

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA ANGÉLICA MOTTA DA SILVA ESSER

**ATENÇÃO QUALIFICADA À MULHER NO PARTO:
A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
MUNICÍPIO DE LONDRINA/PR**

RIBEIRÃO PRETO
2010

MARIA ANGÉLICA MOTTA DA SILVA ESSER

**ATENÇÃO QUALIFICADA À MULHER NO PARTO:
A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
MUNICÍPIO DE LONDRINA/PR**

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

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde Pública.

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

Orientadora. Prof^a. Dr^a. Fabiana Villela Mamede.

RIBEIRÃO PRETO
2010

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Esser, Maria Angélica Motta da Silva

Atenção Qualificada à Mulher no parto: a realidade da assistência da enfermagem no município de Londrina /PR / Maria Angélica Motta da Silva. – São Paulo, 2010. 97p.

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

Orientadora: Dra. Fabiana Villela Mamede.

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

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA ANGÉLICA MOTTA DA SILVA ESSER

**ATENÇÃO QUALIFICADA À MULHER NO PARTO:
A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO
DE LONDRINA/PR**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, como exigência para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

*À minha família, minha mãe, Elza, meu pai,
Milton, meu irmão, Júnior, e minha cunhada
Cíntia, pelo apoio e intensa compreensão.
Ao meu marido, Wendel, e à minha filha,
Bianca, por me estimularem nos períodos
mais difíceis.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças para concluir este sonho e estar sempre presente em minha vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede, pela amizade, respeito, simplicidade e dedicação. Muito obrigada pelas orientações e por compartilhar sua experiência em pesquisa.

Às Profas. Dras Maria José Clapis e Ana Márcia Spanó Nakano, pelas sugestões durante meu exame de qualificação.

A todos os docentes das disciplinas de pós-graduação; durante todo este processo, foram atenciosos, pacientes, desprendidos de seus conhecimentos, dividindo um saber e aprender que muito contribuíram para minha formação.

Aos meus amigos da Faculdade Pitágoras, especialmente ao Diretor, Marcos Jerônimo Goroski Rambalducci, exemplo de profissionalismo, pelo reconhecimento, apoio e constante estímulo para a minha formação.

A amiga Regina Stella Spagnuolo, por sempre estar comigo nos melhores momentos e me impulsionar na carreira docente.

A minha sempre amiga, Luciane Maria Stahl, por estar presente em mais esta jornada.

Às parturientes e aos profissionais de saúde, que possibilitaram a realização deste estudo na troca de suas experiências.

Aos amigos e todas as pessoas especiais que fizeram e fazem parte de minha vida que me ajudaram de uma forma ou outra a alcançar esse objetivo.

ESSER, M. A. M. S. **Atenção qualificada à mulher no parto: A realidade da Assistência de Enfermagem no Município de Londrina/PR.** 2010. 97f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

RESUMO

A redução da mortalidade materna é um dos indicadores de saúde cujo elemento principal é a assistência de qualidade ao parto e nascimento. A Confederação Internacional de Parteiras (ICM) preconiza as habilidades e competências necessárias para prestar uma assistência de enfermagem de qualidade em todo ciclo gravídico puerpéral. Objetivos: caracterizar os profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao parto e analisar as competências essenciais desenvolvidas por estes profissionais. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em três maternidades. A população estudada foi composta de 63 profissionais de enfermagem (28 auxiliares de enfermagem, 22 técnicos de enfermagem, 8 enfermeiras obstetras e 5 enfermeiras). Através da observação não participativa foram acompanhados 92 partos sequencialmente, durante a admissão, no trabalho de parto e parto e no pós-parto imediato, em todas as instituições pesquisadas. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. Resultados: perfil dos profissionais de enfermagem: todos os profissionais são do sexo feminino, com média de idade de 38,1 anos, 68,3% são casados ou vivem com parceiro fixo e a maioria apresenta dependentes financeiros; média de 64,25 horas semanais de trabalho. Observamos que a ausculta dos BCF e o toque vaginal foram realizados de forma incompleta, assim como a utilização do partograma, adotado em apenas uma das instituições. Notamos que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras são registrados como procedimento médico, contrariando a legislação brasileira. Conclusão: Observamos que existem diferenças na qualidade de assistência de enfermagem prestada, nas instituições participantes deste estudo. Portanto, não podemos afirmar que a assistência prestada no município atende a normatização da OMS e Ministério da Saúde, no que tange a qualidade da assistência prestada. Muitas competências essenciais para o atendimento ao trabalho de parto e parto não são desenvolvidas. As instituições necessitam de incentivo para a implementação de ações baseadas em evidências atualizadas.

Descritores: cuidados de enfermagem, competências profissionais, equipe de enfermagem, enfermagem obstétrica.

ESSER, M. A. M. S. **Qualified care for women in childbirth: the reality of Nursing Care in the Municipality of Londrina/PR.** 2010. 97p. Dissertation (Master Degree) Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

ABSTRACT

The reduction of maternal mortality is one of the health indicators whose main element is the quality of assistance to the delivery and birth. The International Confederation of Midwives (ICM) recommends abilities and skills required to provide quality nursing care during the whole pregnancy puerpera cycle. Aims: to characterize nursing professionals active in delivery care and analyze the key competences developed by these professionals. Methodology: This is a descriptive study, with a quantitative approach, accomplished in three maternity hospitals. The population studied was composed of 63 nursing professionals (28 nursing assistants, 22 nursing technicians, 8 obstetric nurses and 5 nurses). Through non participatory observation 92 deliveries were followed sequentially from admission to labor, childbirth and immediate post-delivery in the partaking institutions. Data analysis was done by descriptive statistics. Results: profile of nursing professionals: all professionals are female, average age of 38.1 years; 68.3% are married or living with a stable partner and the majority presents financial dependants; average 64.25 hours working week. We observed that the auscultation of BCF and vaginal touch are not properly performed, and the partograph is adopted in only one of the institutions. We have noted that the deliveries attended by obstetric nurses are recorded as medical procedure, contrary to the Brazilian legislation. Conclusion: We observed that there are differences in the quality of the provided nursing care in the institutions participating in this study. Therefore, we cannot state that the assistance provided in the municipality conforms the norms of the WHO and Ministry of Health regarding the quality of assistance. Many essential competences for labor and childbirth care are not developed. The institutions need incentive in order to implement actions based on updated evidence.

Key words: nursing care; professional competences, nursing team, obstetric nursing.

ESSER, M. A. M. S. **Atención calificada a la mujer en el parto: La realidad de atención de enfermería en Londrina / PR.** 2010. 97f. Tesis (Postgrado em Enfermería) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

RESUMEN

La reducción de la mortalidad materna es un indicador de la salud, cuyo principal elemento es la calidad de la atención al parto y el nacimiento. La Confederación Internacional de Partera (ICM) preconiza los conocimientos y competencias necesarias para proporcionar un cuidado de enfermería de calidad durante todo el embarazo ciclo puerperal. Objetivos: Caracterizar los profesionales de enfermería que trabajan en la atención y analizar las competencias básicas desarrolladas por estos profesionales . Metodología: Es un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en tres hospitales. La población del estudio consistió en 63 profesionales de enfermería (28 auxiliares de enfermería, 22 técnicos de enfermería, ocho enfermeras parteras y cinco enfermeras). A través de la observación participativa fueron acompañadas de forma secuencial 92 mujeres en trabajo de parto, en el parto y en lo posparto inmediato, en todas las instituciones estudiadas. Para el análisis de los datos fue utilizada estadística descriptiva. Resultados: El perfil del personal de enfermería: todos los funcionarios son mujeres, edad media de 38,1 años, 68,3% estaban casadas o viven con una pareja estable y la mayoría tiene dependientes económicos, un promedio de 64,25 horas trabajadas por semana. Observamos que la auscultación el BCF y el anillo vaginal se realiza en forma incompleta, así como el uso de partograma, aprobó sólo una de las instituciones Tomamos nota de que los nacimientos atendidos por enfermeras-parteras están registradas como un procedimiento médico, en contra de la ley brasileña. Conclusión: Se observó que existen diferencias en la calidad de asistencia de enfermería brindada en las instituciones participantes en este estudio. Por lo tanto, no podemos decir que la asistencia prestada en el municipio cumple con la normalización de la OMS y el Ministerio de Salud, con respecto a la calidad de la atención. Muchas competencias básicas para la atención durante el parto y el parto no están desarrollados. Las instituciones necesitan incentivos para aplicar medidas basadas en la evidencia hasta la fecha.

Palabras clave: cuidados de enfermería, competencia profesional, atención calificada, enfermería obstétrica.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- MÉDIA DA REMUNERAÇÃO SALARIAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR)	45
FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO NÚMERO DE EMPREGOS.....	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO A MATERNIDADE PESQUISADA.....	43
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO IDADE, ESTADO CONJUGAL E NÚMERO DE FILHOS.	44
TABELA 3 - – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO A REMUNERAÇÃO NA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.....	45
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO OS ANOS DE FORMAÇÃO.	46
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO O TEMPO DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	47
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS MATERNIDADES DO MUNICÍPIO DE LONDRINA (PR), SEGUNDO OS CURSOS DE ATUALIZAÇÃO REALIZADOS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS.....	48
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL, DURANTE A ADMISSÃO DAS 92 GESTANTES OBSERVADAS.	51
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL, DURANTE O PRÉ-PARTO DAS 92 PARTURIENTES OBSERVADAS.....	52
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS PARTOS VAGINAIS REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL.....	54
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL, DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO DAS 58 PARTURIENTES OBSERVADAS.....	54
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS MATERNIDADES DE LONDRINA (PR), SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL, DURANTE A ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO DAS 58 PUÉRPERAS OBSERVADAS.	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 APRESENTAÇÃO	13
1.2 ATENÇÃO QUALIFICADA À MULHER NO PARTO.....	13
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	25
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO	31
3.2.1 <i>Maternidade “luz”</i>	33
3.2.2 <i>Maternidade “sol”</i>	35
3.2.3 <i>Maternidade “lua”</i>	37
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	38
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA	39
3.5 COLETA DE DADOS	39
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	41
4 RESULTADOS	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ASSISTE A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO	43
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: DESCRIÇÃO DO OBSERVADO NAS UNIDADES DE ADMISSÃO, PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO	49
4.2.1 <i>Admissão da parturiente</i>	50
4.2.2 <i>Observação no trabalho de parto</i>	51
4.2.3 <i>Observação no parto vaginal e pós-parto imediato</i>	53
5 DISCUSSÃO.....	58
5.1 A EQUIPE DE ENFERMAGEM	58
5.2 ATENÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO: DESCRIÇÃO DO OBSERVADO.....	63
6. CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXOS.....	84
ANEXO I.....	85
ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	86
ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	91
ANEXO IV -ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO: PRÉ PARTO E PARTO.	92
ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

A proposta deste estudo está inserida em um amplo projeto sobre o “Mapeamento dos Serviços de Obstetrícia/Parteria nas Américas”, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que tem como propósito reunir informações sobre os serviços de obstetrícia de cada país participante, para orientar o apoio que a OPAS prestará no futuro aos países, a fim de promover uma maternidade sem risco em toda a América Latina e Caribe. A Escola de Ribeirão Preto/USP, na qualidade de Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para o desenvolvimento da Pesquisa, é parceira nesta força tarefa e assumiu a coordenação da pesquisa no Brasil.

Enquanto enfermeira obstetra atuante em maternidades no interior do Estado do Paraná, por muitas vezes me deparei com situações em que a assistência de enfermagem foi fundamental para a assistência ao parto e, através desse olhar, pude demonstrar interesse em realizar este estudo e buscar a real atuação do profissional enfermeiro e as competências essenciais que a equipe de enfermagem obstétrica deve desenvolver. Essa inquietação tem uma amplitude maior, no sentido de buscar a construção do conhecimento sobre a verdadeira realidade da assistência de enfermagem obstétrica na América Latina.

1.2 Atenção Qualificada à Mulher no Parto

A necessidade de medidas efetivas para o combate à situação de extremo risco de morrer ou à condição de viver em situações de incapacidade ou mutilação entre mulheres e seus filhos é comprovada quando se observa um cenário que revela que, a cada ano, a partir de uma estimativa de 120 milhões de gestações que ocorrem no mundo, morrem aproximadamente 600.000 mulheres em idade entre 15

e 49 anos, vítimas de complicações da gravidez e nascimento. Mais de 50 milhões de mulheres sofrem enfermidades ou incapacidade sérias relacionadas ao processo gestação-parto-puerpério, que afetam o bem-estar delas para o resto de suas vidas. Da mesma forma, pelo menos 1,2 milhões de recém-nascidos morrem por complicações durante o parto (WHO, 1999; Macdonald & Starrs, 2003).

As estimativas de mortalidade materna desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) indicaram que, no ano de 2000, o número estimado de mortes maternas foi de 529.000 no mundo. Quanto à razão da mortalidade materna (RMM), estima-se que esteja em torno de 400 por 100.000 nascidos vivos no mundo (WHO, 2003).

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

No Brasil, os índices elevados de mortalidade materna constituem-se em motivo de preocupação das autoridades de saúde em nível federal, estadual e municipal. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a razão da mortalidade materna no país, em 2004, foi de 76,1 por cem mil nascidos vivos. A região Nordeste teve o maior índice, com 60,8, seguida da região Centro-Oeste com 60,3, depois da região Sul com 56,6, a região Norte com 53,2 e o menor índice foi encontrado na região Sudeste com 45,9 (IBGE, 2008).

No município de Londrina, local onde o estudo foi realizado, a razão da mortalidade materna no ano de 2004 foi de 14, índice muito abaixo do estimado para o Brasil (76,1) para o mesmo ano. Já nos anos seguintes, houve uma elevação para 57,1 em 2005, uma queda nos dois anos subsequentes, 14,4 em 2006 e 15,1 em 2007, e novamente uma elevação no ano de 2008, com uma taxa significativa de 60,46 (PARANÁ, GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2008).

Apesar dos números elevados de óbitos maternos em diferentes regiões, é sabido que a cobertura do sistema de informação sobre mortalidade materna não atua sobre a totalidade dos casos, fazendo com que haja uma subnotificação dos casos de óbito materno (WHO, 2003).

Estima-se que a cobertura do sistema de informação sobre a mortalidade materna seja de 85%. No entanto, sabe-se que há subnotificação e que a declaração de uma causa materna como causa mortis não é totalmente exata. (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004)

Gomes, Mamede e Costa-Júnior (2004), estudando o registro de mortes maternas no Estado de São Paulo, Paraná, Pará, Ceará e Mato Grosso nos anos de 1999 e 2000, por meio de sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), verificaram nesse período que o Sistema registrou 596 mortes maternas. No entanto, os pesquisadores identificaram outros 55 casos de mortes de mulheres em idade reprodutiva, as quais deveriam estar computadas como mortes maternas, totalizando, portanto, 651 óbitos maternos naquele período nos estados estudados e não 596 como oficializados. Concluem que aqueles 55 casos tratavam, portanto, de mortes maternas não registradas ou mascaradas. Tais achados revelam que existe ainda uma fragilidade dos dados oficiais em nosso país.

Em 2002 foi realizada uma pesquisa em 25 capitais brasileiras e o Distrito Federal, em que a estimativa da razão da mortalidade materna encontrada no conjunto das capitais foi de 54,3 por cem mil nascidos vivos. O estudo encontrou que 67,1% das mortes foram decorrentes de causas obstétricas diretas. Os transtornos hipertensivos predominaram entre as causas com 24,9%. Complicações do trabalho de parto e do parto responsabilizaram-se por 10,4% das mortes maternas. As complicações hemorrágicas, principalmente devido à placenta prévia e ao descolamento prematuro da placenta foram responsáveis por 9,0% do total das mortes. Os pesquisadores identificaram ainda 95 óbitos de mulheres de 10 a 49 anos que não tinham sido declaradas como mortes maternas além das 144 declarações oficiais (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Portanto, a real magnitude da mortalidade materna em nosso país não está totalmente representada nos números oficiais, da mesma forma como os países em desenvolvimento, que também apresentam dificuldades para identificar esses números; até mesmo países desenvolvidos referem problemas, embora em menor grau, para captar todos os óbitos maternos (WHO, 2003).

As principais causas das mortes maternas são conhecidas e mais de 80% delas poderiam ser prevenidas ou poderiam ser evitadas por ações efetivas e disponíveis, até mesmo nos países mais pobres do mundo. Essa tragédia é ainda maior quando constatamos que mulheres morrem durante o período normal do

processo reprodutivo e que muitas dessas mortes poderiam ser evitadas através de medidas preventivas básicas, como a identificação das complicações precocemente, tomada de providências em emergências e utilização de pessoal qualificado durante o processo da gravidez, parto, nascimento e puerpério (WHO, 1999; MACDONALD, STARRS, 2003).

Em 1987 lançou-se a Iniciativa Global por uma Maternidade Sem Risco (IMSR), em resposta a este problema de saúde pública, liderado pelo Grupo Interagencial por uma Maternidade Sem Risco, objetivando-se aumentar a consciência e promover a ação em âmbito global e nacional para conseguir que as gravidezes e os partos sejam mais seguros para as mulheres e seus filhos (MACDONALD, STARRS, 2003).

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

Mais recentemente, o sistema das Nações Unidas e seus componentes ratificou as metas de Desenvolvimento para o Milênio, as quais incluem a redução da mortalidade entre uma de suas 8 metas, com a proporção de nascimentos atendidos por pessoal qualificado. Ainda que se tenha conseguido progresso na execução das metas, ainda há muito que fazer, o que exigirá compromissos e apoio de vários sócios, inclusive governos, ONGs, organizações internacionais de assistência e organismos doadores, entre outros (MACDONALD, STARRS, 2003).

A educação do profissional qualificado e o local de sua prática são essenciais para a obtenção de capacitação efetiva do profissional para uma atenção qualificada (MACLEAN, 2003).

A Confederação Internacional das Parteiras, visando melhorar a qualidade da atenção à mulher no período gravídico puerperal, elaborou as Competências Essenciais em Obstetrícia. Esse documento foi ratificado pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, validando-o em âmbito internacional.

As competências essenciais que o profissional qualificado deve possuir, preconizadas pela Confederação Internacional das Parteiras, são:

- a) Competência 1: as parteiras têm conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética, que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado para as mulheres, recém-nascidos e famílias, no período reprodutivo.
- b) Competência 2: as parteiras fornecem educação para a saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positivas.
- c) Competência 3: as parteiras proporcionam cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez; isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.
- d) Competência 4: as parteiras proporcionam, durante o parto, cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.
- e) Competência 5: as parteiras oferecem à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.
- f) Competência 6: as parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade (INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

As competências referem-se a características pessoais e são definidas em um contexto envolvendo conhecimento, características adquiridas e herdadas e habilidades (KAK et al, 2001). Os valores atribuídos refletem na sociedade, em uma determinada carreira e trazem orientações sobre o processo de formação e avaliação profissional (LIMA, 2005).

Estima-se que atualmente somente 53% das mulheres de países em desenvolvimento dão a luz enquanto atendidas por pessoal qualificado e aproximadamente 15% das mulheres grávidas vivenciam alguma complicação que ameaça a sua vida durante a gestação e parto. O profissional de saúde deverá possuir habilidades necessárias para salvar a vida dessas mulheres com complicações graves (WHO, 2003).

Com o intuito de melhorar a situação, o Grupo IAG elaborou uma estratégia de vários passos, centrada primordialmente no processo da atenção qualificada durante o parto, no lugar de focar-se unicamente no pessoal ou nos provedores qualificados individualmente, como uma maneira para garantir que se leve em consideração também um contexto facilitador mais amplo no qual os profissionais da saúde oferecem atenção materna (MACDONALD, STARRS, 2003).

A partir da constatação dessa realidade, organismos internacionais não têm poupado esforços em discutir estratégias de ações para reverter a situação. Entre as ações destacam-se um forte consenso surgido sobre o valor da atenção qualificada durante o parto como uma intervenção fundamental para tornar as gestações e partos mais seguros.

Numa pesquisa realizada por regiões, foi identificado que a porcentagem de partos atendidos por uma pessoa qualificada é de 99% na América do Norte, 98% na Europa, 75% na América Latina e Caribe, 53% na Ásia, 52% na Oceania e 42% na África (WHO, 1996).

Várias instâncias internacionais e nacionais têm fixado metas para a redução da mortalidade materna e a expansão da atenção qualificada durante o parto. A experiência e evidência histórica (Suécia e Holanda), assim como as evidências contemporâneas (Chile e Sri Lanka) têm indicado que o desenvolvimento da cobertura da atenção obstétrica em cada país é a medida mais importante para reduzir a mortalidade materna e perinatal (OPS, 2004).

No Brasil, um dos mecanismos adotados pelo governo para amenizar a situação é o programa do Ministério da Saúde chamado “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, lançado em março de 2004, que consiste na execução de um conjunto de ações articuladas pelas diferentes esferas de governo para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal, para que, até o fim de 2006, estejam reduzidos em 15% os atuais índices de mortalidade. Segundo Dra. Maria José de Araújo, coordenadora do Departamento de Saúde da Mulher do

Ministério da Saúde (OPAS, 2004a), “Em cada 100 mil nascidos vivos, cerca de 74 mulheres morrem devido a complicações na gestação, no parto ou no puerpério. Entre as causas dessas mortes, aparecem fatores como a hipertensão, hemorragias, infecções e aborto.

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

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

Ezcurra cita como exemplos índices apresentados por Brasil e Cuba. Enquanto o Brasil registra 74 mortes de mulheres por 100 mil bebês nascidos vivos, Cuba registra 24 óbitos. “Há 30 anos, Cuba vem tomando medidas, priorizando a saúde, sendo um exemplo notável. A força de trabalho na área é qualificada e pelo menos 99% dos partos são feitos por especialistas”, explica. A falta de atendimento qualificado é, segundo ele, uma das principais causas de morte. Ezcurra afirma que a África concentra 90% dos casos de óbitos no mundo por ser um continente com “pouco desenvolvimento econômico, pouco pessoal médico qualificado e problemas em infra-estrutura” (OPAS, 2004c).

No tocante à demanda por formação de nível técnico e auxiliar em funções específicas de saúde, calcula-se que cerca de 225 mil trabalhadores exercem funções para os quais não estão preparados, atuando na assistência de enfermagem nas redes hospitalares e ambulatoriais. Ante esse quadro, o Ministério da Saúde está desenvolvendo um amplo projeto de financiamento e cooperação técnica que visa reduzir o déficit nacional de pessoal auxiliar qualificado em

enfermagem, diminuir o risco de práticas inadequadas e regularizar a empregabilidade de pessoal (OPAS, 2004 d).

Mirta Roses, diretora da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2004e), afirma que a resolução dos problemas de saúde pública no século 21 depende da abordagem simultânea de três objetivos. Um deles é resolver a agenda inconclusa: "[...] são aqueles problemas que sabemos resolver, como mortalidade infantil, mas faltam recursos." Os outros dois objetivos são proteger realizações alcançadas – como impedir a reincidência de doenças controladas, a exemplo do sarampo – e enfrentar os novos desafios. Acrescenta que, na América Latina e no Caribe, 230 milhões de habitantes (46%) não contam com seguro saúde, 125 milhões (27%) carecem de acesso permanente aos serviços básicos de saúde, 17% dos nascimentos não têm assistência qualificada", revelando que a falta de qualificação na assistência se estende também para outros setores da saúde.

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

MacDonalds e Starrs (2003) afirmam que a evidência histórica e epidemiológica sugere que a atenção qualificada durante o parto e imediatamente depois pode ter um efeito significativo na redução das mortes maternas. O autor acrescenta que a atenção qualificada se refere ao processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto e neonatal, independentemente de o parto ser em domicílio, centro de saúde ou hospital. Para que isso ocorra, o provedor deve ter as habilidades necessárias, além de contar com o apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isso inclui um marco de políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infraestrutura adequados, além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação e de referência e transporte. A atenção qualificada inclui cuidados para mulheres que sofrem complicações que colocam em risco suas vidas, porém não se limita a isso; pode prevenir algumas complicações, aumentar a probabilidade de um tratamento imediato e apropriado

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

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

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

O contexto facilitador de que trata o autor necessita estar formado por fatores fundamentais, como:

- a) políticas, leis e regulamentos de respaldo que dêem prioridade à maternidade sem risco, autorizem aos profissionais de saúde, incluídas as parteiras tradicionais, a realizar todas aquelas intervenções que salvam vidas em que têm competências, e

- contrapõem-se às barreiras ao acesso aos serviços que enfrentam as mulheres;
- b) infraestrutura eficaz do sistema de saúde, incluindo os equipamentos e insumos adequados e sistemas de referência, comunicação e transporte;
 - c) associações profissionais que promovam a formação de pessoal qualificado, formulem políticas e protocolos, estabeleçam normas de prática e competências básicas e facilitem a comunicação e o intercâmbio de informação;
 - d) educação de qualidade e sistema de supervisão que ofereçam oportunidades de formação antes de prestar serviços e educação contínua e provejam um mecanismo de supervisão e apoio (MACDONALD; STARRS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que um profissional qualificado para o nascimento pode ser uma parteira profissional (profissional com curso de graduação com formação específica para o cuidado obstétrico), uma enfermeira com especialização em obstetrícia, ou um médico com especialização e experiência específica (STARRS, 1998).

O Brasil tem participado ativamente na Iniciativa da Maternidade Segura, adotando um conjunto de mecanismos para aderir à proposta e reduzir a mortalidade materna e neonatal em âmbito nacional.

A criação do Projeto Maternidade Segura, em 1996, uma parceria entre o Ministério da Saúde, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Organização Pan-Americana de Saúde (OPS/OMS) e FNUAP, foi uma das estratégias propostas. Esse projeto, constituído de oito passos para o alcance da maternidade segura, é uma tentativa de mobilizar os profissionais que atuam direta ou indiretamente nos cuidados relacionados à mulher, à saúde reprodutiva, assim como na assistência à criança, para obtenção da eficácia da assistência prestada e redução da morbi-mortalidade materna e infantil (FEBRASGO, 1995).

Com o intuito de melhorar a qualidade assistencial prestada pelos profissionais de saúde à mulher no ciclo gravídico puerperal, o governo, através do Ministério da Saúde, começou a oferecer cursos para capacitar enfermeiros com

especialização em enfermagem obstétrica, possibilitando e tornando-os legalmente aptos para assistir à mulher desde a gestação até a realização do parto normal sem distócia (BRASIL, 1986). Sabe-se que estes profissionais capacitados são escassos na maioria dos hospitais e que o trabalho de parto e parto muitas vezes é assistido por enfermeiros generalistas, parteiras legais ou mesmo curiosos, principalmente no interior do Brasil.

A Organização Mundial de Saúde considera que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, a enfermeira/parteira profissional é o profissional mais indicado para atender a mulher durante a gestação e parto. Acredita que é o profissional com menor custo e maior efetividade para o alcance da maternidade segura, diminuição da morbi-mortalidade e dos custos da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. O governo brasileiro tem procurado fomentar a capacitação de recursos humanos, entre eles a enfermeira obstetra, no sentido de reverter a situação do país através da qualificação do pessoal que atende a mulher. Assim, a publicação da Portaria nº 2.815/98 pelo Ministério da Saúde vem reforçar o papel desse profissional na assistência obstétrica no momento do parto, deliberando a inclusão dos partos realizados pela enfermeira obstétrica na tabela de pagamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (SHIRMER, 2004).

Como o número de enfermeiras obstétricas era reduzido em nosso país, o Ministério da Saúde, em parceria com as Escolas de Enfermagem, deu início a um movimento para capacitar enfermeiras para realizar o parto normal através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica em todas as regiões do Brasil. Essa parceria teve início em 1999 e continua em 2006; já foram realizados mais de 77 cursos em todo o país (SHIRMER, 2004).

Medidas que estão sendo tomadas que visam melhorar a atenção ao parto e nascimento relacionam-se ao incentivo e apoio à criação dos centros de parto normal em todo o país, ao investimento na qualificação das maternidades que realizam partos e serviços de urgência para atenção às mulheres e aos recém-nascidos, assim como na priorização da capacitação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica (SHIRMER, 2004).

Durante minha experiência no curso de residência em enfermagem obstétrica e atuando como enfermeira obstétrica convivendo com a realidade de diversas maternidades no interior do Paraná, percebi como a atuação da equipe de enfermagem se dá de diferentes maneiras em relação aos cuidados com a

parturientes, principalmente ao se comparar as maternidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde e a Medicina Suplementar.

A falta de qualidade dos serviços de saúde tem sido alvo de críticas, pois reflete na falta de humanização no atendimento e nos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal (MELLEIRO et al. 1998)

A diferença entre os modelos assistenciais repercutem de forma negativa na saúde da mulher. Nosso país ainda está colocado com um índice muito alto de mortalidade materna; há um número alto de gravidezes indesejadas decorrentes de falhas no planejamento familiar e os índices de cesáreas aumentam gradativamente.

O alto índice de partos cirúrgicos torna-se outro agravante no processo gravídico-puerperal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) traz como índice aceitável taxas em torno de 15% cesarianas. No Brasil estima-se que os índices sejam semelhantes aos encontrados nos países da América Latina, que é de 35% (VILLAR et al. 2006). No estado do Paraná, no ano de 2005, a incidência de cesarianas foi de 50,2% do total de partos realizados, índice muito mais alto do que o estipulado pela OMS. No mesmo ano, no município de Londrina, a taxa de cesarianas foi de 56,6% (PARANÁ, GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2008).

O país abusa do parto cirúrgico, mesmo sabendo que essa é a opção nos casos mais graves. Há ainda incorreções no sistema de notificação apresentados ao Sistema Único de Saúde (SUS) das contas referentes ao excesso de cesarianas pelos serviços de Saúde. A Confederação Internacional de Parteiras (ICM) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estabeleceram algumas metas visando a diminuição da morbi-mortalidade materna; propuseram como meta para cada 5.000 habitantes uma pessoa com destreza em atenção profissional ao parto, assumindo somente cuidados obstétricos. Em países em desenvolvimento, isso significaria uma pessoa qualificada oferecendo atenção a 200 nascimentos ao ano (MACDONALD; STARRS, 2003).

Neste contexto em que as mortes maternas e os altos índices de partos cesáreas continuam sendo um problema a ser combatido, a atenção qualificada ao parto é uma estratégia fundamental para tornar as gestações e partos mais seguros e pode contribuir significativamente na redução das mortes maternas. Considerando que o profissional de saúde que atende à gestação, ao parto e nascimento e pós-parto deve ter competências essenciais (conhecimentos e habilidades) para o exercício da prática obstétrica com qualidade, definimos como objeto do presente

estudo as competências desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem (enfermeiras obstétricas, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no município de Londrina.

1.3 Justificativa e relevância

Para traçar o perfil dos serviços de atendimento em obstetrícia no município selecionado, haverá necessidade de explorar a extensão desses serviços e as práticas ali configuradas. Essa informação é necessária para que a região possa avaliar os serviços de saúde materno-infantil e seus resultados com relação à prevalência do sistema de atenção à saúde materna e neonatal e o modelo ou modelos que conformam essa atenção.

A finalidade desta investigação é auxiliar na identificação dos modelos de assistência obstétrica dos serviços que atendem as mulheres no ciclo grávido-puerperal no município de Londrina, estado do Paraná, e, em especial, verificar as competências e habilidades desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem (obstetrites/enfermeiras obstétricas e outros) em tais serviços.

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) traz, no conjunto das competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, os conhecimentos e habilidades que os profissionais qualificados devem ter para fornecer à mulher, em todas as fases do ciclo reprodutivo, uma atenção qualificada. Os resultados do presente estudo poderão oferecer subsídios para responder as seguintes questões: Quem são os profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Londrina? Quais são as ações/intervenções que cada profissional de enfermagem, nesse município, desempenha no atendimento a mãe e filho durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato? As ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no município de Londrina estão baseadas em evidências científicas? E mais especificamente: O desempenho das competências essenciais para o atendimento de qualidade em obstetrícia no município de Londrina faz parte da prática dos profissionais de enfermagem?

Portanto, a análise das competências desempenhadas pelo pessoal de enfermagem no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal na região estudada virá contribuir para as políticas nacionais de capacitação e qualificação de pessoal para o atendimento à mulher e família durante a gravidez, parto e pós parto e conseqüentemente na redução da mortalidade materna e neonatal.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a realidade do atendimento dos profissionais de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Londrina.

2.2 Objetivos Específicos

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

3 METODOLOGIA

3.1 Características do Estudo

Com o intuito de buscar respostas para os objetivos citados, realizou-se um estudo descritivo e exploratório, utilizando a abordagem quantitativa.

De acordo com estudos de Pereira (2003), as investigações epidemiológicas, descritivas, objetivam informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. Elas podem ser de incidência ou de prevalência. Nelas, não há formação de grupo-controle para a comparação dos resultados, ao menos como é feita nos estudos analíticos – daí serem considerados estudos não-controladores. O pesquisador interessado em traçar o perfil de um determinado tema tem apenas que observar como estas situações estão ocorrendo, em uma ou mais populações, e expressar as respectivas frequências de modo apropriado.

Acrescenta-se ainda que, neste tipo de estudo, as informações sobre a saúde podem referir-se a toda a população ou, especificamente, a subgrupos dessa população.

Polit et al (2004) referem que “[...] a finalidade do estudo descritivo é observar, descrever e documentar os aspectos da situação.” Para Triviños (1987), a intenção de se conhecer determinada realidade é o foco essencial do estudo descritivo, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos dessa realidade.

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

O estudo quantitativo atua nos níveis da realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos, tendo como objetivo trazer os dados indicadores e tendências observáveis. O estudo exploratório tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno (MINAYO; SANCHES, 1993).

Pereira (2003) traz em seus estudos que a organização adequada de uma base de dados facilita a realização de estudos descritivos e que o cerne desse tipo de estudo é a correta determinação de frequências. Afirma que quanto melhor a base de dados em termos de abrangência da população e qualidade do seu conteúdo, mais precisão terão os quadros descritivos.

Acrescenta ainda que os resultados dos estudos descritivos são apresentados em tabelas, gráficos ou outra forma de distribuição de frequências de um determinado evento e são utilizados para alcançar dois objetivos principais: 1) identificar os grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora; 2) sugerir explicações para as variações de frequência, o que serve de base ao procedimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos.

Em nosso estudo a investigação para a coleta de dados foi realizada através de entrevista estruturada e observação direta não participativa da prática dos profissionais de enfermagem, direcionado por instrumentos elaborados previamente, norteados pelas competências essenciais em obstetrícia (INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Pereira (2004) afirma que, para que o inquérito seja levado a bom termo, faz-se necessário um formulário adequado para a coleta de dados, de modo que os objetivos da investigação sejam alcançados.

Richardson et al. (1999) esclarecem em relação à observação que o pesquisador atua apenas como expectador, atendo aos acontecimentos pertinentes àquilo que se está investigando. Com base nos objetivos da pesquisa, e por meio de um roteiro de observação, ele procura ver e registrar o máximo de ocorrências que interessa ao seu trabalho.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na cidade de Londrina. Essa cidade recebeu este nome porque em 21 de agosto de 1929 chegou a primeira expedição da Companhia de

Terras Norte do Paraná ao local denominado Patrimônio Três Bocas, no qual o engenheiro Dr. Alexandre Razgulaeff fincou o primeiro marco nas terras onde surgiria Londrina. O nome da cidade foi uma homenagem prestada a Londres – “pequena Londres” - pelo Dr. João Domingues Sampaio, um dos primeiros diretores da Companhia de Terras Norte do Paraná. A criação do Município ocorreu cinco anos mais tarde, através do Decreto Estadual nº 2.519, assinado pelo interventor Manoel Ribas em 3 de dezembro de 1934. Sua instalação foi em 10 de dezembro do mesmo ano, data em que se comemora o aniversário da cidade.

A cidade de Londrina localiza-se no interior do estado do Paraná, aproximadamente 330 km de Curitiba, capital do estado do Paraná. Tem população estimada em 510.707 habitantes, sendo aproximadamente 177.000 mulheres em idade reprodutiva (IBGE, 2008).

Londrina teve um crescimento acelerado e contínuo, tornando-se não só polo regional, como a terceira maior cidade do Sul do País, depois de Curitiba e Porto Alegre.

A cidade possui também diversos Centros de Pesquisa e Instituições de Ensino Superior, entre os quais destacam-se a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Faculdade Pitágoras de Londrina, Universidade Norte do Paraná (Unopar) e Universidade Filadélfia (Unifil).

É a primeira cidade brasileira a contar com uma Secretaria Especial da Mulher, que oferece atendimento social, jurídico e psicológico à mulher vítima de preconceito, violência e discriminação (LONDRINA, 2007).

A cidade apresenta 56 Unidades Básicas de Saúde, sendo 13 na área rural e as demais em área urbana, e 21 hospitais que oferecem 1.653 leitos (LONDRINA, 2007).

O município conta com cinco instituições hospitalares com atendimento à mulher no processo de parto e nascimento. Duas dessas instituições têm atendimento estritamente privado, duas instituições têm atendimento estritamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e uma instituição com atendimento filantrópico. Ao todo são realizados aproximadamente 7.000 partos por ano, com uma média mensal de 600 partos, sendo 43% vaginais e 57% cesarianas (PARANÁ, GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2007).

Para a realização da coleta de dados deste estudo, selecionamos as instituições hospitalares com serviços de maternidade localizados na cidade de Londrina. Houve o consentimento de três instituições hospitalares: uma maternidade pública (maternidade “luz”), um hospital público (maternidade “sol”) e um hospital filantrópico (maternidade “lua”) mediante autorização da Diretoria Clínica destas instituições. Os hospitais particulares do município não consentiram a realização da pesquisa.

3.2.1 Maternidade “luz”

Esta instituição é mantida pela Autarquia do Serviço Municipal de Saúde (ASMS), que presta serviços via Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi inaugurada em 1992 e atende cerca de 75% dos partos SUS realizados no município, sendo referência à gestante de baixo e médio risco que fazem ou não pré-natal na rede básica de saúde.

Nela trabalham 26 médicos, entre eles dez obstetras, oito anestesistas e oito pediatras, 13 enfermeiras e 64 profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem. A equipe de enfermagem assume jornada de trabalho de 30 horas semanais. Alguns profissionais trabalham em plantões extras para cobrir folgas, sendo estes variáveis a cada mês.

Conta com uma equipe multidisciplinar constituída por enfermeiras, enfermeiras obstétricas, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos obstetras, pediatras, anesthesiologistas, nutricionistas e profissionais de apoio.

Adepta ao sistema de Alojamento Conjunto e a não utilização de bicos artificiais desde sua implantação, a Maternidade “luz” usa a promoção, proteção e manutenção do Aleitamento Materno, tendo conquistado o título de "Iniciativa do Hospital Amigo da Criança", preconizado pela UNICEF/OMS, em 04 de julho de 2000.

Já em 2006 a Maternidade recebeu o prêmio Galba de Araújo oferecido pelo Ministério da Saúde para destacar hospitais que mais investem no parto normal e atendimento humanizado a gestantes e bebês.

Em 2008 foram realizados 3622 partos; desses 2662 foram partos normais e 957 partos cesáreas, evidenciando a taxa de 25,5% de partos cesáreas.

Em sua estrutura física, apresenta a recepção, unidade de pré-parto e parto, centro obstétrico, centro de material, unidade de recém-nascido, unidade de alojamento conjunto e área administrativa.

A unidade de pré-parto e parto é constituída de duas salas para consultas de admissão, onde o médico ou estudante de medicina realizam o atendimento. Neste momento é permitida a presença de acompanhante. A equipe de enfermagem participa realizando a abordagem inicial e verificando SSVV, coletando exames quando necessário. Esta ala é dividida por uma porta e no ambiente seguinte situam-se o pré-parto e as salas de parto. Em todos os atendimentos é realizado a cardiocografia (CTG); há dois lugares específicos equipados com poltronas confortáveis. O profissional de enfermagem instala o equipamento e retira após o tempo determinado. Não é permitido a presença de acompanhantes. Após a realização do exame, a gestante volta para a admissão e aguarda o final do atendimento pelo médico.

Após a avaliação, quando detectada a necessidade de internação, a gestante é encaminhada ao pré-parto pela auxiliar ou técnica de enfermagem. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é gerada em nome do médico plantonista.

Há 8 leitos no setor de pré-parto, divididos em três quartos. O primeiro quarto comporta quatro pacientes; é equipado com um banheiro para uso exclusivo das gestantes internadas (vaso sanitário, pia e chuveiro). Os leitos são separados por biombo fixos e há um biombo móvel, todo ilustrado com informações sobre práticas de humanização e desenvolvimento do parto. Nesse quarto também há um banquinho em forma de U, um cavalinho e duas bolas para realização de exercícios e auxiliar no momento do parto. O segundo e terceiro quarto são semelhantes, mudando apenas para dois leitos a capacidade em cada um.

A analgesia para parto normal não é realizada com frequência, pois há apenas um anestesiolegista de plantão.

No mesmo ambiente, há três salas de parto, sendo que uma dessas está equipada com mesa diferenciada, que permite maior liberdade para a parturiente e mudança de posição. Essa sala é utilizada na maioria das vezes por partos assistidos pelas enfermeiras obstetras. A composição das salas é praticamente a mesma: mesa ginecológica, berço aquecido, material de reanimação neonatal,

estetoscópio e esfignomanômetro adulto, medicamentos e materiais cirúrgicos, rede de oxigênio, aspiração e ar comprimido canalizados.

Após o parto, o recém-nascido é encaminhado para a sala de higienização, onde recebe os cuidados iniciais e o primeiro banho. A puérpera aguarda o final do parto na sala de parto e, após a liberação da equipe que a assistiu, fica em uma maca, no corredor, assistindo os procedimentos realizados em seu filho. Após o término dos cuidados com o recém-nascido, o binômio aguarda liberação da enfermeira do pré-parto; é então solicitada uma vaga no alojamento conjunto. A enfermeira do alojamento conjunto libera uma equipe de funcionários que busca e aloja o binômio.

Em caso de necessidade de observação do recém-nascido, há uma unidade de internação, composta de cinco leitos e equipada com respirador infantil, incubadoras e berço aquecido. Quando há maior gravidade no estado geral do recém-nascido, há transferência do mesmo para uma Unidade de Terapia Intensiva em outro hospital de maior porte.

O alojamento conjunto é formado por 36 leitos organizados da seguinte forma: em dois quartos há capacidade para três binômios, nos outros a capacidade é para dois. Os quartos são equipados com poltronas e banheiro.

Os recém-nascidos são vacinados contra hepatite B e BCG. Fazem o teste do pezinho e antes de receberem alta já é feita a certidão de nascimento, pois há um convênio com os cartórios da cidade para essa realização.

Há ainda o programa Rosa Viva, que atende mulheres vítimas de violência sexual a partir de 12 anos de idade. A enfermeira e o médico de plantão prestam atendimento emergencial nas primeiras 72 horas, coletam secreções e exames e fazem os devidos encaminhamentos para delegacia, atendimento psicológico e instituto médico legal, caso se fizer necessário.

3.2.2 Maternidade “sol”

A instituição foi criada em 1970 para atender as necessidades do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, que necessitava de um hospital-escola. É hospital de referência para Londrina e região para atendimento de alta

complexidade e é considerado o terceiro maior hospital-escola do sul do Brasil. Atualmente a capacidade é de 311 leitos, distribuídos entre várias especialidades médicas, totalmente à disposição do Sistema Único de Saúde.

Possui em suas instalações um Hemocentro e um Banco de Leite Humano.

Conta com o Ambulatório do Hospital das Clínicas (AHC) agregado a sua estrutura organizacional, atendendo em média 7300 pacientes/mês. Possui atendimento ao pré-natal de alto risco, em que é referência para o acompanhamento de gestantes oriundas da rede básica de Londrina e região.

No ano de 2000, recebeu o prêmio de Iniciativa do Hospital Amigo da Criança e no mesmo ano recebeu prêmio de Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, todos outorgados pelo Ministério da Saúde por excelentes serviços prestados.

Em 2008 foram realizados 889 partos no hospital, dos quais 603 foram parto cesárea e o restante (286) foram partos normais. A taxa de cesárea aproxima-se a 68% e justifica-se pelo atendimento de pacientes de alto risco.

A gestante tem seu primeiro atendimento no pronto-socorro obstétrico (piso térreo) e, evidenciando a necessidade de internação, ela é encaminhada para a maternidade, que fica no piso superior. O enfermeiro responsável por esse setor acumula a supervisão de mais duas alas de atendimento.

A maternidade apresenta em sua estrutura 19 leitos, divididos em dois quartos com seis leitos cada, um quarto com três leitos e dois quartos com dois leitos. Há apenas dois banheiros nesta ala.

As parturientes são atendidas pela equipe médica e todos os controles obstétricos são realizados por ela.

Existe uma sala de atendimento ao recém-nascido, equipada com berço aquecido e material para os cuidados iniciais (banho, mensurações, aplicação de vitamina K) e aplicação de oxigênio, quando necessário.

Há uma sala de parto, equipada com duas mesas ginecológicas no mesmo ambiente, podendo assim acontecer dois partos simultaneamente; não há divisão com biombos. Na maioria das vezes, não é permitido a presença de acompanhantes. Dentro da sala de parto, longe da visão da parturiente, há uma saleta, onde é feito a recepção do recém-nascido.

Se o parto for normal, em seguida ao término, a puérpera é encaminhada ao alojamento conjunto e o aleitamento materno iniciado. Como a maternidade é referência para gestantes de alto risco, muitos partos são operatórios. No caso de

parto cesariana, a puérpera retorna ao setor após a recuperação da anestesia; nesse caso, o recém nascido fica na sala de apoio, na maternidade.

As enfermeiras trabalham em escala de 36 horas e no final de semana e no período noturno prestam atendimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários. Esses setores ficam em outra ala do hospital.

3.2.3 Maternidade “lua”

Trata-se de um hospital filantrópico, com ênfase no atendimento de gestantes de alto risco. Possui 217 leitos, dos quais 124 são destinados ao SUS.

A instituição possui 32 leitos destinados à maternidade, dos quais 6 destinados a atendimento ao SUS, uma sala de atendimento, uma ala de internação, uma unidade de cuidados intermediários e intensivos ao recém-nascido, duas salas de parto. Quando há necessidade de parto operatório, esse se realiza no centro cirúrgico, em outra ala do hospital.

No ano de 2008, foram realizados 1311 partos nesta instituição, destes 1125 foram cesáreas e 186 normais, evidenciando a taxa de 85,8% de partos cesáreas neste período.

A gestante conveniada pelo SUS somente recebe atendimento se encaminhada por um serviço de apoio, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências), ou em caso de transferência de outra instituição. A procura direta é permitida nos casos de a gestante possuir outro convênio ou apresentar atendimento particular.

A enfermeira é o profissional que presta o primeiro atendimento à gestante. Algumas vezes o médico encaminha a solicitação de internação e aí não é realizado atendimento obstétrico na sala de avaliação. A enfermeira realiza o exame físico geral e obstétrico, realiza a cardiotocografia, faz exame de toque vaginal e comunica o médico. O médico plantonista do SUS fica a distância e comparece nas avaliações quando há demanda.

A internação é determinada pelo médico, solicitando assim a Autorização para Internação Hospitalar.

Há, no setor, duas salas de parto, em ambientes separados, equipadas com mesa ginecológica e material para atendimento ao recém-nascido. A enfermeira só realiza o parto na ausência do médico.

Após o parto, o recém-nascido é encaminhado a uma sala de apoio, onde são realizados os procedimentos iniciais, como banho, mensurações, aplicação de vitamina K e anotações de enfermagem. Essa sala é equipada com oxigênio, aspirador e ar comprimido canalizado. Existem também incubadoras e berços aquecidos.

Se o parto for normal, em seguida ao término, a paciente é encaminhada ao alojamento conjunto. No caso de cesariana, há a permanência da puérpera no centro cirúrgico por três horas, em média.

A equipe de enfermagem trabalha no regime de 42 horas semanais. A enfermeira do período noturno assume também os setores de pediatria e unidade de internação do recém-nascido.

3.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

Este estudo cumpriu as exigências da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas envolvendo seres humanos. Houve aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP) sob protocolo nº 265/2008 (Anexo 1).

Foi elaborado um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, com informações sobre a pesquisa, em linguagem simples e objetiva, aos profissionais estudados e instituições participantes, abordando também as finalidades da pesquisa, os procedimentos e benefícios, a garantia do anonimato, o respeito ao desejo de participar do estudo, dando-lhes a liberdade de interromper a participação na pesquisa assim que desejarem, sem que isso acarrete dano pessoal e/ou profissional para si próprio ou para a instituição a qual estão vinculado.

Também foi elaborado um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” às parturientes, solicitando o seu consentimento para a observação de seu trabalho de

parto e parto. O Termo contém informações sobre a pesquisa, em linguagem simples e objetiva, e a garantia de anonimato; foi deixado clara a possibilidade de não permitir a observação em qualquer momento.

Foi esclarecido também que os dados obtidos seriam utilizados para a elaboração de pesquisa científica, com finalidades estatísticas, e possível publicação posterior.

Após o esclarecimento do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, daqueles que concordaram foi solicitado anuência mediante assinatura.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

Participaram deste estudo os profissionais de enfermagem (enfermeiros obstétricos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que atuam nos serviços de cuidados à Saúde da Mulher durante o trabalho de parto e parto nos hospitais selecionados.

3.5 Coleta de Dados

Para a análise da situação de saúde materno-infantil de Londrina, foi realizado um levantamento nos setores administrativos das instituições acerca do número de leitos, número de procedimentos realizados, número de profissionais que atuam na assistência ao parto e sua formação e normas de funcionamento das instituições.

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2009, nos três serviços de saúde participantes.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas:

Na primeira etapa realizamos a caracterização dos profissionais de enfermagem que atuam no atendimento à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através de entrevista estruturada com os sujeitos deste estudo

(auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro e enfermeiro especialista em obstetrícia), visando obter informações sócio-demográficas e de identificação das funções e atividades exercidas por esses profissionais.

Para a coleta de dados desta etapa do estudo foi utilizado um “Instrumento para entrevista com o profissional de enfermagem” (Anexo II), com roteiro direcionando a coleta de informações específicas do perfil profissional destes sujeitos, constando de perguntas abertas e fechadas, adaptado do trabalho de Dotto (2006).

Os participantes foram entrevistados somente após serem orientados quanto aos objetivos do estudo e assinarem o “Termo de Consentimento livre e esclarecido para o profissional de enfermagem” (Anexo III). A entrevista foi realizada no próprio local de trabalho do profissional, por contato direto com a pesquisadora, tendo duração em média de 15 minutos.

Nesta etapa foram excluídos os profissionais que estiveram ausentes por férias ou licença nos dias destinados a coleta de dados.

Na segunda etapa da coleta de dados foi realizada a observação não participativa e estruturada do atendimento à parturiente e puérpera: identificação das ações desenvolvidas por profissionais de enfermagem no atendimento à parturiente, através da observação direta não participante e estruturada do contexto deste atendimento. Foi utilizado um roteiro de observação previamente elaborado: o “Roteiro de observação: pré-parto, parto e puerpério” (Anexo IV). Este instrumento, elaborado especificamente para tal finalidade, já foi testado e utilizado por Dotto (2006), tendo sido estruturado na forma de check-list. Os profissionais de enfermagem participantes desta etapa foram incluídos na pesquisa somente após assinarem o “Termo de consentimento livre e esclarecido para o profissional de enfermagem” (Anexo III)., Da mesma maneira, as mulheres em atendimento foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa; após o consentimento, assinaram o “Termo de consentimento Livre e Esclarecido para a parturiente” (Anexo V) e participaram da pesquisa.

Nesta etapa houve a participação de uma estagiária, previamente treinada. Foi aplicado o teste-piloto como forma de aprimoramento e modificadas as devidas correções. As observações foram realizadas pela pesquisadora e por uma estagiária, em busca de amostra representativa da realidade estudada, sendo que a pesquisadora esteve presente nos turnos matutinos (das 7h as 13h), vespertinos

(das 13h as 19h), noturnos pares e ímpares (19 as 01h). Foi realizado um total de 60 turnos de 6 horas de observação cada, vinte turnos em cada instituição.

Outro critério estabelecido foi a observação dos quatro momentos da parturiente (admissão, trabalho de parto, parto e pós-parto) em todos os turnos. Desta forma foi possível observar 92 partos sequencialmente em todos os momentos. Não houve a participação de pacientes menores de 18 anos.

Nos partos assistidos pela equipe médica, somente foram observadas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem, por ser este o objetivo deste estudo.

3.6 Análise dos Dados

Para a tabulação da estatística descritiva e apresentação dos dados utilizou-se o programa Microsoft Office Excell 2007. Para os resultados obtidos foram utilizados frequência, percentual e média.

Os dados foram analisados tendo como base os documentos que fundamentam a atenção qualificada ao parto. São eles: Manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada a Mulher, do Ministério da Saúde, Guia Prático da Assistência ao Parto Normal (OMS), as diretrizes do Manejo Integrado da Gravidez e Nascimento (INPAC) e as competências essenciais publicadas pelo ICM/OMS/OPAS.

4 RESULTADOS

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

A população deste estudo foi formada por 63 profissionais de enfermagem que prestam atendimento a parturientes nas maternidades estudadas. A tabela 1 apresenta os profissionais de enfermagem envolvidos no atendimento às parturientes, nas maternidades do município de Londrina. Estão distribuídos da seguinte forma: 19 profissionais na maternidade “lua”, 20 profissionais na equipe da maternidade “sol” e 24 profissionais na equipe “luz”.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Londrina (PR), segundo a maternidade pesquisada.

Maternidade	Enfermeira	Enfermeira Obstetra	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem	TOTAL
“lua”	02	02	10	05	19
“sol”	03	01	06	10	20
“luz”	-	05	12	07	24

Fonte: Londrina, 2009

Este grupo de profissionais é representado pelo sexo feminino (63), com idade média de 38,1 anos. Com relação ao estado conjugal, observa-se que 43 profissionais (68,3%) são casados ou vivem com parceiro fixo; 1 profissional apresenta estado conjugal viúvo. A maioria dos profissionais apresenta dependentes financeiros (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Londrina (PR), segundo idade, estado conjugal e número de filhos.

Variáveis	Categoria	Lua	Sol	Luz	Total	
					F	%
Sexo	Feminino	19	20	24	63	100
Idade	20 - 29 anos	9	1	2	12	19,0
	30 - 39 anos	5	10	5	20	31,8
	40 - 49 anos	3	8	13	24	38,1
	50 - 60 anos	2	1	4	7	11,1
Situação conjugal	Casada	9	16	12	37	58,8
	Divorciada	1	2	4	7	11,1
	Solteira	5	-	7	12	19,0
	União consensual	4	1	1	6	9,5
	Viúva	0	1	-	1	1,6
Dependentes financeiros	Nenhum	9	1	3	13	20,6
	1	6	7	7	20	31,8
	2	3	7	10	20	31,8
	3	1	5	4	10	15,8

Fonte: Londrina, 2009

A remuneração nas instituições pesquisadas variou entre R\$ 1700,00 a R\$ 2950,00 para enfermeiras, entre R\$ 1700,00 a R\$ 3235,00 para as enfermeiras obstetras e, entre os profissionais de nível médio, oscilou entre R\$ 650,00 a R\$ 2200,00 para os auxiliares de enfermagem e R\$ 675,00 a R\$ 2300,00 para os técnicos de enfermagem, conforme relatado pelos profissionais e ilustrado na Tabela 3.

Ao compararmos as instituições pesquisadas, podemos observar que há uma grande diferença salarial entre os profissionais estudados. A equipe de profissionais da maternidade “luz” com ensino médio completo recebe remuneração superior à equipe de enfermeiras da maternidade “lua”. Esse fato se torna mais claro, quando visualizadas as médias salariais por categoria para cada uma das instituições pesquisadas, conforme Figura 1.

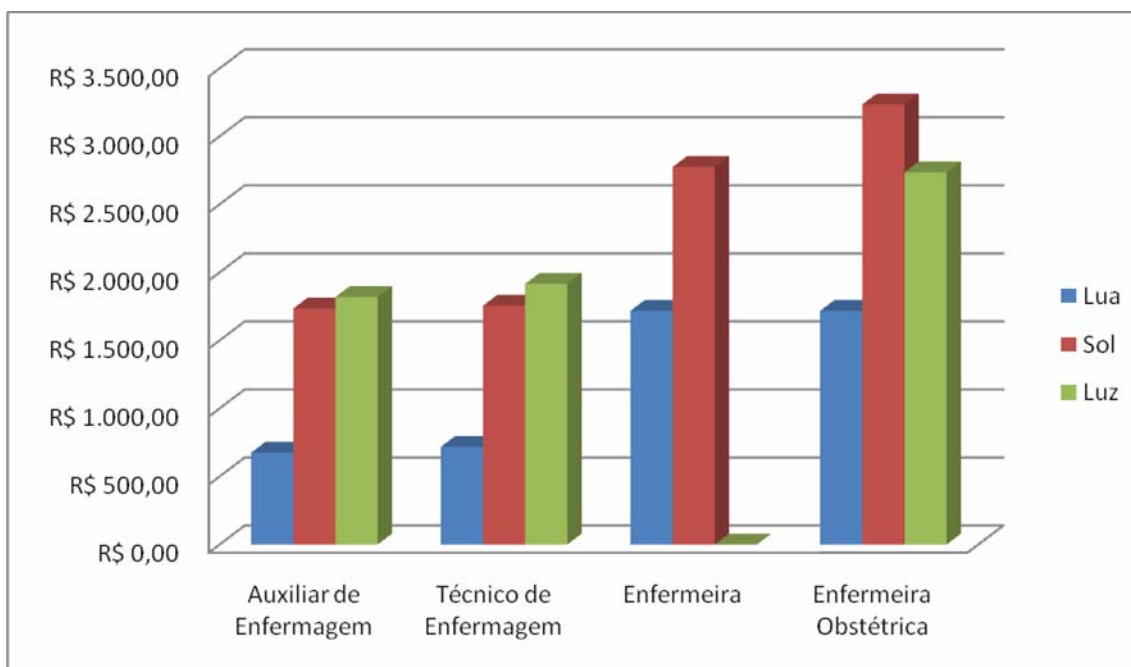
Vale lembrar que, no momento da coleta de dados, o valor do salário mínimo era de R\$ 465,00.

Tabela 3 - - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Londrina (PR), segundo a remuneração na instituição pesquisada

REMUNERAÇÃO NA INSTITUIÇÃO (R\$)	Enfermeira			Enfermeira Obstetra			Auxiliar de Enfermagem			Técnico de Enfermagem		
	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz
De 500 a 1000	-	-	-	-	-	-	10	-	-	5	-	-
De 1001 a 1500	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
De 1501 a 2000	2	-	-	2	-	-	-	4	5	-	7	2
De 2001 a 2500	-	1	-	-	-	-	-	2	5	-	3	5
De 2501 a 3000	-	2	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
Acima de 3000	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	3	-	2	1	5	10	6	12	5	10	7

Fonte: Londrina, 2009

Quanto à jornada diária de trabalho, na maternidade “luz” os profissionais cumprem uma carga horária de 30 horas semanais, na maternidade “sol” a jornada de trabalho é de 36 horas semanais e na maternidade “lua”, os profissionais cumprem a maior jornada diária entre as maternidades pesquisadas, 42 horas semanais.



Fonte: Londrina, 2009

Figura 1- Média da remuneração salarial dos profissionais de enfermagem nas maternidades de Londrina (PR)

Ao analisarmos o nível educacional dos profissionais de enfermagem que trabalham na assistência ao parto, evidenciamos 5 enfermeiras com graduação completa em enfermagem, mas não realizaram a pós graduação *lato sensu* na área de obstetrícia. As técnicas de enfermagem possuem ensino médio completo; três delas, contudo, possuem a graduação completa em enfermagem. Observamos na Tabela 4, o tempo de formação profissional da equipe de enfermagem nas instituições investigadas.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Londrina (PR), segundo os anos de formação.

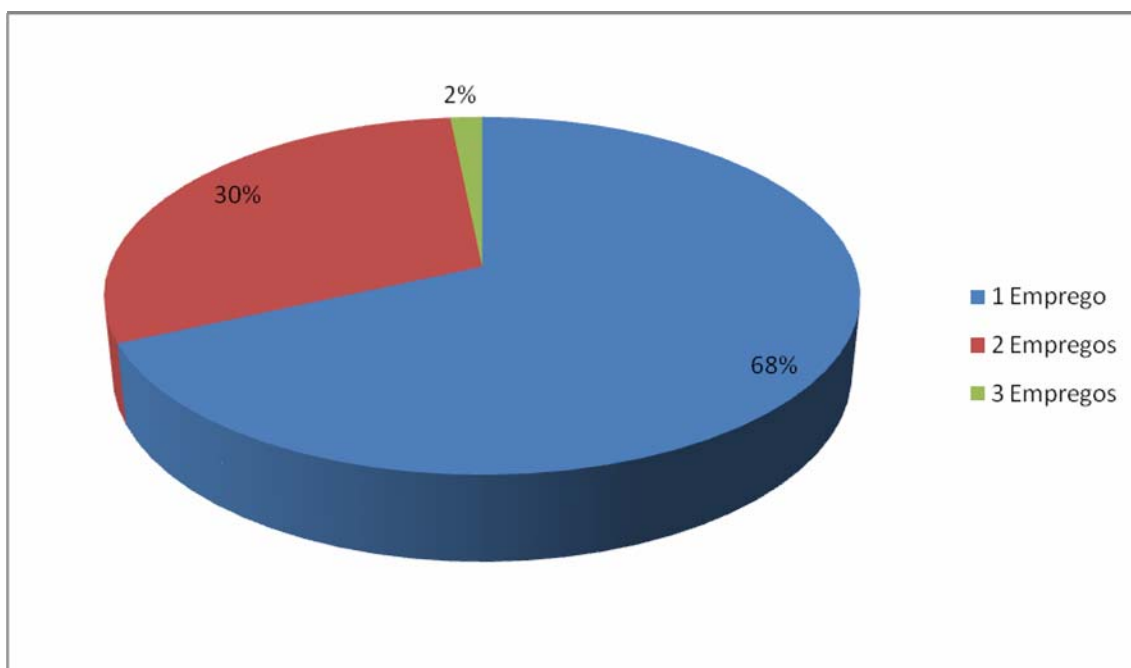
ANOS DE FORMAÇÃO	Profissionais de Enfermagem			
	Enfermeira	Enfermeira Obstetra	Auxiliar de Enfermagem	Técnico de Enfermagem
Menos de 1 ano	-	-	-	-
1 a 2 anos	-	-	12	12
3 a 4 anos	03	02	10	6
5 a 6 anos	02	05	06	4
7 a 8 anos	-	-	-	-
9 a 10 anos	-	-	-	-
Mais de 10 anos	-	01	-	-
TOTAL	05	08	28	22

Fonte: Londrina, 2009

Das treze enfermeiras entrevistadas, cinco cursaram especialização em enfermagem obstétrica por financiamento da Área Temática da Mulher do Ministério da Saúde. As oito enfermeiras obstetras participantes do estudo relataram terem cursado a especialização em enfermagem obstétrica com carga horária superior a 360 horas. Além dessa especialização, duas enfermeiras possuem especialização em Saúde da Família e Auditoria em Enfermagem, uma enfermeira realizou especialização em Enfermagem em Neonatologia e outra enfermeira cursou a especialização em Saúde Coletiva, todas especializações com a carga horária superior a 360 horas. Nenhuma enfermeira realizou pós-graduação *stricto-sensu*.

A carga horária média semanal de trabalho dos profissionais de enfermagem é de 64,25 horas, variando de 30 horas a 112 horas semanais. Nota-se que, na maternidade “lua”, os 19 profissionais cumprem uma jornada superior a 40 horas semanais, fato observado na Figura 2. Observou-se que 20 (32%) profissionais têm

dois ou mais empregos (1 enfermeira, 3 enfermeiras obstetras, 8 técnicas de enfermagem e 8 auxiliares de enfermagem)



Fonte: Londrina, 2009

Figura 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Londrina (PR), segundo número de empregos.

O tempo de experiência profissional no atendimento a mulheres em trabalho de parto e parto, conforme mostra a Tabela 5, variou de 7 a 265 meses, com uma média de 102,3 meses. Observa-se que os profissionais de enfermagem que atuam na maternidade “luz” têm o maior tempo de experiência na área.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades de Londrina (PR), segundo o tempo de trabalho na assistência ao parto.

TEMPO DE TRABALHO	Enfermeira			Enfermeira Obstetra			Auxiliar de Enfermagem			Técnico de Enfermagem		
	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz
Menos que 12 meses	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 a 24 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
24 a 36 meses	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3	-	-
36 a 48 meses	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
48 a 60 meses	-	2	-	1	-	-	4	-	-	-	-	-
60 a 72 meses	-	-	-	-	1	-	1	4	-	-	7	-
72 a 84 meses	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3	-
84 a 96 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96 a 108 meses	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-
108 a 120 meses	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	2
Mais de 120 meses	-	-	-	-	-	3	1	-	9	-	-	5
TOTAL	2	3	-	2	1	5	10	6	12	5	10	7

Fonte: Londrina, 2009

Quanto ao compromisso de atualização da prática profissional, nos últimos cinco anos, observa-se na Tabela 6 que os profissionais que mais participaram de eventos de atualização foram os pertencentes à maternidade “luz”, sendo o curso mais realizado o de Assistência ao Parto Humanizado.

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das maternidades do município de Londrina (PR), segundo os cursos de atualização realizados nos últimos cinco anos.

CURSO DE ATUALIZAÇÃO	Lua	Sol	Luz
Jornada de Aleitamento Materno	-	02	05
Reanimação Neonatal	03	-	10
Assistência ao Parto Humanizado	-	-	24
Congresso Latino-Americano Obstetrícia	-	01	01
Congresso Brasileiro de Transmissão Vertical	01	-	03
Simpósio de Aleitamento Materno	-	05	02
Jornada Ginecologia e Obstetrícia	-	02	01
Total	04	10	46

Fonte: Londrina, 2009

Dos 63 profissionais entrevistados, 40 responderam que não aprenderam a realizar partos. Dos 23 que aprenderam, 19 referiram que aprenderam com profissionais de nível superior. Apenas três enfermeiras obstetras referiram atuar na realização do parto, todas pertencem a maternidade “luz”. As enfermeiras obstetras relataram que realizam o parto normal sem distócia, indicam o uso de ocitocina em algum momento do trabalho de parto, de acordo com a necessidade, geralmente para encurtar o período expulsivo, fato este discutido com o médico de plantão.

No que se refere às condutas realizadas no momento do parto, 100% referem que realizam a episiotomia quando necessária, utilizando a anestesia local para esta prática. Todas referiram realizar a episiorrafia. O bloqueio do nervo pudendo não faz parte da prática profissional das enfermeiras obstétricas que realizam partos nas instituições pesquisadas.

Todas as profissionais que realizam partos na instituição referiram que os realizam independente da presença do médico, porém todos os partos são registrados no adendo de internação hospitalar – AIH – como procedimento realizado pelo profissional médico.

4.2 Caracterização da atenção obstétrica: descrição do observado nas unidades de admissão, pré-parto, parto e pós-parto imediato

Durante a realização desta etapa, foram observados 92 partos sequencialmente, durante a admissão, no trabalho de parto e parto e no pós-parto imediato, em todas as instituições pesquisadas. Na maternidade “luz” foram observados 60 gestantes (50 gestantes evoluíram partos vaginais e 10 cesáreas); na maternidade “sol” foram 16 gestantes observadas (10 gestantes evoluíram para cesárea e 6 para parto vaginal); e na maternidade “lua” foram 16 gestantes observadas (2 evoluíram para parto vaginal e 14 gestantes evoluíram para cesárea).

Foi possível constatar que, nas maternidades “luz” e “sol”, o profissional médico é o responsável pela admissão; a equipe de profissionais de enfermagem realizam apenas os SSVV e coletam exames quando solicitados. Na maternidade “lua”, os auxiliares e técnicos de enfermagem fizeram o atendimento dos 16 partos observados; a enfermeira não participou do acolhimento das pacientes, somente teve contato com a paciente no pós-parto.

Quanto à presença de acompanhante durante o processo de nascimento, podemos observar que nas maternidades “sol” e “lua” não presenciamos acompanhantes em nenhuma fase do processo de nascimento. Na maternidade “luz”, o acompanhante é permitido em todo processo, de forma rotineira nos partos vaginais; somente nas cesáreas, o acompanhante aguarda na admissão e após o nascimento se encontra com a paciente na sala de apoio, para acompanhar o banho do recém-nascido.

Observou-se ainda que, nas três instituições pesquisadas, as fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) são preenchidas e assinadas pelo médico.

4.2.1 Admissão da parturiente

Foram observados 92 exames de admissão durante o período de coleta de dados nos períodos matutino, vespertino, e noturno par e ímpar. Na maternidade “luz” foram observados 60 exames de admissão, nas maternidades “sol” e “lua”, 16 admissões em cada instituição.

A Tabela 7 apresenta a frequência das atividades realizadas durante a admissão de 92 gestantes pelos profissionais de saúde nas instituições estudadas.

Entre as atividades realizadas, observamos que o encaminhamento da gestante para a sala de exames e a aferição de pressão arterial foram efetuados para todas as gestantes nas três instituições estudadas.

Foi possível constatar que a realização de tricotomia e enema foram abolidos como prática rotineira nos procedimentos obstétricos nas maternidades participantes deste estudo.

Pudemos constatar que todo procedimento de admissão coube aos auxiliares e técnicos de enfermagem e ao profissional médico; tanto a enfermeira quanto a enfermeira obstétrica não são elementos participativos desse processo.

Vale salientar que o exame de toque vaginal foi realizado mais de uma vez em cada gestante nas maternidades “luz” e “sol”; todos os exames foram realizados pela equipe médica. Esse fato pode ser explicado por essas duas instituições serem campo de estágio para alunos de graduação do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina.

Algumas atividades não foram realizadas para as gestantes em nenhuma das três instituições pesquisadas, como se identificar para a gestante e a conferência da idade da mulher. Na maternidade “lua”, todos os procedimentos na admissão foram realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Interessante salientar que a dinâmica uterina não é uma prática muito realizada na admissão da gestante por nenhuma categoria profissional nas maternidades estudadas, apenas realizada em 16 gestantes pelos médicos na maternidade “luz”. Outro fato que chama a atenção é o baixo número de realizações do cálculo da idade gestacional, tanto pelo tempo de amenorréia quanto pela ultrassonografia, pois a equipe de enfermagem não realizou essa prática em nenhuma das gestantes, nas três instituições pesquisadas.

Tabela 7 - Distribuição da frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde das maternidades de Londrina (PR), segundo a categoria profissional, durante a admissão das 92 gestantes observadas.

Atividade	Auxiliar de Enfermagem			Técnico de Enfermagem			Médico ou Estudante de Medicina			TOTAL
	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	
Identifica-se para a gestante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encaminha a gestante para a sala de exames	6	3	42	10	6	13	-	7	5	92
Solicita o cartão de pré-natal	-	-	12	-	-	11	-	16	37	76
Aferição de pressão arterial	10	7	47	6	7	13	-	2	-	92
Questiona a queixa do momento	2	-	10	3	-	12	-	16	36	79
Calcula a idade gestacional com base na amenorréia	-	-	-	-	-	-	-	16	60	76
Calcula a idade gestacional com base na USG	-	-	-	-	-	-	-	16	36	52
Confere a idade da gestante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toque vaginal	-	-	-	-	-	-	-	24	138	162
Ausculata de BCF	10	-	-	6	-	-	-	16	52	84
Palpação Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	3	12	15
Diagnóstico de trabalho de parto	-	-	-	-	-	-	-	16	36	52
Dinâmica Uterina	-	-	-	-	-	-	-	16	-	16
Amnioscopia	-	-	-	-	-	-	-	2	16	18
Indica cardiotocografia	-	-	-	-	-	-	-	6	53	59
Realiza a cardiotocografia	-	7	40	-	7	12	-	2	-	68
TOTAL	28	17	151	25	20	61	-	158	481	941

Fonte: Londrina, 2009

Quando analisamos o número total de atividades realizadas nas instituições participantes deste estudo, observamos que 32,1% (302) do total das atividades de admissão das parturientes, nas maternidades pesquisadas, durante o período de coleta de dados, foram realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

4.2.2 Observação no trabalho de parto

Durante a observação das gestantes em trabalho de parto, pudemos observar que, na maternidade “luz”, 50 gestantes evoluíram para parto normal e 10 gestantes foram submetidas a cesariana; na maternidade “sol”, 10 gestantes evoluíram para cesárea e 6 para parto vaginal; e na maternidade “lua”, 14 gestantes foram submetidas a cesariana e apenas 2 evoluíram para parto vaginal.

Na Tabela 8, podemos observar a distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, segundo categoria profissional, durante o atendimento da mulher aos 92 trabalhos de parto observados. Levando-se em conta o total das atividades realizadas (1928), pudemos constatar que a equipe de enfermagem realizou cerca de 60% (1145) dos procedimentos.

Entre as atividades observadas estão aquelas executadas com maior frequência durante o trabalho de parto: a verificação dos batimentos cardíaco-fetais (BCF) com 51,8% (1000) do total de procedimentos realizados nas três instituições, seguido da realização do toque vaginal, com 11,6% (225).

Observamos que os procedimentos não farmacológicos para alívio da dor não fazem parte da rotina das maternidades “sol” e “lua”. Na maternidade “luz”, a equipe de enfermagem estimula a prática de várias atividades, como banho de relaxamento (100), estímulo a deambulação (42), massagem (36), exercícios na bola (80) e no cavalinho (10), perfazendo um total de 13,9% (268).

Tabela 8 - Distribuição da frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde das maternidades de Londrina (PR), segundo a categoria profissional, durante o pré-parto das 92 parturientes observadas.

Atividade	Auxiliar e Técnica de Enfermagem			Enf. e Enf. Obstétrica			Médico ou Estudante de Medicina			TOTAL
	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	
Encaminha para o banho	16	6	54	-	-	2	-	-	-	78
Ausculda de BCF	16	-	448	-	-	28	-	16	492	1000
Oferece líquidos	-	-	65	-	-	52	-	-	-	117
Oferece alimento	-	-	12	-	-	22	-	-	-	34
Afere a pressão arterial	10	5	19	-	-	3	-	-	-	37
Realiza toque vaginal	-	-	-	13	-	64	-	-	148	225
Verifica dinâmica uterina	-	-	-	2	-	12	-	-	12	26
Realiza massagem	-	-	-	-	-	36	-	-	-	36
Encaminha para banho de relaxamento	-	-	52	-	-	48	-	-	-	100
Encaminha para deambulação	-	-	26	-	-	16	-	-	-	42
Faz uso da bola	-	-	34	-	-	46	-	-	-	80
Faz uso do cavalinho	-	-	4	-	-	6	-	-	-	10
Encaminha para analgesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Solicita administração de ocitocina	-	-	-	-	-	-	5	6	34	45
Solicita administração de outros medicamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indica amniotomia	-	-	-	-	-	2	-	-	10	12
Utiliza o partograma	-	-	-	-	-	26	-	-	60	86
TOTAL	42	11	714	15	-	363	5	22	756	1928

Fonte: Londrina, 2009

Notamos a ausência de algumas atividades para as parturientes, como, por exemplo, a mensuração da altura uterina e da circunferência abdominal, a realização de analgesia, atividades importantes para a qualidade da assistência prestada.

A amniotomia foi indicada apenas em 12 vezes, todas na maternidade “luz”, sendo que em 2 vezes a enfermeira obstetra indicou a ruptura artificial.

O uso de métodos farmacológicos para alívio da dor, durante o trabalho de parto e parto, não foi observado em nenhuma das três maternidades pertencentes a este estudo.

Observamos que, ao realizar o toque vaginal (225), a dilatação cervical foi o parâmetro realizado com maior frequência (186), seguido da descida fetal (45). Não foram observadas referências às características da bacia e variedade de posição.

Foram 45 as indicações de ocitocina, todas realizadas por médicos, sendo 5 vezes na maternidade “lua”, 6 vezes na maternidade “sol” e 34 vezes na maternidade “luz”.

A dinâmica uterina é uma prática muito pouco utilizada (26) para avaliação do trabalho de parto nas instituições estudadas nesta pesquisa.

Salientamos a ausência de utilização do partograma nas maternidades “lua” e “sol”. Na maternidade “luz”, as anotações referentes à evolução do trabalho de parto foram feitas tanto pelas enfermeiras obstetras quanto pelos médicos em 100% dos partos observados durante a coleta de dados.

Vale ressaltar que na prática a atuação da enfermeira obstetra, realizando atividades no controle do trabalho de parto, se dá de forma mais atuante (363) na maternidade “luz”. Observamos também que a forma de atuação das enfermeiras e enfermeiras obstetras nas maternidades “sol” e “lua” se dá pelo trabalho burocrático e pouco assistencialista.

4.2.3 Observação no parto vaginal e pós-parto imediato

Foram observados 58 partos vaginais, dos quais 50 aconteceram na maternidade “luz”, seis na maternidade “sol” e dois na maternidade “lua”.

Dentre os partos realizados no período de observação, nas maternidades participantes deste estudo, 52 foram assistidos por médicos e seis partos foram

assistidos por enfermeira obstetra. A tabela 9 apresenta a distribuição das frequências dos partos realizados pelos profissionais de saúde das maternidades estudadas.

Em nenhum dos partos vaginais a parturiente pode escolher a posição desejada para parir; todos foram realizados na posição de litotomia, com o dorso materno na posição horizontal, as coxas fletidas e sustentadas por perneiras. Também não foram oferecidos líquidos para as parturientes. Em todos os partos houve a presença de acompanhante.

Tabela 9 - Distribuição da frequência dos partos vaginais realizadas pelos profissionais de saúde das maternidades de Londrina (PR), segundo a categoria profissional.

Maternidade	Profissionais de Saúde					
	Médico		Enf. Obstetra		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
"lua"	2	3,5	0	0	2	3,5
"sol"	6	10,3	0	0	6	10,3
"luz"	44	75,9	6	10,3	50	86,2
TOTAL	52	89,7	6	10,3	58	100,0

Fonte: Londrina, 2009

A seguir, na tabela 10, observamos a frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, durante a observação, no período expulsivo das 58 parturientes assistidas nas instituições estudadas.

Tabela 10 - Distribuição da frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde das maternidades de Londrina (PR), segundo a categoria profissional, durante o período expulsivo das 58 parturientes observadas.

Atividade	Auxiliar e Técnica de Enfermagem			Enf. e Enf. Obstetra			Médico ou Estudante de Medicina			TOTAL
	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	
	Estímulo para puxo	2	2	4	-	-	12	-	-	
Episiotomia	-	-	-	-	-	-	2	6	46	54
Anestesia antes da episiotomia	-	-	-	-	-	-	2	6	46	54
Uso de medicamento: ocitocina	-	-	-	-	-	-	2	6	20	28
Manobra de Kristeller	1	-	10	-	-	5	-	-	-	16
Proteção perineal	-	-	-	-	-	6	2	6	26	40
TOTAL	3	2	14	-	-	23	8	24	168	242

Fonte: Londrina, 2009

A manobra de Kristeller foi realizada em 16 (27,5%) parturientes, todas as vezes realizada pela equipe de enfermagem; 15 aconteceram na maternidade “luz” e 1 na maternidade “lua”.

Houve a prescrição de ocitocina em 50 partos, todos assistidos por médicos. Não foi observado a prescrição de ocitocina para as parturientes assistidas pelas enfermeiras obstetras.

A episiotomia foi realizada em 93,1% (54) dos partos vaginais observados, porém não foi realizada nos partos assistidos pelas enfermeiras obstetras. Vale lembrar que houve a realização de anestesia local antes da realização da episiotomia em 100% (54) dos partos observados. Não foi observado a prática de bloqueio regional em nenhuma das maternidades estudadas.

A proteção perineal foi realizada em 68,9% (40) dos partos observados durante o estudo. Nota-se a realização dessa prática em 100% (6) dos partos assistidos pelas enfermeiras obstetras.

No pós-parto, fizemos a observação do quarto período clínico do parto, que se dá na primeira hora após o parto, dos 58 partos vaginais assistidos durante o período da coleta de dados. Na Tabela 11 mostramos as atividades realizadas nesse período, de acordo com a categoria profissional. Ressaltamos que as atividades foram realizadas exclusivamente pela equipe de enfermagem, nas três instituições pesquisadas.

Tabela 11 - Distribuição da frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde das maternidades de Londrina (PR), segundo a categoria profissional, durante a assistência pós-parto das 58 puérperas observadas.

Atividade	Auxiliar e Técnica de Enfermagem			Enf. e Enf. Obstetra			Médico ou Estudante de Medicina			TOTAL
	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	Lua	Sol	Luz	
Obs. consistência uterina	-	-	12	-	-	-	-	-	-	12
Obs. Sangramento	-	-	16	-	-	12	-	-	-	28
Altura uterine	-	-	4	-	-	10	-	-	-	14
Pressão arterial	-	-	26	-	-	-	-	-	-	26
TOTAL	-	-	58	-	-	22	-	-	-	80

Fonte: Londrina, 2009

Observamos que o atendimento às puérperas durante o quarto período clínico é inexistente nas maternidades “sol” e “lua” e muito pouco executada na maternidade “luz”. Entre as práticas menos verificadas estão a observação da

consistência uterina (12) e verificação da altura uterina. Vale ressaltar que a alta para o setor de alojamento conjunto é responsabilidade da enfermeira obstetra na maternidade “luz” e que, conforme observado, limita-se à conferência do prontuário e dos documentos nele existentes.

Na recepção do recém-nascido, pudemos observar, nas três maternidades participantes deste estudo, que a enfermeira obstetra, a técnica de enfermagem e o médico pediatra são os responsáveis pela assistência prestada. O contato mãe-filho na primeira meia-hora, contato pele a pele, a aspiração de vias aéreas superiores e a secagem do recém-nascido foram atividades realizadas de forma rotineira nas instituições pesquisadas.

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 A equipe de enfermagem

Os profissionais de enfermagem que prestam atendimento à parturiente nas instituições estudadas da cidade de Londrina caracterizam-se por pertencerem exclusivamente ao sexo feminino (100%); a maioria apresenta união conjugal estável (68,3%), com idade média de 38,1 anos. Além disso, 79,4% experimentaram a maternidade. Esses dados são semelhantes entre as três instituições pesquisadas. A população estudada também apresenta como característica o longo tempo de experiência profissional e a realização de extensa carga horária semanal devido ao baixo nível de remuneração. Estes dados se assemelham ao estudo realizado por Dotto (2006) no município de Rio Branco/AC, onde os profissionais que atendem ao parto configuram-se como pessoas que já passaram dos 40 anos, convivem com parceiro sexual, têm experiência de ter tido filhos e possuem longa experiência profissional.

Em relação à jornada de trabalho, 68% dos profissionais de enfermagem têm um emprego, diferindo da realidade encontrada por Fornazari (2009) no município de Piracicaba/SP, onde 80,7% dos trabalhadores têm um emprego. Dados semelhantes, no entanto, são encontrados em Rio Branco/AC por Dotto e em Araraquara/SP por Cagnin (2008), onde, em ambos, 68% dos profissionais de enfermagem tinham um emprego.

No presente estudo, em relação à formação profissional, observa-se que 13 (20,6%) da amostra têm nível superior, sendo 5 (7,9%) enfermeiros e 8 (12,6%) enfermeiros obstetras. Há predominância de profissionais de nível médio, totalizando 50 (79,3%) profissionais. Tais achados se assemelham aos dados encontrados por Fornazari (2009), nos quais a porcentagem de profissionais de nível superior é de 21% e de nível médio 79%. Contrapõe-se, no entanto, aos achados de Dotto (2006), em que 30% dos profissionais são de nível superior; Cagnin (2008), em estudo semelhante realizado em Araraquara/SP, encontra 54,5% de enfermeiras, todas especialistas.

Nos países da América Latina, há predomínio de profissionais de nível médio como força de trabalho da enfermagem, variando a composição entre 52,7% e 87,8% de auxiliares e técnicos de enfermagem. Apenas o Panamá, México e Porto Rico diferem desses dados, apresentando índice menor que 50% (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, PAHO, 2005).

O exercício da enfermagem, enquanto profissão, nas maternidades pesquisadas, é regido pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e permite aos profissionais habilitados o exercício da profissão perante registro no Conselho Regional de Enfermagem da região de atuação (BRASIL, 2002).

O exercício da enfermagem em âmbito hospitalar é caracterizado por longas jornadas de trabalho e estresse: trabalho noturno, rodízios de turnos, gerando uma sobrecarga física e mental. Há também a existência da dupla jornada de trabalho, por agregarem a função de cônjuges e mães, criando múltiplos papéis e exigências de caráter social. Segundo Spindola e Santos (2003) a mulher se sente sobrecarregada com o acúmulo dessas funções, apesar de valorizar suas atividades profissionais (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

A média de carga horária de trabalho encontrada neste estudo foi de 64,25 horas, muito semelhante ao encontrado por Dotto (2006), que observa 64,37 horas, o que excede muito a carga horária máxima indicada para os países da América Latina, que estabelece a jornada de oito horas diárias e 45 horas semanais (PAHO, 2005).

De acordo com estudos de Portela, Rotemberg e Waissmann (2005) o excesso de carga horária no trabalho está associada ao aparecimento de ansiedade, tensão, insônia e falta de tempo para descansar, gerando conflitos no manejo do lar.

Em estudos realizados por Girardi e Carvalho (2002), no Brasil, os técnicos e auxiliares de enfermagem recebem em média 41,9% do salário das enfermeiras. Em nosso estudo observamos que a média de salários dos profissionais de enfermagem de nível médio que atendem a mulher durante o trabalho de parto e parto corresponde a 28,6% da remuneração média das enfermeiras, resultado muito próximo ao encontrado por Dotto (2006) entre os profissionais de enfermagem que assistem ao parto nas instituições de Rio Branco, correspondendo a 33,7% da remuneração das enfermeiras, e por Cagnin (2008), que encontrou em Araraquara

uma média de 39,3% correspondente à média dos salários dos profissionais de nível médio em relação a remuneração das enfermeiras.

Percebemos, ao comparar as instituições participantes deste estudo, que há uma grande diferença entre a remuneração dos profissionais de enfermagem; elas nos mostram uma diferente realidade, apesar das médias mostrarem um nivelamento entre as classes. A equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem da maternidade “luz” recebe uma remuneração 18% superior quando comparados às enfermeiras e enfermeiras obstetras da maternidade lua. Esse fato se dá devido à forma de contratação dos mesmos, segundo a qual funcionários públicos municipais recebem valores superiores em seus rendimentos e cumprem uma jornada de trabalho menor.

Quanto à participação em eventos científicos, observamos que os profissionais estudados têm pouca participação na área de saúde da mulher. Os dados mostram que na maternidade “luz” os profissionais têm uma participação 76,6% maior do que os profissionais das maternidades “sol” e “lua”. A realidade encontrada foi semelhante a encontrada nos estudos sobre o perfil dos profissionais que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera nas instituições de Rio Branco, no Acre (DOTTO, 2006) e no interior de São Paulo, em Sorocaba (GARDENAL, 2002).

Em estudo realizado por Urbano (2002) sobre a participação em eventos científicos na área profissional, constata-se que estamos no momento de rápidas mudanças tecnológicas e de conhecimento, o que implica a busca de atualizações em outras fontes, como seminários, congressos, conferências e fontes informatizadas.

A prática de atividades de capacitação é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois a equipe de enfermagem é formada por profissionais heterogêneos, principalmente pelo número de anos estudados (DAVIM, et al., 1999).

Notamos em nosso estudo, analisando os profissionais de enfermagem, que nem todas as maternidades do município de Londrina atendem na sua totalidade à definição de profissional qualificado da Confederação Internacional das Parteiras, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004b). Embora oito enfermeiras (61,5%) atendam aquele perfil, ao analisarmos cada instituição, observamos que, na maternidade “luz”, todas as

enfermeiras apresentam a especialização em obstetrícia, o que não acontece nas outras duas instituições.

Segundo estudos de Starrs (1998), o pessoal qualificado para atender o parto e nascimento pode ser uma parteira profissional, uma enfermeira com especialização em obstetrícia ou médico com especialização e experiência específica.

A qualificação profissional das enfermeiras é importante para que esta possa acompanhar os avanços tecnológicos e as transformações na sociedade, com o intuito de melhorar a assistência prestada aos clientes e atuar de forma crítica e reflexiva no âmbito profissional (ONOFRE et al, 1990).

Em nosso país, os profissionais legalmente habilitados para realizar o parto são o médico, enfermeiro, enfermeiro obstétrico e obstetriz (parteira profissional). Vale lembrar que o enfermeiro, sem a especialidade em obstetrícia tem qualificação profissional apenas para realizar o parto sem distócia e sem episiotomia e episiorrafia, conforme regulamentação do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional do Enfermeiro e dos profissionais portadores de diploma ou com especialização em Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica (BRASIL, 2002).

Algumas atividades realizadas pelas enfermeiras participantes deste estudo não são regulamentadas pela legislação vigente no Brasil, como, por exemplo, a instalação de ocitocina em algum momento do parto. Todas as enfermeiras relataram também a realização de episiotomia, episiorrafia e a utilização de anestésico local.

Em nossa legislação, a Resolução do COFEN nº 317/2007, estabelece em seu Art. 1º que é ação de Enfermagem, quando praticada pelo Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos e no Art. 2º diz que esta ação estará limitada legalmente, através da implantação de Programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em instituições de saúde, pública ou privada. Nas instituições participantes deste estudo, não há protocolo de assistência que regulamenta a ação do profissional enfermeiro quanto à solicitação de administração de medicamentos. Portanto, estes profissionais realizam procedimentos sem respaldo legal para tal.

Se compararmos com as ações regulamentadas internacionalmente, observamos que as Competências Essenciais para o Exercício Básico da

Obstetrícia, segundo a Confederação Internacional das Parteiras (ICM), preconizam as habilidades básicas e adicionais para os profissionais que prestam cuidados durante o parto e nascimento (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002). Entre as competências essenciais, destacamos a realização de episiotomia e a episiorrafia e a condução ativa do terceiro período com administração de ocitocina, as quais são classificadas como habilidades preconizadas para o atendimento de forma qualificada (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Outro fato relevante é o registro de todos os partos realizados pelas enfermeiras no adendo de internação hospitalar (AIH) como procedimento médico, atividade essa contrária ao que rege a legislação brasileira, que regulamenta a realização de parto normal sem distócia pelo enfermeiro obstetra, inclusive com a emissão de AIH. Acreditamos que este fato se dá devido à falta de organização dos enfermeiros para a elaboração de um protocolo que assegure as suas ações na assistência ao parto. Nestas instituições, mesmo que as enfermeiras prestem assistência ao parto, esse fica caracterizado como procedimento médico, resultando em questões éticas e legais, pois o mesmo responde legalmente por um procedimento que, na verdade, não realizou.

A Organização Mundial de Saúde considera que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, o enfermeiro é o profissional mais indicado para atender a mulher durante a gestação e parto. Acredita que é o profissional com menor custo e maior efetividade para o alcance da maternidade segura, que contribui para a diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal e dos custos da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

O governo brasileiro tem procurado fomentar a capacitação de recursos humanos, entre eles o enfermeiro obstetra, no sentido de reverter a situação de alta morbi-mortalidade materna e neonatal do país através da qualificação do pessoal que atende a mulher e o recém-nascido, passando a publicar dispositivos no sentido de valorizar o papel do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto, por meio de Portarias, especialmente quando faz a inclusão, na tabela do pagamento do SUS, o parto feito por elas e quando inclui, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e na Tabela de Sistemas de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o grupo de procedimentos para Parto Normal

sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra e aprova o Laudo de Enfermagem para a emissão de Autorização de Internação Hospitalar.

Portanto, entendemos que os enfermeiros, além de incorporar as recomendações relacionadas à capacitação profissional, devem ter participação ativa e o desejo de converter-se em um agente de mudança para um modelo de atenção obstétrica e neonatal mais humano, menos intervencionista, e que se fundamente nas melhores práticas e na evidência científica. Nesse sentido, a preocupação com a qualidade do ensino, com a formação dos enfermeiros no atendimento à mulher em todo o período reprodutivo constitui-se em prioridade, se estivermos realmente interessadas em auxiliar na tarefa de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, reduzir os altos índices de cesariana, muitas vezes desnecessárias e mudar o modelo assistencial em obstetrícia no nosso país.

5.2 Atenção durante o trabalho de parto e parto: descrição do observado

Para a definição das políticas de saúde, é importante que exista uma avaliação das competências da equipe de profissionais da área de saúde. Também é de suma importância que haja uma avaliação do desempenho organizacional, no gerenciamento dos riscos à saúde e na avaliação da eficácia dos programas de treinamento e formação dos profissionais (KAK; BURKHALTER; COOPER, 2001).

Com o intuito de oferecer uma assistência com qualidade, o profissional de saúde necessita dominar um grande número de competências. A avaliação dessas competências deve ser planejada para contemplar áreas de alto risco ou críticas (KAK; BURKHALTER; COOPER, 2001).

O modelo de cuidado prestado pela enfermagem na área de obstetrícia deve estar focado na humanização de suas práticas, contemplando ações sociais, culturais e econômicas onde devem estar contempladas a assistência à mulher, à criança e à família (SILVA, et al., 2005).

Foi possível observar que existem diferenças no modelo de assistência adotado pelas instituições que prestam assistência ao parto no município de

Londrina. Percebemos que apenas a maternidade “luz” prioriza a qualificação profissional na execução das atividades junto à mulher em trabalho de parto e parto, diferindo das outras instituições, onde enfermeiros exercem um papel extremamente burocrático e pouco assistencialista, o que contradiz o modelo assistencial qualificado estimulado pela OMS.

A presença de acompanhante não é uma prática permitida de forma rotineira nas instituições estudadas em Londrina. Percebemos que nas maternidades “lua” e “sol” esta prática é pouco estimulada, ao contrário da maternidade “luz”, onde o acompanhante é estimulado a permanecer ao lado da parturiente até o nascimento. Percebemos, nos momentos de observação, que as pacientes que têm companhia no pré-parto e parto ficam mais tolerantes e menos ansiosas com o desenrolar do trabalho de parto e parto, devido a sentirem-se mais seguras e menos solitárias.

Em nosso país, temos a lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de os serviços de saúde do SUS e saúde suplementar permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Em estudo realizado por Costa (2004), observa-se que 65,3% dos municípios brasileiros não permitem a presença de acompanhante no período de trabalho de parto e do parto. Ressaltamos que a vigência dessa lei não garante sua implementação, necessitando de um processo de organização dos serviços e dos profissionais para absorverem essa prática. (BRÜGGEMANN; OSSIS; PARPINELLY, 2007). Pois, conforme Schneider (2008) refere, as condições humanizadas são necessárias para o acolhimento dos acompanhantes, contemplando o local adequado para a realização das refeições, higiene e conforto.

Apesar dos benefícios dessa prática e da legislação vigente, o que se observa é o despreparo dos profissionais em lidar com a figura do acompanhante/pai como alguém participando do processo de nascimento. Por outro lado, sabe-se que mudanças na estrutura e processo de trabalho cria novas necessidades. Neste caso específico, onde mais um elemento é incluído no processo de parturição, gera novas demandas para a parturiente e para os profissionais. Portanto, o papel institucional é muito importante na adoção de práticas que facilitem a mudança de paradigma da assistência ao parto e ao nascimento para uma atenção mais humanizada. Porém, muito se tem que avançar na adoção dessas práticas, a fim de não se discriminar ou condicionar a presença do acompanhante ao tipo de parto ou outro pré-requisito.

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna, procurando garantir que a equipe de saúde realize procedimentos benéficos e evite intervenções desnecessárias. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) determina algumas ações importantes na assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal, sendo a identificação da história da parturiente imprescindível para a sua admissão. O MS traz que se deve fazer um levantamento completo das informações contidas no cartão de pré-natal e identificar possíveis complicações no trabalho de parto e parto e, dessa forma, individualizar a assistência. É dever do profissional de saúde acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, estabelecer vínculo e explanar os diversos significados da gestação para a mulher e sua família (BRASIL, 2005).

No acolhimento, o profissional deve estar apto para receber a mulher, desde a sua chegada na unidade de saúde, ouvindo suas queixas, angústias, e prestando assistência de forma completa, garantindo ampla articulação com demais serviços (BRASIL, 2005). Em nosso estudo, percebemos que esta prática é realizada por profissionais de nível médio, que desenvolve atividades de baixa complexidade, ficando a cargo do médico os procedimentos mais complexos. Vale destacar que, em nossos achados, constatamos que não faz parte do atendimento a conferência dos dados pessoais da gestante no cartão de pré-natal e a identificação do profissional que faz o acolhimento.

Não observamos a realização da Consulta de Enfermagem pelo enfermeiro ou enfermeiro obstétrico, conforme determina a legislação brasileira. Fato semelhante foi encontrado por Dotto (2006) no município de Rio Branco/AC, por Cagnin (2008) no município de Araraquara/SP e por Fornazari (2009) no município de Piracicaba/SP (2009).

Segundo Witt (2005), a principal recomendação para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal é que todas as mulheres sejam atendidas por pessoal qualificado. A importância do trabalho da enfermagem, expresso no reconhecimento de que os enfermeiros possuem um papel fundamental no desempenho das funções essenciais de saúde pública, tem sido reconhecida no Brasil pelos gestores e pela população; a dúvida continua sendo dos enfermeiros, por não atuarem nos seus devidos espaços (WITT, 2005).

Um dos maiores desafios da obstetrícia moderna é assegurar a qualidade da assistência à parturiente. O resgate da humanização e naturalização do parto toma força no Projeto Maternidade Segura em 1996, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu estratégias no sentido de assegurar práticas seguras para o atendimento a gestações e partos, publicando guias práticos para a assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Em uma dessas publicações, a OMS faz uma cuidadosa revisão das práticas correntemente adotadas no parto, classificando-as em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação às quais não existem evidências claras e práticas frequentes utilizadas de modo inadequadas.

Em nosso estudo, encontramos algumas práticas adotadas nas maternidades estudadas em Londrina de acordo com as recomendações da OMS. A tricotomia e o enema, práticas consideradas como prejudiciais, não foram observadas como práticas rotineiras nas instituições estudadas. A mulher deve receber orientações sobre essas práticas, de forma imparcial, durante o pré-natal e escolher de forma consciente a sua realização ou não (BRASIL, 2001). De forma contrária às recomendações da OMS, ainda existem instituições no Brasil que a realizam de forma rotineira (REIS; PATRÍCIO, 2005).

O preparo intestinal no pré-parto foi introduzido na prática obstétrica com o suposto benefício de que facilitaria a descida da cabeça fetal, estimularia as contrações e assim encurtaria o trabalho de parto; ainda haveria uma redução da contaminação no momento do parto, minimizando os riscos de infecção da mãe e bebê. Contudo, as evidências científicas demonstram que seu uso rotineiro não traz benefícios para o binômio. Em um estudo realizado sobre a contaminação fecal durante a evolução do trabalho de parto e parto, observa-se que não houve aumento de infecções genitais, nem diminuição da duração do trabalho de parto e parto, não diferindo entre gestantes de diferentes paridades (LOPES et al., 2001). Todavia, muitos serviços ainda mantêm seu uso habitual.

Outra questão importante referente ao suporte durante o trabalho de parto é a alimentação da parturiente. A OMS (2001) recomenda que seja oferecida alimentação às parturientes em trabalho de parto e que elas tenham acesso à hidratação. Devem ser ofertados líquidos de alto valor calórico e de fácil digestão. O

trabalho de parto pode demorar horas e o período expulsivo exige esforço físico. Devido a esses fatores, as parturientes necessitam manter-se hidratadas e alimentadas. A ingestão de líquidos também se faz importante porque evita a desidratação. Entretanto, a crença na restrição e suspensão de alimentos, sólido ou líquido, após o início do trabalho de parto, é amplamente aceita nas instituições hospitalares na atualidade.

Observamos em nosso estudo que a oferta de líquidos e alimentos somente é estimulada na maternidade “luz”, onde são ofertados líquidos (chá e água) e sopas, sendo suspensa somente quando há indicação de cesariana.

A fome obrigatória pode ser uma experiência muito desagradável, agravada pelo esforço do trabalho de parto, que pode ser comparada ao esforço de exercício moderado contínuo. O jejum forçado pode levar a progresso insatisfatório no trabalho de parto, diagnóstico de distócia e cascata de intervenções que culminam numa cesariana (ENKIN et al., 2005).

O profissional de saúde deve levar em consideração o respeito à autonomia da parturiente, e o favorecimento a melhores condições físicas e emocionais durante o trabalho de parto passa necessariamente pela reavaliação de condutas restritivas à alimentação durante o processo.

Outro aspecto relacionado com a assistência humanizada durante o parto é o estímulo a deambulação. De acordo com estudos de Oliveira et al (2008), a liberdade de movimentos favorece a descida fetal e diminui a percepção de dor; como consequência, há menor intervenção na correção da dinâmica uterina e menor necessidade de utilização de métodos farmacológicos para o alívio da dor. Nossos achados mostram que a prática é estimulada somente na maternidade “luz”, pela equipe de profissionais de enfermagem.

Mamede (2005), em seu estudo sobre a influência da deambulação durante o trabalho de parto, observa que as parturientes, mesmo tendo a liberdade de se deitarem quando tivessem vontade, apresentaram grande potencial de adesão para a deambulação. A autora reforça que muitas mulheres movimentar-se-iam, caso houvesse, na instituição, permissão para tal, mas somente o fariam se fossem instruídas ou encorajadas a experimentar a posição de pé (vertical) ou a deambulação. Complementa ainda a autora dizendo que nos ambientes em que as mulheres são encorajadas a movimentar-se. Quando há condições estruturais para tal, como espaço físico, disposição do mobiliário, as parturientes acabam por utilizar

posições variadas que implicam movimentação, incluindo as caminhadas, banhos, ajoelhar-se, entre outros.

O banho de relaxamento também é uma medida de humanização da mulher em trabalho de parto. Davim et al. (2008) afirmam que o banho é uma medida de conforto para a parturiente, pois proporciona o alívio da dor sem interferir na progressão do trabalho de parto. Percebemos o banho de relaxamento como uma prática rotineira na maternidade “luz”. Assim há necessidade de que essa prática seja mais estimulada durante a assistência prestada nas maternidades em estudos.

Os procedimentos mais observados durante a admissão foram o toque vaginal (176%), aferição de pressão arterial (100%) e ausculta de batimentos cardíacos (91,30%). Destacamos a não realização da dinâmica uterina em todos os atendimentos (16,30%). A dinâmica uterina é essencial para a avaliação do diagnóstico e evolução do trabalho de parto. Deve ser realizada durante 10 minutos e ser considerada a frequência e intensidade das contrações.

Vale salientar que todas as instituições pertencentes a este estudo possuem o cardiotocógrafo. Esse equipamento muitas vezes é utilizado de forma errônea, somente para a visualização impressa da dinâmica uterina. Santos (2000) diz em seu estudo que a cardiotocografia é a análise das repercussões das contrações uterinas sobre os batimentos cardíacos (BCF), sendo indicado para intercorrências e patologias que impliquem na falha de oxigenação para o feto.

Observamos que a ausculta dos BCF e o toque vaginal foram realizados de forma incompleta, pois não houve a descrição da localização, do ritmo do BCF; nenhuma anotação apresentou a avaliação da bacia na realização do toque vaginal, fato observado em todas as instituições pesquisadas. Essa observação foi semelhante à realidade encontrada por Dotto (2006) no município de Rio Branco/AC e Cagnin (2008) no município de Araraquara/SP.

A avaliação de risco não é uma atividade pontual, mas um procedimento contínuo que deve ser adotado durante a gravidez, o trabalho de parto e parto por meio de um monitoramento cuidadoso. Esse deve considerar as condições físicas e emocionais da parturiente, bem como a vitalidade fetal, a evolução da gravidez e o trabalho de parto, de tal forma que possa permitir a identificação precoce de qualquer sinal de risco, com oportuno encaminhamento para serviços de maior complexidade (BRASIL, 2008).

O objetivo primário de uma classificação de risco é agrupar mulheres em categorias diferentes, para as quais podem ser planejadas, recomendadas e implantadas ações específicas. Vários sistemas de classificação foram propostos, nos quais os supostos fatores de risco de uma mulher são identificados e somados para produzir uma pontuação total (ENKIN, 2005). Alguns sistemas de classificação exigem que as mulheres sejam avaliadas apenas uma vez, enquanto outros podem exigir reavaliação a cada consulta pré-natal. A reavaliação permite a revisão da pontuação para cima ou para baixo, conforme a situação (ENKIN, 2005).

Assim, o momento da admissão da parturiente é extremamente importante no contexto do curso dos eventos da gravidez. Uma parturiente que tenha passado por processo de classificação de risco que seja bem conduzido durante o pré-natal, ao receber uma boa atenção no momento de sua admissão, pode revelar ao profissional que a assiste os possíveis riscos que direcionariam as condutas a serem tomadas. Da mesma forma, outra parturiente, mesmo que não tenha recebido o acompanhamento ideal durante o pré-natal, no momento de sua admissão, pode ser avaliada pelo profissional que a assiste e determinado seu risco, podendo esse influenciar por menor que seja a necessidade ou a oportunidade, o curso de eventos prejudiciais.

Quase tão importante quanto a avaliação na admissão da parturiente é a avaliação da progressão do trabalho de parto e seu registro. Várias são as formas de registro de medidas dessa progressão. Em grande parte das instituições em todo o mundo se utiliza o partograma. Esse é um registro gráfico da dilatação e da descida da apresentação em relação ao tempo, tendo uma linha de alerta, alcançada quando a dilatação é inferior a 1cm por hora, e uma linha de ação, que é atingida se a demora da progressão persiste por mais de 4 horas. Além disso, permite a anotação de outros controles, como BCF e dinâmica uterina, e de intervenções como administração de medicamentos e amniotomia (ENKIN, 2005; BRASIL, 2008).

O uso do partograma propicia maior segurança no acompanhamento da evolução do trabalho de parto, permitindo a visualização da ausência da progressão (ENKIN, 2005; BRASIL, 2008). Segundo o MS, o partograma, além de ser uma representação gráfica da evolução do trabalho de parto, é um instrumento que serve para documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de desvios, bem como para evitar intervenções

desnecessárias. A OMS tornou obrigatório o uso do partograma nas maternidades desde 1994 (BRASIL, 2003).

O presente estudo revela que o partograma é adotado como prática rotineira apenas na maternidade “luz”, sendo as anotações registradas, em sua grande maioria, pelos profissionais médicos. Acredita-se ser importante, mais do que a fiscalização da obrigatoriedade, a conscientização dos profissionais que assistem as mulheres em trabalho de parto sobre a importância e benefícios desse instrumento para a assistência prestada.

A amniotomia realizada precocemente é uma intervenção tradicionalmente utilizada com a justificativa de que tem como efeito a redução do tempo do trabalho de parto. Vários estudos randomizados sugerem uma diminuição de 60 a 120 minutos em sua duração. No entanto, ainda não é possível concluir que a amniotomia precoce apresenta uma vantagem clara em relação ao manejo expectante, ou o inverso. Portanto, no trabalho de parto normal deveria haver um motivo válido para interferir no processo espontâneo de ruptura das membranas. Neste estudo, a prática de amniotomia foi realizada em apenas 12 (13%) partos observados.

Entre as diferentes técnicas de analgesia regional (peridural, caudal, paracervical, raque ou espinhal), a peridural é o método mais amplamente utilizado no trabalho de parto. Ela fornece um alívio melhor e mais duradouro da dor do que agentes sistêmicos (OMS, 2000). De acordo com o MS (BRASIL, 2001), a analgesia peridural proporciona um alívio da dor considerado bom por 80 a 90% das parturientes. A adoção da analgesia peridural na assistência obstétrica faz uso intensivo de recursos e exige várias condições importantes: o trabalho de parto deve ocorrer num hospital bem equipado, o aparato técnico deve ser suficiente, deve sempre existir um anestesista disponível e requer uma supervisão especializada e constante da parturiente. Por isso, a analgesia peridural é um dos exemplos mais marcantes da medicalização do parto normal, transformando um evento fisiológico num procedimento médico (OMS, 1996). Neste estudo, a analgesia peridural não foi realizada nos partos observados nas instituições participantes do estudo.

Em relação ao monitoramento do bem-estar físico da parturiente durante o trabalho de parto, a pressão arterial é um procedimento muito avaliado, embora em nossos achados a verificação da pressão arterial não tenha sido realizada de forma rotineira no pré-parto e no pós-parto imediato. Apesar de ter sido realizada em todas as gestantes na admissão (100%), durante o trabalho de parto apenas 40,21% das

parturientes tiveram a pressão arterial verificada e 44,82% no pós-parto imediato. A aferição da pressão arterial permite avaliar as condições de saúde materna. Este fato se evidencia na prática das três instituições pesquisadas.

Em nosso país, as doenças hipertensivas representam a principal causa de morte materna direta, entre todas as categorias de raça e cor (BRASIL, 2009). Em um estudo realizado por Viggiano et al. (2004), os distúrbios hipertensivos relacionados com a gravidez foram responsáveis por 57,7% das transferências de gestantes, parturientes ou puérperas para a unidade de terapia intensiva em um hospital terciário.

Para acelerar o trabalho de parto, a infusão endovenosa de ocitocina tem sido empregada tradicionalmente, embora para a OMS (1996), como regra geral, a ocitocina deveria ser usada para corrigir a dinâmica do trabalho de parto em situações em que houvesse acesso imediato à cesariana. Neste estudo notamos que a prescrição e a administração de ocitocina não fazem parte da prática das enfermeiras obstetras. Todas as prescrições realizadas foram feitas pelo profissional médico, com um total de 45 (48,9%) indicações. Os profissionais de saúde, em especial o profissional médico deve ter consciência que a infusão rotineira de ocitocina, além de interferir na fisiologia do trabalho de parto, restringe os movimentos da mulher e, em muitos estudos, as mulheres relacionaram seu uso com uma experiência mais dolorosa do trabalho de parto (OMS, 1996).

Uma prática de humanização na assistência ao parto é permitir a escolha da posição de parir. A mulher deve ser orientada sobre os efeitos benéficos de cada posição e escolher a que trouxer melhor conforto. O parto realizado na posição vertical e horizontal permite a participação da mulher de forma ativa no processo de parturição, pois são menos intervencionistas (GAYESKI e BRÜGGEMANN, 2009).

Observamos neste estudo que a posição de litotomia foi utilizada em quase todos os partos realizados nas instituições pesquisadas, sem que as mesmas pudessem escolher. Verificamos que quatro partos foram realizado no leito, na maternidade “luz”, por opção da enfermeira obstetra. Fornazari (2009) encontra também que a posição litotômica é adotada de forma rotineira para todas as parturientes nas maternidades de Piracicaba/SP.

Pudemos constatar que a pressão empregada no fundo uterino no segundo período clínico do parto, conhecida como Manobra de Kristeller, foi uma prática exclusiva da equipe de enfermagem, com o objetivo de acelerar o período expulsivo

do parto. Não existem evidências científicas que fomentem sua utilização, pois pode causar danos para o útero, o períneo e o feto; portanto, deve ser abolida da assistência (OMS, 1996).

Verificamos que a realização de episiotomia não faz parte da prática das enfermeiras obstetras participantes deste estudo, diferente da realidade encontrada por Cagnin (2008) no município de Araraquara/SP, onde em 100% dos partos assistidos por enfermeiros foi realizada a episiotomia, e por Dotto (2006) no município de Rio Branco/AC, onde foi feita em 90,9% dos partos realizados pela equipe de enfermagem. A OMS classifica a realização de episiotomia como prática frequentemente utilizada de forma inadequada, sendo recomendada para evitar a laceração de terceiro grau, progressão insuficiente ao parto e sofrimento fetal (OMS, 1996).

A Confederação Internacional de Parteiras (ICM) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) recomendam o manejo ativo do terceiro período do parto. A administração de ocitocina, o pinçamento, o corte precoce e a tração controlada do cordão umbilical são recomendadas para reduzir a atonia uterina e os índices de hemorragia pós-parto (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Observamos em nosso estudo que a assistência prestada à parturiente no quarto período clínico do parto é de competência da equipe de enfermagem. Constatamos que, nas instituições estudadas, o quarto período se inicia após o período da dequitação e que os cuidados prestados à puérpera se limitam à permanência da mesma na sala de parto, ou no leito. A assistência consiste na avaliação da involução uterina e do sangramento vaginal. A pressão arterial nem sempre é aferida neste período, observada em apenas 26 (44,86%) puérperas.

Vale lembrar que o período de pós-parto imediato é marcado por grande risco materno, devendo ser avaliada a involução uterina, o sangramento vaginal e a aferição da pressão arterial (OMS, 1996).

Observamos neste estudo que a recepção ao recém-nascido fica sob a responsabilidade da equipe de enfermagem e do pediatra de plantão. A enfermeira atua auxiliando o pediatra nos cuidados iniciais e compete aos profissionais de nível médio os procedimentos de identificação, banho e mensurações do recém-nascido.

Nesta pesquisa, pudemos identificar que o modelo assistencial prestado às parturientes no município de Londrina está focado na assistência institucionalizada e

voltada para o modelo médico. Nossos achados se assemelham ao modelo encontrado por Dotto (2006) no município de Rio Branco/AC.

Petterson e Stone (2004) definiram o modelo brasileiro de serviços de atenção à saúde materna como institucionalizado e com ação limitada de profissionais não médicos. Em nosso país, 80% dos partos são realizados por médicos.

O modelo médico é caracterizado por altos índices de partos cesáreas. O índice de partos cirúrgicos nas maternidades estudadas foi de 36,95%, representando uma taxa maior do que os 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

A presença da enfermeira obstetra nas instituições estudadas não garante que a mesma preste assistência ao trabalho de parto e parto. Observamos que a mesma realiza muitos procedimentos administrativos e não participa de forma assistencial dos momentos de admissão, trabalho de parto e parto. As maternidades “lua” e “sol” não priorizam a qualificação profissional das enfermeiras para a assistência à mulher no trabalho de parto e parto.

Acreditamos que um modelo de assistência ao nascimento que privilegie a fisiologia, evite intervenções desnecessárias, promova a inserção de profissional qualificado, enfim, que crie condições para o nascimento seguro, saudável e significativo, é uma opção de um modelo para auxiliar na redução da mortalidade materna.

Conclusão

6. CONCLUSÃO

A análise de dados coletados através de entrevista estruturada com os profissionais de enfermagem e da observação não participante da assistência prestada por eles durante as ações realizadas por eles na assistência ao parto no município de Londrina/PR nos permite chegar às seguintes conclusões:

- a) A equipe de enfermagem que atua na atenção ao parto e nascimento no município de Londrina é composta de enfermeiras obstetras, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem;
- b) A equipe de enfermagem mostra uma equipe feminina (100%), com idade média de 38,1 anos e com situação conjugal estável (68,3%). A carga horária média do trabalho foi de 64,25 horas, acima da média encontrada no Brasil;
- c) Existem diferenças na qualidade de assistência de enfermagem prestada nas instituições participantes deste estudo; portanto, não podemos afirmar que a assistência prestada no município atende à normatização da OMS e Ministério da Saúde, no que tange a qualidade da assistência prestada;
- d) Há predominância do modelo médico para assistência ao parto; a enfermeira na maioria das vezes assume papel burocrático e pouco participa das ações assistencialistas;
- e) Muitas competências essenciais para o atendimento ao trabalho de parto e parto não são desenvolvidas;
- f) As instituições necessitam de incentivo para a implementação de ações baseadas em evidências atualizadas.

Os resultados evidenciam que a assistência prestada pelas enfermeiras carece de implantação de protocolos assistenciais, visando à adequação da assistência à mulher durante o acolhimento, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato.

A atuação dos profissionais de nível médio é destacada, porém com tímidas ações de humanização. A realização do parto pela enfermeira obstetra se limita a apenas uma instituição e mesmo assim, de forma modesta.

Muitas habilidades essenciais em obstetrícia para a atenção de qualidade, preconizadas pela Organização Mundial e Saúde e Confederação Internacional de Parteiras, não estão sendo desempenhadas de forma completa, o que revela um quadro de necessidade de implementação de capacitação profissional, melhorando assim, tanto a formação quanto a atuação destes profissionais, e desta forma alcançar a maternidade segura.

Referências

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília. MS, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Informe da atenção básica**. Brasília, ano 5, mai-jun, 2004.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. **Jornal da Febrasgo**. n. 3, abr 2002. Disponível em <<http://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 15 ago. 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. In: Domingues RMSM, Ratto K. M. N. **Favorecendo o parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas**. Rio de Janeiro: ANS; 2008. p.27-52.

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

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

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

CERANTO, Jacqueline L.T.F; MARTINS, Jeanne I. S; CÚNEO, Joana D`arc Pereira. **Qualidade na assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto**.

Disponível em: < http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo079.pdf> Acesso em: 04 nov. 2009.

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

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

DAVIM, R. M. B. et al. Assistência a 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.

DOTTO, L M. G. **Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco-AC**. 2006.148p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Oito passos para a maternidade segura. **Guia básico para serviços de saúde**. Brasília: FEBRASGO/COMIN/OPAS/UNICEF/FNUAP, 1995.

FORNAZARI, D. H. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP**. 2009. 93p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

GARDENAL, C. L. C. et al, Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 4, p. 478-484, 2002.

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

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. Cap. 3.2, p. 221-256.

GOMES, F.A.; MAMEDE, M. V.; COSTA-JUNIOR, M. L. Mortes maternas Mascaradas: In: BESSA, L. F.; CUNHA, L.A.; FERREIRA, T. F. (Org.) **Saúde da Mulher: desafios a vencer**, Rio Branco. EDUFAC, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso: em 21 set. 2008.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies**. New York: ICM, 2002. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org>>. Acesso em: 10 out. 2009.

KAK, N.; BURKHALTER, B; COOPER, M.A. Measuring the competence of healthcare providers. **Operations Research Issue Paper**. Bethesda, v. 2, July, 2001.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade maternal nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.7, n.4, p 449-60, dez. 2004.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface—Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 17, p. 369 – 79, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.interface.org.br>>. Acesso em: 18 fev. 2009

LONDRINA. PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA/ SECRETARIA DE PLANEJAMENTO: **Diretoria de Planejamento. Gerência de Pesquisas e Informações**. Disponível em: <www.londrina.pr.gov.br>. Acessado em 25 Ago. 2007.

LOPES, M. H. B. M. et al. O uso do enteroclistoma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 49-55, nov.-dez. 2001.

MACLEAN, G.D. The challenge of preparing and enabling 'skilled attendants' to promote safer childbirth. **Midwifery**. Edinburg. v.19, n.3, p.163-9, Sep. 2003

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**. Nova York. n. esp., 2003.

MAMEDE, F. V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto**. 2005. 100 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R.; ANDREONI, S. O processo de cuidar na perspectiva de enfermeiros de um hospital de ensino. In: CIANCIARULLO, T.I; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. **Indicadores de Qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, 1998. cap. 4, p. 55–77.

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

OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 288-95, jul./ago./set. 2005.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **26ª Conferência Sanitária Pan-americana**. Washington: OPAS, 2002.

ONOFRE, I. et al. A participação do enfermeiro assistencial nos cursos de pós-graduação. **Enf. Cient.**, São Paulo, v.10, n. 2, p. 17-22, 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Mapeo de los servicios de partería en las Américas**. Washington: OPS, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – **Relatório Nacional de Acompanhamento, Nações Unidas**, Brasil, 2004”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=232>>. Acesso em 01 de junho de 2010 (a)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “**Relatório sobre a Situação das Populações Mundiais, Fundos de População das Nações Unidas**”, OPAS/OMS. 2004. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/noticia_det.cfm?idnoticia =224>. Acesso em 01 de junho de 2010 (b)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “**Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna**”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=233>> Acesso em 01 de junho de 2010 (c)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “**Boletim Informativo: Documentos**”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/Ref_Ed_Brasil.pdf> Acesso em 01 de junho de 2010 (d).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS “**Estação de Trabalho: Observatório dos técnicos em saúde**”. OPAS/OMS. 2004. Disponível em: [http://www.opas.org.br?mostrant.cfm?codigodest=230->](http://www.opas.org.br?mostrant.cfm?codigodest=230-). Acesso em 01 de junho de 2010 (e).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Perfil dos serviços de obstetrícia/parteiras nas Américas**. Washington: OPAS, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. **Overview of the nursing workforce in Latin America**. Washington: PAHO/WHO/ICN, 2005. Disponível em: <http://www.icn.ch/global/Issue6LatinAmericanSP.pdf>>. Acesso em: 20. Set. 2009.

PARANÁ, GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. **Estatísticas de saúde: Mortalidade Materna, 2008**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Estatisticas/materna/index.html>>. Acessado em 25. Ago. 2008.

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

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

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

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

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Cia. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, supl., p. 221-30, set.-dez. 2005.

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

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

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

SILVA, L. R. et al. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, 2005

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

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

SHIRMER, J. **Panorama dos cursos de especialização financiados pelo Ministério da Saúde**. Conferência : 15th International Congresso n Women's Health Issues/ IV COBEON, São Pedro/Brasil, 2004//CD ROM.

URBANO, L. A. As reformulações na saúde e o novo perfil de profissional requerido. **Rev. Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 142-5, maio-ago. 2002.

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

VIGGIANO, M. B. et al. Necessidades de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 317-23, mai. 2004.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer**. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **Reduction of maternity mortality: a joint. WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement**. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide of midwives and doctors**. Geneva: WHO/UNICEF/UNFPA/World Bank, 2000

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

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

ANEXO I



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
 o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
 Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 265/2008

Ribeirão Preto, 05 de dezembro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de dezembro de 2008.

Protocolo: n° 0966/2008

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

Pesquisadores: Fabiana Villela Mamede
 Maria Angélica Motta da Silva Esser

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

Atenciosamente,

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

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

ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

1) **Sexo:** () feminino () masculino

2) **Idade:** _____ anos

3) **Situação conjugal:** () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a)
() viúvo(a) () união consensual

4) **Número de filhos ou outros dependentes:** _____

5) **Remuneração nesta instituição:** _____

Acha esta remuneração adequada? () sim () não

Se não quanto seria a remuneração ideal? _____

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

Se sim, quantos? Quais? _____

7) **Jornada diária de trabalho:** _____

FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL

8) **Quantidade de anos estudados**

() analfabeto () entre oito e onze anos

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

() entre quatro e oito anos

9) **Formação profissional:** _____

10) **Ano conclusão:** _____

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

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

() sim () não () em andamento

Ano: _____ Carga horária total: _____ horas

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

14) Fez algum outro curso de especialização?

() sim () não () em andamento

Qual? _____ Ano: _____ Carga horária total: _____

15) O curso é financiado pelo Ministério da Saúde?

() sim () não

16) Fez pós graduação stricto-sensu?

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

Nome da Dissertação: _____ Ano: _____

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

Nome da Tese: _____ Ano: _____

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

() sim () não

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

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

Nome: _____ Ano: _____

19) Tem participado de cursos de reciclagem (área de saúde da mulher) nesta instituição? (

) sim () não

Se não, qual o motivo?

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

() outros _____

20) Há quanto tempo trabalha na assistência ao parto?

21) Experiência com parturientes (local e período):

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

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

ATIVIDADES REALIZADAS COM PARTURIENTES**ADMISSÃO**

24) Confere cartão de pré natal: () sim () não

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

Quais? _____

26) Realiza:

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

Ausulta BCF () Toque () Afere PA () Tricotomia ()

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

Encaminha ao banho () Permite presença de acompanhante ()

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

Se não quem é o profissional responsável? _____

Observações: _____

TRABALHO DE PARTO

28) Permite presença de acompanhante? O que faz?

() sim () não () em alguns momentos. Obs: _____

29) Oferece líquidos?

() sim () não () em alguns momentos. Obs: _____

30) Oferece alimentos?

() sim () não () em alguns momentos. Obs: _____

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

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

() mudança de posição () deambulação () banho

() outros _____

32) Oferece estímulo ao puxo quando a dilatação esta quase completa ou completa? ()

sim () não

33) Utiliza o partograma? () sim () não

Se sim, em que momento inicia? _____

34) Indica amniotomia? () sim () não

Se sim, em que momento indica? _____

35) Indica cardiocografia? () sim () não

Se sim, em que momento indica? _____

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

Se sim, em que momento indica? _____

37) Indica administração de fármacos para controle da dor?

() sim () não

Se sim, em que momento indica? _____

38) Indica analgesia peridural? () sim () não

Se sim, em que momento indica? _____

39) Qual conduta ao identificar sofrimento fetal?

40) Indica cirurgia cesariana? () sim () não

Se sim, em que momento indica? _____

PARTO

41) Realiza o parto nesta instituição? () sim () não

() normal sem distócia

() normal com distócia sem ajuda de outro profissional

() normal com distócia com ajuda de outro profissional

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

() Fórceps () auxilia parto cirúrgico

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

43) Permite presença de acompanhante? () sim () não

44) Oferece líquidos? () sim () não

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

Se sim, em que momento indica? _____

46) Realiza Manobra de Kristeller no expulsivo? () sim () não

47) Realiza proteção perineal no expulsivo? () sim () não

48) Realiza episiotomia? () sim () não

49) Realiza tração controlada do cordão umbilical durante dequitação?

() sim () não

50) Momento do clampeamento do cordão:

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

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

52) Revisão uterina (exploração manual) após o parto? () sim () não

53) Realiza episiorrafia? () sim () não

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

() sim () não

55) Realiza sutura de lacerações?

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

56) Realiza anestesia local? () sim () não

Se sim em que momento _____

57) Realiza anestesia regional (bloqueio do pudendo)? () sim () não

Se sim em que momento _____

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

Se sim, quais? _____

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

Se sim, quais? _____

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

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

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

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

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

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

PÓS PARTO IMEDIATO (4º PERÍODO)

63) Verifica PA? () sim Quantas vezes? _____ () não

64) Verifica consistência uterina? () sim Quantas vezes? _____ () não

65) Verifica altura uterina? () sim Quantas vezes? _____ () não

66) Verifica sangramento? () sim Quantas vezes? _____ () não

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

() sim () não

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

() sim () não

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

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissionais de saúde)

Meu nome é Maria Angélica Motta da Silva Esser, sou aluna do Programa de Pós Graduação __ Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, área de concentração: Saúde Pública. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Perfil da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto segundo no município de Londrina-PR**, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade do atendimento no trabalho de parto e parto nas maternidades do município de Londrina-PR, com especial enfoque no pessoal da enfermagem. Para isto, gostaria de entrevistá-la (o) e observar as ações/intervenções que você desenvolve com as parturientes. Esta entrevista terá duração de aproximadamente 30 minutos, o local e horário da entrevista será agendado de acordo com suas possibilidades. Você não será identificada (o) em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da mesma. Não haverá ônus para qualquer uma das partes envolvidas.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos conhecer quem são os profissionais que trabalham na assistência ao parto nas maternidades de Londrina-PR, e quais as atividades realizam.

Agradeço a sua colaboração, deixarei uma cópia para você deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (43) 3328-7349 e-mail: angeluel@hotmail.com, ou no meu endereço: Rua Mario Oncken, 300 ap 1403, Jardim das Américas, Londrina-PR.

Agradeço.

Maria Angélica Motta da Silva Esser

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 em eventos científicos.

Entrevistada (o)

ANEXO IV -ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO: PRÉ PARTO E PARTO.

Número: _____

I. IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE Data: ____/____/____ Hora: ____

Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Cesárea _____ Idade: _____

Idade gestacional/DUM _____ Idade Gestacional/USG: _____

Motivo: _____

Pré Natal: Sim () Não () Número de consultas: ____ Local: _____

Deixou de realizar algum exame de rotina: Sim () Não () qual? _____

II. ADMISSÃO

Profissional que realizou a admissão: _____

Profissional responsável pela AIH: _____

Identificou-se para a parturiente () Questionou a queixa no momento ()

Conferiu cartão de pré-natal () Conferiu a idade () Conferiu a paridade ()

Calculou IG/TA () Calculou IG/US () Conferiu os exames de rotina ()

Questionou história obstétrica () Questionou intercorrências gestacionais ()

Questionou doenças prévias () Questionou uso de medicamentos ()

Questionou tabagismo () Questionou drogadição () Questionou etilismo ()

Questionou MF () Questionou perda líqüida () Questionou sangramento ()

Realizou exame físico () Realizou palpação abdominal () Pesou ()

Conferiu AU () Conferiu CA () Aferiu PA () Conferiu Dinâmica ()

Realizou ausculta cardíofetal () Realizou toque vaginal ()

Conferiu apresentação fetal () Conferiu descida fetal () Fez enema ()

Conferiu variedade de posição () Realizou especular () Ofereceu camisola ()

Conferiu esvaecimento cervical () Conferiu dilatação cervical ()

Realizou tricotomia () Encaminhou para higienização ()

Houve presença de acompanhante durante a consulta ()

Explicou para a parturiente o seu estado clínico no momento ()

Discutiu o caso com o médico antes de decidir pela internação da parturiente ()

Orientou quanto aos próximos procedimentos durante o trabalho de parto ()

III. TRABALHO DE PARTO

1. Oferece líquidos (alimentação): Sim () Não () Obs.: _____
2. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor:
 - a) Massagem: Sim () Não () Obs.: _____
 - b) Técnicas de relaxamento: Sim () Não () Obs.: _____
 - c) Banho de chuveiro: Sim () Não () Obs.: _____
 - d) Banho de banheira: Sim () Não () Obs.: _____
 - e) Outras técnicas: Sim () Não () Obs.: _____
3. Uso de partograma: Sim () Não () Em que momento: _____
4. Estímulo à deambulação: Sim () Não () Em que momento: _____
5. Estímulo a fazer uso da bola: Sim () Não () Em que momento: _____
6. Estímulo a fazer uso do cavalinho: Sim () Não () Em que momento: _____
7. Presença de acompanhante: Sim () Não () O que fez? _____
8. Identificação de sofrimento fetal:
Profissional: _____ Em que momento: _____
Ações/Intervenções: _____
9. Amniotomia:
Sim () Profissional: _____ Em que momento: _____ Não ()
10. Uso de fármacos para controle da dor:
Sim () Não () Qual? _____
Em que momento: _____
11. Uso de analgesia peridural: Sim () Em que momento: _____ Não ()
12. Uso de ocitócito: Sim () Em que momento: _____ Não ()
13. Uso de misoprostol: Sim () Em que momento: _____ Não ()
14. Avaliou variedade de posição: Sim () Em que momento? _____ Não ()
15. Avaliou descida fetal: Sim () Em que momento? _____ Não ()
16. Avaliou esvaecimento cervical: Sim () Em que momento? _____ Não ()
17. Avaliou dilatação cervical: Sim () Em que momento? _____ Não ()
18. Orientou a parturiente sobre o trabalho de parto:
Sim () Em que momento: _____ Não ()
19. Indicação de parto cesárea:
Profissional: _____ Em que momento: _____
Motivo: _____

IV. PARTO

Hora encaminhada: _____ Hora do parto: _____

Condições obstétricas da parturiente: _____

20. Profissional que realizou: _____

21. Teve a presença do médico: Sim () Não ()

22. Foi solicitada a presença de outro profissional:

Sim () Quem? _____ Não ()

23. Local do parto: _____ Posição da mulher no parto: _____

24. Administração de ocitocina:

a) no expulsivo: Sim () Não () b) pós-dequitação: Sim () Não ()

c) na dequitação: Sim () Não ()

25. Presença de acompanhante: Sim () O que fez? _____ Não ()

26. Oferece líquido: Sim () Não () Obs.: _____

27. Estímulo para puxo quando a dilatação está completa ou quase completa:

Sim () Não ()

28. Manobra de Kristeller no expulsivo: Sim () Quem fez? _____

Não ()

29. Proteção do períneo expulsivo: Sim () Não ()

30. Manejo do pólo cefálico no momento do parto: Sim () Não ()

31. Tração controlada do cordão durante a dequitação: Sim () Não ()

32. Momento de clampeamento do cordão:

a) logo após a expulsão do feto () b) após a parada dos batimentos ()

33. Exame da placenta e membranas ovulares: Sim () Não ()

34. Contato pele a pele mãe / filho:

a) na primeira meia-hora () b) na primeira hora () c) na segunda hora ()

d) após a segunda hora () e) não ocorreu ()

35. Estímulo à amamentação: Sim () Não ()

36. Uso de ergometrina após a saída da placenta: Sim () Não ()

37. Revisão uterina (exploração manual) após o parto: Sim () Não ()

38. Realizou episiotomia: Sim () Não ()

39. Realizou anestesia antes da episiotomia: Sim () Qual? _____

Não ()

40. Realizou episiorrafia: Sim () Não ()

41. Realizou anestesia antes da episiorrafia: Sim () Qual? _____

Não ()

42. Realizou inspeção da vagina e da cervix para observar laceração:

Sim () Não ()

43. Realizou sutura das lacerações: Sim () Não ()

44. Realizou anestesia antes da sutura: Sim () Não ()

45. Cuidados com o RN: profissional _____

Quais cuidados? _____

V. PÓS-PARTO

46. Verificou pressão arterial: Sim () Não ()

47. Verificou consistência uterina: Sim () Não ()

48. Verificou involução/altura uterina: Sim () Não ()

49. Verificou sangramento: Sim () Não ()

50. Verificou aspecto do períneo: Sim () Não ()

51. Hora em que foi encaminhado à enfermaria: _____

52. Anotação do parto no prontuário: profissional _____

O que foi anotado? _____

53. Existem equipamentos de emergência: Sim () Não ()

Quem é o responsável? _____

VI. DEMAIS INFORMAÇÕES

54. Outras ações/intervenções realizadas:

I) _____

II) _____

55. Situação de emergência:

Descrever:

ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(parturientes)

Meu nome é Maria Angélica Motta da Silva Esser, sou aluna do Programa de Pós Graduação __ Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, área de concentração: Saúde Pública. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Perfil da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto no município de Londrina-PR**, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade do atendimento no trabalho de parto e parto nas maternidades do município de Londrina-PR, com especial enfoque no pessoal da enfermagem. Para isto, gostaria de observar o que o grupo de enfermagem faz e como faz enquanto você estiver internada para ter o seu bebê. Você não será identificada em momento algum da pesquisa e poderá deixar de participar da pesquisa sem prejuízo para seu atendimento nesta maternidade. Não haverá nenhum custo para você participar da pesquisa.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos identificar e descrever como a assistência ao parto está sendo desenvolvida nas maternidades de Londrina.

Agradeço a sua colaboração, deixarei uma cópia para você deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (43) 3328-7349 ou e-mail: angeluel@hotmail.com, ou no meu endereço: Rua Mario Oncken, 300 ap 1403, Jardim das Américas, Londrina-PR.

Agradeço.

Maria Angélica Motta da Silva Esser

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 em eventos científicos.

Parturiente