvolvem nesse atendimento?
- As competências essenciais em obstetrícia preconizadas pelo ICM estão sendo desenvolvidas no atendimento às parturientes?

Nesse contexto, espera-se com este estudo:

- Contribuir com a valorização da equipe de enfermagem no atendimento obstétrico pautado pela qualidade, pela competência e pela humanização em prol da redução dos índices de cesáreas e do alcance da maternidade segura no município de Alfenas;
- Contribuir com a conscientização dos profissionais de enfermagem sobre a importância da qualificação e de seu papel na redução da morbimortalidade materna e neonatal, integrando uma equipe de saúde que ofereça às mulheres assistência obstétrica qualificada, humanizada e condizente com as metas estabelecidas pela Iniciativa Global por uma Maternidade Sem Risco (IMSR);
- Evidenciar a realidade da assistência de enfermagem às parturientes e a importância do respaldo institucional para o incentivo à qualificação desses profissionais.

Entende-se ser esse o caminho para uma assistência com melhores resultados perinatais, maior satisfação das mulheres, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, resultando na melhoria da qualidade de vida humana.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Conhecer a realidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem às parturientes, no município de Alfenas - MG.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais que compõem a equipe de enfermagem que atua no atendimento às parturientes nas maternidades de Alfenas.
- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no atendimento às parturientes, correlacionando-as com as competências essenciais ao exercício básico da obstetrícia.

REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Políticas e movimentos sociais de atenção à saúde da mulher no ciclo grávido puerperal

Altas taxas de morbi-mortalidade materna são consideradas um problema mundial e representam um desafio à Saúde Pública. A cada ano, estima-se que de 120 milhões de gravidezes que ocorrem no mundo, mais de 500 mil mulheres morrem em consequência de complicações durante a gravidez ou durante o parto. Mais de 50 milhões de mulheres sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez e pelo menos 1,2 milhões de recém-nascidos morrem por complicações durante o parto (MACDONALD; STARRS, 2003).

A OMS estimou que, em 2000, além de 529.000 óbitos, 20 milhões de mulheres apresentaram complicações agudas da gestação, resultando em considerável número de sequelas. Aproximadamente 99% das mortes maternas ocorrem nos países em desenvolvimento. Enquanto a Razão de Morte Materna (RMM) nas regiões desenvolvidas é de 20/100.000 nascidos vivos, nas regiões em desenvolvimento, atingem 440/100.000, sendo 190/100.000 na América Latina e Caribe (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO, 2004b).

Comparando as taxas de mortalidade materna em países como Canadá e Estados Unidos, cujos valores são inferiores a nove óbitos por 100 mil nascidos vivos, no Brasil e nos outros países da América do Sul, os valores chegam a ser superiores a 100 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A RMM no Brasil em 1996 foi de 51,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos; em 1997, foi de 51,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos, passando para 64,8 óbitos em 1998. Em 2001, o resultado encontrado foi semelhante ao ano de 1996, com aproximadamente 50 mortes para 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004b).

Em 2002, a RMM no Brasil foi de 50,3 por 100 mil nascidos vivos, havendo diferenças de acordo com as regiões nacionais. O menor índice foi encontrado na região Sudeste, sendo de 45,9. O maior índice encontrado foi na região Nordeste, sendo de 60,8; seguido de 60,3, na região Centro-Oeste e de 56,6, na região Sul (BRASIL, 2004a).

A estimativa oficial da RMM no Brasil em 2004 foi de aproximadamente 76/100.000 com valores de 53,2/100.000 no estudo de capitais, apesar de a OMS publicar valores de 260/100.000 (BRASIL, 2006b; WHO, 2004b).

O problema mundial da morbi-mortalidade materna vem de muitos anos e essa situação demonstra que, apesar de haver programa de saúde à mulher, ele não tem sido eficiente em termos de redução da morbi-mortalidade, pois a taxa de mortalidade materna diminuiu muito pouco.

Com a exaltação da maternidade, a partir do século XIX, no Brasil, as preocupações relacionadas à mulher objetivavam a manutenção da espécie e não a sua própria proteção. A assistência se focava na qualidade e na quantidade das crianças nascidas, responsabilizando as mães, muitas vezes, pelas altas taxas de mortalidade infantil. Somam-se também as questões de gênero relacionadas a padrões culturais dominantes na sociedade em que vivemos as quais submetem a mulher a todas as formas de discriminação (BRASIL, 2001).

A Organização das Nações Unidas (ONU), ao declarar a década para a mulher (1976-1985), abriu espaço à mulher brasileira para discussões sobre todas as formas de discriminação a que as mulheres estavam submetidas. Em 1979, o Brasil tornou-se signatário da Convenção da ONU sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Com relação à saúde, assegurava-se o direito à mulher ao acesso a material informativo, à proteção à saúde, à segurança nas condições de trabalho, a serviços médicos adequados, a direitos iguais às mulheres e homens quanto à decisão e à responsabilidade sobre o número de filhos desejados e ao intervalo entre os nascimentos. A luta da mulher por seus direitos e por melhores condições de vida, inclusive com o ressurgimento do movimento feminista, foi decisiva no processo de redemocratização do país (GALVÃO; DIAZ, 1999).

Em meados de 1983, o MS iniciou ações que visavam à saúde da mulher e da criança. Em 1984, foi lançado o documento “Assistência Integral a Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática” que propunha a assistência à mulher nas três esferas do poder público, federal, estadual e municipal, expandindo e consolidando a rede de serviços básicos e dando ênfase aos critérios epidemiológicos (BRASIL, 1984).

O Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), em suas linhas de ação, aborda a saúde da mulher de maneira global em todas as fases do seu ciclo

vital, ou seja, da assistência clínico-ginecológica e ao ciclo grávido puerperal. O PAISM é considerado uma das mais importantes políticas públicas de saúde no Brasil, tendo expandido com a implantação do Sistema Único de Saúde (GALVÃO; DIAZ, 1999).

Em 1987, foi lançada a IMSR, com o objetivo de conscientizar e promover ações em nível global e nacional que garantissem gravidezes e partos seguros para as mulheres e para os recém-nascidos. Para avaliar as propostas advindas do primeiro decênio da Iniciativa, em 1997, foi convocada uma nova conferência internacional que identificou as estratégias mais eficazes para então mobilizar e implementar as ações, em níveis nacionais (CLAPIS, 2005).

A reforma do setor de saúde, no Brasil, a partir da Constituição de 1988, estabeleceu regras pelas quais a saúde seria organizada por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), comandado pelo estado, composto por uma rede descentralizada de prestadores, de provedores públicos e privados. Garantir a todos, acesso gratuito a qualquer bem ou serviço de saúde era o objetivo do sistema. Sua cobertura seria integral e universal. Apesar de algumas falhas, muitos progressos foram alcançados pelo SUS, refletindo na melhora das condições de saúde no Brasil (GALVÃO; DIAZ, 1999).

Em 1987, iniciou-se um levantamento de dados o qual mostrou que o índice de mortalidade materna ainda permanecia alto, levando o Ministério da Saúde a incentivar a criação de Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2002a).

Os Comitês de Mortalidade Materna, inicialmente formados no estado de São Paulo, importantes na redução do óbito materno, são compostos por instituições governamentais e da sociedade civil organizada que atuam na área da saúde materna e perinatal. Sua implantação, além de contribuir para a melhoria do sistema de registro dos óbitos, busca o aumento da quantidade e da qualidade das informações sobre a mortalidade materna, permitindo avaliar os resultados das políticas de assistência à saúde da mulher. Tem como objetivos identificar a magnitude da mortalidade materna, as causas, os fatores que a determinam e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes, além de investigar se a morte materna era prevenível ou não (BRASIL, 2002a).

São comitês de natureza interinstitucional, multiprofissional que devem atuar confidencialmente na tentativa de identificar os óbitos maternos e, assim, apontar medidas de intervenção para a redução dessa mortalidade na região de sua

abrangência. (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b). Com base nos dados apresentados pelo Comitê, estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher no planejamento familiar e no ciclo grávido puerperal.

Em 1996, o Projeto Maternidade Segura foi lançado pelo MS, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, com o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e com a OPAS, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal por meio de uma melhor assistência ao parto e ao recém-nascido. Na tentativa de garantir tal assistência, algumas ações foram propostas, tais como a inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS da realização de parto normal sem distócia por enfermeiro obstétrico; a implantação de programas estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestação de alto risco; o pagamento de um percentual máximo de cesarianas de acordo com o número total de parto de cada hospital; a avaliação e a premiação de maternidades em todo o país, de acordo com critérios que contemplam práticas assistenciais humanizadas baseadas em evidências científicas; e a consideração do parto como um momento único na vida da mulher e de sua família (BRASIL, 2001).

Em 2006, uma das medidas do SUS foi estabelecer um compromisso público por meio da construção do PACTO PELA SAÚDE sendo que uma de suas prioridades era a redução da mortalidade materna em 5% naquele ano (BRASIL, 2006c).

Foram divulgadas pela OMS as “recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal”, as quais se baseiam em revisão sistemática de estudos controlados e de acordo com os conceitos da Medicina Baseada em Evidências. Recomendam um cuidado integral, centrado na família, respeitando as diferenças culturais, a decisão, a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres, garantindo um atendimento multidisciplinar não medicalizado, utilizando intervenções mínimas e necessárias, tecnologias apropriadas e simples, com ações baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2005b).

Esses princípios asseguram a proteção, a promoção e o suporte necessário para alcançar um cuidado perinatal efetivo, além de estarem incorporados nos materiais técnicos e nas ferramentas de monitoração e avaliação da OMS (BRASIL, 2005b).

Nas últimas décadas, com o objetivo de obter melhores resultados para a mulher e para seu filho e acreditando estar oferecendo uma assistência mais adequada, foram adotadas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto que se tornaram uma rotina nas maternidades tais como o uso rotineiro do enema, da tricotomia, de ocitócico para indução ou condução do trabalho de parto, de episiotomia, entre outras.

Diante dessa situação a OMS publica uma série de guias práticos de assistência ao parto normal onde faz uma cuidadosa revisão das práticas mais utilizadas durante o trabalho de parto e parto, as quais se baseiam em evidências científicas. Essa classificação divide as práticas no parto normal em quatro categorias:

- Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão;
- Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Esse conjunto de práticas estimula intervenções cuidadosas sem excessos, com utilização criteriosa de recursos tecnológicos disponíveis, além de privilegiar o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento (OMS, 1996).

Intervenções obstétricas utilizadas de maneira criteriosa surgem como elementos a serem considerados na elaboração de um modelo de assistência ao parto que atenda a necessidade de redução da morbi-mortalidade materna e perinatal (SCHNECK; RIESCO, 2003).

Inúmeras ações têm sido propostas pelos órgãos governamentais para o alcance da Maternidade Segura, exigindo para isso um comprometimento geral para transformações nos processos de trabalho que privilegiem estratégias fortalecedoras do cuidado à saúde materna e neonatal.

4.2 A humanização como perspectiva de qualidade da assistência obstétrica

Com vistas à humanização da assistência ao parto e em continuidade às ações propostas pelo MS, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído em 2000 com duas características marcantes: integralizar a assistência obstétrica e respeitar os direitos da mulher. Para o sucesso do Programa, acreditava-se ser necessária a reorganização da assistência, traçando um vínculo entre o pré-natal, o parto e o puerpério, garantindo o acesso das mulheres aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento com o mínimo de procedimentos (BRASIL, 2001).

Objetivando a qualidade e equidade da assistência, os municípios que aderiram ao programa, ao cumprirem todos os requisitos exigidos e apresentarem no termo de adesão a rede de unidades que atenderá a gestante, laboratórios de apoio e maternidades que atenderão as parturientes, recebem incentivos financeiros. A intenção é garantir o vínculo pré-natal e o parto, evitando a peregrinação da gestante por uma vaga nas maternidades (BRASIL, 2001).

O conceito de humanização do parto é visto por alguns movimentos como um processo em que a individualidade da mulher é respeitada, colocando-a como protagonista do evento e não apenas como mera coadjuvante, além de buscar uma adequação da assistência à cultura, a crenças, a valores e a diversidade de opiniões dessas pessoas (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Para Diniz (2005), o termo humanização do parto se refere a um conjunto de propostas de mudanças nas práticas trazendo novos, desafiadores e conflitantes conceitos para o cotidiano dos serviços. Busca expressar mudança na compreensão do parto que passa a ser visto como um evento natural e fisiológico, criando novas possibilidades de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade e a vida corporal e de reinventar o parto como uma experiência humana.

As propostas de humanização estimulam a reinvenção do parto como experiência humana onde antes a escolha ocorria entre a cesárea como parto ideal e a chamada violência do parto normal (DINIZ, 2005).

Para a mesma autora, a humanização surge como uma necessidade para uma melhor compreensão da condição humana, dos seus direitos, como revisão do projeto de cuidado, possibilitando uma redefinição das relações humanas.

No Brasil, o movimento pela humanização do parto foi impulsionado por experiências de vários profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio de Janeiro (DINIZ, 2005).

Baseado no contexto de humanização do parto, em outubro de 1997, no Rio Grande do Norte, um grupo de professoras pesquisadoras e enfermeiras de serviço de uma maternidade-escola engajaram-se em um projeto de assistência de enfermagem intitulado Projeto Midwifery, desenvolvido em parceria com o Departamento de Enfermagem e a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), da University of Bristol e University of England, ambas em Bristol na Inglaterra/UK, segundo convênio firmado entre CAPES e Conselho Britânico para o período 1998/2000. O projeto objetivou contribuir com a redução da mortalidade materna, motivando e envolvendo enfermeiras assistenciais e docentes que atuavam nessa área, capacitando-as para uma assistência obstétrica técnico-científica humanizada (DAVIM; BEZERRA, 2002).

De acordo com as autoras acima citadas, o programa de humanização da assistência ao parto normal desenvolvido no Projeto Midwifery procura resgatar o caráter fisiológico no processo do nascimento de forma positiva e sem traumas. Utilizam estratégias diversas, tais como técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, músicas, métodos de respiração, a fim de garantir um conforto físico que favoreça um trabalho de parto seguro para a mulher e para seu bebê.

Essas alternativas de assistência em que se operam, tecnologias leves, buscam incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde, que resultam na produção do cuidado, transformando e qualificando a assistência (MALTA et al., 2004).

Para Dias e Domingues (2005), a humanização da assistência ao parto inclui aspectos relacionados à mudança na cultura hospitalar, privilegiando as necessidades da mulher e de sua família. Isso envolve adaptações físicas a fim de transformar o espaço hospitalar em um ambiente acolhedor, favorecendo as práticas humanizadoras da assistência, evitando intervenções desnecessárias, e oferecendo

o devido suporte emocional. Respeitar a autonomia da mulher inclui permitir a presença de acompanhante de sua escolha, ter um plano de parto elaborado e respeitado pelos profissionais que a assistem, ser informada sobre todos os procedimentos a que será submetida, enfim ter seus direitos de cidadania garantidos.

Para conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância de uma assistência humanizada, de experiências inovadoras que garantam um acolhimento humanizado à mulher e ao acompanhante no momento do parto têm sido divulgadas no Brasil e são reconhecidas pelo MS através do prêmio Galba de Araújo. Essas experiências mostram a possibilidade da qualificação e humanização do serviço com baixo custo, quando se assume o compromisso de oferecer o melhor à população, reconhecendo o parto como o momento único na vida de cada mulher (BRASIL, 2001).

Outra estratégia que possibilita a qualificação e humanização da assistência obstétrica foi a criação e a regulamentação dos Centros de Parto Normal (CPN), pelo MS em 1999, os quais oferecem assistência humanizada, baixo intervencionismo o que contribui para a redução da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2004a).

Campos e Lana (2007), numa pesquisa realizada sobre os resultados da assistência ao parto em um CPN em Belo Horizonte-MG relatam que a assistência prestada no local do estudo apoia-se no modelo humanista e resgata as características fisiológicas e naturais do nascimento, considerando o parto como uma vivência emocional da mulher e um evento social da família. Toda a assistência à mulher e ao recém-nascido é realizada pela enfermeira obstétrica, inclusive a alta hospitalar, entre 12 e 24 horas após o parto. Na conclusão da pesquisa, a taxa de 2,2% de cesárea surge como o resultado mais significativo entre os indicadores assistenciais do CPN.

A atuação da enfermeira obstétrica na assistência humanizada ao parto é evidenciada também no CPN do Hospital Geral de Itapeverica da Serra, São Paulo, onde essa profissional possui autonomia sobre suas funções sendo respaldada por protocolos assistenciais, se responsabilizando pelo atendimento de aproximadamente 97% dos partos normais (PINTO et al., 2003).

O reconhecimento e a consequente legalização da atuação da enfermeira obstétrica como elemento fundamental para a atenção à mulher no ciclo grávido

puerperal, reduzindo intervenções e garantindo uma assistência humanizada, foi resultante do empenho e da participação desses profissionais nas discussões em defesa do Programa da Humanização do Pré-natal e do Nascimento, juntamente com outros movimentos (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o MS e outros órgãos não governamentais elegem as enfermeiras como as profissionais que, possuindo formação holística, podem atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente (MOURA et al. , 2007).

Historicamente, antecipando as iniciativas do MS de regulamentação, em 1998, da atuação da enfermagem na assistência ao parto normal sem distócia, a presença pioneira das enfermeiras obstétricas se deu na maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, em 1994, onde grande parte dos partos de baixo risco era conduzida exclusivamente por elas. Essa foi também a primeira maternidade a criar normas técnicas e ter regulamentação sobre humanização do atendimento ao parto (BOARETTO, 2003).

Entretanto pesquisas brasileiras sobre humanização do parto propõem a redefinição do papel profissional das enfermeiras. Mostram a necessidade de capacitação das enfermeiras para esse tipo de assistência e evidenciam uma atuação pouco expressiva devido à dificuldade na autonomia profissional (PEREIRA et al., 2007).

Castro e Clapis (2005), ao pesquisarem sobre a percepção das enfermeiras obstétricas sobre humanização da assistência ao parto, evidenciaram que as enfermeiras muitas vezes têm medo de ousar, sentem-se inseguras na sua atuação, preocupadas com o julgamento dos outros profissionais. Pontuam também que embora as enfermeiras tenham um conceito homogêneo e condizente com as propostas da assistência humanizada, sentem-se limitadas em sua atuação por fatores socioculturais e institucionais. Entendem que a medicalização do parto, a hegemonia médica e a falta de autonomia da enfermeira são as principais barreiras na assistência à parturiente. A fim de reverter esse quadro e conquistar a autonomia tão necessária ao desempenho profissional, as enfermeiras devem acreditar nas suas capacidades e se colocar como protagonistas do processo de parturição.

Além do mais, considerando o reconhecimento da enfermagem sobre a importância da família para o indivíduo, em qualquer fase do seu ciclo de vida, constituindo a base fundamental para o desenvolvimento da responsabilidade social

ativa na assistência de Saúde Reprodutiva, o cuidado centrado na família tem se tornado uma prioridade de prática para a enfermagem moderna (CLAPIS, 2005).

Embora a inclusão da enfermeira obstétrica na assistência ao parto de baixo risco não seja uma garantia de mudança no modelo dessa assistência, esta tem mostrado ser uma medida capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer cuidado mais integral e suporte emocional à mulher e a seus familiares (DIAS; DOMINQUES, 2005).

Para efetivar essa assistência, faz-se necessário um envolvimento institucional com adequações físicas e administrativas e que os profissionais envolvidos se conscientizem da importância de sua atuação, pois são eles que possibilitam ou não a assistência humanizada. Que as instituições que prestam assistência à parturiente considerem a mulher e sua família como o centro das atenções, respeitando a dignidade e a natureza humana, desenvolvendo atitude de compreensão da experiência do ser humano no processo vivenciado. Propiciar, permitir e estimular a mulher a uma participação ativa é assegurar o seu direito de cidadania (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005).

Ao se pensar em humanização, um leque de sentimentos emerge e, na busca por definições, encontramos o mais completo deles que é o amor e, baseado nesse sentimento maior, a assistência ao parto se torna menos autoritária, passando a adotar condutas que tragam bem-estar e segurança para a mãe e para o bebê, consequentemente reduzindo a morbi-mortalidade materna e perinatal (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005; BRASIL, 2001).

4.3 Atenção qualificada ao parto e competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis são objetivos de interesse mundial. Para alcançá-los, a Iniciativa da Maternidade Segura recomenda a adoção de algumas medidas necessárias que possam garantir atenção qualificada durante o parto a todas as mulheres do mundo, sendo elas:

- Definir indicadores de referência nacional para monitorar o progresso em direção à meta de oferecer atenção qualificada a todos os partos;

- Elaborar políticas nacionais que garantam o direito de toda mulher receber atenção qualificada;
- Implementar estratégias nacionais para capacitar um número suficiente de novos profissionais qualificados e atualizar destrezas e conhecimentos daqueles que já trabalham;
- Estabelecer normas e diretrizes nacionais destinadas a monitorar o desempenho do pessoal qualificado;
- Investir em medidas concretas para conseguir que os sistemas de saúde existentes possam oferecer apoio à atenção qualificada ao parto, incluindo abastecimento de medicamentos, sistema de comunicação e transporte entre as instituições de saúde;
- Eliminar barreiras financeiras, culturais e outros obstáculos que possam impedir que todas as mulheres recebam atenção qualificada no parto (MACDONALD; STARRS, 2003).

A atenção qualificada deve estar respaldada em competências, o que é o melhor determinante de desempenho do trabalho do profissional de saúde, englobando conhecimento, habilidade, capacidade e forma de atuação. Essa atenção pode ser adquirida pela educação e pelo treinamento em serviço e pela própria experiência no trabalho (KAK; BURKHALTER; COOPER, 2001).

Na literatura educacional, competência pode ser conceituada em três relevantes abordagens: competência como sendo um conjunto de atributos pessoais; como resultados observados/obtidos de tarefas realizadas e como uma combinação de atributos pessoais para realização de ações em contextos específicos, com o objetivo de atingir determinados resultados (LIMA, 2005).

O resultado esperado no exercício da prática obstétrica é a preservação do bem-estar materno e perinatal, o que exige dos profissionais de saúde o domínio e competências para oferecer serviços de qualidade, estando aptos a adotar medidas urgentes, se necessário, pois o grande desafio da assistência obstétrica é a sua imprevisibilidade, quando complicações colocam em risco a saúde e a vida da mulher e de seu filho.

Promover a atualização e a ampliação das competências dos profissionais, por intermédio de currículos fundamentados em evidências científicas, adequados a cada realidade, baseados em competência para a aprendizagem e para avaliação

das habilidades e programas de educação continuada, são estratégias que favorecem a promoção da atenção qualificada ao parto (MACDONALD; STARRS, 2003).

Para estudo que envolve análise de competências profissionais, é necessário a comparação dos dados a um padrão de competência, pois falar em competência envolve conhecimentos, habilidades, destrezas, características pessoais que podem influenciar na autoconfiança, no autocontrole e na tomada de decisões durante a atuação profissional (KAK; BURKHALTER; COOPER, 2001).

Assim o referencial teórico desta pesquisa baseia-se nas Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia, cuja definição foi liderada pela ICM em trabalho conjunto com a OMS e com a FIGO. A ICM é uma Federação de Associações de Obstetrícia que representam as parteiras em 72 nações do mundo e desenvolve um trabalho conjunto com todas as agências da ONU, objetivando o alcance da maternidade segura, buscando estratégias de cuidado primário de saúde para as famílias e definição e preparação da parteira (ICM, 2002).

Em abril de 2002, a ICM, após um amplo estudo e apoio universal sobre as competências, discutiu e adotou as Competências Essenciais para o Exercício básico da Obstetrícia. Esse documento preconiza os conhecimentos e as habilidades que o profissional deve possuir para proporcionar uma atenção de qualidade à mulher em todas as fases do ciclo reprodutivo, garantindo uma prática segura em todas as situações. Declarando-a como documento oficial do ICM, são enumeradas seis competências básicas que o profissional deve possuir:

Competência #1: As parteiras têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, da saúde pública e da ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado para as mulheres, para o recém-nascido e para as famílias no período reprodutivo.

Competência #2: As parteiras proporcionam educação para saúde de alta qualidade, culturalmente sensível e proporcionam serviços para toda a comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.

Competência #3: As parteiras proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade e se preocupam em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez. Isso inclui a descoberta precoce, o tratamento ou o encaminhamento das complicações detectadas.

Competências #4: As parteiras proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Administram um parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Competência #5: As parteiras proporcionam à mulher cuidados integrais, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.

Competência #6: As parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade (ICM, 2002).

Acompanha cada um desses seis enunciados uma lista de conhecimentos e habilidades básicas e adicionais que garantam uma prática segura baseada em evidência e procuram especificar o que faz uma parteira. Para WHO (2004a), as habilidades adicionais variam de acordo com a realidade de cada país, podendo variar também dentro de um mesmo país, de acordo com a localidade, seja em zona urbana ou rural.

Assim, o profissional capacitado para o atendimento à mulher estará certamente em condições de prestar uma assistência segura e humanizada que visa à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Terá oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, atuando nos momentos críticos em que as intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2001).

Para desempenhar essa atividade seguramente, além da capacidade e das habilidades necessárias a esse atendimento, o profissional deve estar autorizado a realizar todos os procedimentos para os quais tenha sido capacitado, mantendo sua destreza atualizada em condições de oferecer uma atenção que satisfaça as necessidades das mulheres a quem presta serviços (MACDONALD; STARRS, 2003).

O modelo de cuidado em obstetrícia, centrado na mulher e baseado na premissa de que gravidez e nascimento são eventos de vida normal, inclui: monitoramento do bem-estar da mulher e família ao longo do ciclo reprodutivo; cuidado de pré-natal, de educação e orientações à mulher de forma individualizada; assistência contínua durante o trabalho de parto, durante o parto e durante o pós-parto imediato; assistência contínua durante todo o período pós-parto; utilização do mínimo de intervenções tecnológicas; identificação e encaminhamento das mulheres

que requerem atenção de especialistas em obstetrícia ou outras especialidades (ICM, 2002).

Entendemos que, a partir do momento em que é assegurada uma assistência de qualidade, devolve-se à mulher o direito de ser mãe com humanidade e segurança.

METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Devido às características do objeto e dos objetivos desta pesquisa, optamos pelo estudo descritivo de corte transversal, numa abordagem quantitativa.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), “a finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação”. Acrescenta que uma das vantagens do estudo descritivo é a tendência a ser altamente realista. O estudo descritivo envolve a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 1999).

No presente estudo, adotou-se o delineamento transversal, quando o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico, e a produção de dados é realizada em um único momento no tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. É utilizada “para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis” (MINAYO; SANCHES, 1993).

5.2 Local do estudo

5.2.1 O Estado de Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais está localizado na região Sudeste do Brasil, fazendo limite ao norte e nordeste com o Estado da Bahia; ao leste, com o estado do Espírito Santo; ao sul, com o estado do Rio de Janeiro e São Paulo; ao sudeste, com o estado do Rio de Janeiro; a sudoeste, com o Estado de São Paulo e, a noroeste, com o estado de Goiás; tendo como capital a cidade de Belo Horizonte.

De acordo com dados de Brasil (2005a), a população do Estado recenseada e estimada em 2007 foi de 19.273,506 pessoas, distribuídas em 586.528,293 km². O

produto interno bruto em 2004 foi de 166.586.326 mil reais e o PIB per capita foi de R\$ 8.770,26. A taxa de crescimento da população em 2001-2005 foi de 1,49% de incremento médio anual; no Sudeste, essa taxa foi de 1,65 e no Brasil foi de 1,67.

No que diz respeito à educação, a taxa de alfabetização em 2000, considerando-se a população de 10 anos ou mais, foi de 89,1% (IBGE, 2000). A taxa de analfabetismo em 2005 das pessoas com 15 anos ou mais de idade, segundo Brasil (2005a), foi de 10,06.

A taxa bruta de natalidade (número de nascidos vivos por 1.000 habitantes), em 2004 foi de 17,49 e a taxa de fecundidade total (número médio anual de filhos por mulher por ano), foi de 2,02 no mesmo ano. A esperança de vida ao nascer, em 2005, foi de 74,10 anos. No Brasil a esperança de vida ao nascer foi de 72,05 anos (BRASIL, 2005a).

A estimativa de mortalidade infantil em 2004 foi de 19,54 por 1.000 nascidos vivos. A razão de mortalidade materna no Brasil foi estimada em 76,09 e, na região Sudeste, foi de 45,49 observadas. A mortalidade proporcional por afecções originadas no período perinatal em Minas Gerais no ano 2004 foi de 3,19 (BRASIL, 2005a).

O Estado conta com 2,41 leitos hospitalares por 1000 habitantes e 1,96 leitos hospitalares do SUS. A cobertura de consultas de pré-natal de sete ou mais consultas foi de 56,17% em relação ao número de nascidos vivos no ano de 2004. No mesmo ano, apresentou um percentual de 45,19% de partos cesáreas (BRASIL, 2005a).

Em 2005, a proporção de população servida por rede de abastecimento de água foi de 86,07%; a proporção de população servida por esgoto foi de 73,39% e 84,02% da população é servida por coleta de lixo (BRASIL, 2005a).

5.2.2 A cidade de Alfenas

O município de Alfenas localiza-se na região Sul de Minas Gerais e da bacia da represa de Furnas, que faz parte da bacia do Paraná. O Reservatório de Furnas inundou o Rio Sapucaí, da bacia do Rio Paraná e de alguns de seus afluentes e circunda o município, exceto pelo limite sul.

A Hidrelétrica de Furnas, construída na década de 1950, alterou profundamente o perfil geoeconômico da região Sul de Minas, entretanto sua construção possibilitou o desenvolvimento turístico ao formar diversos braços da represa que circunda a cidade.

É uma região agro-pastoril, centro produtora de café e apresenta uma pecuária leiteira bastante desenvolvida e iniciativa na agroindústria, principalmente no setor de gêneros alimentícios, de sucos e de laticínios.

A população em 1994 foi de 55.416 habitantes e, em 2007, a estimativa do IBGE (2000) é de aproximadamente 75.889 habitantes.

Possui duas Universidades sendo a Universidade Federal de Alfenas e a Universidade José do Rosário Vellano. Ambas oferecem curso de graduação em Enfermagem.

A estrutura hospitalar do município é constituída por dois hospitais gerais de médio porte que atendem as mulheres no processo de parto e nascimento pelo SUS, saúde suplementar e particular, um hospital geral privado e de pequeno porte e um hospital psiquiátrico.

As condições de saúde infantil de Alfenas podem ser avaliadas por meio de alguns indicadores de saúde, dentre eles o coeficiente de mortalidade infantil estimado para o ano de 2002 em 5,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2005a).

Em 2005, foi instituído o Comitê de Mortalidade Materna Municipal com representatividade de todos os serviços de saúde, das universidades e da comunidade. Somente um hospital possui Comitê de Mortalidade Materna, sendo que os outros se encontram em fase de organização de seus comitês.

O PHPN foi implantado pelo município em 2003 apresentando baixa adesão por parte dos profissionais de saúde. Há uma grande oferta de atendimento pré-natal, porém apenas três ambulatórios oferecem atendimento médico obstétrico, sendo estes os preferidos pelas gestantes. Com relação ao número de consultas de pré-natal, o índice de atendimento de sete ou mais consultas em 2006 foi de 64,3%; em 2007, foi de 64,7% e, 67,5%, em 2008; entretanto não existe, ainda, uma avaliação da qualidade dessa assistência em Alfenas (SINASC, 2009).

No adulto, dentre as principais causas de internação pelo SUS, destacam-se complicações da gravidez e puerpério (18,9%); doenças do aparelho digestivo

(14%); doenças do aparelho respiratório (11,8) e doenças do aparelho circulatório (11,3%). (BRASIL, 2005a).

Quanto à mortalidade proporcional, o Sistema de Informação de Mortalidade refere para 2002 que as principais causas foram doenças do aparelho circulatório (34,8%); neoplasmas (16,4%) e doenças do aparelho respiratório (14,4%) (BRASIL, 2005a).

Pesquisa sobre mortalidade materna no município de Alfenas, de acordo Brasil (2009), revela a ocorrência de 11 casos relacionados a causas obstétricas diretas no período de 2000 a 2007 no município de Alfenas.

5.2.3 As maternidades

O estudo foi desenvolvido em duas maternidades do município de Alfenas que atendem clientes do Sistema Único de Saúde (SUS), saúde suplementar e particulares.

A maternidade “A” faz parte de uma instituição que foi inaugurada em 1907, a qual presta atendimento em nível básico, médio e alta complexidade. Oferece campo de prática e estágio para acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

Essa Instituição possui 37 leitos cirúrgicos, 46 leitos clínicos, 22 leitos obstétricos, sete leitos de unidade de tratamento intensivo, três leitos para atendimento a urgências e emergências, e uma ala de nefrologia com 28 máquinas de hemodiálise.

A maternidade possui um total de 22 leitos, sendo dois leitos destinados ao pré-parto e 20 leitos distribuídos em 10 quartos para atendimento às puerpéras e gestantes patológicas.

Em 2007, foram realizados 3.317 procedimentos cirúrgicos e um total de 5.986 internações.

A demanda para atendimento, nessa Instituição, é proveniente da cidade de Alfenas e das 22 cidades que pertencem à Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Alfenas, além de cidades pertencentes a outras DRS.

Em 2005, a maternidade atendeu um total de 964 partos, sendo 43,6% (420) de partos normais e 56,4% (544) de cesarianas (SINASC, 2006). Em 2006, do total de 1035 partos, 42% (434) foram normais, 57,9% (600) foram cesarianas e 0,1% (1) não informado. Em 2007, de 597 partos, 39,7% (237) foram normais e 60,1% (359) foram cesarianas, somando-se 0,2% (1) de parto não informado. Em 2008, foram assistidos 581 partos e, destes, 38,4% (223) foram normais e, 61,4% (357), cesarianas, além de 0,2% (1) não informado (SINASC, 2009).

A equipe de enfermagem da Instituição é constituída por 15 enfermeiros, 55 técnicos em enfermagem e 35 auxiliares de enfermagem, que trabalham 36 horas semanais em turnos de seis horas nos plantões diurnos e, de 12 horas, nos plantões noturnos.

A equipe da maternidade é composta por cinco enfermeiros que assumem também outras alas do hospital, comparecendo à maternidade se houver alguma ocorrência; e cinco auxiliares de enfermagem que se distribuem para a assistência às parturientes, nos plantões diurnos e noturnos. Para o atendimento ao recém-nascido, a Instituição conta com duas técnicas e duas auxiliares de enfermagem distribuídas nos plantões diurnos e noturnos.

A maternidade possui Manuais de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) os quais se encontram disponíveis no setor. Foram elaborados em 2007 num trabalho conjunto entre a Enfermeira responsável pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Docentes e Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, de acordo com documentos nacionais e internacionais que trazem as melhores evidências de boa prática em obstetrícia. São eles, Guia Prático da Assistência ao Parto Normal da OMS/MS 2001; Competências Essenciais ao Exercício Básico da Obstetrícia da ICM; além de livros de enfermagem obstétrica.

A equipe médica que presta atendimento obstétrico é formada por nove médicos que permanecem à distância comparecendo quando solicitados. As parturientes oriundas de outras cidades que procuram a maternidade são atendidas por plantonista, que também permanece à distância. A escala de plantões é feita pelos próprios obstetras.

A maternidade "B" pertence a uma instituição inaugurada em 1992 e que disponibiliza atendimento em nível básico, médio e alta complexidade. É referência de atendimento em gestação de alto risco, neurocirurgia, tratamento de lesões lábio palatino e tratamento de hepatite B e C. É vinculada à Universidade José do Rosário

Vellano e oferece campo de prática e estágio para os cursos de enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e outros.

O hospital presta atendimento de clínica médica e cirúrgica, atendimento obstétrico, pediátrico, neonatal, além de serviços de psicologia, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia.

Essa Instituição possui um total de 120 leitos, sendo 29 leitos cirúrgicos, 38 leitos clínicos, 13 leitos obstétricos, sete leitos de UTI, 18 leitos de pediatria, 12 leitos de pronto atendimento e seis leitos de UTI neonatal.

No início da coleta de dados, a ala de atendimento às parturientes, denominada de ala de Ginecologia e Obstetrícia – GO, possuía uma sala de admissão, 10 leitos distribuídos em cinco quartos, dos quais, oito leitos eram utilizados de acordo com a demanda de puerpério, gestantes patológicas ou de atendimento ginecológico e dois leitos eram destinados ao pré-parto. Todos os partos eram realizados no bloco cirúrgico.

No decorrer da coleta de dados, em dois de julho de 2008, foi inaugurada uma nova ala destinada à assistência obstétrica e ginecológica. Essa maternidade foi equipada com recursos do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS – MG – PRO – HOSP. Vigência 2006/2007 do Estado de Minas Gerais. Possui um total de 13 leitos, sendo três destinados ao pré-parto, parto e puerpério (PPP), e, 10 leitos, distribuídos em oito quartos para atendimento a puérperas, gestantes patológicas e clientes com intercorrências ginecológicas.

Em 2007, foram realizados 384 procedimentos obstétricos, 3.783 cirúrgicos e 183.103 clínicos.

A demanda para atendimento é proveniente da cidade de Alfenas e das 22 cidades que pertencem à Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Alfenas, além de cidades pertencentes a outras DRS.

Em 2005 segundo dados do SINASC (2006), a maternidade atendeu 530 partos, sendo 41% (217) normais e, 59% (313), cesarianas. Em 2006, de 452 partos, 38% (172) foram normais e 62% (280) foram cesarianas. Em 2007, do total de 328 partos, 43,9% (144) foram normais e 56,1% (184) foram cesarianas. Em 2008, 329 partos foram assistidos nessa maternidade, sendo 35,2% (116) partos normais e, 64,8%, (213) cesarianas (SINASC, 2009).

A equipe de enfermagem da instituição é constituída por 43 enfermeiros, 105 técnicos em enfermagem e 80 auxiliares de enfermagem. Os profissionais de

enfermagem trabalham 36 horas semanais em turnos de seis horas nos plantões diurnos e, 12 horas, nos plantões noturnos.

Nos plantões diurnos, manhã e tarde, a equipe de enfermagem da maternidade se compõe de uma enfermeira, duas auxiliares ou técnicas de enfermagem. Nos plantões noturnos, o enfermeiro assume outras alas além da obstétrica, sendo que duas auxiliares ou técnicas permanecem no setor prestando atendimento às mulheres. Fazem parte dessa equipe cinco enfermeiros, cinco técnicas de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem. Encontram-se em fase de elaboração os Manuais de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para o atendimento de Enfermagem Obstétrica.

Em cada turno de trabalho, nessa maternidade, permanece um médico obstetra preceptor plantonista, um residente e quatro acadêmicos, sendo dois acadêmicos do 5º ano e dois acadêmicos do 6º ano do curso de medicina. Nos plantões diurnos, manhã e tarde, os acadêmicos do curso de enfermagem, com supervisão de professores e enfermeiros de campo, atuam, em especial, no atendimento às puérperas.

5.3 Sujeitos do estudo

Participaram deste estudo todos os profissionais de enfermagem (24), que atuam na assistência às parturientes nas maternidades (“A” e “B”) de Alfenas.

Os sujeitos deste estudo foram: 10 enfermeiros, cinco técnicas em enfermagem e nove auxiliares de enfermagem, que estavam trabalhando na assistência às parturientes no momento da coleta dos dados e aceitaram participar da pesquisa.

5.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, utilizando-se um roteiro para entrevista (APÊNDICE C) e um para observação tipo *check-list*

(APÊNDICE D), os quais foram adaptados tomando-se como base os instrumentos elaborados e utilizados por Dotto (2006), sendo sua utilização autorizada pela autora.

O roteiro de entrevista traz questões de identificação, formação, atuação e qualificação profissional. O instrumento de registro de observação permite observar a atuação do profissional de enfermagem na assistência às parturientes durante a admissão, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

5.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2008 nas maternidades da cidade de Alfenas - MG.

Iniciou-se buscando informações junto aos setores administrativos as quais possibilitaram caracterizar as instituições e os serviços de atendimento às parturientes. Os dados informados foram: ano de inauguração do hospital, nível de atendimento, referência de atendimento, número de leitos das instituições e das maternidades, total geral de enfermeiros, técnicos e de auxiliares de enfermagem, equipe de enfermagem que atua na assistência às parturientes, equipe médica, procedimentos realizados nas instituições, demanda para atendimento e número de partos.

Para iniciar o trabalho com a equipe de enfermagem das maternidades, fez-se contato com as enfermeiras supervisoras das instituições a fim de expor os procedimentos da pesquisa; sendo este momento também destinado a conhecer os profissionais que atuam na assistência obstétrica, o que aconteceu em todos os turnos de trabalho, manhã, tarde e noite. A caracterização dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem foi realizada por meio de entrevista estruturada (APÊNDICE C), cujo roteiro compõe-se de questões abertas e fechadas que possibilitaram a obtenção de informações sociodemográficas, bem como a identificação das funções e atividades exercidas pela equipe na assistência às parturientes. As entrevistas foram feitas pela própria pesquisadora, no local de trabalho dos profissionais, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, com duração média de 15 minutos.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a entrevista estruturada é indicada quando o pesquisador sabe o que necessita saber e estrutura questões apropriadas para obter a informação necessária. Os dados são coletados por meio de um instrumento formal, escrito, conhecido como roteiro de entrevista e os questionamentos são feitos oralmente. Podem conter questões fechadas que são aquelas em que as alternativas são especificadas pelo pesquisador e questões abertas que permitem aos participantes responder com suas próprias palavras.

Utilizou-se ainda a observação sistemática e não participante do atendimento às parturientes, a qual possibilitou verificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem nas maternidades de Alfenas. É importante ressaltar que a avaliação do desempenho do profissional não foi o foco do estudo.

A observação sistemática tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses. O pesquisador sabe quais são os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos e, baseados nesse conhecimento, elabora-se previamente um plano de observação (GIL, 1999). Em uma observação não-participante, o pesquisador presencia o fato, mas não participa do mesmo (CRUZ; RIBEIRO, 2003).

A análise das ações desenvolvidas permite determinar a capacidade que o profissional de saúde possui para oferecer serviços de qualidade. As ações podem ser mensuradas, utilizando-se vários métodos, como observação, testes escritos, simulações de trabalho, entre outros (KAK; BURKHALTER; COOPER, 2001).

O roteiro de observação das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no atendimento às parturientes foi elaborado com base nos estudos de Dotto (2006), de acordo com os seguintes documentos: 1) competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia (ICM); 2) guia prático da assistência ao parto normal da OMS; 3) instrumento do projeto sobre o “Perfil dos Serviços de Obstetrícia na Américas” organizado pela OMS/OPAS. O roteiro de observação foi estruturado em forma de *check-list* (APÊNDICE D), direcionado para as ações que os profissionais desenvolvem durante o atendimento às parturientes. Foi realizado um estudo-piloto com o roteiro de observação para as devidas correções.

A observação foi realizada em todos os turnos de trabalho (manhã tarde e noite), nas instituições pesquisadas, com a finalidade de observar todos os profissionais de enfermagem que prestam assistência às parturientes, sendo 6 horas em cada turno, perfazendo um total de 60 turnos, sendo 30 (180 horas) em cada

instituição (total de 360 horas). De manhã, o período de observação foi das sete às 13 horas; de tarde, das 13 às 19 horas e, de noite, a observação foi no período de 19 horas a uma hora da manhã.

Foi realizada observação direta, em todos os setores de atendimento totalizando 38 admissões de parturientes, 38 mulheres em trabalhos de parto, 25 partos e 25 mulheres no pós-parto imediato.

Tendo em vista que a demanda nas instituições é reduzida, foi possível observar a assistência prestada a todas as parturientes atendidas durante os turnos de observação.

As impressões do pesquisador, as rotinas de atendimento às parturientes e ao recém-nascido, as normas para visitas e alta hospitalar, as funções específicas de cada categoria dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes foram registradas em um diário de campo.

5.6 Aspectos éticos

Atendendo à determinação da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), a coleta de dados somente foi iniciada após apreciação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, sob o protocolo nº 23087.001016/2008-98 (ANEXO A).

Os sujeitos deste estudo tiveram a garantia de seu anonimato, o sigilo das informações prestadas e a segurança de que estas informações somente seriam utilizadas para fins de pesquisa, respeitando os itens que constam na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Antes da entrevista, houve esclarecimentos a respeito da pesquisa e, após a concordância em participar da mesma, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais de enfermagem (APÊNDICE A).

Foi explicado às parturientes e/ou responsáveis a natureza da pesquisa e demais esclarecimentos, solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a assinatura do mesmo (APÊNDICE B), para que as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem fossem observadas.

5.7 Análise dos dados

Os dados coletados em uma pesquisa necessitam ser sistematicamente analisados a fim de que as tendências e os padrões das relações possam ser detectados, considerando que os dados por si mesmos não respondem às questões nem testam as hipóteses de pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo, os dados quantitativos foram descritos e sintetizados utilizando-se a estatística descritiva e analisados de acordo com documentos nacionais e internacionais que trazem as melhores evidências de boa prática em obstetrícia. São eles, Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher da OMS/MS 2001; Competências essenciais ao exercício básico da obstetrícia da ICM; Instrumento sobre Mapeamento dos Serviços de Obstetrícia nas Américas e no Caribe da OPS/ICM (BRASIL, 2001; ICM, 2002).

Utilizou-se o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 14.0, para a inserção de dados obtidos dos questionários respondidos, dos instrumentos de registro das observações e tabulação dos mesmos. A análise estatística foi realizada por meio do teste exato de Fisher.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das Instituições

6.1.1 Maternidade “A”

A maternidade localiza-se próxima à portaria da instituição, com uma porta que a isola das outras dependências. No corredor de entrada encontra-se uma sala de exames e todos os quartos se dispõem ao longo desse corredor. Possui um posto de enfermagem, berçário para atendimentos aos recém-nascidos normais e a termo, e outro berçário para atendimento a recém-nascidos prematuros e/ou patológicos, sala de repouso para os funcionários, sala de expurgo e sala de parto.

O espaço destinado à sala de espera fica na entrada da ala, no corredor, dispondo de dois bancos onde as clientes e os acompanhantes aguardam atendimento. Esse espaço comunica-se com a sala de admissão, a qual tem mesa obstétrica, escada com dois degraus, mesa com material necessário ao atendimento das clientes, hamper, balde para lixo, suporte de soro, aparelho de sonar, oxigênio canalizado, biombo, recipiente para descarte de material perfurocortante, banheiro com um vaso sanitário, pia para higienização das mãos das clientes e dos profissionais que as atendem, suporte de parede para papel-toalha e balde de lixo.

O pré-parto possui dois leitos com oxigênio canalizado, uma mesa de cabeceira, escada com dois degraus, suporte de soro, banheiro com vaso sanitário, chuveiro, pia, balde para lixo e hamper.

A sala de parto possui mesa cirúrgica, escada com dois degraus, oxigênio canalizado, foco, mesa auxiliar, suporte de soro, banco giratório, hamper, suporte para lixo, berço aquecido e aspirador. Possui também duas prateleiras fixadas na parede para acondicionar materiais e medicações.

Em cinco de julho de 2008 foi liberada para uso uma nova sala de parto sendo os equipamentos transferidos da sala anterior. A maternidade continua com uma sala de parto disponível, pois a antiga foi provisoriamente transformada em vestiário. Toda a reforma da maternidade foi realizada com recursos do Programa de

Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG do Governo de Minas Gerais – PRO – HOSP.

O berçário possui porta de entrada no corredor da maternidade onde ficam os recém-nascidos para assistência imediata e mediata. Comunica-se com a sala de parto e com o centro cirúrgico através de um corredor. Os recém-nascidos patológicos que necessitam de isolamento são atendidos em outro berçário também localizado na maternidade.

Um dos quartos destinado ao puerpério possui cinco leitos e os demais um ou dois leitos, mesas de cabeceira, berços e poltrona de madeira, suporte de soro, oxigênio e ar comprimido canalizados. Cada quarto possui ainda banheiro com chuveiro, pia e vaso sanitário, balde para lixo e hamper. Os quartos que atendem clientes particulares ou conveniadas diferem dos outros por possuir um leito apenas, um bicama, televisão e frigobar.

O posto de enfermagem localiza-se entre o quarto de pré-parto e a sala de parto. Possui uma pia com bancada onde são preparadas as medicações, armário para armazenar materiais, suporte para papel-toalha, dispensador de materiais perfuro cortante. Armário de vidro onde fica as medicações, uma mesa, escaninho para papeletas, afixado na parede, telefone, baldes para lixos, um quadro de avisos. Possui caixa de materiais de emergência sob a responsabilidade dos enfermeiros.

A mulher que procura a maternidade para assistência obstétrica é recebida na portaria principal da instituição, comum a todos os setores, onde o funcionário informa a equipe de enfermagem a sua presença. Em seguida encaminha-a junto ao acompanhante para a sala de espera da maternidade. Após exame feito pelo médico ou pela auxiliar de enfermagem (se o médico não estiver presente), constatando-se trabalho de parto a parturiente e seu acompanhante são orientados sobre a necessidade de internação. O acompanhante volta à recepção a fim de fornecer informações para o preenchimento da ficha de internação e receber orientações sobre horários de visita e possibilidade de entrar a qualquer momento após o parto. Após a internação, o acompanhante volta à sala de admissão, entrega os pertences da parturiente e se despede. Dependendo da rotina do médico que acompanhará a parturiente, alguns preparos, como a tricotomia e enema, são feitos ainda na sala de admissão. A parturiente é encaminhada deambulando para o pré-parto onde permanece até dilatação completa.

Após o parto, ainda no quarto período do parto, a mulher é encaminhada para um dos quartos da enfermaria permanecendo sob os cuidados da equipe de enfermagem até a alta hospitalar. As anotações ou registros de enfermagem são feitas após a realização das atividades, no final dos plantões.

O atendimento imediato ao recém-nascido é realizado na sala de parto ou no berçário pelo médico pediatra auxiliado pela técnica ou auxiliar de enfermagem. É colocado no berço aquecido, onde recebe os cuidados de rotina. O recém-nascido é mostrado à mãe e encaminhado ao berçário onde a técnica ou auxiliar de enfermagem o identifica, faz a laqueadura definitiva, o curativo do coto umbilical com álcool a 70%, a credeização, realiza-se o banho, administra vitamina K intramuscular, veste-o e o mantém no berço aquecido por tempo indeterminado até ser levado para junto da mãe. Apesar de o recém-nascido ficar com a mãe, a maternidade não possui o sistema de alojamento conjunto implantado, pois todos os cuidados para com o recém-nascido, até sua alta hospitalar, são realizados no berçário não sendo permitida a entrada da mãe neste recinto. Finalizada a assistência, a técnica ou auxiliar de enfermagem registra os dados do atendimento na ficha do recém-nascido. Na ausência do médico pediatra na sala de parto, o recém-nascido é mostrado à mãe e encaminhado para o berçário onde todos os cuidados e avaliações imediatas são feitos pela técnica ou pela auxiliar de enfermagem.

O tempo de permanência das mulheres na maternidade após parto normal ou a cesárea é de 24 horas, se não houver nenhuma intercorrência, sendo que a alta hospitalar da puérpera é dada pelo médico obstetra e, a do recém-nascido, pelo médico pediatra. Após a confirmação das altas, a equipe de enfermagem preenche o aviso em impresso próprio e encaminha-o à recepção do hospital que se comunica com os familiares. Na alta hospitalar, a equipe de enfermagem fecha o relatório e encaminha a puérpera juntamente com o recém-nascido até a recepção, onde os familiares os aguardam.

6.1.2 Maternidade “B”

Essa maternidade possui entrada privativa por uma ampla sala de espera com dois banheiros. Ao longo do corredor, encontram-se uma sala de exames com banheiro, uma sala de aula para os acadêmicos de medicina, uma sala para administração de medicamentos a pacientes em observação ambulatorial, quartos para atendimento às clientes, uma sala de televisão para as clientes e acompanhantes, postos de enfermagem, uma sala para atendimento ao recém-nascido, sala com banheiro para a equipe de enfermagem, dependências para médicos plantonistas, residentes e acadêmicos de medicina e sala de expurgo.

A sala destinada ao exame para admissão das parturientes possui uma mesa para exame, uma escada com dois degraus, dois focos de luz, um aparelho de sonar, um esfigmomanômetro vertical; oxigênio, aspirador e ar comprimido canalizados. Possui também uma mesa com duas cadeiras, uma pia com torneira de controle manual, um suporte para papel toalha, uma balança, dois recipientes para lixo, dois armários com medicações, roupas e materiais, um dispensador de material perfurocortante. Existe também nessa sala um banheiro para uso das clientes.

Nos quartos de PPP, além da cama específica, há uma poltrona de descanso, pia com bancada para cuidados ao recém-nascido, berço, incubadora, recipientes para lixo, escada com dois degraus, mesa de cabeceira, pia para higienização das mãos dos profissionais. Todos os quartos possuem sistema de ar comprimido, vácuo e oxigênio canalizados.

Os quartos destinados ao alojamento conjunto possuem cama, mesa para refeições, berço, poltrona ou sofá e banheiro; dois deles possuem televisão.

A maternidade conta com dois postos de enfermagem dispostos ao longo do corredor. Ambos possuem uma pia, com torneira manual, seguida de uma bancada, utilizada para preparo de medicações, com um armário para acondicionar materiais. Uma segunda pia com torneira manual, sabão líquido, suporte de parede com papel-toalha. Recipiente para lixo, cadeiras e uma bancada para anotações médicas e de enfermagem. Um armário contendo gavetas para a guarda de medicações e materiais necessários ao atendimento, escaninho para prontuários das clientes. Possui carro de emergência sob a responsabilidade da enfermeira de cada plantão o

qual é fechado por um lacre amarelo significando que está completo. Ao ser utilizado, permanece com um lacre vermelho até a devida reposição.

A mulher que procura essa maternidade para a assistência obstétrica é recebida na portaria exclusiva da maternidade, onde a funcionária preenche uma ficha para atendimento ambulatorial, destinada ao médico plantonista, entrega à cliente e a encaminha junto com o acompanhante à sala de exames, onde é examinada pela equipe médica. Constatado o trabalho de parto, o acompanhante volta à recepção a fim de fornecer informações para o preenchimento da ficha de internação e a parturiente é encaminhada ao quarto PPP, onde permanece até a realização do parto. Alguns médicos encaminham a parturiente ao centro cirúrgico para a realização do parto. Os partos operatórios são realizados no bloco cirúrgico.

Após o parto, a puérpera é encaminhada ao quarto de alojamento conjunto e o recém-nascido acompanha a mãe se estiver sem anormalidades, ficando aos cuidados da equipe de enfermagem. As puérperas não permanecem no quarto de PPP devido à necessidade de disponibilizar os quartos para outros atendimentos. As anotações ou registros de enfermagem são feitas após a realização das atividades, no final dos plantões.

O atendimento imediato ao recém-nascido é feito no quarto, junto à mãe pela equipe médica e por um membro da equipe de enfermagem que se responsabiliza pela identificação, pelo curativo do coto umbilical com álcool a 70%, pelo banho, pelas vestes e o entrega à mãe para iniciar o aleitamento.

O tempo de permanência das puérperas na maternidade após parto normal e cesárea é de 24 horas, se não houver nenhuma intercorrência.

A alta hospitalar é prescrita após avaliação do médico obstetra e do pediatra, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem fornecer o aviso de alta.

6.2 A equipe de enfermagem

Participaram desta pesquisa todos os profissionais de enfermagem - (24) responsáveis pelo atendimento às parturientes nas maternidades de Alfenas – MG (TABELA 1).

Tabela 1 - Distribuição da equipe de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG segundo as maternidades. Alfenas, 2008.

Equipe de Enfermagem	Maternidades		Total
	"A"	"B"	
Enfermeiros	5	5	10
Técnicas em Enfermagem	-	5	5
Auxiliares de Enfermagem	5	4	9
Total	10	14	24

6.3 Caracterização dos profissionais de enfermagem que atuam no atendimento às parturientes

No presente estudo, os enfermeiros correspondem a 41,7% dos profissionais que assistem as parturientes nas maternidades de Alfenas - MG, sendo que a maior força de trabalho concentra-se em profissionais de nível médio (58,3%) - técnicas e auxiliares de enfermagem. Duas enfermeiras permanecem na maternidade "B", supervisionando a equipe e, em alguns momentos, prestando assistência às parturientes, enquanto os demais (oito) fazem a supervisão da maternidade, sendo responsáveis também por outros setores da Instituição. É importante salientar a ausência da categoria enfermeira obstétrica na assistência às parturientes nas maternidades de Alfenas - MG.

O papel de supervisor, desempenhado pelo enfermeiro, surgiu com a evolução da organização hospitalar e com sua transformação em instituição burocrática, diante da expectativa dos médicos que viam o profissional com capacidade administrativa, transferindo-lhe as funções às quais não desejavam se dedicar. A partir daí, o enfermeiro passou a assumir responsabilidade pela manutenção da unidade, pela provisão e controle de medicamentos e materiais, pela conciliação e coordenação da assistência de enfermagem. Dessa forma, passou a privilegiar e se comprometer com os objetivos organizacionais em detrimento do alcance dos objetivos individuais da equipe e do próprio cliente, tudo isso resultando em desmotivações, tensões e descrenças no âmbito do trabalho (TREVISAN et al., 2006).

Os profissionais de enfermagem que prestam assistência às parturientes nas maternidades estudadas são em sua maioria (58,3%) de nível médio (auxiliares e técnicas de enfermagem).

Esses achados vêm ao encontro da realidade da força de trabalho da enfermagem no Brasil onde 83,8% dos profissionais são de nível médio e, 16,2%, são enfermeiros (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO, 2005).

Na América Latina, os serviços de enfermagem, apesar de grandes esforços para qualificação dos profissionais, estão predominantemente a cargo de profissionais de nível médio. Excluindo o Panamá, o Porto Rico e o México que apresentam índices menores que 50% de profissionais de nível médio na composição da equipe de enfermagem, a maioria dos países da América Latina apresenta uma variação entre 52,7% e 87,8% de auxiliares e técnicos compondo a equipe de enfermagem. O Uruguai é o país que apresenta o maior índice de profissionais de nível médio atuando na assistência de enfermagem (87,8%) e o menor índice de enfermeiros, os quais correspondem a 12,2%. El Salvador apresenta o menor índice de profissionais de nível médio (52,7%). O México é o país que possui o maior índice de enfermeiros compondo a equipe de enfermagem, correspondendo a 61,5% (PAHO, 2005).

De acordo com estudo realizado pela OPS/OMS em 2004, na Colômbia, na Guatemala, no México, na Nicarágua, em Honduras e na Venezuela mais de 20.000 auxiliares fizeram o curso de enfermagem e, no Brasil, 115.000 profissionais sem educação formal, que eram atendentes de enfermagem fizeram o curso de auxiliar de enfermagem (PAHO, 2005).

A Tabela 2 apresenta o perfil da equipe de enfermagem quanto ao sexo, à idade, ao estado conjugal e ao número de filhos. Os profissionais de enfermagem encontrados neste estudo são em sua maioria do sexo feminino, correspondendo a 91,7% dessa população.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o sexo, a idade, o estado conjugal e o número de filhos. Alfenas, 2008.

Variáveis	Categorias	F	%
Sexo	Masculino	02	8,3
	Feminino	22	91,7
Faixa etária (Anos)	De 20 até 30 anos	08	33,3
	De 31 até 40 anos	05	20,8
	De 41 até 50 anos	07	29,2
	De 51 até 60 anos	04	16,7
Estado Conjugal	Casada	13	54,2
	Solteira(o)	07	29,2
	Divorciada	02	8,3
	Viúva	02	8,3
Número de filhos	Nenhum	07	29,2
	1	04	16,7
	2	05	20,8
	3	05	20,8
	4 e mais	03	12,5

A predominância das mulheres nas equipes de enfermagem que atuam na assistência obstétrica também foi evidenciada em estudos realizados por Cunha (2008) em Rio Branco – AC; Vorpagel (2008) em Porto Ferreira - SP; Cagnin (2008) em Araraquara - SP; Sabino (2007) em São José do Rio Preto - SP; Dotto (2006) em Rio Branco - AC; Merighi, C. e Merighi, M. (2003) em São Paulo - SP; Tuesta et al. (2003), no Rio de Janeiro - RJ e por Gardenal et al. (2002), que, ao identificar os profissionais de enfermagem que atuavam na assistência obstétrica em Sorocaba – SP, comprovaram a inexistência de profissional de sexo masculino atuando nessa área.

A enfermagem, de uma maneira geral, permanece como profissão predominantemente feminina sendo bastante reduzido o percentual de homens que buscam essa opção profissional (SPINDOLA; SANTOS, 2003). Especificamente no cuidado de enfermagem obstétrica, a partir do acolhimento e do estabelecimento de vínculo, as enfermeiras obstétricas constroem o cuidado com as mulheres em uma abordagem integral, com características próprias de um cuidado feminino. Esse

cuidado relacional em que existe troca, compartilhamento e harmonia, é atribuído ao gênero feminino, sendo utilizado por mulheres há milênios (TORRES; SANTOS; VARGEN, 2008).

Do total de entrevistados, 66,7% encontram-se na faixa etária acima de 30 anos com uma média de idade igual a $\mu = 38,25$ anos e o desvio padrão $\sigma = 10,10$ anos; 54,2% são casados e, 70,8%, tendo experiência de um ou mais filhos (TABELA 2). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas por Vorpagel (2008); Cagnin (2008); Sabino (2007) e Dotto (2006), em estudo da atenção qualificada ao parto no Brasil.

Entre os enfermeiros das instituições pesquisadas, a remuneração salarial (salário-base) era de R\$1.515,00 na maternidade “A” e, R\$1.379,00, na maternidade “B”. Entre os profissionais de enfermagem de nível médio, o salário variou de R\$530,00 a R\$713,00 como mostra a Tabela 3. Vale lembrar que o valor do salário mínimo no país, no momento da coleta de dados, era de R\$415,00.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a remuneração nas instituições pesquisadas. Alfenas, 2008.

Remuneração (R\$)	Profissionais de Enfermagem			Total
	Enfermeiros	Técnicas em Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	
500 até 750	-	5	9	14
751 até 1000	-	-	-	-
1001 até 1250	-	-	-	-
1251 até 1500	5	-	-	5
Acima de 1500	5	-	-	5
Total	10	5	9	24

Ao observar o Gráfico 1, pode-se verificar que não existem grandes diferenças, com relação à remuneração salarial dos profissionais de enfermagem entre as maternidades em estudo.

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a remuneração nas instituições pesquisadas. Alfenas, 2008.

Na América Latina, a média de salários é baixa e difere entre os países girando em torno de 400 – 500 dólares por mês para enfermeiros, sendo que o salário dos auxiliares de enfermagem corresponde em média a 69,5% dos salários dos enfermeiros. Vale ressaltar que a maioria dos profissionais recebe benefícios sociais e incentivos de acordo com qualificação, idade, riscos ou perigos no trabalho (PAHO, 2005).

Esta pesquisa evidencia que os salários das técnicas de enfermagem e a média dos salários das auxiliares de enfermagem que atendem às mulheres nas maternidades de Alfenas - MG corresponde respectivamente a 49,31% e 37,35% da média dos salários dos enfermeiros, portanto, menor que em outros países da América Latina.

Para 84,6% dos enfermeiros de Instituições de Saúde de Aracaju, a questão salarial é um dos fatores de maior insatisfação no trabalho de enfermagem. Os profissionais relatam necessidade de transformar o valor do trabalho do enfermeiro em remuneração compatível com sua responsabilidade. Seus salários variam entre menos de R\$ 500,00 até R\$3.500,00 (BATISTA et al., 2005).

O nível de instrução de 12 profissionais de enfermagem que trabalham na assistência às parturientes, evidenciado na Tabela 4, é de ensino superior completo, sendo 10 enfermeiros, uma técnica de enfermagem que fez curso de pedagogia e

uma auxiliar de enfermagem que concluiu o curso de enfermagem em 2007. Uma técnica e duas auxiliares de enfermagem estão cursando graduação em enfermagem.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o nível de instrução. Alfenas, 2008.

Nível de Instrução	Profissionais de Enfermagem			Total
	Enfermeiros	Técnicas em Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	
Ensino Fundamental Incompleto	-	-	-	0
Ensino Fundamental Completo.	-	-	2	2
Ensino Médio Incompleto	-	-	1	1
Ensino Médio Completo	-	3	3	6
Ensino Superior Incompleto	-	1	2	3
Ensino Superior Completo	10	1	1	12
Total	10	5	9	24

Quanto à busca pela continuidade da formação profissional, cinco enfermeiros estão cursando pós-graduação em programas *lato sensu*. Apenas uma delas que atua na maternidade “B”, está cursando Especialização em Enfermagem Obstétrica, com carga horária prevista de 1185 horas. Dois enfermeiros fazem Especialização em Prevenção e Controle das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde, com carga horária prevista de 400 horas, em curso financiado pelo Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS–MG–PRO-HOSP do Estado de Minas Gerais. Uma Enfermeira está cursando Especialização em Oncologia, com carga horária prevista de 400 horas e outra está cursando

especialização em Administração Hospitalar e Gestão em Saúde, com carga horária prevista de 400 horas.

Uma enfermeira concluiu a Especialização em Programa de Saúde da Família, com carga horária de 400 horas e Especialização em Educação Profissional na área de Saúde, com carga horária de 360 horas. Outra enfermeira concluiu Especialização em Atendimento Pré-Hospitalar, com carga horária de 506 horas.

Essa diversidade de cursos de pós-graduação *lato sensu* pode ser explicada devido às condições de trabalho nas instituições, onde a maioria dos enfermeiros atua na supervisão de vários serviços e não especificamente nas maternidades, ou mesmo devido à disponibilidade de cursos em Alfenas e região.

A Especialização em Enfermagem Obstétrica que está sendo cursada por uma enfermeira da maternidade “B” é oferecida em Belo Horizonte, numa distância de 400 km aproximadamente de Alfenas, em semanas alternadas. Pelo fato de não ser um curso gratuito, exige de quem o realiza um grande empreendimento não só pessoal, mas também financeiro. Por outro lado, a instituição favorece trocas e reposições de plantões de acordo com a necessidade do curso e com a disponibilidade dos colegas. Percebe-se interesse por parte de alguns membros da equipe de saúde da maternidade em incentivar a qualificação desta e de outros enfermeiros.

Entretanto, discute-se muito a desvalorização da Enfermeira Obstétrica no campo de assistência ao parto com a gradativa ocupação deste por médicos. Após a década de 1980, a perda deste espaço para um modelo intervencionista e medicalizado afastou as enfermeiras e obstetrizes da assistência ao parto. Estudo mostra que 51,2% das enfermeiras obstétricas de algumas maternidades de São Paulo realizam parto esporadicamente, sempre na ausência do médico ou no período expulsivo. Além de isso gerar grande insatisfação para as enfermeiras especialistas na área, observa-se uma diminuição da oferta de enfermeiro obstetra no mercado de trabalho, resultante da falta de uma política nacional de recursos humanos que favoreça a capacitação e atuação desse profissional (MERIGHI, C.; MERIGHI, M., 2003).

Apesar de este paradigma atual estar centrado na intervenção do parto, o movimento de humanização defende o parto natural e fisiológico, realizado por enfermeira para a redução de intervenções desnecessárias, como a prática

excessiva do parto cesárea, com consequente diminuição da morbimortalidade materna e neonatal (MOURA et al., 2007).

Observando o empreendimento que os profissionais de enfermagem das instituições estudadas têm feito para a capacitação profissional, os achados revelam que os enfermeiros têm valorizado a continuidade da própria educação visando a um melhor desempenho profissional, uma vez que 70% destes estão preocupados com a qualificação e buscando cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Durante o período de investigação, não houve nenhuma referência, por parte dos entrevistados, a participação em cursos de pós-graduação *strictu sensu*. Entretanto, sabe-se que diante das constantes inovações técnico-científicas nas várias áreas de conhecimento em saúde, a pesquisa em enfermagem favorece espaço para reflexões e transformações da prática profissional (GUARIENTE; ZAGO, 2006).

Estudo realizado sobre a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, em maternidades de São Paulo, considerando o investimento feito para a continuidade da formação profissional, verificou-se que somente 15,5% dos profissionais cursaram mestrado e doutorado e 48,7% fizeram especializações (MERIGHI, C.; MERIGHI, M., 2003).

Outro estudo sobre caracterização de egressas do curso de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da USP-SP evidenciou que 90,1% das enfermeiras buscaram aperfeiçoamento profissional por meio de especializações, mestrado, doutorado e cursos de aprimoramento (MERIGHI; YOSHIZATO, 2002).

A busca por mestrado e doutorado, que resultam em produção científica de enfermeiros assistenciais, é considerada de importância fundamental para a formação profissional permanente, além de contribuir para o exercício de uma prática baseada em evidências científicas. Para tanto, é necessário que os enfermeiros assistenciais contem com o apoio da instituição, sejam incentivados e envolvidos em atividades que possibilitem o consumo e o desenvolvimento de pesquisas para o avanço da profissão (GUARIENTE; ZAGO, 2006).

Com relação à participação em eventos científicos vale ressaltar que 21 (87,5%) profissionais de enfermagem informaram não ter participado de nenhum evento científico na área nos últimos cinco anos (GRÁFICO 2), apesar de as Universidades de Alfenas oferecerem eventos científicos na área de saúde da mulher.

Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a participação em eventos científicos nos últimos cinco anos. Alfenas, 2008.

Os eventos dos quais participaram duas enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem foram: 2º Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (SP) e Semana de Enfermagem (MG).

Resultados similares foram encontrados por Gardenal et al. (2002), em instituições de Sorocaba – SP; Dotto (2006) em maternidades de Rio Branco – Acre; Sabino (2007), em unidades de saúde de São José do Rio Preto – SP, quando esses profissionais identificaram respectivamente que 71,6%, 77,8% e 95,3% das enfermeiras não participaram de nenhum evento científico na área nos últimos anos. Vorpapel (2008), em maternidade de Porto Ferreira – SP, identificou que 85% dos profissionais de enfermagem também não participaram de nenhum evento na área nos últimos anos. Ao contrário de Merighi e Yoshizato (2002), que, ao caracterizar ex-alunas do curso de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, verificaram que das 30 enfermeiras obstétricas do estudo, 80% participaram de eventos científicos na área de atuação.

O tempo de formação profissional da equipe de enfermagem, que presta atendimento às parturientes nas maternidades de Alfenas – MG, está apresentado na Tabela 5 evidenciando que 50% dos enfermeiros possuem de dois a três anos de formados e 58,3% dos profissionais estão formados há mais de cinco anos e, destes, 71,4% são profissionais de enfermagem de nível médio.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o tempo de formação profissional. Alfenas, 2008.

Tempo de formação (anos)	Profissionais de Enfermagem			Total
	Enfermeiros	Técnicas em Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	
De 2 até 3 anos	5	1	-	6
De 4 até 5 anos	1	2	1	4
De 6 até 7 anos	2	1	5	8
De 8 até 9 anos	1	-	2	3
De 10 anos em diante	1	1	1	3
Total	10	5	9	24

Cabe destacar que alguns profissionais de enfermagem já exibiam uma prática assistencial antes de se formarem. Assim, entre os enfermeiros, um foi atendente de enfermagem por oito anos; uma trabalhou como auxiliar de enfermagem por seis anos e uma fez também curso técnico de enfermagem. É importante acrescentar que, entre os profissionais de nível médio, cinco auxiliares de enfermagem trabalharam como atendentes por períodos que variaram de dois a 13 anos e que cinco técnicas de enfermagem também fizeram curso de auxiliar de enfermagem.

A participação dos auxiliares de enfermagem na assistência de enfermagem no Brasil cresceu entre os anos 1999 a 2002 em detrimento da legislação do exercício profissional. À medida que a participação dos técnicos de enfermagem se fez presente, crescendo a uma taxa de 29,6%, os auxiliares crescem apenas a uma taxa de 6,5%, consequentemente aumentando o número de profissionais com ensino médio completo. A exigência de qualificação dos trabalhadores da saúde tornou-se necessária para o acompanhamento das mudanças tecnológicas e organizacionais que ocorrem no mundo do trabalho (VIEIRA et al., 2003).

A jornada de trabalho da enfermagem mais comum na América Latina é de oito horas diárias e 45 horas semanais, podendo variar entre seis horas diárias e 30 semanais e nove horas diárias e mais de 50 horas semanais. Ao se considerar a condição de trabalho hospitalar de enfermagem, pode-se constatar que este se caracteriza por extensas jornadas, turnos rotativos, trabalhos noturnos, frequentes

mudanças de serviços e sobrecarga psicológica. Exige-se da enfermagem grande responsabilidade e uma permanente disponibilidade para com as necessidades dos clientes e de seus familiares (PAHO, 2005).

Os profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas trabalham 06 horas diárias nos plantões diurnos, cumprindo 12 horas em finais de semana (sábado ou domingo), e 12 horas nos plantões noturnos em dias intercalados. A carga horária semanal de trabalho desses profissionais, considerando aqueles com mais de um emprego, é em média de $\mu = 49,17$ horas e o desvio padrão é igual a $\sigma = 16,74$ horas, estando esta média dentro dos padrões indicados para os países da América Latina (PAHO, 2005).

Em estudo realizado em Rio Branco–Acre, a média de carga horária semanal de trabalho da enfermagem, verificada nas maternidades, foi de 63,37 horas, excedendo em muito a carga horária máxima indicada para esses países (DOTTO, 2006).

A carga horária excedente pode ser explicada pelos vários empregos concomitantes dos profissionais de enfermagem. Em Alfenas, dentre os 18 (75%) profissionais de enfermagem que trabalham em um emprego (GRÁFICO 3), a distribuição da carga horária semanal para 15 destes é de 42 horas e, para três, é de 36 horas. Para seis (25%) profissionais que trabalham em dois empregos, a carga horária semanal varia de 38 a 84 horas e apenas dois atuam na assistência obstétrica em ambos os empregos. Os demais atuam em Programa de Saúde da Família (dois), em Hospital Psiquiátrico (um) e como docente em curso técnico de enfermagem (um).

Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o número de empregos. Alfenas, 2008.

O regime de trabalho característico da enfermagem favorece a conciliação de dois empregos, sobrecarregando mais ainda o profissional. Várias pesquisas evidenciam essa condição. O mesmo índice de profissionais com dois empregos, verificado em Alfenas (25%) foi encontrado por Vorpapel (2008) em maternidade de Porto Ferreira - SP. Índice menor foi encontrado por Sabino (2007) em São José do Rio Preto - SP, nas Unidades de Saúde onde 14,3% das enfermeiras trabalham em mais de uma instituição. Estudo realizado em maternidades de São Paulo evidenciou que 36,7% das enfermeiras trabalham em dois empregos (MERIGHI, C.; MERIGHI, M., 2003). Dotto (2006) identificou em seu estudo em maternidades de Rio Branco - Acre que 37% dos profissionais de enfermagem trabalhavam em 02 empregos e, 3%, em 03 empregos.

Índices maiores de atuação de enfermeiros em dois empregos foram verificados por Gardenal et al. (2002), em Sorocaba - SP, totalizando 49,3%.

Acredita-se que a necessidade financeira, devido à baixa remuneração dos serviços de enfermagem, seja o principal fator que leva à procura por mais de um trabalho, mesmo que isso contribua para uma insatisfação profissional (MERIGHI, C.; MERIGHI, M., 2003).

O tempo de trabalho em maternidade entre os enfermeiros variou de poucos meses a 10 anos (TABELA 6). Os profissionais de nível médio são os que apresentam maior tempo de trabalho em maternidade.

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo o tempo de trabalho em maternidade. Alfenas, 2008.

Tempo de trabalho em maternidade (anos)	Profissionais de Enfermagem			Total
	Enfermeiros	Técnicas em Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	
Tempo inferior a 1 ano	1	1	1	3
Entre 1 e 5 anos	6	2	2	10
Entre 6 e 10 anos	3	1	1	5
Entre 11 e 15 anos	-	1	2	3
De 16 anos em diante	-	-	3	3
Total	10	5	9	24

Na maternidade “B”, dois enfermeiros assumem vários setores do hospital, incluindo a maternidade. Duas enfermeiras atuam exclusivamente na maternidade. E outra é responsável pela supervisão geral do bloco cirúrgico, local onde se realizavam todos os partos no início da coleta de dados.

Da mesma forma, na maternidade “A”, cinco enfermeiros trabalham na supervisão de vários setores do hospital. Não há enfermeiros atuando diretamente na assistência obstétrica.

Vale ressaltar que dos 24 profissionais entrevistados, excluindo a enfermeira que está cursando Especialização em Enfermagem Obstétrica, nenhum deles recebeu treinamento ou capacitação formal para a assistência ao parto. Os enfermeiros informaram ter recebido noções básicas de obstetrícia no curso de graduação em enfermagem em aulas teóricas, práticas e em estágios, sendo que um enfermeiro citou também o médico como fonte de aprendizado durante sua prática profissional.

Os profissionais de enfermagem de nível médio informaram ter adquirido conhecimentos gerais sobre assistência obstétrica em curso técnico e de auxiliar de enfermagem, ou na própria maternidade, durante a jornada de trabalho, sendo orientados por colegas mais experientes, médicos e por enfermeira obstétrica - docente da UNIFAL - MG. Esse tipo de treinamento informal não habilita os profissionais a exercerem legalmente a atividade.

Resultados semelhantes foram apresentados por Vorpagel (2008) em trabalho realizado no interior de São Paulo onde os profissionais de enfermagem

também não receberam nenhuma capacitação ou treinamento específico para a assistência obstétrica. Dotto (2006) verificou que 72% dos profissionais estudados nas maternidades de Rio Branco – Acre, receberam treinamento informal para assistência ao parto por meio de cursos de atualização, e acompanhamento prático por outros profissionais. Na Bolívia, na Guatemala e no Peru foram observadas altas taxas de assistência ao parto por parteiras tradicionais, por pessoas da família das parturientes, todas estas sem treinamento formal (SOUZA et al., 2007).

Para Starrs (1998), esse treinamento informal, que os profissionais adquirem, não garante a aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias para torná-los qualificados para a assistência ao parto. O profissional qualificado é aquele que possui e utiliza o conhecimento e a habilidade para prestar uma assistência obstétrica competente.

Quanto à realização de partos pelos profissionais de enfermagem, apenas duas auxiliares de enfermagem que trabalham na maternidade “A” relataram que assumem o parto na ausência do médico obstetra (GRÁFICO 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas - MG, segundo a realização de partos. Alfenas, 2008.

Essas profissionais são as que possuem maior tempo de trabalho em maternidade, adquiriram a prática de assistência ao parto por meio de treinamentos com os médicos obstetras e colegas mais experientes, durante a jornada de

trabalho. Quanto às práticas obstétricas realizadas por elas na assistência ao parto, informaram realizar parto gemelar, parto em apresentação pélvica, episiotomia, se necessário, aguardando o médico para a realização da episiorrafia. Utilizam a ocitocina, sob prescrição médica, para indução ou condução do trabalho de parto, administrando-a através de infusão endovenosa. Após a dequitação, administram ergometrina ou ocitocina, de acordo com a conduta do médico responsável.

A indução do trabalho de parto é um procedimento aceitável e recomendável, desde que haja uma indicação apropriada. Não se recomenda nem se aceita seu uso frequente para estimular as contrações com o único objetivo de antecipar ou encurtar o trabalho de parto em benefício dos interesses pessoais dos profissionais de saúde ou mesmo das próprias parturientes. Sua utilização exige a presença de profissional qualificado para o atendimento, controle frequente da vitalidade fetal e disponibilidade de recursos materiais e humanos para procedimentos de urgência. A cliente deve estar informada e esclarecida sobre o procedimento e concordar com ele (BRASIL, 2003)

A utilização de ocitocina, sem o devido controle, pode produzir reações adversas como hipertonia uterina, rotura uterina, sofrimento fetal e mesmo laceração perineal proveniente de desprendimento cefálico abrupto (BRASIL, 2003).

O uso rotineiro de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto é considerado prática claramente prejudicial ou ineficaz, que deve ser eliminada, segundo a OMS (1996).

O parto de gestação gemelar e o parto em apresentação pélvica são considerados situações especiais com riscos potenciais a elas associados, necessitando planejamento da assistência, recursos técnicos e humanos, a fim de se garantir bons resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2003).

A assistência ao parto gemelar exige vigilância constante, medicação adequada, indicações oportunas (REZENDE; COSLOVSKY, 1991) e profissionais com habilidades e competências para conduzir as possíveis complicações (NEME, 1995). Para Varney, Kriebs e Gegor (2006), o atendimento ao parto múltiplo e ao parto pélvico pode ser feito pela profissional de enfermagem desde que habilitada para tal assistência, em ambiente hospitalar, em trabalho conjunto com o médico obstetra, devido aos possíveis problemas que podem ocorrer nesses tipos de partos.

No parto em apresentação pélvica, há muitos anos conhecido como o parto das dificuldades crescentes, a mortalidade fetal é muito maior que no parto em

apresentação cefálica, sendo fundamental a assistência de parteiro hábil e experiente (GOFFI, 1991)

Apesar de a episiotomia ser usada com frequência, sua incidência é variável. Nos Estados Unidos, 50 a 90% das primíparas são submetidas à episiotomia, sendo esta considerada o procedimento cirúrgico mais frequentemente utilizado naquele país (BRASIL, 2003). Entretanto, de acordo com Frankman et al. (2009), o uso rotineiro dessa prática nesse país tem diminuído, passando de 60,9%, em 1979, para 24,5%, em 2004.

Pesquisa realizada por Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez e Gulmezoglu (2008) cujo objetivo foi verificar as práticas obstétricas realizadas durante os cuidados às parturientes em Cali, Colômbia, verificou a realização de episiotomia em 70% dos partos de primíparas e em 22% dos partos de múltiparas. Em estudo realizado em maternidades públicas de Buenos Aires, Argentina, foi verificada a realização de episiotomia em 41,2% de partos de primíparas (KAROLINSKI et al., 2009).

De acordo com as evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto propostas pela OMS em 1996, o uso liberal ou rotineiro da episiotomia é considerado uma prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada. Vale destacar que sua utilização restrita está associada a menores riscos e complicações, podendo resultar em menor trauma e menor sutura perineal (CARROLI; MIGNINI, 2009).

A episiotomia é considerada um dos fatores fortemente associados à incidência de hemorragia pós-parto imediato, sendo responsável por 16,2% das hemorragias verificadas em estudo realizado por Sosa et al. (2009), com população da América Latina.

O profissional que assiste o parto deve receber treinamento, tornando-se apto não só para a realização da episiotomia como também para a sutura adequada desta (BRASIL, 2003).

Todos os procedimentos acima descritos (parto gemelar, parto em apresentação pélvica, episiotomia e indicação de ocitocina) exigem habilidades de maior complexidade e profissionais legalmente habilitados e qualificados para tal atendimento.

No Brasil, os profissionais legalmente habilitados para realizar o parto são médicos e enfermeiras, cabendo a estas a realização de parto em situação de

emergência, sem distócia, sem episiotomia e episiorrafia; enfermeira obstétrica e obstetritz. Considerando a inexistência de enfermeira obstétrica, a ausência do enfermeiro na assistência ao parto, o presente estudo revela, por meio dos dados apresentados, que as maternidades de Alfenas não possuem profissionais de enfermagem legalmente habilitados para a realização do parto.

Quanto às atividades desempenhadas na assistência às parturientes na maternidade “A”, de acordo com a categoria profissional da equipe de enfermagem, os profissionais informaram que:

- Enfermeiros: atuam no gerenciamento e supervisão da assistência às parturientes. Preenchem a ficha de Declaração de Nascido Vivo do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC.
- Auxiliares de Enfermagem: na ausência do médico, examinam as parturientes para admissão, realizam ausculta de batimento cardíaco fetal (BCF) e o toque vaginal; diagnosticam o trabalho de parto; comunicam o médico obstetra, encaminham a parturiente para internação e prestam assistência obstétrica às parturientes no acompanhamento do trabalho de parto. Encaminham a parturiente para a sala de parto; preparam os materiais e medicações necessárias para a assistência ao parto. Auxiliam o médico na realização do parto; encaminham o recém-nascido ao berçário; prestam assistência durante o quarto período clínico do parto e encaminham a puérpera para o quarto. Na ausência do médico, realizam o parto. Prestam assistência às puérperas, Preparam as clientes para a cesárea. São responsáveis pelos relatórios de todas as clientes assistidas, desde a admissão até a alta hospitalar.

Enquanto na maternidade “B” a equipe de enfermagem, também de acordo com a categoria profissional, informou que suas atividades na assistência às parturientes são:

- Enfermeiros: gerenciamento do setor e da assistência de enfermagem. Esporadicamente, após a avaliação e admissão da parturiente pela equipe médica, a enfermeira realiza exame físico, obstétrico e faz o relatório de admissão.
- Técnicas e Auxiliares de Enfermagem: são responsáveis pelo encaminhamento ao leito das parturientes admitidas, pela coleta de material para exames solicitados; executam o teste rápido para diagnóstico de HIV; administram medicações prescritas; realizam cateterismo vesical, se

necessário, e controle de sinais vitais. No pré-parto, administram medicações prescritas; fazem controle de sinais vitais; encaminham ao banho; promovem higienização das parturientes. Na assistência ao parto, são responsáveis por disponibilizar todo material necessário à assistência ao parto e ao recém-nascido. Auxiliam na paramentação médica de acordo com a rotina de cada profissional. Auxiliam o médico durante o parto; administram medicações. Na assistência ao recém-nascido, identificam; administram medicações prescritas (vitamina K, argirol); realizam banho; colocam as vestes e o entregam para a mãe; orientam e estimulam o aleitamento materno. São responsáveis pelo preenchimento da “Declaração de Nascido Vivo”. Prestam assistência às puérperas; orientam sobre aleitamento materno. Os cuidados com os recém-nascidos são realizados em uma sala específica com pia e bancada, na presença das mães, sendo que as mesmas, na maioria das vezes, não assumem os cuidados. Algumas auxiliam, outras apenas observam. Todas as mães recebem orientações com relação aos cuidados. Preparam as clientes para cesárea. São responsáveis pelos relatórios de enfermagem de todas as clientes assistidas.

6.4 Atenção obstétrica

Durante o período de coleta de dados nas maternidades de Alfenas – MG, foi possível observar a assistência a 38 admissões de parturientes, 38 trabalhos de parto, 25 partos e 25 pós-partos (TABELA 7). Das 38 admissões observadas, 22 foram realizadas por auxiliares de enfermagem na maternidade “A”. Dos 38 atendimentos ao trabalho de parto realizado pelos profissionais de saúde, nas maternidades estudadas, 28 foram na maternidade “A” e, 10, na maternidade “B”. Vale ressaltar que o acompanhamento do trabalho de parto foi realizado em sua maioria por auxiliares de enfermagem na maternidade “A”, sem a participação dos enfermeiros, sendo observada a atuação da enfermeira na execução de alguns procedimentos apenas na maternidade “B”.

Dos 25 partos observados, 23 foram realizados por médico ou residentes de medicina, sendo que nestes o foco de observação foi a atuação da equipe de

enfermagem. Dois partos foram realizados por auxiliares de enfermagem na maternidade “A”. Foi possível observar a assistência a 25 mulheres em pós-parto, sendo que 24 assistências foram prestadas pela equipe de enfermagem e uma por docente do curso de enfermagem.

Tabela 7 - Distribuição de frequências das observações da assistência às parturientes na admissão, trabalho de parto, parto e pós-parto, segundo os turnos manhã, tarde e noite e as maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.

Maternidades	Turno de Trabalho			Total
	Manhã	Tarde	Noite	
Admissão				
“A”	15	08	04	27
“B”	05	04	02	11
Trabalho de Parto				
“A”	14	07	07	28
“B”	03	05	02	10
Parto				
“A”	06	07	05	18
“B”	02	02	03	07
Pós-Parto				
“A”	06	07	05	18
“B”	02	02	03	07
Total	53	42	31	126

6.4.1 Admissão da parturiente

Durante o período de coleta de dados, foi observado um total de 38 exames de admissão realizados nos turnos da manhã, da tarde e da noite, sendo 27 exames na maternidade “A” e, 11 exames, na maternidade “B”.

Nesse período de observação, pôde-se constatar que os enfermeiros da maternidade “A” são elementos não participativos da admissão das parturientes. Na maternidade “B”, todos os diagnósticos do trabalho de parto e admissões (11) foram realizados pela equipe médica, sendo que apenas o encaminhamento ao banho

(um), a entrega de camisola (quatro) e a dinâmica uterina (uma) foram procedimentos executados pela equipe de enfermagem.

Na maternidade “A”, as auxiliares de enfermagem foram responsáveis pelo diagnóstico do trabalho de parto, e pela execução das atividades realizadas durante a admissão de 22 parturientes. Mesmo durante as cinco admissões realizadas por médicos, as auxiliares de enfermagem desenvolveram as seguintes atividades: solicitação do cartão de pré-natal (três), anamnese incompleta (quatro), ausculta de batimento cardíaco fetal (dois), controle de pressão arterial (cinco), entrega de camisola (cinco).

As fichas de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, nas duas maternidades, são preenchidas e assinadas pelos médicos, independentemente de quem indica a internação da parturiente ou realiza o parto.

As atividades mais realizadas pelas profissionais de enfermagem da maternidade “A” na admissão das parturientes foram a definição do diagnóstico do trabalho de parto, a solicitação do cartão de pré-natal, a anamnese incompleta, a localização e frequência do BCF e a identificação da dilatação e do esvaecimento do colo uterino. A entrega de camisola foi efetuada na admissão de todas as parturientes (TABELA 8).

Tabela 8 - Distribuição de frequências das atividades desenvolvidas pelas profissionais de enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência à admissão de 27 parturientes na maternidade "A" de Alfenas – MG. Alfenas, 2008.

Atividades	Profissionais de Enfermagem		
	Auxiliares de Enfermagem	Outros*	Total
Diagnóstico do TP	22	-	22
Solicitação do Cartão de pré-natal	21	-	21
Anamnese			
- Completa	-	1	1
- Incompleta	25	-	25
Exame Clínico	-	1	1
Altura Uterina	-	-	0
Palpação	-	1	1
Dinâmica Uterina			
- Frequência	2	1	3
- Duração	-	1	1
- Intensidade	-	-	0
BCF			
- Frequência	20	-	20
- Localização	24	-	24
- Ritmo	-	-	0
Toque Vaginal			
- Dilatação	22	-	22
- Esvaecimento	22	-	22
- Membranas	5	-	5
- Apresentação Fetal	18	-	18
- Posição Fetal	-	-	0
- Descida Fetal	1	-	1
- Avaliação da Bacia	-	-	0
P.A.	5	1	6
Tricotomia	7	-	7
Enema	3	-	3
Encaminhamento ao banho	4	-	4
Oferecimento de camisola	27	-	27
Total	228	6	234

*Docentes e Acadêmicos de Enfermagem da UNIFAL, MG.

A solicitação do cartão da gestante, fornecido às mulheres na assistência pré-natal o qual contém informações importantes a um atendimento e acompanhamento de qualidade ao binômio mãe/filho, aconteceu para 21 parturientes. As informações advindas do pré-natal subsidiam toda a assistência à parturiente, desde as comuns em gestação de baixo risco até a avaliação de riscos e reconhecimento de complicações que podem surgir no cenário de imprevisibilidade que caracteriza o período intrapartal.

A anamnese foi realizada de forma completa em apenas uma admissão, as demais (25) ocorreram de forma incompleta. Resultado semelhante foi obtido por Dotto (2006), a qual acrescenta que a ausência da anamnese completa significa oportunidades perdidas para a assistência obstétrica qualificada.

Realizar uma anamnese completa e dirigida, durante a qual são avaliados antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos com levantamento de dados e informações que devem fazer parte do cartão de pré-natal, possibilita a identificação de possíveis complicações no trabalho de parto e parto e favorece o planejamento de uma assistência individualizada mesmo nos casos considerados de baixo risco (BRASIL, 2003).

O exame clínico, a altura uterina e a palpação obstétrica não foram realizadas pelos auxiliares de enfermagem e, sim, pelos docentes e acadêmicos de enfermagem, com baixa frequência.

A avaliação dos dados vitais, das mucosas, de presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores e a ausculta cardíaca e pulmonar são necessárias mesmo nas gestações de evolução normal ou de baixo risco (BRASIL, 2003). A não observância dessas condições pode resultar em situações de risco para mãe e filho, comprometendo a qualidade da assistência obstétrica.

A altura uterina e a palpação obstétrica são atividades consideradas obrigatórias na admissão da gestante ou da parturiente evidenciando, portanto, que muitas parturientes foram admitidas sem importantes informações subsidiadas por tais atividades. A palpação obstétrica constitui recurso propedêutico de inestimável valor que permite reconhecer a situação, a apresentação, a posição e a insinuação do feto. A altura uterina permite o cálculo da idade provável da gravidez, relacionando a altura do fundo uterino com o mês da gestação (ARAUJO; MARETTI, 1991).

O diagnóstico do trabalho de parto se baseia na presença de contrações uterinas a intervalos regulares aumentando progressivamente em termos de frequência e intensidade e na dilatação e esvaecimento progressivos do colo uterino (BRASIL, 2003). Observou-se no presente trabalho que a dinâmica uterina foi realizada apenas na admissão de três parturientes, mesmo assim de forma incompleta, não seguindo a técnica preconizada, buscando apenas uma rápida constatação da presença de contração uterina. Essa forma de avaliação impede um diagnóstico de trabalho de parto, podendo levar a uma admissão precoce seguida de intervenções desnecessárias e elevado estresse familiar, o que pode resultar numa experiência negativa de trabalho de parto, de parto e de nascimento (BRASIL, 2003).

Quanto à ausculta do BCF na admissão das parturientes, a frequência e localização foram avaliadas na maioria das parturientes (20 e 24 respectivamente). A não realização ou a realização incompleta desse procedimento, como observado, compromete a qualidade da assistência obstétrica nas maternidades estudadas.

O controle do BCF é um dos procedimentos mais usados na prática obstétrica sendo que sua vigilância rigorosa, mesmo em gestações de baixo risco, assegura, na maioria dos casos, a adoção de medidas apropriadas para garantir o nascimento de uma criança em boas condições (BRASIL, 2001). O sofrimento fetal pode se manifestar pelo aumento ou pela diminuição do BCF, confirmando assim a franca relação entre o bem-estar fetal e a frequência cardíaca (OMS, 1996).

No toque vaginal, priorizou-se o diagnóstico da dilatação e do esvaecimento do colo uterino os quais foram verificados em todas as parturientes admitidas pelas profissionais de enfermagem. A posição fetal e a avaliação da bacia materna não foram diagnosticadas pelas profissionais de enfermagem. Esse procedimento permite diagnósticos necessários à admissão, bem como a uma boa condução do trabalho de parto que garantam o bem-estar materno-fetal. Consequentemente, ao ser feito de forma incompleta, perde-se a oportunidade de diagnosticar alguns elementos importantes para uma assistência qualificada à parturiente. Recomenda-se, entretanto, que esse procedimento seja feito cuidadosamente após obtenção do consentimento da parturiente (D'ORSI et al., 2005).

O acompanhamento da pressão arterial é um cuidado imprescindível durante todo o processo do nascimento por ser considerado um importante sinal clínico das condições de saúde materna. O controle da pressão arterial tem por objetivo

detectar possíveis estados hipertensivos, o que é uma das principais causas de morbi-mortalidade materna e perda fetal.

Estudo realizado por Viggiano et al. (2004), em Goiânia-GO, verificou que as doenças hipertensivas foram responsáveis por 52,9% das mortes obstétricas diretas. Amorim et al. (2006), apontam a hipertensão entre as principais causas de admissões em unidades de terapia intensiva obstétrica em Recife-PE.

Apesar de todas as evidências de riscos com relação à hipertensão na gestação, entre as 27 parturientes admitidas na maternidade “A”, a pressão arterial foi aferida em seis parturientes no momento da admissão.

Essa atividade não foi observada na rotina de cuidados de enfermagem no estudo realizado por Dotto (2006) em maternidades de Rio Branco–Acre. Resultados satisfatórios foram evidenciados no interior de São Paulo, onde o controle da pressão arterial foi realizado por profissionais de enfermagem de nível médio, em todas as parturientes admitidas (10), na maternidade em estudo (VORPAGEL, 2008).

A tricotomia e enema são procedimentos que ainda persistem de acordo com a rotina de alguns médicos. Observou-se também que algumas mulheres chegaram às maternidades de Alfenas já com a tricotomia feita.

Essas são práticas consideradas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas de acordo com normas da OMS. Mesmo assim, segundo Brasil (2003), a tricotomia tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais visando redução na incidência de infecções de episiotomia e melhora da higiene. Como não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios, recomenda-se a sua realização de acordo com a opção da parturiente. Da mesma forma, a utilização do enema que também tem sido questionado em vários estudos controlados, ainda é usado porque supostamente estimula as contrações uterinas, reduz a contaminação e facilita a descida fetal pelo esvaziamento do intestino. A decisão de realizá-lo ou não também deve ser da mulher. Para que essa decisão seja consciente, a mulher deve receber orientações não tendenciosas durante o pré-natal para que no momento da internação para o parto possa fazer a sua escolha.

Estudo experimental mostrou que a utilização do enema não reduziu o tempo de trabalho de parto nem a contaminação fecal. As mulheres que o realizaram tiveram opiniões favoráveis sobre ele. Devido ao medo que as mulheres têm de evacuar na sala de parto, muitas se submetem ao enema, mesmo que isso lhes

traga desconforto, entretanto outras que se submeteram não o realizariam novamente (LOPES et al., 2001).

Pesquisa realizada no interior do Paraná sobre assistência ao trabalho de parto, no que diz respeito às rígidas rotinas com que se tratam as parturientes, constatou que todas as parturientes são submetidas a prescrições rotineiras de enema e retiradas de pelos (SODRÉ; LACERDA, 2007). Em maternidades do município do Rio de Janeiro, foi observada a prática do enema em 17% das mulheres que tiveram parto normal em maternidade pública e, 38%, das que foram atendidas em maternidade conveniada. A tricotomia foi realizada em quase todas as parturientes nas duas maternidades, sendo que, em grande parte, realizada pela própria mulher em sua casa (D'ORSI et al., 2005). Estudo realizado por Brown et al. (2007), mostra a utilização de tricotomia em um terço das parturientes atendidas em maternidades da África do Sul.

Pesquisa realizada em Cali, Colômbia, constatou a utilização de enema (73%) e de tricotomia (75%) na maioria das parturientes (CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMUDEZ; GULMEZOGLU, 2008). O uso rotineiro dessas práticas também foi relatado por mulheres no Canadá, em trabalho realizado por Chalmers et al. (2009). Essas práticas, além de serem consideradas inúteis, indicam a necessidade de uma assistência obstétrica mais qualificada e humanizada, baseada nas melhores evidências disponíveis (CLAVERO, 2008; BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008).

No presente estudo, o fato de algumas mulheres chegarem às maternidades com a tricotomia feita é um exemplo de como a prática está incorporada à cultura do País e, entre as mulheres de Alfenas, mesmo sendo uma intervenção obstétrica sem evidências de benefícios.

O encaminhamento de cinco parturientes ao banho de aspersão se deu com o objetivo de higienização. Todas parturientes utilizaram camisolas fornecidas pelas maternidades.

Constatou-se que 56% das atividades executadas na admissão das parturientes na maternidade "A" foram realizadas pela equipe de enfermagem, evidenciando maior atuação das auxiliares de enfermagem.

As auxiliares de enfermagem, apesar de não serem legalmente habilitadas para exercerem estas atividades, têm prestado importante contribuição na assistência às parturientes na maternidade "A".

O modelo de atenção obstétrica encontrado nas maternidades de Alfenas se assemelha ao modelo evidenciado em Rio Branco - Acre, onde o diagnóstico do trabalho de parto em uma das maternidades também é de responsabilidade da equipe de enfermagem, enquanto que na outra fica a cargo do médico. Da mesma forma, em nenhuma instituição estudada em Rio Branco, a enfermeira participa do atendimento na admissão da parturiente (DOTTO; MAMEDE, M.; MAMEDE, F., 2008).

A análise dos dados indicados na Tabela 9 como o diagnóstico de trabalho de parto (81,5%), a ausculta de BCF (88,9%) e o toque vaginal (81,5%), de acordo com as maternidades, são procedimentos realizados em sua maioria por profissionais de enfermagem de nível médio na maternidade “A”; enquanto que na maternidade “B” tais procedimentos foram 100% executados sem a participação da equipe de enfermagem. Os achados revelam que as instituições apresentam formas diferentes na divisão do trabalho, mostrando-se diferenças estatisticamente significantes de acordo com o teste exato de Fisher em que $p < 0,001$.

Tabela 9 - Distribuição de frequências das atividades diagnóstico do trabalho de parto, ausculta de BCF e toque vaginal, realizadas pelos profissionais de enfermagem, segundo as maternidades durante a observação da assistência à admissão de 38 parturientes nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.

Atividades	Profissionais de Enfermagem				Total	Valor de p
	Maternidade A”		Maternidade “B”			
	Sim	Não	Sim	Não		
Diagnóstico do Trabalho de Parto	22	05	-	11	38	< 0,001
Ausculta de BCF	24	03	-	11	38	< 0,001
Toque Vaginal	22	05	-	11	38	< 0,001

6.4.2 O trabalho de parto

O tempo de observação da assistência ao trabalho de parto variou de 25 minutos a nove horas e 30 minutos, de acordo com a resolução do parto (normal ou cesariana) ou com o final do período de observação da pesquisa. Para vinte parturientes, o tempo de observação variou de vinte e cinco minutos a duas horas e trinta minutos. De quatro a cinco horas, foi o tempo de observação da assistência a seis parturientes. Para sete parturientes, o tempo de observação foi em torno de três horas a três horas e trinta minutos. O tempo de observação para quatro parturientes foi de seis horas e, de nove horas e trinta minutos, para uma parturiente. Para vinte parturientes, cujo desfecho foi o parto normal, o tempo de observação da assistência ao trabalho de parto variou de trinta minutos a seis horas; cinco parturientes chegaram à maternidade em período expulsivo e treze foram encaminhadas para cesariana.

Foi possível observar a utilização de cardiotocografia e de bomba de infusão para administração de ocitocina apenas na maternidade “B”.

O partograma também foi uma prática utilizada pela equipe médica na assistência a todas as parturientes apenas na maternidade “B”, com pouca participação da equipe de enfermagem. O início do registro gráfico se deu na fase ativa do trabalho de parto.

A utilização do partograma no acompanhamento do trabalho de parto faz parte da categoria de práticas benéficas na assistência à parturiente, sendo que a representação gráfica do trabalho de parto permite acompanhar e documentar sua evolução e diagnosticar alterações, possibilitando intervenções apropriadas para correção desses desvios. Através do partograma, pode-se avaliar a dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a infusão de líquidos e a analgesia. A importância do partograma confirma-se, quando, ao permitir todas essas avaliações, traça-se um verdadeiro retrato de corpo inteiro da evolução do trabalho de parto (BRASIL, 2003).

Estudo realizado em maternidades do Rio de Janeiro sobre qualidade da atenção ao parto constatou a utilização do partograma no acompanhamento da maioria dos partos normais (D’ORSI et al., 2005).

Apesar de ser considerado um método simples de acompanhamento da evolução do trabalho de parto, podendo ser feito em qualquer folha de papel, segundo estudo realizado por Harvey et al. (2004), ao avaliar as competências dos profissionais, em Benin, Equador, Jamaica e Ruanda, para o exercício da obstetrícia, estes verificaram uma limitada capacidade para a utilização do partograma, resultando em preocupação com relação ao não reconhecimento de complicações obstétricas por parte desses profissionais. Esse conhecimento limitado pode indicar a ausência desse tópico nos currículos dos cursos de enfermagem e de medicina de muitos países. Consequentemente, não se pode esperar que profissionais demonstrem competência em procedimentos que nunca lhes foram ensinados.

Observou-se que na maternidade “A” não é permitida a presença de acompanhante durante o processo de nascimento. Os familiares podem receber informações das mulheres que se encontram internadas no pré-parto pela equipe de enfermagem por via telefônica. A presença de acompanhante, de sexo feminino, é permitida às mulheres na faixa etária abaixo de 18 anos, sendo vedada a sua presença na sala de parto. As visitas são permitidas diariamente nos horários das 17 às 18 horas nos quartos. Não é permitida visita quando há mais de uma parturiente internada no pré-parto, com alegação de falta de privacidade.

Na maternidade “B”, a presença de um acompanhante, de escolha da mulher, é liberada e as visitas são diárias em dois horários, sendo das 15 às 17 horas e das 20 às 21 horas.

No Brasil, a Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, assegura a presença de um acompanhante de escolha da parturiente, em toda a rede dos serviços de saúde do SUS, no período que se estende desde o trabalho de parto até o pós-parto imediato. Entretanto, esse direito reconhecido em diversas instâncias, não é praticado de forma regular e sistemática em todo o país, sendo que apenas as mulheres mais favorecidas economicamente, atendidas em hospitais privados ou em sistema de saúde suplementar, utilizam desse direito (BRASIL, 2001).

Pesquisa realizada por Karolinski et al. (2009), sobre a utilização de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto em várias maternidades públicas em Buenos Aires, Argentina evidencia que apenas 17,9% das mulheres recebem suporte contínuo durante o trabalho de parto. Em Cali, Colômbia, apenas 14% das parturientes são favorecidas com a presença de acompanhante e, na

África, esse suporte é proibido para a maioria das parturientes (CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMUDEZ; GULMEZOGLU, 2008; BROWN et al., 2007).

A presença do acompanhante, que ouve, estimula e conforta, vem reverter a condição de isolamento a que a parturiente é submetida com a institucionalização do parto. Existe uma preocupação mundial no sentido de garantir esse apoio contínuo à mulher e, de acordo com Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005), há evidências de que o suporte realizado por um acompanhante escolhido pela parturiente pode ser benéfico sobre os resultados maternos e perinatais, inclusive na satisfação da mulher com relação à experiência do nascimento. Caberá aos profissionais interagir com o acompanhante para que essa pessoa desempenhe o seu real papel de provedor de suporte. O acompanhante deve ser visto como alguém que está vivenciando um momento especial, daí a importância de ser acolhido no contexto assistencial em que estiver inserido.

A Tabela 10 apresenta a frequência das atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem durante a assistência a 38 parturientes, nas maternidades estudadas, de acordo com cada categoria profissional.

Tabela 10 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência ao trabalho de parto de 38 parturientes, nas maternidades de Alfenas – MG. Alfenas, 2008.

Atividades	Profissionais de Saúde			Total
	Enfermeira*	Auxiliares de Enfermagem**	Outros***	
Palpação	-	-	7	7
Dinâmica Uterina				
- Frequência	2	2	5	9
- Duração	2	-	5	7
- Intensidade	1	-	-	1
BCF				
- Frequência	2	36	18	56
- Localização	2	22	4	28
- Ritmo	-	-	6	6
Toque Vaginal				
- Dilatação	-	48	5	53
- Esvaecimento	-	40	4	44
- Membranas	-	1	-	1
- Apresentação Fetal	-	1	-	1
- Posição Fetal	-	-	-	-
- Descida Fetal	-	14	2	16
- Avaliação da Bacia	-	-	-	-
P.A.	-	7	5	12
Amniotomia	-	7	-	7
Referência de problema	-	3	-	3
Total	9	181	61	251

*Enfermeira atuou apenas na maternidade "B". **Profissionais presentes na maternidade "A".

***Docentes e Acadêmicos de Enfermagem da UNIFAL, MG, presentes apenas na maternidade "A".

Durante o período de observação, constatou-se que as atividades de maior frequência, realizadas pelos profissionais de enfermagem durante a assistência às parturientes, como mostra a Tabela 10, foram a ausculta do BCF priorizando a frequência e a localização dos batimentos (56 e 28 vezes respectivamente) e o toque vaginal verificando mais especificamente a dilatação e o esvaecimento do colo uterino (53 e 44 vezes respectivamente).

A ausculta intermitente dos BCF é um dos indicadores de um bom padrão de qualidade de assistência obstétrica (OMS, 1996). Entretanto a realização incompleta

dessas atividades, como foi constatado nas maternidades em estudo, resulta na ausência de importantes informações relacionadas ao trabalho de parto e ao bem-estar materno-fetal.

Recomenda-se que o toque vaginal, durante o pré-parto, seja feito o mínimo necessário de vezes com o objetivo de avaliar a evolução do trabalho de parto. D'Orsi et al. (2005), referem que o número excessivo de toque vaginal normalmente ocorre em maternidades conveniadas a escolas que oferecem estágio para acadêmicos. As mulheres relatam grande desconforto com o excesso de toques, além de se sentirem invadidas na sua privacidade. Em relação ao número de toque vaginal, a OMS (1996) indica um exame a cada 04 horas, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, até a dilatação completa.

Na assistência às parturientes em Alfenas, apesar de serem maternidades que oferecem estágios acadêmicos, observou-se muito cuidado com relação à privacidade e ao conforto das parturientes no momento do exame. Respeitaram-se os intervalos, de acordo com a evolução do trabalho de parto, evitando-se procedimentos desnecessários.

A frequência e duração das contrações uterinas, verificadas por meio da dinâmica uterina, foi realizada poucas vezes e de forma incompleta. O controle da pressão arterial foi feito pelos profissionais de enfermagem em apenas 12 parturientes.

A amniotomia foi realizada em sete parturientes por auxiliares de enfermagem. É uma prática benéfica em caso de algumas distócias funcionais. Embora existam evidências de que tal procedimento possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer, tais como riscos de infecção ovular e puerperal, alterações de BCF, ocorrência de prolapso de cordão e bossa serossanguínea. Sua realização deve ser cuidadosa, a fim de se evitar danos fetais e maternos, sendo que não existem evidências de que sua realização precoce seja benéfica (BRASIL, 2001).

Berghella, Baxter e Chauhan (2008) concordam que a amniotomia precoce está fortemente associada a complicações obstétricas. Não visualizam nenhum benefício que justifique sua realização, concluindo, portanto, que tal prática seja evitada.

Estudos mostram que a utilização de amniotomia é uma prática relativamente comum na assistência às parturientes. No município do Rio de Janeiro, foi

observada sua realização em mais de um terço das mulheres que se submeteram ao parto vaginal (D'ORSI et al., 2005).

Para executar atividades que exigem habilidades de maior complexidade como ausculta do BCF, toque vaginal e amniotomia, os profissionais de enfermagem devem possuir competências necessárias com base nos padrões preconizados de assistência qualificada, devendo para isso receber treinamento com supervisão, educação em serviço e ter seu desempenho avaliado constantemente. O fato de realizá-los continuamente não confere ao profissional competência para sua execução (KAK; BURKHALTER; COOPER, 2001).

Observou-se que a utilização de ocitocina se deu sob prescrição médica a 30 parturientes, sendo 22 na maternidade "A" e, oito, na maternidade "B", cabendo aos profissionais de enfermagem a sua administração.

Dentre as tecnologias e procedimentos para instrumentalização do parto, observa-se uma grande tendência de utilização rotineira de ocitócicos durante a fase ativa do trabalho de parto de forma isolada ou associada, por exemplo, a rotura artificial das membranas amnióticas (amniotomia), o que caracteriza, segundo Brasil (2001), o chamado manejo ativo do trabalho de parto.

A infusão de ocitocina sintética tem sido o método mais utilizado para indução ou condução do trabalho de parto. Para a OMS (1996), não está claro que a utilização da ocitocina para correção da dinâmica uterina ofereça benefícios para mãe e filho. Sabe-se que sua utilização implica dificuldade para a deambulação da mulher, além dos riscos de efeitos adversos como a taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo culminar numa rotura uterina e no sofrimento fetal agudo (BRASIL, 2001). O uso da ocitocina é um procedimento que muitas vezes extrapola as indicações clínicas e se relaciona com a forma de organização da prática obstétrica, devido à pressão da demanda hospitalar por novas internações e a liberação da equipe para exercer outras atividades.

A dor no parto, independentemente de influências sócio culturais pode ser considerada insuportável para muitas mulheres e a possibilidade de seu controle na assistência ao parto é um direito da mulher garantido pelas portarias do Ministério da Saúde nº 2.815 de 1998 e, posteriormente, a de nº 572 de 2000, que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS. Apesar de a analgesia peridural ser satisfatória para o controle da dor, alguns efeitos colaterais pode surgir tais como hipotensão materna, relaxamento muscular do

assoalho pélvico e da parede abdominal, levando ao prolongamento do período expulsivo (BRASIL, 2001).

Foi utilizada analgesia peridural contínua em 26 parturientes, sendo cinco atendidas na maternidade “B” e, 21, atendidas na maternidade “A”. É importante acrescentar que a instalação da analgesia ocorreu, para todas as parturientes, na fase ativa do trabalho de parto. Essa conduta não condiz com as orientações do Ministério da Saúde, pois, segundo Brasil (2001), o principal fator que deve nortear o momento da analgesia é a dor materna e não a dilatação cervical, pois a dor, quando muito intensa e prolongada, resulta em alterações nocivas para mãe e feto.

A OMS (1996) considera o uso de analgesia peridural como um dos exemplos mais marcantes da medicalização do parto normal. Seu uso não foi observado em maternidade do interior de São Paulo nem em maternidades de Rio Branco-Acre e foi pouco utilizado em maternidades do Rio de Janeiro quando se observou a utilização do bloqueio loco-regional para episiotomia e episiorrafia em 70% dos partos e 15% das mulheres tiveram seus filhos sem nenhuma anestesia. (VORPAGEL, 2008; DOTTO, 2006; D’ORSI et al., 2005).

Foram identificadas, na maternidade “A”, durante a observação das atividades, nessa fase do processo do nascimento, três situações de risco caracterizado por queda na frequência cardíaca fetal e presença de líquido amniótico meconiado, sendo diagnosticadas pela auxiliar, de enfermagem que estimulou o decúbito lateral e oxigenou a parturiente até o atendimento médico. As três parturientes foram encaminhadas ao bloco cirúrgico para se submeterem a cesariana.

No período observado, a equipe de enfermagem foi responsável por 59,33% das atividades realizadas na assistência às parturientes, com maior atuação dos profissionais de nível médio.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na assistência as parturientes, ressaltam-se a observação de práticas consideradas úteis na assistência ao trabalho de parto e ao parto e que evidenciam o cuidado humanizado, conforme apresentado na Tabela 11.

Essas práticas que devem ser estimuladas surgiram a partir do enfoque denominado medicina baseada em evidências, que é a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica clínica disponível para tomar

decisões sobre o cuidado de pacientes e para a elaboração de guias normativos (BRASIL, 2001).

Tabela 11 - Distribuição de frequências das atividades consideradas úteis na assistência ao trabalho de parto, realizadas pelos profissionais de enfermagem, durante a observação da assistência ao trabalho de parto de 38 parturientes, nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.

Atividades	Profissionais de Enfermagem				Total
	Maternidade “A”		Maternidade “B”		
	Sim	Não	Sim	Não	
Oferecimento de líquidos por via oral durante o TP	09	19	02	08	38
Utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor	-	28	-	10	38
Estímulo a posições não supinas durante o TP	28	-	06	04	38
Estímulo à deambulação durante o TP	-	28	01	09	38
Estímulo a questionamentos sobre suas condições obstétricas	-	28	-	10	38
Fornecimento às parturientes todas as informações e explicações que desejarem	25	03	10	-	38
Total	62	106	19	41	228

As propostas de humanização visam à reinvenção do parto como experiência e compreensão da condição humana, propiciando, permitindo e estimulando a participação ativa da mulher, evitando a massificação do cuidado quando ela é tratada como mais uma nas rotinas preestabelecidas. No contexto da humanização do parto, cabe destacar a importância do profissional de enfermagem qualificado para efetivar essa assistência.

Estudos indicam que o parto assistido por profissionais de enfermagem qualificados está associado a benefícios como a redução de intervenções e maior satisfação materna (EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009).

Ao entrar em uma instituição para dar à luz, a mulher enfrenta a pouca familiaridade com o ambiente em que está sendo cuidada, onde os profissionais são, na maioria das vezes, desconhecidos. Algumas posturas adotadas evidenciam a falta de compromisso ético e moral, e também de compreensão do que seja exercício ético e de cidadania para com o cuidado, o conforto e para com a vida da mulher, de seu filho e também de sua família. A parturiente, ao entregar-se aos cuidados da equipe de saúde, espera que todas as atenções estejam voltadas para ela e para seu bebê nesse momento tão especial de sua vida (CARRARO et al., 2008).

A OMS (1996) classifica a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto como prática frequentemente utilizada de modo inadequado. Entretanto observou-se no presente estudo que a maioria das parturientes permaneceu em jejum, por prescrição médica, durante todo o período de dilatação, sendo sua dieta liberada horas após o parto. Essa rotina de atendimento é também evidenciada em várias maternidades da África do Sul onde as mulheres permanecem em restrição hídrica e alimentar durante todo o trabalho de parto (BROWN et al., 2007).

Estudo realizado por Sodré e Lacerda (2007), sobre assistência ao trabalho de parto no município de Londrina, PR, evidenciou o médico como o principal agente e único com poder de decisão para a prescrição de jejum às parturientes. A falta de fundamentação e de critérios científicos é evidenciada nas justificativas contraditórias a respeito do jejum dadas pelos profissionais além da ausência de consenso quanto à necessidade da prescrição desse procedimento. Mostrou também que o modelo tecno-assistencial que embasa tais práticas obstétricas é o clínico biológico. Assim sendo, todas as parturientes são submetidas a prescrições rotineiras de jejum e de outros procedimentos desnecessários como a tricotomia e enema numa assistência massificada e autoritária.

Evidentemente que o bom senso deve permear a decisão sobre a dieta da parturiente e permitir a individualidade de cada caso. Alimentos leves podem ser liberados às parturientes de baixo risco para cesárea na fase latente do trabalho de parto. Na fase ativa, alimentos sólidos devem ser evitados, permitindo pequenas

quantidades de líquidos. O jejum deve ser indicado para parturientes de risco para procedimentos anestésicos (BRASIL, 2001).

Apesar de a alimentação e de a hidratação durante o trabalho de parto serem considerados um risco potencial para aspiração de conteúdo gástrico durante a anestesia, o jejum não garante que esse conteúdo esteja reduzido. O jejum prolongado pode levar à hipoglicemia e à desidratação, com diminuição do volume sanguíneo materno e favorecer o sofrimento fetal. Essas complicações podem ser prevenidas com oferta de líquidos orais e comidas leves, evitando as infusões intravenosas administradas rotineiramente, as quais interferem no processo natural do parto e restringem a movimentação da mulher (OMS, 1996).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser explorados, durante o trabalho de parto, por serem mais seguros e por acarretarem menos intervenções. Aí se incluem massagens e técnicas de relaxamento. Essas práticas são classificadas pela OMS como ***Categoria 1 – práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas***. (BRASIL, 2001).

A massagem, além de seu potencial para aliviar a dor, é uma forma de cuidar, de dar apoio não verbal e de comunicação. Mulheres que recebem massagem correta durante o trabalho de parto e durante o parto relatam sua utilidade no alívio da dor. É indiscutível que o ato de “esfregar” em geral produz “melhora”. Outros recursos que promovem relaxamento podem ser utilizados como posições de conforto, movimentação, respiração, técnicas de lazer, música e banhos quentes de chuveiro (POLDEN; MANTLE, 2000).

Durante a assistência às 38 parturientes nas maternidades estudadas não foi observada a utilização de nenhum método não farmacológico para o alívio da dor. O banho de aspersão, que poderia ser utilizado como método relaxante, é disponibilizado nas duas maternidades, de maneira rápida, principalmente com o objetivo de higienização. As parturientes não são estimuladas a utilizar-se dele como alternativa para conforto e para alívio da dor.

Não foi permitido às parturientes, atendidas pelas profissionais de enfermagem em Alfenas, liberdade de escolha com relação à posição durante o trabalho de parto. A liberdade de escolha que evidencia uma assistência humanizada e qualificada foi favorecida nas maternidades de Cali, Colômbia, onde 43% das mulheres assistidas tiveram permissão para escolher a posição que lhes

oferecia maior conforto (CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMUDEZ; GULMEZOGLU, 2008).

Observou-se nesta pesquisa uma preocupação, com relação ao estímulo a posições não supinas, com orientação do decúbito lateral; o que não aconteceu em relação à deambulação, prática benéfica e recomendada durante o trabalho de parto, pois a maioria das parturientes permaneceu em repouso no leito.

O decúbito lateral, esquerdo ou direito, é indicado a fim de evitar a redução do fluxo sanguíneo útero placentário que ocorre no decúbito dorsal horizontal. A deambulação deve ser estimulada de acordo com a escolha da mulher, salvo raras exceções (BRASIL, 2003).

Vários estudos mostram associação positiva entre a deambulação durante o trabalho de parto à eficiência uterina. A posição vertical diminui o tempo do trabalho de parto, melhora a contratilidade uterina e oferece mais conforto às parturientes (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

Cabe destacar a falta de estímulo a questionamentos sobre as condições obstétricas das parturientes por parte dos profissionais das maternidades de Alfenas. Pôde-se observar que a maioria das parturientes assumiu uma atitude passiva na relação com os profissionais que as atendiam, demonstrando constrangimento frente a eles, resultando em pouco questionamento. Entretanto quando solicitados, os profissionais responderam prontamente. A maioria das parturientes (34) foi auxiliada a se posicionar para o exame obstétrico e (27) receberam informações sobre o tipo e objetivo do exame a ser realizado, mas apenas 14 foram informadas sobre o resultado do referido exame.

A falta de informações e de instruções adequadas e necessárias, durante o trabalho de parto e durante o parto, é percebido pelas mulheres como um descaso, fazendo-as se sentir abandonadas e desrespeitadas, imprimindo à assistência obstétrica um perfil de impessoalidade e exercício de poder do profissional sobre a mulher (CARON; SILVA, 2002).

Ao orientar a mulher sobre os métodos para o cuidado e para o conforto, explicando sobre o trabalho de parto e parto, mostrando-se disponível para retirar qualquer dúvida, a equipe de saúde proporciona tranquilidade e ajuda as parturientes a vivenciarem de maneira mais tranquila o processo de parir (CARRARO et al., 2008).

Permitir relações de igualdade, menos autoritárias, é deixar de “assumir o comando da situação” e passar a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para mãe e filho (BRASIL, 2001).

A Enfermagem, como parte dessa equipe de saúde, composta por pessoas de diversas formações, precisa criar e garantir a concepção filosófica e política do cuidado e do conforto, estabelecendo rotinas a serem cumpridas por todos os profissionais envolvidos nessa assistência; tendo também clareza sobre a maleabilidade dessas rotinas, a fim de proporcionar segurança e satisfação à mulher no seu processo de parir. O enfermeiro, ao assumir o papel de coadjuvante no trabalho de parto e no parto, desperta a mulher para explorar seu corpo, conhecer seus limites para que ela e seu bebê fiquem mais confortáveis (CARRARO et al., 2008).

6.4.3 Atenção ao parto

Dentre os partos observados, 23 foram realizados pela equipe médica e, dois, por auxiliares de enfermagem na maternidade “A”. Importante destacar que, nos partos assistidos pelos médicos, foram observadas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem. Nos partos realizados pelos médicos, coube à equipe de enfermagem encaminhar a parturiente à sala de parto ou preparar a cama para o parto, de acordo com a rotina das maternidades, posicionar a parturiente (litotomia), preparar todo material necessário à assistência à parturiente e ao recém-nascido, circular a sala de parto, administrar medicações prescritas, oferecer materiais solicitados, realizar a higiene da puérpera após o parto, encaminhá-la ao puerpério, reorganizar a sala de parto. Na maternidade “A”, a manobra de Kristeller é realizada pela auxiliar de enfermagem, quando solicitada pelo médico.

Na maternidade “A”, todos os partos foram realizados na sala de parto, sem a presença de acompanhante, sendo que o local de realização dos partos na maternidade “B”, no início da coleta de dados, foi no bloco cirúrgico onde foram observados dois partos. Os outros cinco partos foram realizados no quarto de PPP, sendo liberada a presença de acompanhante. Entretanto dois acompanhantes não quiseram permanecer na sala no momento do parto.

A experiência do quarto PPP tem se mostrado efetiva no incentivo ao parto normal, na redução dos índices de cesárea e na humanização da assistência ao parto, entretanto, nessa instituição, alguns médicos ainda utilizam o bloco cirúrgico para a realização desse procedimento.

Diante da evolução normal do parto, não há necessidade de transferir as parturientes, elas podem ser atendida no mesmo ambiente onde permanecem com seu acompanhante durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2001). Esses quartos especiais oferecem um ambiente agradável, sem a “cara” de hospital onde as mulheres são atendidas durante o trabalho de parto, durante o parto e o puerpério imediato, por profissionais qualificados e sensibilizados com suas necessidades individuais e humanas (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Salas especiais, equipadas com luzes fortes, brilhantes, instrumentais e mesa cirúrgica com perneiras para o atendimento ao parto normal são consideradas mais adequadas ao profissional, caso sejam necessárias intervenções, do que para a parturiente. (BRASIL, 2001).

A liberdade de escolha sobre o local e a posição na atenção ao parto, as formas de cuidado e conforto no pré-parto fazem com que a mulher se sinta tranquila e valorizada, facilitando assim a evolução do parto (CARRARO et al., 2008). Observou-se que essa possibilidade de escolha não foi viável na assistência às parturientes nas maternidades estudadas.

A posição de litotomia é adotada nas duas instituições, para todas as parturientes, cujo o dorso materno permanece na horizontal, as coxas ficam fletidas em abdução e sustentadas por perneiras, em algumas vezes o dorso é levemente elevado. Essa mesma posição foi adotada em 98,5% dos partos normais em maternidades do Rio de Janeiro (D’ORSI et al., 2005).

A possibilidade que a mulher tem de parir em outra posição depende da capacidade e da experiência do profissional com determinada posição e das informações da própria mulher. Sabe-se que a posição horizontal deve ser evitada devido às dificuldades de trocas materno-fetal (BRASIL, 2001). A OMS (1996) recomenda que a mulher possa experimentar a posição que lhe for mais confortável e que os profissionais sejam treinados no manejo do parto em outras posições além da supina.

Qualquer posição materna elevada ou lateral, ao ser comparada à posição supina ou de litotomia, está associada a menor desconforto e dificuldade nos puxos,

a redução do tempo do período expulsivo, a redução da necessidade de episiotomia e das alterações no BCF. Em contrapartida, parece haver um aumento de rotura perineal de segundo grau e perda sanguínea superior a 500 ml (GUPTA; HOFMEYR, 2006). Resultado de estudo realizado em Centro de Parto Normal na cidade de São Paulo em mulheres que tiveram partos em posição lateral esquerda evidenciou 17,6% de lacerações de 2º grau contra 82,4% de 1º grau confirmando, de acordo com essas variáveis, a vantagem dessa posição sobre a de litotomia (SCARABOTTO; RIESCO, 2006).

Em estudo relacionado à opção da mulher pela posição no parto, evitando a posição litotômica, foi encontrada prevalência de períneo íntegro no parto em posição lateral esquerda, em comparação com a posição litotômica associada ao aumento de lacerações no períneo (ALBERS et al., 1996).

Nos dois partos assistidos pelas auxiliares de enfermagem, na maternidade “A”, a parturiente deu entrada no setor em período expulsivo, sem tempo hábil para a chegada do médico. Nesses dois partos, a manobra de Kristeller foi realizada, não foi necessária a realização de episiotomia nem houve laceração perineal. Em ambos os partos, houve estímulo ao puxo, à proteção do períneo e ao manejo do polo cefálico.

A manobra de Kristeller é uma prática, na qual se realiza pressão no fundo do útero durante o período expulsivo com o objetivo de acelerar o nascimento. Além de não apresentar nenhum benefício, pode a manobra estar associada a complicações obstétricas (BERGHELLA, BAXTER, CHAUHAN, 2008). Suspeita-se que possa ser perigoso para o útero, para o períneo e para o feto, que possa provocar muito desconforto materno, estando classificada como *prática em relação à qual não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão* (BRASIL, 2003; OMS, 1996). Essa manobra foi realizada em 49,8% dos partos realizados em maternidades do Rio de Janeiro (D'ORSI et al., 2005).

O estímulo ao puxo voluntário, realizado na assistência ao parto, na maternidade estudada, ocorreu no período expulsivo, com dilatação completa do colo uterino. Fisiologicamente, puxos involuntários curtos e espontâneos ocorrem quando a apresentação faz pressão sobre o reto e músculos do assoalho pélvico. Estudos mostram que o padrão voluntário de puxos longos e dirigidos durante a expiração abreviam a expulsão do feto, porém com risco de alterações na frequência

respiratória e no volume de ejeção causado pelo tipo de respiração materna, resultando em menores índices de APGAR do recém-nascido (BRASIL, 2003).

O uso rotineiro de práticas não recomendadas como o puxo dirigido foi relatado por parturientes assistidas em maternidades do Canadá (CHALMERS et al., 2009). Em Istambul, Turquia, as mulheres vivenciaram experiência diferente e expressaram grande satisfação com relação ao puxo espontâneo no período expulsivo do parto. Verificou-se um segundo estágio do parto mais rápido sem intervenções e com melhores condições de nascimento (YILDIRIM; BEJI, 2008)

Puxos dirigidos, associados à posição dorsal, podem contribuir para a ocorrência de lesões nas estruturas urinárias, pélvica e perineal (ROBERTS; HANSON, 2007).

Estudo sobre trauma perineal, realizado por Scarabotto e Riesco (2006) apontaram a tendência a laceração mais profunda com o uso de puxos dirigidos, ao verificar a ocorrência de laceração de 2º grau em 42,9% dessas parturientes contra 13,6% nas parturientes que realizaram puxo espontâneo.

Acredita-se que a proteção do períneo durante a expulsão do polo cefálico possivelmente possa contribuir para a prevenção de laceração perineal, mas é discutido se a pressão exercida sobre a cabeça do feto não impeça o seu movimento de extensão, afastando o arco púbico e aumentando o risco de lesão perineal. Essa prática deve ser utilizada com cautela, pois ainda não existem evidências científicas suficientes para apoiar sua recomendação (OMS, 1996).

As anotações de enfermagem são realizadas após a execução das atividades. Mesmo procurando descrever a real situação em que as parturientes se encontram, predominam anotações sucintas e alguns dados importantes não são detalhados.

As atividades realizadas, pelas auxiliares de enfermagem, na assistência ao período de dequitação das duas parturientes, foram a tração controlada do cordão, o clampeamento do cordão logo após a expulsão do feto, o exame da placenta e das membranas ovulares e o uso de ergometrina após a saída da placenta.

A tração controlada do cordão e o clampeamento e corte do mesmo, imediatamente após a expulsão do feto, procedimentos realizados na assistência observada, fazem parte do chamado “manejo ativo do terceiro período do parto”, associado à administração de ocitocina por via intramuscular logo após a liberação do ombro anterior do feto, sendo recomendado pela FIGO/ICM para reduzir os

índices de hemorragia por atonia uterina no pós-parto (ICM, 2002). O manejo ativo pode apresentar vantagens em situações de risco evidente de hemorragia pós-parto, porém ainda não existem evidências científicas suficientes para apoiar a sua recomendação (BRASIL, 2003).

Tan et al. (2008), não observaram diferenças com relação à hemorragia pós-parto entre a realização do manejo ativo do terceiro período do parto, rotineiramente utilizado por médicos e a abordagem expectante preferida pelas enfermeiras. Entretanto, para Sosa et al. (2009), o manejo ativo do terceiro período é considerado como fator de prevenção da hemorragia pós-parto. Evidenciou-se a utilização dessa prática em 46% dos partos assistidos em Cali, Colômbia (CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMUDEZ; GULMEZOGLU, 2008).

O clampeamento precoce do cordão é uma intervenção que deve ter indicações precisas para a manutenção do bem-estar do recém-nascido. Estudos controlados sobre os efeitos do momento da ligadura do cordão não mostraram resultados significativos sobre a incidência de hemorragia pós-parto e de transfusão feto/materna (BRASIL, 2003).

O exame da placenta e de anexos, procedimento cuidadosamente realizado pelas auxiliares de enfermagem na maternidade estudada, de acordo com Brasil (2003), é visto como indispensável a fim de verificar a sua integridade, certificando-se da não retenção de restos placentários e de membranas na cavidade uterina como medida preventiva de hemorragia e infecção pós-parto.

A importância desse cuidado à parturiente é confirmada em estudo realizado por Sosa et al. (2009), sobre fatores de risco para hemorragia pós-parto imediato em população de dois países da América Latina, Argentina e Uruguai, ao evidenciar que a retenção de placenta foi responsável por 33,3% da ocorrência de hemorragia nessa população.

O uso de ergometrina após a saída da placenta ocorreu de acordo com a rotina do médico responsável pelo pré-natal da parturiente. Problemas raros, porém sérios, como parada cardíaca, hemorragia intracraniana, infarto do miocárdio, eclampsia puerperal e edema agudo de pulmão, podem ocorrer devido ao uso de derivados do *ergot*, daí sua classificação como uma intervenção prejudicial ou ineficaz, que deve ser abandonada (BRASIL, 2003).

Os resultados do presente estudo revelam que a maioria das parturientes atendidas nas maternidades de Alfenas teve seus partos assistidos por profissionais

considerados qualificados para esse tipo de atendimento de acordo com a OMS. Entretanto, com relação às competências esperadas que norteiam um cuidado de alta qualidade e culturalmente sensível durante o parto e nascimento, muitas das habilidades básicas foram realizadas de forma incompleta ou deixaram de ser realizadas. Práticas classificadas como prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (posição de litotomia, manobra de Kristeller, estímulo ao puxo) e outras que devem ser utilizadas com cautela, pois não existem evidências para apoiar sua recomendação (proteção do períneo e manejo do polo cefálico) foram rotineiramente utilizadas na assistência obstétrica. Esses resultados confirmam um modelo de atenção altamente medicalizado, com uso excessivo de intervenções na assistência às parturientes.

Experiência profissional que permite defender condutas e práticas em caráter de “verdade absoluta” não condiz com a proposta de um exercício obstétrico baseado em evidências científicas. Os benefícios que resultam em melhores resultados maternos e perinatais estão diretamente relacionados à assistência humanizada, respeitando-se os direitos da parturiente e resgatando o seu papel de protagonista e incentivando o parto natural (BRASIL, 2003).

6.4.4 Atenção ao pós-parto

Na atenção ao pós-parto imediato, observaram-se as atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem em 25 mulheres, das quais a maioria foi feita pelos profissionais de nível médio, conforme evidenciados na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição de frequências das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência a 25 puérperas no pós-parto imediato, nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.

Atividades	Profissionais de Enfermagem			Total
	Enfermeiros	Nível Médio	Docentes de Enfermagem	
P.A.	-	1	-	1
Consistência uterina	1	18	1	20
Altura uterina	1	18	1	20
Sangramento	1	20	1	22
Total	3	57	3	63

O período de pós-parto imediato, classicamente denominado de 4º período ou de Greenberg, é o que se constitui de maior risco materno, com possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina. A pressão arterial, o pulso, a consistência, a altura uterina e o sangramento devem ser rigorosamente controlados. Na vigência de sangramento anormal, a observação deverá ser redobrada (BRASIL, 2003).

O controle obstétrico pós-parto, identificado neste estudo, embora tenha sido feito em sua maioria por profissionais de enfermagem de nível médio, não qualificadas para essa assistência, de acordo com preceitos da OMS e de não contemplar a totalidade das mulheres, foi realizado cuidadosamente, possibilitando diagnóstico precoce de possíveis alterações. Dado que chama a atenção diz respeito à pressão arterial a qual foi aferida apenas uma única vez. A não observância desse dado vital pode comprometer seriamente o bem-estar da puérpera. Resultados semelhantes foram encontrados em trabalho realizado por Dotto (2006) e por Cagnin (2008), também não sendo observada, na rotina dos cuidados de enfermagem, a verificação da pressão arterial das parturientes.

6.4.5 Atenção ao recém-nascido

As atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante os cuidados com os recém-nascidos estão apresentados na Tabela 13. Todas as atividades realizadas pela equipe médica foram acompanhadas pela equipe de enfermagem. A atuação da enfermeira se deu apenas na maternidade “B”.

Tabela 13 - Distribuição de frequências das atividades desenvolvidas pelas profissionais de enfermagem, segundo a categoria profissional, durante a observação da assistência imediata a 25 recém-nascidos nas maternidades de Alfenas - MG. Alfenas, 2008.

Atividades	Profissionais de Enfermagem		Total
	Enfermeiros	Nível Médio	
Clampeamento definitivo do cordão	-	15	15
Secagem	1	13	14
Aquecimento	1	15	16
Massagem nas Costas	-	12	12
Aspiração	-	10	10
Oxigenação	-	2	2
Identificação	4	21	25
Contato pele/pele primeira meia-hora	-	-	-
Contato mãe/filho na primeira hora	4	7	11
Estímulo à amamentação na sala de parto	2	-	2
Total	12	95	107

As atividades realizadas pelas profissionais de enfermagem com maior frequência na assistência imediata ao recém-nascido, apresentadas na Tabela 13 foram a identificação, o aquecimento, a secagem e o clampeamento definitivo do cordão. A amamentação precoce foi estimulada poucas vezes com uma inexpressiva participação da equipe de enfermagem e nenhuma atuação desses

profissionais no que diz respeito a possibilitar o contato pele/pele entre mãe e filho na primeira meia hora após o parto.

A assistência imediata ao recém-nascido visa proporcionar condições que possibilitem perfeita adaptação à vida extrauterina e estar atento para intervir diante de condições patológicas. Na maioria das vezes, nada mais deve ser feito com o recém-nascido normal além de enxugar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce, possibilitando ali o início da amamentação. Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar vitamina K, clampeamento do cordão, credeização, identificação e outros podem ser realizados após o contato mãe/filho (BRASIL, 3003). No presente estudo, foi observada uma maior preocupação com relação aos cuidados, que poderiam ser deixados para mais tarde, em detrimento ao contato pele/pele com a mãe.

É de fundamental importância a presença de uma equipe multiprofissional capacitada, para atender o recém-nascido, com diferentes atribuições, objetivando prestar uma assistência de qualidade (BRASIL, 2001).

No presente estudo, a equipe de enfermagem foi responsável por 57,22% das atividades realizadas na assistência aos recém-nascidos, com maior atuação dos profissionais de nível médio. Em alguns momentos, esses profissionais eram os únicos responsáveis pela assistência aos recém-nascidos na maternidade “A”.

LIMITAÇÕES E CONCLUSÕES

7 LIMITAÇÕES E CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo apresentam algumas limitações no que diz respeito à avaliação das competências essenciais em obstetrícia, pois não tivemos como objetivo avaliar o desempenho dos profissionais de enfermagem e, sim, identificar as ações desenvolvidas pelos mesmos durante a assistência às parturientes.

O instrumento de coleta de dados não contemplou as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem quando a parturiente era assistida pelo médico.

Entretanto os resultados deste estudo, além de possibilitar o alcance dos objetivos propostos nos permitiram tirar importantes conclusões:

- A equipe de enfermagem que atende as parturientes nas maternidades de Alfenas - MG é composta de enfermeiros, técnicas e auxiliares de enfermagem. As Instituições não contam com a presença de especialista em enfermagem obstétrica.
- Os profissionais de enfermagem que prestam assistência às parturientes nas maternidades estudadas são em sua maioria (58,3%) de nível médio, predominantemente do sexo feminino (91,7%), com idade média de 38,25 anos, 54,2%, são casadas e, 70,8%, com experiência de um ou mais filhos; 58,3% dos profissionais estão formados há mais de cinco anos e, destes, 71,4% são profissionais de enfermagem de nível médio e são as que possuem maior tempo de trabalho em maternidade; a carga horária média semanal de trabalho é de 49,17 horas e, 25%, trabalham em dois empregos; 87,5% dos profissionais não participaram de nenhum evento científico na área nos últimos cinco anos.
- Os enfermeiros atuam na supervisão geral das maternidades, assumindo a supervisão de outros setores das Instituições, o que os afasta da assistência às parturientes.
- Em uma das maternidades, profissionais de enfermagem de nível médio prestam assistência às mulheres durante o trabalho de parto, desenvolvendo atividades consideradas de maior complexidade.

- A maioria dos partos é realizada pela equipe médica, porém, em uma das maternidades, auxiliares de enfermagem que receberam educação informal para a assistência ao parto o realizam na ausência do médico.
- De acordo com critérios e requisitos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e pela Confederação Internacional das Parteiras, essas profissionais não são consideradas qualificadas para esse tipo de atendimento.
- Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, recomendadas pela OMS, são adotadas nas maternidades; outras, não recomendadas, ainda são utilizadas.
- Muitas das competências essenciais em obstetrícia, preconizadas pela ICM, são desenvolvidas de forma incompleta, com baixa frequência ou não são desenvolvidas.
- O modelo de atenção materna nas instituições estudadas não prioriza a qualificação da equipe de enfermagem e apresentam formas diferentes na divisão do trabalho.

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

8 IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA

Os resultados deste estudo refletem a realidade da assistência nas maternidades do município de Alfenas – MG, sendo semelhante à de outras maternidades do país e nos oferece subsídios para reflexões a respeito da participação da equipe de enfermagem no atendimento às parturientes deste município.

Além da carência de profissionais de enfermagem qualificados para o atendimento às parturientes, os resultados evidenciaram a falta de inserção do enfermeiro na atenção à saúde materna, ao se priorizar o gerenciamento e a supervisão da assistência.

Desenvolver as competências essenciais em obstetrícia durante a formação básica do enfermeiro, estimular sua qualificação profissional, bem como buscar o respaldo institucional para que assumam o compromisso na transformação do modelo intervencionista de assistência ao parto em uma assistência humanizada, poderão ser estratégias para efetivar a inserção desse profissional na assistência obstétrica.

Espera-se com este estudo contribuir com as políticas de saúde para a redução das altas taxas de cesáreas e de prevenção da morbi-mortalidade materna e neonatal no município de Alfenas – Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

ALBERS, L. L. et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. **J. Nurse Midwifery**, New York, v. 41, n. 4, p. 269-275, July, 1996.

AMORIM, M. M. R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, p. 555-562, maio 2006. Suplemento 1.

ARAUJO, J. O.; MARETTI, M. Anamnese e exame físico. In: REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. cap. 9, p.142-152.

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

BERGHELLA, V.; BAXTER, J. K.; CHAUHAN, S. P. Evidence-based labor and delivery management. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, v. 199, n. 5, p. 445-454, Nov. 2008. Disponível em:
[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W9P-4TTHMX1-5&_user=684773&_coverDate=11%2F30%2F2008&_rdoc=5&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info\(%23toc%236688%232008%23998009994%23700809%23FLA%23display%23Volume\)&_cdi=6688&_sort=d&_docanchor=&_ct=64&_acct=C000036758&_version=1&_urlVersion=0&_userid=684773&md5=e3f21d2a251feafed3e424bbe573bb56](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W9P-4TTHMX1-5&_user=684773&_coverDate=11%2F30%2F2008&_rdoc=5&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info(%23toc%236688%232008%23998009994%23700809%23FLA%23display%23Volume)&_cdi=6688&_sort=d&_docanchor=&_ct=64&_acct=C000036758&_version=1&_urlVersion=0&_userid=684773&md5=e3f21d2a251feafed3e424bbe573bb56)
Acesso em: 15 Sept. 2009.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, 1984. 27 p.

_____. Ministério da Saúde. DataSUS. **Indicadores e dados básicos**. 2005a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. DataSUS. **Informações de saúde**. 2006a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 25 jun. 2008.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR6023.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. **Informações de saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 26 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de outubro de 1996, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p.13-41, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade**. C3. Razão de mortalidade materna. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2006/c03htm>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2003. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Informe da Atenção Básica. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF, 2005b. 158 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Comitês de mortalidade materna**. 2. ed. Brasília, DF, 2002a. 75 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2. ed. Brasília, DF, 2002b. 119 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília, DF, 2004b. 350 p.

_____. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Pacto pela Saúde**, Brasília, DF, 26 jan. 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Portaria/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 24 maio 2006.

BROWN, H. et al. Promoting childbirth companions in South Africa: a randomized pilot study. **BMC Medicine**, London, v. 5, n. 7, 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/7> Acesso em: 14 Sept. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005.

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

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultado da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, jun. 2007.

CARRARO, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-509, jul./set. 2008.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a dificuldade da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, jul./ago. 2002.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. Disponível em: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000081.html> Acesso em: 12 Sept. 2009.

CASTILHO, S. A.; PIRES, D. E. P. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 274-287, maio/ago. 2000.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, nov./dez. 2005.

CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 357-365, 2005.

- CECHIN, P. L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2002.
- CHALMERS, B. et al. Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the maternity experiences survey. **Birth**, Berkeley, v. 36, n. 1, p.13-25, Mar. 2009.
- CLAPIS, M. J. **Competências de enfermeiras obstétricas na atenção qualificada ao parto**: contribuição do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal – modalidade residência. 2005. 121 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- CLAVERO NUÑEZ, J. A. Nuevas normas para la asistencia al parto. Um avance científico? **An. R. Acad. Nac. Med.**, Madrid, v.125, n. 3, p. 501-515, 2008.
- CONDE-AGUDELO, A.; ROSAS-BERMUDEZ, A.; GULMEZOGLU, A. M. Evidence-based intrapartum care in Cali, Colômbia: a quantitative and qualitative study. **BJOG**, Oxford, v. 115, n. 12, p. 1547-1556, Nov. 2008. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121451828/PDFSTART>> Acesso em: 14 Sept. 2009.
- CRUZ, C.; RIBEIRO, V. **Metodologia científica**: teoria e prática. 2.ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2003. 324 p.
- CUNHA, M. de A. **Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco – Acre**: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal. 2008. 141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- 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.
- DEPARTAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL - DFIDS. **Maternal health strategy reducing maternal deaths**: evidence and action. Second Progress Report. Apr. 2007.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./set. 2005.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 646-654, 2005.
- DOTTO, L. M. G. **Atenção qualificada ao parto**: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco, Acre. 2006. 148 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 717-725, 2008.
- EIDE, B. I.; NILSEN, A. B. V.; RASMUSSEN, S. Birth in two different delivery units in the same clinic: a prospective study of healthy primiparous women. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 9, n. 25, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/25> Acesso em: 14 Sept. 2009.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, abr. 2006.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, jul./ago. 2007.
- FRANKMAN, E. A. et al. Episiotomy in the United States: has anything changed? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, v. 200, n. 5, p. 573-587, May, 2009. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W9P-4VP5XH5-1&_user=684773&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000036758&_version=1&_urlVersion=0&_userid=684773&md5=0b4952041b55c78aca9eba2a0026a905 Acesso em: 12 Sept. 2009.
- FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primípara no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, out. 2005.

GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. 389 p.

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

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GOFFI, P. S. Apresentação pélvica. In: REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. cap. 41, p.785-794.

GOMES, F. A. et al. Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 387-393, out./dez. 2006.

GUARIENTE, M. H. D. de M.; ZAGO, M. M. F. Produção científica de enfermeiros assistenciais com apoio de assessoria em pesquisa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 330-335, mai./jun. 2006.

GUISE, J. M.; HASHIMA, J.; OSTERWEIL, P. Evidence-based vaginal birth after Caesarean section. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, v. 19, n. 1, p. 117-130, Feb. 2005.

GUPTA, J. K.; HOFMEYER, G. J. Position in the second stage of labour for women. **Cochrane Review**. Issue 1, 2006.

HARVEY, S. A. et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. **Int. J. Gynecol. Obst.**, Limerick, v. 87, n. 2, p. 203-210, Nov. 2004.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 fev. 2008.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies**. New York: ICM, 2002. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org/modules.php?op=modload&>>. Acesso em: 24 May 2006.

KAK, N.; BURKHALTER, B.; COOPER, M-A. Measuring the competence of healthcare providers. **Operations Research Issue Paper**, Bethesda, v. 2, n. 1, p.1-

Referências

28 July, 2001. Disponível em:

<[HTTP://www.gaproject.org/pubs/PDFs/competence.pdf](http://www.gaproject.org/pubs/PDFs/competence.pdf). Acesso em: 10 Nov. 2008.

KAROLINSKI, A. et al. Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, Limerick, v. 105, n. 2, p. 118-122, May, 2009. Disponível em:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7M-4VNCJF2-8&_user=684773&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_runOrigin=google&_acct=C000036758&_version=1&_urlVersion=0&_userid=684773&md5=91f79ab3f2540ae771ee6929b246aa52. Acesso em: 14 Sept. 2009

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste.

Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, dez. 2004.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

LOPES, M. H. B. M. et al. O uso do enterocлизма 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, nov./dez. 2001.

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

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M. de; CLAPIS, M. C. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MERIGHI, C.; MERIGHI, M. A. B. A atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. **Revista Mineira de Enfermagem – REME**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 2-8, jan./jul. 2003.

MERIGHI, M. A. B.; YOSHIZATO, E. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 493-501, jul. 2002.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set.1993.

MOURA, F. M. de J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago. 2007.

NEME, B. Distócia fetal. In: _____, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Savier, 1995. cap. 75, p. 508-37.

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. **Overview of the nursing workforce in Latin American**. Washington: PAHO/WHO/ICM, 2005. Disponível em: <http://www.icn.ch/global/Issue6LatinAmericaSP.pdf>. Acesso em: 03 Feb. 2009.

PEREIRA, A. L. de F. et al. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 205-215, 2007.

PINTO, C. M. de S., et al. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. **Revista Mineira de Enfermagem - REME**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 41-47, jan./jul. 2003.

POLDEN, M.; MANTLE, J. Preparação para o parto. In: POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000. p. 163-221.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

RAMOS, J. G. et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 431-436, 2003.

REZENDE, J. de; COSLOVSKY, S. Gemelaridade. In: REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. cap. 32, p. 653-673.

- ROBERTS, J.; HANSON, L. Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning. **J. Midwifery e Women's Health**, New York, v. 52, n. 3, p.238-245, May/June, 2007.
- SABINO, A. M. N. F. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP**. 2007. 126 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- SCARABOTTO, L. B.; RIESCO, M. L. G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 389-395, 2006.
- SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Tendências para a assistência ao nascimento: bases para a construção de um novo modelo. **Cadernos Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 9-15, abr./jun. 2003.
- SIMÕES, S. M. F.; CONCEIÇÃO, R. M. O. de. Parto humanizado: significados para a mulher. **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2005.
- SINASC. Setor de informação epidemiológica/vigilância epidemiológica de Alfenas-MG. **Frequência de nascidos vivos em Alfenas nos anos 2003, 2004, 2005**. Alfenas, 2006.
- SINASC. Setor de informação epidemiológica/vigilância epidemiológica de Alfenas-MG. **Frequência de nascidos vivos em Alfenas nos anos 2006, 2007, 2008**. Alfenas, 2009.
- SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina – PR. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 82-89, 2007.
- SOUZA, J. P. et al. Obstetric care and severe pregnancy complications in Latin América and the Caribbean: an analysis of information from demographic health surveys. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 6, p. 396-401, June, 2007.
- SOSA, C. G. et al. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin American population. **Obstet. Gynecol**, New York, v. 113, n. 6, p. 1313-1319, June, 2009. Disponível em: <<http://journals.lww.com/greenjournal/toc/2009/06000>> Acesso em: 14 Sept. 2009.

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, set./out. 2003.

STARRS, A. **The Safe Motherhood Action Agenda**: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation 18-23 October 1997. Colombo, Sri Lanka. Family Care International in collaboration with the Inter-Agency Group for Safe Motherhood, 1998. Disponível em: <<http://www.safemotherhood.org/resources/publications.html>>. Acesso em: 11 Feb. 2009

TAN, W. M. et al. How do physicians and midwives manage the third stage of labor. **Birth**, Berkeley, v. 35, n. 3, p. 220-229, Sept. 2008.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. da C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sócio-poético. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.656-664, out./dez. 2008.

TREVIZAN, M. A., et al. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 457-460, jun. 2006. .

TUESTA, A. A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, set./out. 2003.

VARNEY, H.; KRIEBS, J. M.; GEGOR, C. L. Tratamiento de algunas complicaciones obstétricas y desviaciones de lo normal. In: VARNEY, H.; KRIEBS, J. M.; GEGOR, C. L. **Partería profesional de Varney**. 4. ed. Washington, D.C: OPS, 2006. cap. 30, p. 919-941.

VIEIRA, Mônica et al. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa MAS/IBGE. **Formação**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 8, p. 29-46, maio/ago. 2003 –

VIGGIANO, M. B. et al. Necessidades de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 317-323, maio 2004.

VORPAGEL, M. G. B. **A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira-SP**: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao parto. 2008. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant:** a joint statement by WHO, ICM, and FIGO. Geneva, 2004b.

YILDIRIM, G.; BEJI, N. K. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. **Birth**, Berkeley, v. 35, n. 1, p. 25-30, Feb. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de enfermagem)

Meu nome é Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, sou aluna do Programa de Pós-Graduação – Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, área de concentração: Saúde Pública. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes no município de Alfenas – MG**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, às parturientes no município de Alfenas – MG. Para isso, gostaria de entrevistá-la (o) e observar as ações/intervenções que você desenvolve na assistência às parturientes. Será preservado o seu anonimato em todos os momentos da pesquisa e você poderá a qualquer momento deixar de participar da mesma. Não haverá ônus para qualquer uma das partes envolvidas. Será realizada uma entrevista e esclareço que, para a mesma, o tempo não ultrapassará 15 minutos.

Sua participação será muito importante para que possamos conhecer quem são os profissionais que atendem as parturientes nas maternidades de Alfenas – MG, e quais são as atividades que realizam.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (35) 32912341 ou e-mail: eprcl@yahoo.com.br.

Obrigada

Eliana Peres Rocha Carvalho Leite. COREN – MG 45692

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

Entrevistada (o)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Parturiente)

Meu nome é Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, sou aluna do Programa de Pós-Graduação – Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, área de concentração: Saúde Pública. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes no município de Alfenas – MG**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, às parturientes no município de Alfenas – MG. Para isso, gostaria de observar as ações/intervenções que os profissionais de enfermagem desenvolvem enquanto você estiver internada para ter o seu filho. Será preservado o seu anonimato em todos os momentos da pesquisa e você poderá deixar de participar da mesma a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu atendimento nesta maternidade.

Não haverá ônus para qualquer uma das partes envolvidas.

Sua participação será muito importante para que possamos conhecer quem são os profissionais que atendem as parturientes nas maternidades de Alfenas – MG, e quais são as atividades que realizam.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (35) 32912341 ou e-mail: eprcl@yahoo.com.br.

Obrigada

Eliana Peres Rocha Carvalho Leite. COREN – MG 45692

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

Parturiente

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

Nº _____

Instituição: _____

I- Identificação

1- Sexo: () feminino () masculino

2- Idade: _____ anos

3- Estado conjugal: () solteiro () casado () separado () mora junto
() divorciado () viúvo

4- Número de filhos _____ 5- Remuneração nesta instituição: R\$ _____

II- Formação e Atividade Profissional:**6- Nível de instrução:**

() ensino fundamental incompleto

() ensino médio completo

() ensino fundamental completo

() ensino superior incompleto

() ensino médio incompleto

() ensino superior completo

7- Formação

Equipe de Enfermagem: () Auxiliar () Técnico () Graduado () Especialista

Local da qualificação: _____

Anos de formação: _____

8- Atuação Profissional:

O que você aprendeu de obstetrícia? _____

Onde aprendeu? _____

Como aprendeu? (aulas, estágios, prática): _____

Quem ensinou? _____

Aprendeu a fazer parto? () Sim () Não

Com quem? _____

Havia supervisão? () Sim () Não

9- Participou de curso(s)/ treinamento(s) de atualização/aprimoramento na área de assistência ao parto depois de sua formação profissional, nos últimos anos?

() sim () não

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Apêndices

10- Participou de eventos científicos na área de saúde da mulher após sua formação profissional?

() sim () não

Nome:_____Carga horária:_____Ano:_____

11- Há quanto tempo trabalha na assistência ao parto? _____

12- Qual é sua experiência em sala de parto – local e período: _____

13- Qual é a sua função nesta assistência? _____

14- Realiza parto nesta maternidade? () sim () não

Se a resposta for sim, responder as perguntas a seguir:

15- Realiza parto de gemelar? () sim () não

16- Realiza episiotomia? () sim () não

17- Realiza episiorrafia? () sim () não

18- Realiza parto de apresentação pélvica (nádegas)? () sim () não

19- Indica a administração de ocitócico em que momento?

() nunca – Justifique: _____

() durante o trabalho de parto – Justifique: _____

() no momento da expulsão do feto – Justifique: _____

() após a saída da placenta – Justifique: _____

20- Tem mais de um emprego?() sim Quantos?_____ Quais?1: _____;

2:_____;3:_____ () não

21- Jornada semanal de trabalho: _____

III- Complemento para profissional de nível superior:

22- Há manuais de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) disponíveis para a equipe, no setor?

() Sim () Não

23- Se resposta sim, quais as bases de referências utilizadas para elaboração dos manuais? _____

24- Fez curso de pós-graduação: () sim () não

() Especialização ; carga horária mínima - 360 horas

Nome:_____ () Concluído. Ano _____

Financiado pelo Ministério da Saúde: () sim () não. Carga horária: _____

() Em andamento.

() Mestrado

Nome:_____ () Concluído. Ano _____

Apêndices _____

() Em andamento.

() Doutorado

Nome: _____ () Concluído. Ano _____

() Em andamento.

APENDICE D – Roteiro de Observação**I – ADMISSÃO**

Nº _____

Instituição: _____ Data: _____ Hora: _____

Gesta: _____ Para: _____ A: _____ Idade Gestacional: _____ Apresentação fetal: _____

Dilatação: _____ Motivo da admissão: _____

Idade: _____ Pré-natal: () Sim () Não Número de Consultas: _____

1- Profissional que diagnosticou o trabalho de parto e admitiu: _____

2- Profissional Responsável pelo AIH: _____

3- Solicitou o cartão de pré-natal: () Quem? _____

4- Anamnese: () Quem? _____

5- Algumas perguntas: () Quem? _____

6- Exame Físico: () Quem? _____

7- Altura uterina: () Quem? _____

8- Palpação do conteúdo uterino: () Quem? _____

9- Dinâmica uterina: Quem? _____

() Frequência

() Duração

() Intensidade

10- Ausculta do batimento cardíaco fetal: Quem? _____

() Frequência

() Localização

() Ritmo

11- Toque Vaginal: Quem? _____

() Dilatação do colo uterino

() Esvaecimento do colo uterino

() Membranas amnióticas

() Apresentação fetal

() Posição fetal

() Descida fetal

() Avaliação da bacia

12- P.A.: () Quem? _____

13- Tricotomia: () Quem? _____

14- Enema: () Quem? _____

Apêndices

15- Encaminhou ao banho: () Quem? _____

16- Ofereceu Camisola: () Quem? _____

II - TRABALHO DE PARTO

Nº _____

Instituição: _____ Data: _____

1- Oferece Líquidos (alimentação): () Sim () Não

2- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor:

a) Massagem: () Sim () Não

b) Técnicas de relaxamento: () Sim () Não

3- Uso de partograma: () Sim Em que momento inicia: _____ () Não

4- Estímulo a posições não supinas durante o TP: () Sim () Não

5- Estímulo à deambulação: () Sim () Não

6- Presença de acompanhante: () Sim () Não

É de escolha da mulher? () Sim () Não

7- As parturientes são estimuladas a questionar sobre suas condições obstétricas?

() Sim () Não

8- Fornece às parturientes todas as informações e explicações que desejarem?

() Sim () Não

9- Auxílio para posicionamento para exame? () Sim () Não

10- Informa sobre o tipo e objetivo do exame/procedimento a ser feito? () Sim

() Não

11- Após a realização do exame/procedimento, informa o resultado? () Sim

() Não

12- Identificação de sofrimento fetal:

Profissional: _____ Em que momento: _____

Ações/intervenções: _____

13- Amniotomia:

() Sim Profissional: _____ Em que momento: _____ () Não

14- Uso de fármacos para controle da dor:

() Sim Qual: _____ Em que momento: _____ () Não

15- Uso de analgesia peridural: () Sim

Em que momento: _____ () Não

Legenda: Palp.: palpação, BCF: Batimentos cardíofetal, DU: dinâmica uterina, Ocit.: ocitocina, PA: pressão arterial, T: temperatura.

Profissional: _____ Em que momento: _____

Motivo: _____

III – PARTO

Nº _____ Instituição: _____ Data: _____

Hora encaminhada: _____ Condições obstétricas da parturiente:

_____ Hora do parto: _____

17- Profissional que realizou: _____

18- Teve supervisão: () Sim De quem: _____

() Não

19- Foi solicitada a presença de outro profissional: () Sim

De quem? _____ () Não

20- Local do parto: _____ Posição da mulher no parto: _____

21- Administração de ocitocina:

a) no expulsivo: () Sim () Não

b) Após dequitação: () Sim () Não

22- Presença de um acompanhante: () Sim O que fez: _____

_____ () Não

23- Estímulo para puxo quando a dilatação está completa ou quase completa:

() Sim

() Não

24- Manobra de Kristeller no expulsivo: () Sim Quem fez: _____

() Não

25- Proteção do períneo no expulsivo: () Sim () Não

26- Manejo do pólo cefálico no momento do parto: () Sim () Não

27- Uso de ocitocina na dequitação: () Sim () Não

28- Tração controlada do cordão durante a dequitação: () Sim () Não

29- Clampeamento do cordão logo após a expulsão do feto: ()

30- Clampeamento do cordão após a parada dos batimentos cardíaco fetal: ()

31- Exame da placenta e membranas ovulares: () Sim () Não

32- Uso de ergometrina após a saída da placenta: () Sim () Não

33- Revisão uterina (exploração manual) após o parto: () Sim () Não

34- Realizou episiotomia: () Sim () Não

35- Realizou anestesia antes da episiotomia: () Sim Qual: _____ () Não

36- Realizou episiorrafia: () Sim () Não

37- Realizou anestesia antes da episiorrafia: () Sim Qual: _____ () Não

38- Inspeção da vagina e da cervix para observar lacerações: () Sim () Não

39- Sutura das lacerações: () Sim () Não

Apêndices

40- Realizou anestesia antes da sutura: () Sim Qual: _____ () Não

IV- PÓS-PARTO (4º período)

Nº _____

Instituição: _____ Data: _____

Profissional: _____

41- Verificou pressão arterial: () Sim () Não

42- Verificou consistência uterina: () Sim () Não

43- Verificou altura uterina: () Sim () Não

44- Verificou sangramento: () Sim () Não

45- Hora que foi encaminhada para enfermaria: _____

V- Cuidados com o recém-nascido

Nº _____

Instituição: _____ Data: _____

46- Clampeamento do cordão: Quem? _____

47- Secar: Quem? _____

48- Aquecer: Quem? _____

49- Estímulo, massagem nas costas: Quem? _____

50- Aspiração: Quem? _____

51- Oxigenação: Quem? _____

52- Identificação: Quem?: _____

53- Contato pele a pele mãe/filho: Quem? _____

a) primeira meia hora: ()

b) primeira hora: ()

c) segunda hora: ()

d) após a segunda hora: ()

e) não aconteceu: ()

54- Contato mãe /filho: Quem? _____

a) primeira meia hora: ()

b) primeira hora: ()

c) segunda hora: ()

d) após a segunda hora: ()

Apêndices _____

e) não aconteceu: ()

55- Estímulo a amamentação na sala de parto: () Sim Quem? _____

() Não

56- Anotação do parto no prontuário: Profissional: _____

O que foi anotado: _____

57- Existem equipamentos de emergência? () Sim () Não

Quem é o responsável? _____

58- Outras ações/intervenções realizadas:

59- Situação de Emergência

Descrever: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL - MG

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 - Alfenas/MG - CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 - Fax: (35) 3299-1063

DECLARAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL- MG declara para os fins que se fizerem necessários que o projeto de pesquisa A PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE NO MUNICÍPIO DE ALFENAS -MG da doutoranda Profa. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite com a orientação da Profa. Dra. Maria José Clapis, protocolo nº 23087.001016/2008-98 foi devidamente apreciado e aprovado por este Comitê.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração.

Alfenas, 19 de maio de 2008.

Prof. Elisabeth Pizzamiglio Vieira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
UNIFAL-MG