UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MÁRCIA GOMES BARCELLOS VORPAGEL

**A participação dos profissionais de enfermagem no processo de
nascimento no município de Porto Ferreira - SP: contribuição para o
estudo da atenção qualificada ao parto**

Ribeirão Preto

2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**A participação dos profissionais de enfermagem no processo de
nascimento no município de Porto Ferreira - SP: contribuição para o
estudo da atenção qualificada ao parto**

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

Inserido na Linha de pesquisa: Assistência à saúde da
Mulher no ciclo vital.

Márcia Gomes Barcellos Vorpapel

Orientadora: Prof^ª. Dr.^a Maria José Clapis

Ribeirão Preto

2008

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

Vorpagel, Márcia Gomes Barcellos

A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira - SP: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao parto. Ribeirão Preto, 2008. 127 p.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Inserido na Linha de pesquisa: Assistência à saúde da Mulher no ciclo vital. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria José Clapis

1. equipe de enfermagem. 2. parto. 3. enfermagem obstétrica. 4. competência profissional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Márcia Gomes Barcellos Vorpapel

A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira - SP: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao parto.

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

Inserido na Linha de pesquisa: Assistência à saúde da
Mulher no ciclo vital.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria José Clapis

Instituição: EERP/USP Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*A Deus, minha inspiração, meu Pai, protetor e mestre
A meu marido, o amor da minha vida, meu grande incentivador nesta trajetória.
A meu filho pela compreensão nesta tão árdua tarefa.*

*A minha família, minha mãe, grande exemplo em minha vida e que torce
arduamente por mim, mãe eu te amo!
Aos meus irmãos Fernando e Samuel, minha irmã Adriana, meus cunhados e
cunhadas, meus queridos sobrinhos, pelo apoio incondicional em todos os momentos.*

Agradecimentos

À Profa. Dra. Maria José Clapis, pelo carinho, pela atenção, pela amizade, paciência, respeito, confiança, estímulo, e pela preciosa orientação. Muito obrigada pela oportunidade de compartilhar seu conhecimento em pesquisa e em enfermagem obstétrica.

À profa. Dra. Marli Villela Mamede e Dra. Leila Maria Geromel Dotto pela importante ajuda na condução metodológica desta pesquisa.

Às docentes das disciplinas de pós-graduação e aos colegas discentes, pela construção de novos saberes e práticas, construção de novas amizades, pelo convívio prazeroso e aprendizagem conjunta, nunca esquecerei.

Às docentes da área de saúde da mulher pela amável acolhida, e aos funcionários desta escola, pela atenção e prontidão.

À equipe de profissionais participantes deste estudo, pela receptividade e disponibilidade, sem a qual este estudo não seria possível.

Às parturientes, por consentirem na observação dos cuidados prestados.

Enfim, à todos que contribuíram direta ou indiretamente no alcance de mais uma conquista o meu muito obrigada e que Deus te abençoe ricamente.

Resumo

Vorpagel, M. G. B. **A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira - SP: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao parto.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. 127 p.

A atenção qualificada é o processo pelo qual uma mulher grávida e seu filho recebem os cuidados adequados, durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e período neonatal; sendo uma intervenção fundamental no sentido de que as gestações e partos sejam mais seguros, observando que apenas 53% das mulheres em países em desenvolvimento são atendidas no parto por pessoal qualificado. As evidências epidemiológicas mostram que existe uma relação entre a atenção qualificada ao parto e o declínio da mortalidade materna.

Objetivos: Descrever a participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento, identificando quais são os profissionais que atuam na assistência ao parto, qual a sua formação profissional e que ações são desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

Metodologia: Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade de um município de pequeno porte. A população estudada foi composta por 6 enfermeiros, 12 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais no próprio local de trabalho e observação não participante onde foram observados 10 admissões, 15 parturientes em trabalho de parto, 21 partos, destes 7 foram partos normais e 14 partos cesárea, e 21 pós parto imediato. **Resultados:** Perfil dos profissionais: maioria do sexo feminino (85%), idade média é de 33,2 anos, sendo que 45% casados, 35% solteiros. Os enfermeiros possuem no máximo 5 anos de formação profissional. As técnicas de enfermagem 8 (67%) são formadas a menos de 4 anos e as auxiliares de enfermagem, uma está formada há 1 ano e outra está formada há 7 anos. Trabalham na instituição em plantões de 12 horas, em torno de 48 horas semanais. Somente cinco (25%) dos profissionais entrevistados possuem outro emprego. Observou-se 60% (12) dos profissionais com menos de quatro anos na assistência. Nenhum recebeu treinamento ou capacitação específica para a assistência obstétrica. Os 20 profissionais afirmam não realizar parto nesta instituição. Os enfermeiros não assumem a realização do parto a não ser em situações emergenciais na ausência do médico. **Conclusões:** O processo de trabalho sobrecarrega o enfermeiro que deve se organizar para atuar na assistência obstétrica e também nas demais clínicas de internação hospitalar. Os partos são realizados pelos médicos obstetras e o parto cesárea ainda é predominante. As práticas baseadas em evidências científicas atualizadas precisam ser incentivadas. A educação continuada e a criação de protocolos assistenciais com padronização de um nível mínimo e essencial de competências em obstetrícia poderão ser estratégias para melhorar o desempenho dos profissionais que assistem no trabalho de parto e parto. Os administradores hospitalares precisam ser conscientizados de que a atenção obstétrica por pessoal qualificado é um investimento certo na qualidade da assistência da instituição e refletirá em inúmeros benefícios, contribuindo também com a redução das altas taxas de cesárea e com certeza prevenindo a mortalidade materna e perinatal.

Palavras-chave: equipe de enfermagem, parto, enfermagem obstétrica, competência profissional.

Abstract

Vorpagel, M. G. B. **The participation of the Nursing Professionals in the process of birth in the town of Porto Ferreira – SP : contribution to the study of qualified attention to the parturition.** Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing from Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008, 127p.

The qualified attention is the process which a pregnant woman and her son receive the right cares, during the pregnancy, parturition work, woman pains and after birth period; being a fundamental intervention in the sense of pregnancies and parturitions are safer, observing that only 53% of women from countries in development are attended in the parturition by qualified people. The epidemiologic evidences show that there's a relation between the qualified attention to the birth and the decrease of the maternal mortality. **Objetives:** Describing the participation of the nursing professionals in the process of parturition, identifying what are the professionals that act in the assistance of parturition, what professional graduation is yours and what acts are developed by the nursing team. **Methodology:** Described study with quantity broaching, realized in a maternity of a small town. The population studied was formed by 6 nurses, 12 nursing technicians and 2 nursing auxiliaries. The collect of data happened beyond semi structure interviews to the professionals in their own place of work and not participating observation where it was observed 10 admissions, 15 pre parturitions, 21 parturitions, of what 7 were normal parturitions and 14 Caesarians, and 21 post parturitions immediately. **Results:** Professional profiles: the most from female sex (85%), average is 33,2 years old, being 45% married, 35% single. The nurses have at most 5 years of professional graduation. The nursing technicians 8 (67%) are less than 4 years and the nursing auxiliaries, one of them is graduated there's 1 year and the other one is graduated there's 7 years. They work in the institution in shifts of 12 hours, at about 48 hours a week. Only 5 (25%) of the interviewed professionals have another job. It was observed that 60% (12) of the professionals with less than 4 years in the assistance. None of them received training of specified capacitating to the obstetric assistance. The 20 professionals affirm not to realize parturition in that institution. The nurses don't assume the realization of parturition out emergency situations in the miss of a doctor. **Conclusions:** The work process overloads the nurse that must organize to act the obstetric assistance and also other more hospitalar internation clinics. The parturitions are realized by obstetrician doctors and Caesarian is predominant yet. The practices based in updating scientific evidences need to be incentivized. The continue education and the creation of attendance protocols with standardization of a minimum and essential level of competences in obstetric will be able to be strategies to improve the performance of the professionals that assist in the parturition work and parturition. The hospital manages need to be awared that the obstetric attention by qualified people is a right investment in the quality of institution assistance and it'll reflect in a lot of benefits, also contributing with the reduction of high taxes of Caesarian and certainly preventing the maternal and neonatal mortality.

Keywords: nursing team, parturition, obstetric nursing, professional competence.

Resumen

Vorpagel, M. G. B. **La participación de profesionales de enfermería en el proceso de nacimiento en la ciudad de Porto Ferreira – SP: contribución para el estudio de la atención cualificada al parto.** Disertación (Máster en Enfermería) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. 127 p.

La atención cualificada es un proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, trabajo de parto, puerperio y período neonatal; siendo una intervención fundamental en el sentido de que las gestaciones y partos sean más seguros, observando que sólo un 53% de las mujeres en países en desarrollo son atendidas en el parto por personas cualificadas. Las evidencias epidemiológicas muestran que existe una relación entre la atención cualificada al parto y la disminución de la mortalidad materna.

Objetivos: Describir la participación de los profesionales de enfermería en el proceso de nacimiento, identificando cuales son los profesionales que asisten al parto, su formación profesional y que acciones son desarrolladas por el grupo de enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo con un abordaje cuantitativo, realizado en una maternidad de una pequeña ciudad. La población estudiada se compuso por 6 enfermeros, 12 técnicos y 2 auxiliares de enfermería. La colecta de datos fue hecha por medio de entrevistas semi-estructuradas a los profesionales en el propio local de trabajo y también por la observación no participante donde se observó 10 admisiones, 15 parturientes en trabajo de parto, 21 partos, de los cuales 7 fueran partos normales y 14 cesáreas, y 21 pos parto inmediato. **Resultados:** Perfil de los profesionales: la mayoría del sexo femenino (85%), edad media de 33,2 años, siendo que un 45% casados y un 35% solteros. Los enfermeros poseen el máximo 5 años de formación profesional. Las técnicas de enfermería 8 (67%) son formadas a menos de 4 años y las auxiliares de enfermería, una está formada hace 1 año y la otra está formada hace 7 años. Trabajan en la institución en guardias de 12 horas, cerca de 48 horas semanales. Sólo cinco (25%) de los profesionales entrevistados poseen otro empleo. Se pudo observar un 60% (12) de los profesionales con menos de cuatro años en la asistencia. Nadie recibió entrenamiento o capacitación específica para la asistencia obstétrica. Los 20 profesionales afirman no realizar partos en esta institución. Los enfermeros no asumen la realización del parto sino en casos de emergencia en la ausencia del médico. **Conclusiones:** El proceso de trabajo sobrecarga al enfermero que debe organizarse para actuar en la asistencia obstétrica y también en las demás clínicas de una internación hospitalaria. Los partos son realizados por médicos obstetras y la cesárea es todavía predominante. Las prácticas basadas en evidencias científicas actualizadas necesitan ser incentivadas. La educación continuada y la creación de protocolos asistenciales con estandarización de un nivel mínimo y esencial de competencias en obstetricia podrán ser estrategias para desarrollar el desempeño de los profesionales que asisten al trabajo de parto y al parto. Los administradores hospitalarios necesitan ser concienciados de que la atención obstétrica por personas cualificadas es una inversión cierta en la calidad de la asistencia de la institución y reflejará en innumerables beneficios, contribuyendo también para la disminución de las altas tasas de cesáreas y ciertamente previniendo la mortalidad materna y perinatal.

Palabras-clave: Grupo de enfermería, parto, enfermería obstétrica, competencia profesional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de partos normal e cesáreas realizados na maternidade Dona Olímpia Meirelles de fevereiro/2007 a Janeiro/2008 no Município de Porto Ferreira – SP, 2008.....	57
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo idade, estado conjugal e número de filhos. Município de Porto Ferreira – SP, 2008.....	66
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo a renda familiar. Município de Porto Ferreira – SP, 2008.....	66
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo a remuneração na instituição pesquisada. Município de Porto Ferreira – SP, 2008.....	67
Tabela 5 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo os anos de formação. Município de Porto Ferreira – SP, 2008.....	68
Tabela 6 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo o tempo de trabalho na assistência ao parto. Município de Porto Ferreira – SP, 2008.....	71
Tabela 7 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo a categoria profissional, durante a admissão de 10 gestantes observadas. Porto Ferreira, 2008.....	78
Tabela 8. Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao trabalho de parto de 15 parturientes observadas. Porto Ferreira, 2008.....	83
Tabela 9 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao trabalho de parto de 15 parturientes observadas, segundo a categoria profissional. Porto Ferreira, 2008.....	88
Tabela 10 - Distribuição de frequências dos procedimentos realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao parto normal de 7 parturientes observadas. Porto Ferreira, 2008	93
Tabela 11 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao pós-parto de 21 parturientes observadas. Porto Ferreira, 2008	100

Tabela 12 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina aos 21 recém nascidos dos partos observados. Porto Ferreira, 2008.....	100
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de partos normal e cesáreas realizados na maternidade Dona Olímpia Meirelles de fevereiro/2007 a Janeiro/2008 no Município de Porto Ferreira – SP, 2008.....	58
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. PRESSUPOSTO E QUESTÕES DA PESQUISA	23
3. OBJETIVOS	26
4. REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1. Mortalidade Materna e Perinatal	29
4.2. Maternidade Segura e Atenção qualificada ao trabalho de parto e parto.....	37
5. METODOLOGIA	51
5.1. Local de estudo	52
5.1.1. Caracterização da Instituição	56
5.2. Sujeitos do Estudo	58
5.3. Aspectos Éticos da Pesquisa	58
5.4. Coleta de Dados	59
5.5. Análise dos dados	60
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	62
6.1. Caracterização da equipe de enfermagem	63
6.2. Atenção Obstétrica: descrição do observado	77
6.2.1. A admissão da parturiente	77
6.2.2. O trabalho de parto	81
6.2.3. Atenção ao Parto	89
6.2.4. Atenção ao pós parto	99
7. CONCLUSÕES	103
8. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA	106
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
10. ANEXOS	117
10.1. Anexo 1	118
10.2. Anexo 2	119
10.3. Anexo 3	121
10.4. Anexo 4	124
10.5. Anexo 5	125

Introdução

11. INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, sendo um processo singular e uma experiência especial da mulher e de seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade. Os profissionais de saúde participam desta experiência desempenhando um importante papel em colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos, minimizando a dor, ficando ao lado, dando conforto, esclarecendo e orientando (BRASIL, 2003a).

No entanto, observa-se que a maioria dos profissionais de saúde vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo em que o biológico e o patológico são mais valorizados, contribuindo para uma assistência intervencionista, medicalizada.

A medicalização do parto, inicialmente, teve como objetivo de diminuir os altos índices de mortalidade materna e perinatal; no entanto, atualmente nos deparamos com uma realidade preocupante em que, as crescentes taxas de cesáreas e intervenções indevidas ou precipitadas colocam em risco vidas indefesas.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ocorrido na década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher, sendo que a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto até o início dos anos 60. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil.

Nos anos 80, ocorreram algumas iniciativas locais para a redução da mortalidade materna, como o projeto desenvolvido por Galba Araújo no Ceará, que tinha como objetivo

integrar as parteiras leigas ao sistema local de saúde, de modo a melhorar o acesso à assistência, reduzindo riscos e respeitando a cultura local.

Em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), United Nations Children's Fund (UNICEF) e Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), adotou o Projeto Maternidade Segura que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, por meio da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2003a).

“A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização. Apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (...). A assistência ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto” (BRASIL, 2003a).

Chacam (2003) comenta que o aumento de intervenções médicas no parto tem descaracterizado este acontecimento como um fenômeno fisiológico e diminuído a participação da mulher como protagonista. No Brasil, há muita intervenção médica associada às altas taxas de mortalidade materna. Experiências em inúmeros países demonstram que não é necessária muita tecnologia para a maior parte das mulheres parirem com segurança e tranquilidade. É necessário encontrar um meio de conciliação envolvendo o respeito e o protagonismo da mulher ao processo fisiológico do parto com intervenção na hora necessária.

Segundo Hotimsky et al (2002), recentes pesquisas têm apontado que o Brasil é um dos líderes mundiais em cesarianas: essa taxa girava em torno de 30% nos anos 1980, e no ano de 1997 atingiu o índice de 39,7%. Tal quadro é analisado com preocupação por pesquisadores da Saúde, sendo que vários motivos fundamentam essa preocupação:

“(...) as cesáreas acarretam quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de pré-maturidade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil para a mãe, maior separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde” (HOTIMSKY et al, 2002).

Existem explicações para se compreender a ocorrência dos altos índices de cesarianas: a “*cesárea a pedido*” é atribuída a fatores socioculturais. No entanto foi a maior remuneração da cesárea nos anos 1970, e a não remuneração da analgesia para partos vaginais, que contribuíram para a instauração desse acréscimo. Outro aspecto pode ser assinalado: “(...) a formação dos profissionais tem privilegiado o uso de tecnologia sofisticada em detrimento da assistência ao parto normal (...)” (HOTIMSKY et al, 2002).

Com base em vários depoimentos de gestantes, em relação às condutas profissionais na Saúde Pública, Hotimsky et al (2002) chegaram à conclusão de que “a qualidade da assistência ao parto é deficitária, havendo ocorrências de mau acompanhamento, inadequação dos procedimentos, e, principalmente, de atitude mercenária”. A mesma pesquisa revela quanto que a relação entre profissionais da Saúde Pública e pacientes é muitas vezes marcada pela desconfiança, desrespeito e conflito, particularmente em se tratando de pacientes de camadas sócio-econômicas desfavorecidas.

“As intervenções médicas na gravidez e no parto – a cesárea é apenas uma entre tantas – são úteis quando necessárias, mas, como quase todas as intervenções, trazem riscos para a mãe e para a criança. Torna-se urgente, portanto, repensar a aplicação rotineira de diversas práticas de assistência à gravidez e ao parto que não trazem benefícios e privam a mulher de ter maior controle sobre seu próprio parto” (RIESCO, 2004).

Questiona-se a valorização da atuação intervencionista em um processo essencialmente fisiológico, em que a mulher pode exercer uma participação mais ativa e maior controle sobre o processo. O resgate do papel central e ativo da mulher no processo da gestação e do parto é enfoque privilegiado na luta pela humanização da assistência.

Segundo Dotto (2006), tem havido consenso de que a atenção qualificada ao parto e nascimento seja uma intervenção fundamental no sentido de que as gestações e partos sejam mais seguros, observando que apenas 53% das mulheres em países em desenvolvimento são atendidas no parto por pessoal qualificado. As evidências epidemiológicas mostram que existe uma relação entre a atenção qualificada ao parto e o declínio da mortalidade materna.

“Muitas mulheres dão à luz sozinhas ou na presença de membros da família ou de pessoas não qualificadas, sem as competências necessárias para reagir perante complicações que possam surgir durante o parto”, afirma o Dr. Lee Jong-Wook, Diretor Geral da OMS. “O pessoal de saúde qualificado é essencial, pois tem capacidade para identificar e prevenir problemas e prestar assistência ou conseguir a transferência das doentes em caso de complicações. Por outro lado, eles dão às mães informações essenciais sobre os cuidados que devem ter com elas próprias e com os bebês antes e depois do parto” (WHO, UNICEF and UNFPA, 2003).

A atenção qualificada é o processo pelo qual uma mulher grávida e seu filho recebem os cuidados adequados, durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e período neonatal. Deve também contar com o apoio dos vários setores do Sistema de Saúde incluindo políticas e normas, medicamentos, equipamentos e infra-estrutura eficiente de um sistema de referência. A atenção qualificada inclui também cuidados com as mulheres que tenham complicações, com risco de morte, não se limitando, porém a esta situação. O enfoque da atenção qualificada se fundamenta na premissa de que todas as mulheres têm direito à atenção de qualidade durante o parto por pessoal capacitado e qualificado e em local apropriado (ATENÇÃO [...], 2003).

A OMS ressalta que, se todas as mulheres fossem assistidas por um agente de saúde qualificado durante a gravidez e o parto e se tivessem acesso a cuidados de saúde de emergência em caso de complicações, sofrimentos e mortes seriam evitados (WHO, UNICEF and UNFPA, 2003).

Os dados atuais indicam que somente 53% das mulheres de países em vias de desenvolvimento dão a luz sendo atendidas por pessoal qualificado. A fim de melhorar esta situação, o Grupo IAG “Safe Motherhood Inter-Agency Group” tem elaborado uma estratégia de vários passos, com o objetivo de avaliar a importância e possível impacto da atenção qualificada durante o parto, sobre a redução da mortalidade materna. O Grupo IAG enfoca primordialmente no pessoal ou nos provedores qualificados individualmente (MACDONALD; STARRS, 2003).

A maternidade sem risco é um componente muito importante para os esforços de melhorar a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres. A gravidez e o parto são as causas principais de incapacidade e morte entre as mulheres de 15 a 49 anos, sendo os programas de maternidade segura indispensáveis para a saúde e sobrevivência da mulher (SAFE MOTHERHOOD, 1998).

“É preciso pensar a maternidade não só em termos de segurança e de estatística de morbidade e mortalidade. Nascer não envolve simplesmente fatores fisiológicos, mas compreende também a qualidade da experiência, a satisfação da mulher e o respeito a ela. Uma mulher bem informada e segura, cuja autonomia é respeitada no processo da maternidade, torna-se protagonista e certamente terá mais condições de cuidar de si e do bebê, bem como de passar por essa experiência de maneira muito mais segura. Resgatar o protagonismo da mulher é fundamental” (CHACAM, 2003).

Estima-se que cerca de 529.000 mulheres morrem no mundo, a cada ano devido à morte materna. A complicação fatal mais comum é a hemorragia pós-parto. Além de sepsis, complicações do aborto inseguro, parto prolongado ou obstruído e distúrbios hipertensivos da gravidez (UNICEF, 2006).

A mortalidade materna é um importante indicador da saúde da mulher, retratando as condições de saúde e da atenção à saúde da mulher e suas desigualdades. Entre 2000 e 2004, a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto foi a nona causa de morte de mulheres em idade fértil, totalizando 6.461 óbitos. Assim, no Brasil como em outros países, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública, uma vez que morrer durante a gravidez ou por complicações desta ou do parto configura um largo problema de injustiça social. Há um consenso que as mulheres acometidas pela morte materna são as de menor renda e escolaridade, e que sofrem com as questões raciais (BRASIL, 2006a).

Outro problema é que no Brasil a mortalidade infantil ainda é alta se comparada a outros países, e atualmente mais de 50% das causas estão relacionadas às condições do nascimento. Lansky et al (1999) analisam a associação entre a morte perinatal e o processo de

assistência hospitalar ao parto, considerando-se que grande parte das mortes perinatais pode ser prevenível pela atenção qualificada de saúde e que a avaliação da qualidade da assistência perinatal ao parto é necessária para a redução da morbi-mortalidade perinatal.

Esta problemática tem chamado nossa atenção desde a graduação em enfermagem e a Especialização em Enfermagem Obstétrica. Nos últimos anos, atuando como professora em uma Universidade particular e acompanhando estudantes em aulas práticas em uma Maternidade de pequeno porte, temos observado aumento nos índices de morte materna e perinatal, com grande repercussão para os profissionais e Instituições de Saúde, bem como para os familiares.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2004 a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no País foi de 54,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2006a). No mesmo ano, no Estado de São Paulo a RMM foi de 34,6 enquanto que no município em estudo (Porto Ferreira - SP) foi de 260 (BRASIL, 2006b). É importante ressaltar que os dados do município de Porto Ferreira foram referentes ao total de duas (2) mortes maternas ocorridas em um ano. Como a Razão de Mortalidade é calculada pelo número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de óbito materno, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x100 mil) (REDE, 2002), o cálculo para um município de pequeno porte mesmo sendo o total de (2) mortes maternas, expressa uma taxa extremamente elevada para um ano, comparando com o restante do Estado e do País.

O coeficiente de mortalidade infantil no Estado de São Paulo foi de 14,5 em 2004, e 13,5 em 2005; enquanto que no município de Porto Ferreira foi de 11,7 em 2004 e 16,4 em 2005 (BRASIL, 2006b). O coeficiente de mortalidade neonatal foi de 9,58 em 2005, e o pós-neonatal de 6,84 no mesmo ano (SÃO PAULO, 2007).

Diante deste cenário desafiador e preocupante, como profissionais de saúde e principalmente como responsáveis pela formação de recursos humanos em enfermagem,

nossa meta é identificar ações que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência e para o alcance da maternidade segura.

Neste momento, almejando contribuir para a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como dar continuidade à nossa formação acadêmica, vimos a oportunidade de aprofundar nossa investigação, direcionando para questões que vem nos chamando atenção, relacionadas à participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira - SP. Identificamos que muitos enfermeiros são recém graduados, não têm especialização na área de enfermagem obstétrica, assumem a responsabilidade pela supervisão de enfermagem do hospital inteiro, que conta com 61 leitos hospitalares; e ainda desenvolvem ações de competência exclusiva do enfermeiro na maternidade. Assim o cuidado à gestante e parturiente, muitas vezes, fica em segundo plano.

No ano de 2006, segundo dados do Datasus (BRASIL, 2008), o número total de internações no Hospital em estudo foi de 2.170 e o número total de internações obstétricas foi de 501, com a média de 181 internações/mês, sendo que a média de internações obstétricas/mês foi de 42. O número de nascidos vivos no ano de 2005 foi de 730, com a média mensal de 58,6 nascimentos. Estes índices indicam a sobrecarga de responsabilidades e tarefas do enfermeiro, tendo que atuar na assistência obstétrica e na assistência nas demais clínicas de internação hospitalar.

De acordo com a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício do profissional de enfermagem, o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe dentre outras atividades: assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distocia; e que o titular do diploma ou certificado de obstetritz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei, deve prestar assistência à parturiente e ao parto normal; identificar as distocias

obstétricas e tomar providências até a chegada do médico; realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1986).

Em minha vivência profissional como professora de Enfermagem Obstétrica, tenho questionado como desenvolver competências específicas em obstetrícia, tendo em vista a formação do enfermeiro generalista? Como contribuir para a formação de profissionais de enfermagem que atuem com segurança e desenvoltura na assistência à mulher no trabalho de parto e parto? Como apoiar os enfermeiros da Instituição no desenvolvimento de competências essenciais em obstetrícia?

Pressuposto e Questões da Pesquisa

12. PRESSUPOSTO E QUESTÕES DA PESQUISA

As evidências científicas mostram que a maternidade segura pode ser alcançada por meio da atenção qualificada ao parto, como elemento fundamental na redução das mortes maternas e perinatais. Para isto, os profissionais ligados a esta assistência precisam ter as competências essenciais para resolver problemas e analisar criticamente a situação, antes da tomada de decisão.

Os profissionais ligados à assistência obstétrica devem ser capazes de manejar o trabalho de parto e parto, além de observar o início de complicações e realizar as intervenções necessárias dentro de sua competência, iniciando o tratamento e encaminhando a mulher em casos de necessidade.

Diante deste cenário, nosso objeto de pesquisa é a atuação dos profissionais de enfermagem na assistência à mulher no trabalho de parto e parto em uma maternidade do município de Porto Ferreira - SP. Temos como pressuposto que diferentes categorias profissionais de enfermagem desenvolvem ações no trabalho de parto e parto sem a qualificação necessária, tendo em vista o processo de trabalho adotado pela Instituição de Saúde responsável pela assistência obstétrica no município, bem como o número insuficiente de enfermeiros.

Com base neste pressuposto, as questões norteadoras deste estudo são:

1. Quem são os profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao parto na maternidade de Porto Ferreira.
2. Quais são as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na evolução do trabalho de parto e parto?

A proposta deste estudo está inserida em um amplo projeto sobre o “Mapeamento dos Serviços de Obstetrícia/Parteria nas Américas”, coordenado pela OMS/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 (MACDONALD; STARRS, 2003).

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, enquanto Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o desenvolvimento da Pesquisa está integrando o referido estudo, tendo assumido a coordenação da pesquisa em nível nacional.

Os resultados desta pesquisa, além de contribuir para este mapeamento, poderão trazer subsídios para uma política de formação com base nas competências essenciais, proposta pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM) (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Objetivos

13. OBJETIVOS

13.1. Objetivo Geral

Descrever a participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento em uma maternidade de um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo.

13.2. Objetivos Específicos

- Identificar quais são os profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao parto e qual a sua formação profissional.
- Identificar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no atendimento à mulher no trabalho de parto e parto.

Referencial Teórico

14. REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo está fundamentado nos eixos teóricos da Mortalidade Materna e Perinatal, na Maternidade Segura e na Atenção qualificada ao trabalho de parto e parto.

14.1. Mortalidade Materna e Perinatal

Durante muito tempo, o óbito materno foi considerado um fato natural e próprio da condição feminina, no entanto, cerca de 98% desses óbitos seriam evitáveis em condições dignas de vida e de saúde à população (BRASIL, 2003b).

Alencar Júnior (2006) comenta que o número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano, refletindo além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública.

Reduzir a mortalidade materna é um fator essencial para a sobrevivência e desenvolvimento de todas as crianças, especialmente nos países mais pobres (WHO, UNICEF and UNFPA, 2003).

Para a Organização Mundial da Saúde, morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, devido à causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

De acordo com a Classificação Internacional das doenças CID – 10:

- Morte materna - Define-se como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.
1. Morte materna tardia - é a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.
 2. Morte relacionada à gestação - é a morte de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte.

As mortes maternas podem ser subdivididas em dois grupos:

1. Mortes obstétricas diretas - Aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devida a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.
2. Mortes obstétricas indiretas - Aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelo efeitos fisiológicos da gravidez (Hill et al. 2006).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é a relação entre o número de óbitos femininos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos. Deve-se destacar que para este cálculo não são consideradas as mortes fora do período do puerpério de 42 dias, para que sejam possíveis comparações internacionais (BRASIL, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações Unidas (FNFPA), desenvolveram estimativas da mortalidade materna estimando cerca de (529.000) mortes maternas no mundo. Sendo que (253.000) na Ásia, (251.000) na África, 4% (22.000) na América Latina e Caribe e menos que 1% (2.500) nas regiões mais desenvolvidas do mundo. Quanto a Razão de

Mortalidade Materna (RMM), estima-se que esteja em torno de 400 por 100.000 nascidos vivos no mundo. Por regiões a RMM mais alta é da África (830), seguida da Ásia (330), Oceania (240), América Latina e Caribe (190) e os países desenvolvidos (20) (WHO, UNICEF and UNFPA, 2004b).

Estudos da OMS, UNICEF e UNFPA sobre a mortalidade materna mostram que para as mulheres que vivem na África subsariana o risco de morte durante a gravidez ou parto é de um em cada 16. Para as mulheres do mundo industrializado, o risco é de apenas 1 em 2.800. Graças a programas de saúde materna bem sucedidos, a experiência mostra que estes sofrimentos e mortes poderiam ser evitados se todas as mulheres fossem assistidas por um agente de saúde qualificado durante a gravidez e o parto e se tivessem acesso a cuidados de saúde de emergência em caso de complicações (WHO, UNICEF and UNFPA, 2003).

No Brasil, os índices de mortalidade materna apresentam-se elevados. Segundo pesquisa feita pelo Ministério da Saúde, Brasil (2006a), a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil foi de 54,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2004. Entre as regiões, o Nordeste apresentou a razão mais elevada e a Região Sudeste apresentou a mais baixa (63,8 e 44,4 por 100.000 nascidos vivos, respectivamente). Em 2004, ocorreram 1.645 óbitos maternos, com predominância das causas obstétricas diretas (70,9%). As causas indiretas representaram 24,5%, e as indeterminadas, 4,6%. Entre as regiões, a maior participação das causas diretas deu-se na Região Norte (78%), e das causas indiretas, na Região Centro-Oeste (35,9%).

Em 2004, entre as causas diretas, a eclampsia e a pré-eclampsia foram as que mais se destacaram, representando 26,8%. O aborto representou 13,4%. A hemorragia pós-parto também se destacou com 105 casos (9%). Entre as regiões, a Região Centro-Oeste apresentou a maior participação das doenças hipertensivas (39,1%), destacando-se a eclampsia e a pré-

eclampsia (33,3%). Na Região Norte destacou-se o aborto (18,8%), e no Sul, a hemorragia pós-parto (13,2%).

As causas indiretas responderam por 403 óbitos maternos (24,5%). A Região Centro-Oeste apresentou o maior percentual: 35,9%. Dentre as causas indiretas, 71,5% são as outras causas da mãe classificadas, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério, chegando a 90% na Região Centro-Oeste. Das demais causas, o HIV contribuiu com 12%, chegando a 24,4% na Região Sudeste (BRASIL, 2006a).

A mortalidade materna é um importante indicador da saúde da mulher, retratando as condições de saúde e da atenção à saúde da mulher e suas desigualdades. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas indicam precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade e, também, serviços de saúde de má qualidade. Entre 2000 e 2004, a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto foi a nona causa de morte de mulheres em idade fértil, totalizando 6.461 óbitos. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama a atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, na grande maioria dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2006a).

A redução da mortalidade materna é uma das principais metas discutidas em Conferências Internacionais atuais e está incluída nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas; sendo a avaliação desta redução uma tarefa difícil devido à complexidade da mensuração da mortalidade materna e à inexistência de dados para algumas regiões e países, além da parcial fidedignidade da informação, mesmo naquelas áreas onde há declaração médica da causa da morte e bom sistema de registros vitais.

No Brasil, a mortalidade materna tem sido motivo de preocupação das autoridades de saúde, em nível federal, estadual e municipal e em grande número de municípios, há

“Comissões de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas que investigam os casos de morte materna declarada ou suspeita”, sendo que em muitos deles, são pesquisadas todas as mortes de mulheres em idade fértil (LAURENTI, 2004).

A morte de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao puerpério é, em sua grande maioria, evitável. Além disso, o nível da mortalidade materna é um indicador consistente sobre a saúde da mulher, retratando as iniquidades existentes entre as regiões. Assim sendo, faz-se necessário conhecer os dados disponíveis para melhor analisar as causas do óbito, bem como seu comportamento nos estados brasileiros, com vistas a permitir uma melhor avaliação da situação e apontar sugestões para a efetiva redução do óbito materno. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito em mulheres em idade fértil. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama a atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2005).

Em nosso país e no Estado de São Paulo, ainda persistem coeficientes altos de mortalidade materna e certamente, existem subnotificação de óbitos desse tipo. O número de óbitos e os coeficientes para o Estado têm se reduzido pouco na última década, permanecendo por volta de 40 ou mais óbitos por 100.000 mil nascidos vivos. Cerca de 25% destes óbitos decorrem de causas ligadas às doenças hipertensivas e cerca de 18% para complicações do parto. Ainda apontando para altas taxas de cesárea existentes nas regiões e no Estado como um todo (SÃO PAULO, 2003).

As causas de mortalidade infantil no Brasil também se alteraram ao longo das últimas décadas. São os seguintes dados da mortalidade infantil: mortalidade neonatal precoce (<6 dias), mortalidade neonatal tardia (7 a 28 dias) e pós-neonatal (28 dias a um ano). Nos anos 80 as principais causas de óbitos estavam relacionadas às doenças infecto contagiosas,

que sofreram um declínio nas décadas seguintes, crescendo em importância as causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gravidez, parto e nascimento, respondendo por mais de 50 % das causas de óbitos no primeiro ano de vida. A mortalidade por causas perinatais representa atualmente o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida. Seus fatores causais estão intimamente ligados às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, parto e assistência ao nascimento (BRASIL, 2005).

Entre 2000 e 2004, os óbitos de menores de 1 ano passaram de 68.199 para 54.183. A taxa de mortalidade infantil no Brasil passou de 26,8/1.000 nascidos vivos em 2000 para 22,6/1.000 nascidos vivos em 2004, o que representou uma redução de 15,7% no período. A maior redução foi verificada na Região Nordeste, que passou de 41,4 para 33,9 por mil nascidos vivos. Entre 1996 e 2004, a redução na taxa de mortalidade infantil foi de 32%, chegando a 40% no Ceará. Analisando-se a mortalidade infantil proporcional, as principais causas são: doenças infecciosas (Cap. I, CID 10), afecções originadas no período perinatal (Cap. XVI, CID 10), malformações congênitas (Cap. XVII, CID 10) e doenças do aparelho respiratório (Cap. X, CID 10), com 70% em 2004. As afecções perinatais e a malformação congênita apresentaram aumento entre 1996 e 2004; as demais causas reduziram-se no mesmo período. Dentre as principais causas, o grupo com maior volume de óbitos no período analisado no Brasil é o das afecções geradas no período perinatal, que em 2004 apresentou 30.900 óbitos, ou seja, 57% dos óbitos de menores de 1 ano. Entre 1996 e 2004, a contribuição dos óbitos perinatais no Brasil passou de 50% a 57%, enquanto no Nordeste passou de 41% para 58%. Em 2004, o óbito neonatal precoce representou 51% dos óbitos em menores de 1 ano. Dentre as causas, segundo os capítulos da CID 10, 83% foram classificadas como afecções do período perinatal. A malformação congênita contribuiu com 14% dos óbitos. Entre 1996 e 2004, os óbitos neonatais tardios apresentaram um aumento de 28,8%.

As causas perinatais e as malformações congênitas foram as causas principais, representando, em 2004, 92%. A mortalidade por causas perinatais representa atualmente o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida. A proporção de óbitos por causas perinatais apresentou aumento entre 1996 e 2004. Nas Regiões Norte e Nordeste essas variações ocorreram de modo mais evidente, provavelmente por razões diferentes. Paralelamente, houve uma redução dos óbitos em menores de 1 ano por doenças infecciosas e respiratórias. Os óbitos das causas mal definidas caíram 39% no mesmo período (BRASIL, 2006a).

Em um estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, analisando a causa básica do óbito verificou-se um grande número de afecções maternas (32,6%), com predominância para a doença hipertensiva, e de malformações do RN, sendo as cardiopatias as mais freqüentes. Muitas dessas causas estão relacionadas diretamente com as más condições de vida e, portanto, dependem de uma melhor distribuição de renda e um melhor nível educacional da população de baixa renda. Entretanto, verificou-se que um grande número de óbitos poderia ter sido evitado através de uma melhor atenção à gestante no pré-natal. A maioria das mortes ocorreu por problemas relacionados à assistência pré-natal, com um número significativo de gestantes não realizando nenhuma consulta durante a gestação ou iniciando tardiamente o acompanhamento pré-natal (ARAUJO, 2005).

No Brasil, por exemplo, apesar de os óbitos pós-neonatais por causas evitáveis ainda serem muito freqüentes e merecerem a atenção dos planejadores e trabalhadores de saúde, uma grande parcela de nossa excessiva mortalidade infantil poderia ser evitada se fosse melhorada a qualidade da atenção perinatal. A respeito da assistência ao parto, há estreita relação entre a qualidade com que é prestada e a mortalidade infantil precoce, pois os problemas decorrentes deste, quando realizado com técnicas inadequadas, têm repercussão sobre o recém-nascido durante os primeiros dias de vida, sendo raro problemas decorrentes do

parto induzirem o óbito num período superior a quatro semanas (BARROS et al., 1987). Quanto ao tipo de parto, estudos apontam para maior mortalidade entre mulheres que tiveram filhos através de partos cirúrgicos em relação a mulheres que tiveram parto normal (LEAL & SZWARCOWALD, 1996a).

Lansky et al. (1999), analisa a associação entre a morte perinatal e o processo de assistência hospitalar ao parto, considerando-se que grande parte das mortes perinatais pode ser prevenível pela atenção qualificada de saúde e que a avaliação da qualidade da assistência perinatal ao parto é necessária para a redução da morbi-mortalidade perinatal. Realizou-se estudo caso-controle de base populacional dos óbitos perinatais (n = 118) e nascimentos (n = 492), ocorridos em maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Indicadores como sexo masculino, prematuridade, doenças na gravidez, baixo peso ao nascer, doenças do recém-nascido, não realização de pré-natal, não utilização de partograma e menos de uma avaliação fetal por hora durante o trabalho de parto apresentaram associação estatisticamente significativa com o óbito perinatal. No modelo de regressão logística múltipla, a não utilização do partograma durante o trabalho de parto e o tipo de maternidade apresentaram-se como fatores de risco independentes para a morte perinatal.

O estudo indicou que a qualidade da assistência hospitalar ao parto é deficiente e que aspectos da estrutura dos serviços e do processo de assistência relacionam-se com a mortalidade perinatal por causas evitáveis. Os autores enfatizam que para a redução da mortalidade infantil e perinatal no Brasil os esforços em ações de saúde são de fundamental importância, particularmente a melhoria do acesso e qualidade da atenção pré-natal e atenção ao parto e nascimento. Os resultados deste estudo apontam a necessidade da adoção de medidas básicas e efetivas de qualificação da assistência à gestante e ao recém-nascido, como a estruturação dos hospitais e o adequado monitoramento do trabalho de parto, de modo a

oferecer segurança no atendimento ao parto, propiciando o nascimento seguro e a redução da mortalidade perinatal por causas evitáveis (LANSKY et al 1999).

É preciso repensar o papel da atenção pré-parto, muitas vezes relegada a um segundo plano no dia-a-dia do trabalho dos hospitais e maternidades. Além de estrutura adequada, as maternidades devem contar com equipe treinada, e mais que tudo, disponível para prestar o cuidado necessário, humanizado e em tempo oportuno, para a redução de uma das causas de morte perinatal com maior potencial de prevenção por cuidados de saúde: a asfixia intraparto (LANSKY et al 1999).

14.2. Maternidade Segura e Atenção qualificada ao trabalho de parto e parto

A iniciativa global por uma Maternidade Segura foi lançada em 1987 na Conferência Internacional em Nairobi, Kênia com o propósito de chamar atenção internacional sobre a dimensão e conseqüências das precárias condições de saúde materna nos países em desenvolvimento, e mobilizar ações para obtenção de gestações e partos mais seguros para as mulheres e os recém nascidos. A Iniciativa foi dirigida por um grupo de agências internacionais que inclui a United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), o World Bank, a World Health Organization (WHO), International Planned Parenthood Federation (IPPF), e Conselho da População. Este grupo foi chamado de "Safe Motherhood Inter-Agency Group" (IAG) (STARRS, 1998).

A Conferência Internacional sobre Maternidade sem Risco (*Safe Motherhood Conference*) em 1987 em Nairobi foi um importante demarcador na mobilização internacional em torno do problema da mortalidade materna e foi um evento de grande repercussão mundial que se converteu em um marco referencial. A partir daí a questão assumiu espaço na agenda das discussões relativas à saúde pública e outras Conferências Internacionais seguiram-se, como a XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana em Washington, em 1990, que foi para a região das Américas um marcante acontecimento onde foi aprovado o *Plan de Acción*

Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna em la Región de Las Américas (RODRIGUES & SIQUEIRA, 2003).

O objetivo principal do Plano era reduzir as taxas de mortalidade materna em 50% ou mais até o ano 2000 melhorando os serviços de saúde reprodutiva prevendo também um compromisso político explícito dos setores social e econômico no sentido de desenvolver legislação, implementar políticas e empreender programas de ação (OPAS/OMS, 2002). Entre as estratégias apontadas para o alcance das metas estava a “*instauração e manutenção de Comitês de Mortalidade Materna em nível nacional, regional e local dos serviços de saúde*” (RODRIGUES & SIQUEIRA, 2003).

Segundo Dias (2002), os primeiros Comitês de Morte Materna foram instalados nos Estados Unidos, na Filadélfia (1931) e em Nova York (1932). Sua influência espalhou-se pelo Canadá e Israel onde Comitês semelhantes foram instalados. Na Inglaterra, a onda social democrata que varreu a Europa no pós-guerra instaurou o Estado de Bem estar Social que estatizou e unificou os serviços de saúde, criando o Serviço Nacional de Saúde que passou a operar em 1949. A preocupação era diminuir rapidamente o número de mortes. Em 1952, teve início a 1º investigação confidencial sobre mortes maternas da Inglaterra e País de Gales com publicação posterior de um relatório. Na América Latina, existem várias iniciativas isoladas de implementação e organização de Comitês de Morte Materna. O México, em 1972, iniciou a experiência de formação de Comitês em seus hospitais. Em 1990, contava com um Comitê Central, 36 Comitês regionais e 179 Comitês hospitalares locais. O México estabeleceu Comitês de Morte Materna em todos os hospitais da Seguridade Social e da Secretaria de Saúde. Cuba, em 1968, elaborou portaria ministerial para normalizar as investigações de óbitos maternos e, em 1987, criou uma Comissão Nacional para análise de todos os óbitos ocorridos no país, que deveriam ser notificados em 24 horas após o evento e investigadas em 15 dias.

A proposta de implantação dos Comitês obteve maior impulso a partir da 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana de 1990, que estabeleceu como prioridade à redução da mortalidade materna na região, definindo um conjunto de resoluções destinadas a apoiar este processo.

A conferência resolveu estimular os governos regionais para que:

A) Definissem uma política de saúde integral à mulher e de prevenção da mortalidade materna;

B) Fixassem as metas de redução da mortalidade materna pelo menos em 50% nos próximos 10 anos seguintes;

C) Desenvolvessem e executassem os Planos de Ação para a Redução da Mortalidade Materna que incluíssem as metas, as estratégias de intervenção, as linhas e as políticas de ação propostas no plano regional;

D) Realizassem um esforço especial para melhorar a qualidade e o uso da informação demográfica, de saúde e de serviços, mantendo um diagnóstico atualizado da situação de saúde da mulher em geral e da saúde reprodutiva em particular;

E) Estabelecessem um sistema de Vigilância da Mortalidade Materna;

F) Avaliassem a cada dois anos o Plano Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e comuniquem a OPAS sobre os avanços alcançados.

O Brasil participou das Conferências de 1987 e de 1990 e se comprometeu com a meta de redução. A partir de 1988, passou-se a incentivar a criação de Comitês de Prevenção à Morte Materna (DIAS, 2002).

A Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (ICPD) realizada no Cairo no período de 5 a 13 de setembro de 1994, estabeleceu um programa de ação que definiu objetivos em relação à redução da mortalidade materna em que “os países devem reduzir seus índices de mortalidade materna de uma maneira significativa até o ano de

2015”. A meta seria uma redução na mortalidade materna de 50% até 2000 e em 75% em 2015 (ICPD, 1994).

Em relação à prevenção da mortalidade materna, praticamente todos os países tomaram medidas visando a sua redução, conforme preconizado pelo Programa de Ação. Enquanto alguns países modificaram a sua legislação, outros incluíram medidas dentro das políticas públicas de saúde. No Uruguai, a baixa mortalidade materna foi mantida mediante a alta qualidade da atenção ao parto.

No Brasil, além da capacitação de técnicos e parteiras, foi criado um sistema de atenção a gestantes de alto risco. Em um grande número de países, como Brasil, Equador, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela, foram criadas comissões de vigilância de mortalidade materna e sistemas informatizados de acompanhamento, com a finalidade de melhorar o registro dos casos de morte materna, a investigação das causas e a formulação de medidas que visem a sua redução. Merecem destaque, também, as iniciativas regionais interagências para atingir um consenso sobre estratégias chaves para a redução da mortalidade materna. São consideradas fundamentais a atenção qualificada durante o parto e a capacidade de resolução das emergências obstétricas, pois a maioria das mortes maternas decorrem de complicações que se manifestam durante o parto e o pós-parto (PATRIOTA, 2007).

Em 1997, o Grupo Interagencial por uma Maternidade Segura (IAG), convocou uma Conferência Internacional com o objetivo de examinar as lições apreendidas durante o primeiro decênio da iniciativa, identificar as estratégias mais eficazes e mobilizar a ação em nível nacional para implementar estas estratégias. Nesta Conferência surgiu o consenso sobre o valor da atenção qualificada durante o parto, intervenção fundamental para que as gestações e os partos sejam mais seguros (SAFE MOTHERHOOD, 2007).

Os serviços para uma maternidade sem risco devem estar facilmente disponíveis através de uma rede de provedores de serviços comunitários de saúde, clínicas e hospitais. Integrados com e organizados dentro de uma política de saúde mundial e comprometido a oferecer:

1. Educação comunitária sobre maternidade segura.
2. Cuidado pré-natal e aconselhamento, incluindo a promoção da nutrição materna.
3. Assistência especializada durante o parto.
4. Atenção para complicações obstétricas, incluindo casos de emergência.
5. Cuidados no pós-parto.
6. Manejo de complicações do aborto, cuidado pós-aborto e interrupções de gravidez seguras, com a permissão da lei.
7. Assessoria, informação e serviços sobre planejamento familiar (SAFE MOTHERHOOD, 1998).

A agenda da Conferência de 1997 foi estruturada em torno de dez pontos chave “mensagens de ação” que foram definidas pelo IAG. Os primeiros três pontos chave são no sentido de mudar o ambiente da política de saúde da mulher e suas diretrizes;

1. Avanço na Maternidade Segura com os direitos humanos: impedir a morte e a doença materna é uma ação da justiça social e dos direitos humanos das mulheres. Fazer a maternidade mais segura requer que os direitos humanos das mulheres sejam respeitados, isto inclui direito aos serviços e à informação de boa qualidade durante e após a gravidez e o parto; direito de fazer livremente suas próprias decisões sobre sua saúde, sem coerção ou violência, e com informação completa, e a remoção de barreiras legais, políticas e da saúde que contribui para a mortalidade materna.
2. Capacitar as mulheres, assegurar suas escolhas: as desigualdades e a discriminação embasadas no gênero limitam as opções das mulheres e contribuem diretamente para

piorar sua saúde e provocar sua morte. A reforma de leis e a mobilização da comunidade podem ajudar as mulheres a proteger sua saúde reprodutiva, e a permitir entender e articular suas necessidades de saúde, buscando serviços com confiança e sem demora.

3. A Maternidade Segura é um investimento econômico e social vital: todo desenvolvimento de planos nacionais e políticos devem incluir programa de saúde materna em reconhecimento ao alto custo da morte materna e a incapacidade do sistema de saúde, a força de trabalho, comunidades e famílias. Recursos adicionais devem ser alocados para a maternidade segura e deve ser investido nas intervenções mais efetivas.

Os demais sete pontos chave são relacionados à direção de projetos e implementação de programas:

4. Adiar o casamento e o primeiro filho: a gravidez e o parto durante a adolescência poder acarretar riscos consideráveis. Adiar os primeiros nascimentos, informação sobre saúde reprodutiva e serviços para adolescentes solteiros e casados precisam ser legalmente disponíveis, acessíveis, com base no entendimento da realidade da vida dos jovens. A instrução da comunidade deve incentivar famílias e os indivíduos a adiar a união e os primeiros partos até que as mulheres estejam preparadas física, emocional e economicamente para ser mães.
5. Toda gravidez enfrenta riscos: toda mulher grávida pode apresentar, de forma repentina, complicações que podem colocar em risco sua vida e que requeira atenção obstétrica da alta qualidade. Na intenção de prevenir estes problemas antes que ocorram. Os programas de saúde materna devem estar orientados para garantir que todas as mulheres tenham acesso a serviços especializados e essenciais.
6. Assegurar Atenção Qualificada durante o parto: a maneira mais eficaz de reduzir a morte materna é assegurar a presença de um profissional de saúde qualificado para dar assistência ao parto, em condições seguras e normais e atender em complicações.

Infelizmente há uma escassez crônica destes profissionais nas comunidades pobres e rurais dos países em desenvolvimento. Os estudos têm demonstrado que as parteiras tradicionais capacitadas têm reduzido significativamente o risco de uma mulher morrer durante o parto, principalmente porque podem tratar as complicações da gravidez.

7. Melhorar o acesso aos serviços de saúde materna de alta qualidade: um grande número de mulheres nos países em desenvolvimento não tem acesso aos serviços de saúde materna. Muitas delas não podem receber a atenção qualificada nem tem os recursos necessários para isto. Os costumes culturais e as crenças podem também impedir que as mulheres compreendam a importância dos serviços de saúde e procurem se aconselhar nestes serviços. Além da reforma das leis e dos esforços para adquirir apoio dentro das comunidades, os sistemas de saúde devem se esforçar em responder a uma diversidade de problemas clínicos, interpessoais e logísticos que influem na qualidade, na sensibilidade e na acessibilidade da prestação de serviços.
8. Prevenindo a gravidez não desejada e o aborto em condições de risco que é a causa de morte materna onde mais se descuida e pode ser prevenido com facilidade. Essas mortes podem ser reduzidas consideravelmente assegurando que os programas sobre maternidade sem risco incluam: serviços de planejamento familiar centrados nos benefícios para evitar a gravidez não desejada, e assessoria sobre métodos contraceptivos para mulheres que tiveram um aborto induzido, utilização de tecnologias apropriadas para as mulheres que apresentem complicações durante o aborto e onde não seja contrário à lei, prestação de serviços em condições seguras para a interrupção da gravidez.
9. Medir os avanços alcançados: os governos ao redor do mundo têm se comprometido para reduzir a morte materna em 50% até o ano 2000. No entanto, a mortalidade materna é difícil de medir devido a problemas de identificação, classificação e registro. Em consequência disto, os participantes interessados nos programas de maternidade sem risco

estão desenvolvendo outros meios para medir os efeitos e a eficácia dos programas, por exemplo, registrando a proporção de nascimentos atendidos por um trabalhador de saúde qualificado. Estes indicadores podem ajudar a determinar as deficiências e sugerir prioridades programáticas para que a mortalidade materna possa ser prevenida de uma melhor forma no futuro.

10. O poder da parceria: a maternidade segura deve ser a prioridade dos governos, dos políticos e dos provedores de saúde, e de toda a sociedade civil. Alianças precisam ser formadas, não somente para defender os direitos humanos das mulheres, mas também com grupos de homens e grupos religiosos, com organizações não governamentais, doadores, e outros setores devem trabalhar juntos para promover a maternidade segura dentro dos países e das comunidades e através das fronteiras nacionais. Os programas devem ser desenvolvidos, avaliados e melhorados com a participação dos clientes, dos prestadores de serviço de saúde e dos líderes das comunidades. Os planos e as políticas nacionais devem colocar a saúde materna em seu contexto amplo contexto social e econômico, e incorporar novos grupos e setores que podem apoiar a maternidade segura (SAFE MOTHERHOOD, 1998; SAFE MOTHERHOOD, 2007; STARS, 1998).

Em 2000, as Nações Unidas esboçaram objetivos internacionais específicos do desenvolvimento com o alvo de reduzir a pobreza. Entre os objetivos internacionais do desenvolvimento ajustados pelas nações unidas inclui-se uma redução da mortalidade materna em 75% até o ano de 2015, fornecendo o acesso aos serviços de saúde reprodutiva e reduzindo taxas de mortalidade infantil em 75% até 2015. Em setembro de 2000, 189 países, no maior encontro de Líderes de Estado das Nações Unidas, reunidos em New York, adotaram a Declaração do Milênio onde assumiram oito objetivos primordiais entre eles reduzir a pobreza e a fome, sendo também um dos objetivos a redução da mortalidade materna 75% até o ano 2015 (SAFEMOTHERHOOD, 2007).

França (2005) comenta que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam de fato executadas e respondam às reais necessidades locais da população. O Governo Brasileiro propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, lançado no dia 08 de Março de 2004, pois são duas mil mulheres e cerca de 38 mil crianças com menos de 28 dias de vida que morrem a cada ano no Brasil. O Pacto Nacional tinha como meta inicial à redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e como objetivo estratégico, nas próximas duas décadas, a redução desses indicadores aos níveis considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

“O pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal é um movimento político que precisa ser calcado na estrutura, nos programas e nas ações do setor Saúde, mas que não se restringe a esse setor, sendo a expressão da política de governo para enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e neonatal. Consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal que não podem prescindir da atuação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004)”.

Dentre as ações estratégicas assumidas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal destacamos a articulação de parcerias co-responsáveis entre diferentes instituições, assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados. Também de garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca de assistência (parto é urgência prevista). Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que sejam garantidos transporte seguro e sua transferência para outras unidades. Organizar acesso, integrando os níveis de gestão, garantindo continuidade do cuidado, adequando à oferta de serviços, regionalizando e hierarquizando a assistência ao parto e ao RN, ampliando leitos de maior complexidade e expandindo rede de bancos de leite humano e de hemoderivados. Além de requalificar hospitais Amigos da Criança e reavaliar rede de hospitais de referência para gestantes de

risco, qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal ou ao abortamento inseguro. Priorizar o custeio dos serviços de unidades de referência regional na atenção à gravidez de risco e que tenham leitos de UTI neonatal. Fortalecimento de projetos para Premiação de Serviços Exemplares. Investir na qualificação de maternidades e hospitais que realizam partos e serviços de urgência para atenção às mulheres e aos recém-nascidos. Priorizar a capacitação e a educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2004).

A qualificação de equipes profissionais de 27 maternidades brasileiras (uma por estado) na atenção obstétrica e neonatal humanizada, com base em evidências científicas e com o compromisso de multiplicar o treinamento nas maternidades dos 78 municípios prioritários em 2005, como proposta inicial da Área Técnica Saúde da Mulher, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, passou a ser prioridade do pacto (CHACAM, 2003).

A atenção qualificada se refere ao processo pelo qual a 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, independente do parto seja no domicílio, no centro de saúde ou no hospital. Para que isso ocorra, o provedor deve ter as habilidades necessárias além de contar com apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isto inclui um marco de políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infra-estrutura adequados além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação, de referência e transporte (MACDONALD E STARRS, 2003).

MacDonald e Starrs (2003) definem que o termo pessoal ou provedor qualificado se refere exclusivamente aos profissionais que atendem ao parto: médicos, parteiras profissionais, enfermeiros; capacitados nas habilidades necessárias para oferecer cuidados

competentes durante a gravidez e o parto; reconhecendo o início das complicações e realizando intervenções necessárias.

A atenção qualificada está baseada na premissa de que todas as mulheres têm direito a cuidados de qualidade durante o parto.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) está promovendo uma abordagem focalizada na atenção primária de assistência à saúde, envolvendo e educando mulheres, suas famílias e comunidades. Essas intervenções incluem Atenção Obstétrica Especializada (AOE): atendimento hábil no parto, manejo de complicações pós-aborto e melhor acesso a serviços de saúde de qualidade materna e neonatal. Os componentes mais importantes da Atenção Obstétrica Especializada são: centros de parto com um atendente qualificado, materiais e equipamentos necessários e a capacidade de transportar rapidamente uma mulher para uma instalação mais abrangente se necessário; manejo de problemas da gravidez (por exemplo, anemia, diabetes); tratamento médico de complicações relacionadas com a gravidez, parto ou aborto (por exemplo, hemorragia, sépsis, complicações de aborto, eclampsia); monitoração do trabalho (incluindo partógrafo); e atendimento neonatal básico (OPAS/OMS, 2002).

A assistência profissional ao parto está no centro dos esforços para reduzir a morbidade e mortalidade materna. As mulheres atendidas por atendentes hábeis com competências obstétricas têm maior probabilidade de evitar complicações sérias e receber tratamento cedo (OPAS/OMS, 2002).

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) é uma federação de associações de parteiras de 72 nações do mundo que trabalha perto das agências da ONU em defesa da maternidade segura, definindo as competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia. As competências essenciais para a prática da obstetrícia básica estão baseadas nos

valores, visão, estratégias e ações usadas por aqueles que assistem as necessidades das mulheres/famílias em idade reprodutiva.

- ❖ **Competência #1:** as parteiras têm o 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-nascido e famílias, no período reprodutivo.
- ❖ **Competência #2:** as parteiras proporcionam educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positivas.
- ❖ **Competência #3:** as parteiras proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.
- ❖ **Competência #4:** as parteiras proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem um parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.
- ❖ **Competência #5:** as parteiras proporcionam à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.
- ❖ **Competência # 6:** as parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade. (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Segundo Macdonald e Starss (2003), os provedores de saúde que tenham sido capacitados como pessoal qualificado podem e devem realizar uma ampla variedade de intervenções efetivas, para diminuir tanto a morte materna e neonatal, como enfermidades durante a gravidez, o parto e o período de pós-parto imediato.

Durante a gravidez, a pessoa qualificada deve ser capaz de:

- ❖ Monitorar a saúde da mulher e do feto;
- ❖ Dar tratamento preventivo e curativo para enfermidades comuns e imunizar contra o toxóide tetânico e;
- ❖ Educar as usuárias sobre os sinais de perigo e orientá-las no planejamento do parto.

Além de ser capaz de oferecer aconselhamento e apoio para enfrentar uma gravidez não desejada.

Durante o trabalho de parto e parto, uma pessoa qualificada deve:

- ❖ Realizar um exame geral e abdominal;
- ❖ Observar e monitorar a condição física da mulher;
- ❖ Atender ao parto normal; e
- ❖ Reconhecer e responder aos sinais de sofrimento tanto na mulher como no feto.

O pessoal qualificado deve oferecer elementos básicos dos cuidados de apoio, tais como: encorajar a mulher a andar e prover líquidos e alimentos durante o trabalho de parto e parto, e oferecer métodos apropriados para acalmar a dor.

Os elementos chaves dos cuidados do pós-parto imediato incluem:

- ❖ Cuidados com o cordão umbilical;
- ❖ Manejo adequado do terceiro período do trabalho de parto;
- ❖ Oferecer um ambiente caloroso e seguro à mãe e ao recém-nascido;
- ❖ Promoção da lactação precoce e exclusiva e;
- ❖ Orientações sobre métodos apropriados de planejamento familiar.

Em nível domiciliar ou primário (centro ou posto de saúde), o pessoal qualificado também deve ter capacidade para manejar situações clínicas que representem ameaças sérias

para a vida das mães e dos recém-nascidos. O pessoal qualificado das instituições de referência deve ter competências adicionais para dar atenção obstétrica de Emergência para salvar vidas (MACDONALD & STARSS, 2003).

Uma competência é um *saber-mobilizar*. Não se trata de uma técnica ou de mais um saber, mas de uma capacidade de mobilizar um conjunto de recursos - conhecimentos, *know-how*, esquemas de avaliação e de ação, ferramentas, atitudes - a fim de enfrentar com eficácia situações complexas e inéditas (PERRENOUD, 1998).

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

No mundo do trabalho, pode-se observar a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma concepção de competência, em função das novas demandas do setor produtivo e da falência dos métodos destinados a adaptar as pessoas ao mercado e aos postos de trabalho (LIMA, 2005).

Metodologia

15. METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se por um estudo descritivo, com abordagem quantitativa.

O estudo descritivo é um delineamento da realidade que descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou processos dos fenômenos, enfocando as condições dominantes da realidade, empregando para este fim a comparação e o contraste. Na resolução de problemas, informa as condições atuais, necessidades e como alcançar resultados (GAUTHIER, 1998).

15.1. Local de estudo:

O estudo foi desenvolvido na Maternidade do Hospital Dona Balbina no município de Porto Ferreira, Estado de São Paulo.

O município de Porto Ferreira possui 55.050 habitantes, sendo 27.435 do sexo masculino e 27.615 do sexo feminino. Fica localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, limitando-se com os municípios de Santa Rita do Passa Quatro, Pirassununga, Santa Cruz das Palmeiras e Descalvado (BRASIL, 2008).

A origem de Porto Ferreira, na segunda metade do século XIX, está ligada a um ponto de travessia de balsas no Rio Mogi-Guaçu e seu nome, ao que tudo indica, à figura de um balseiro da época. Vicente José de Araújo, vindo de Minas Gerais, é considerado o fundador da cidade, pois ao adquirir a Fazenda Santa Rosa, por volta de 1860, contribuiu para a formação de um pequeno povoado nas adjacências do Porto João Ferreira. Seu desenvolvimento teve início com a inauguração, em 1880, do trecho ferroviário entre Pirassununga e Porto Ferreira, pela Companhia Paulista. A navegação fluvial inaugurou-se oficialmente em 1885 por Decreto Imperial e a concessão de uso, feita em nome da

Companhia Paulista. Em 9 de fevereiro de 1888, o povoado foi elevado à condição de freguesia do município de Descalvado, com a denominação de São Sebastião do Porto Ferreira. Em 1º de outubro de 1892, foi transferida para o município de Pirassununga e, em 29 de julho de 1896, elevada a município com a denominação de Porto Ferreira. Embora pequeno, o município continuou a se desenvolver até 1903, quando a Companhia Paulista construiu a ponte metálica sobre o Rio Mogi-Guaçu, tornando desnecessária a navegação de Porto Ferreira. A partir de 1920, iniciaram-se as atividades industriais relacionadas, principalmente, à fabricação de cerâmica (SÃO PAULO, 2008).

O município de Porto Ferreira, Estado de São Paulo/Brasil, possui área de 246 Km², e está situado em posição nordeste em relação a capital do Estado, na zona fisiográfica de Piracicaba. A cidade dista 227 km da Capital, pela estrada de rodagem Via Anhanguera (SP 230). O clima do município é quente, sujeito à variações moderadas, apresentando temperatura média anual de 21° e precipitação total anual entre 1300 e 1500 milímetros. Possui como rodovias de acesso a SP-330 (Via Anhanguera) que interliga São Paulo à Brasília e SP-215 interliga a Região Central do Estado ao Sul de Minas Gerais e o Mato Grosso através da Rodovia Washington Luiz. Os Aeroportos mais próximos são: Ribeirão Preto-89 km, Campinas-145 km e São Paulo-240 km. Como serviço de comunicações possui o serviço da Concessionária de telefones fixos – TELEFONICA. O município conta com interligação rápida de Internet via Speedy e Via Rádio-Lancer Net (PORTO FERREIRA. INFO, 2008).

A taxa de crescimento anual estimada (2000 – 2007) é de 1,9%. O número de mulheres em idade fértil (10 – 49 anos) em 2007 é de 17.843, sendo que a proporção da população feminina em idade fértil para 2007 é de 64,6%. A proporção de alfabetização da população residente no ano de 2000 é de 89,5 (BRASIL, 2008).

A Renda Percápita é de 665,56 (estimativa em reais ano 2001), a economia está centrada na produção agrária tendo como principais culturas: Laranja, Cana de açúcar, Batata, Soja e Milho. A principal fonte de renda do município é o setor industrial.

O Índice de Analfabetismo é de 7,66 % (população de 15 anos ou mais) e o Índice de Mortalidade Infantil é 5,56 (por mil nascidos vivos). A População tem acesso a Abastecimento de Água, Esgoto e Coleta de Lixo: 97,5%, 94,6% e 100% respectivamente.

No sistema de saúde contamos com a Maternidade Dona Olímpia Meirelles mantida pela Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira (razão social), que recebe a denominação de Hospital Dona Balbina com 61 leitos hospitalares sendo destes 37 destinado ao Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2007).

O município possui um Posto de Saúde Central - CSII, (6) Postos de Atendimento a Saúde, (1) C.A.O. - Centro de Atendimento Odontológico, (1) Ambulatório Central de especialidades, (1) Pronto Socorro, (5) convênios de saúde da rede privada e (39) Farmácias e Drogarias. O número de profissionais de saúde no município é de (88) médicos, (78) dentistas, (19) fisioterapeutas, (21) psicólogos, (08) enfermeiros (GOVERNO MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA, 2007).

Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (SÃO PAULO, 2008), no perfil municipal de Porto Ferreira, a taxa de natalidade (por mil habitantes) em 2005 é de 14,08 no município enquanto que no estado é de 15,5. A taxa de mortalidade infantil em 2006 no município de Porto Ferreira foi de 16,88 enquanto que na Região Governamental (São Carlos) foi de 9,83 e no Estado de São Paulo 13,28. O coeficiente de mortalidade perinatal foi de 25,7 em 2006. Estes dados evidenciam que a problemática da mortalidade infantil está especificamente na mortalidade perinatal, onde as condições de pré-natal e parto poderiam ser consideradas determinantes desta mortalidade.

Uma das preocupações em relação à maternidade segura é prevenir a gestação de alto risco, além de oferecer estrutura qualificada de atendimento nestes casos. A gestação de alto risco é uma das causas de mortalidade materna. A gravidez na adolescência é considerada uma gestação de alto risco. O município possui a taxa de 9,58% de mães adolescentes (com menos de 18 anos) sendo maior do que a região de São Carlos e Estado de São Paulo.

Segundo o Instituto de Saúde do Estado (SÃO PAULO, 2007) a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em 2005 é 63,98, sendo considerada uma taxa boa, acima da média do estado no ano anterior.

Dados do SEADE (SÃO PAULO, 2008), apresentam que a taxa de Partos Cesáreas no Estado de São Paulo em 2006 foi de 54,77%, enquanto que na Região de São Carlos foi de 68,41% e no município de Porto Ferreira de 60,60%. Estas Taxas estão muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 15% no máximo (UNICEF/WHO/UNFPA, 1997).

No quadro de metas do Estado de São Paulo para 2001, foi pactuado a meta de menos de 30% de cesáreas nos hospitais do SUS em relação ao total de partos e de menos de 47% do número total de cesáreas (SÃO PAULO, 2001). Quanto aos nascimentos de baixo peso (menos de 2,5Kg) que traz uma grande preocupação em relação à mortalidade perinatal, temos o valor de 10,66% para o município de Porto Ferreira, 8,85% para a Região de São Carlos e 9,06% para o Estado de São Paulo em 2006. Os partos prematuros também favorecem a mortalidade perinatal, e as taxas para o ano de 2006 referentes ao município de Porto Ferreira é de 7,11%, da Região de São Carlos é de 7,61% e do Estado de São Paulo é de 8,20%.

15.1.1. Caracterização da Instituição:

A maternidade observada, Dona Olímpia Meirelles mantida pela Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira (Hospital Dona Balbina), tem 14 leitos sendo 8 destinados ao SUS, uma sala de exame obstétrico, um posto de enfermagem. O centro obstétrico tem uma sala de parto, 2 salas de cesáreas, 1 pré-parto com 3 leitos e 2 salas de recepção de Recém nascido. Possui um berçário para cuidados ao recém nascido, sendo que o sistema de alojamento conjunto está em fase de implantação parcial, os recém nascidos permanecem com as mães na maior parte do tempo, sendo levados ao berçário para banho, trocas de fraldas, roupas e para avaliação do pediatra.

A sala de parto possui uma mesa de parto, onde a parturiente permanece na posição litotômica, com o dorso materno na horizontal, as coxas fletidas em abdução e sustentadas por perneiras. Possui um foco auxiliar, mesas auxiliares com pacote de parto, luvas estéreis, medicamentos, etc. Nos casos das cesáreas, a cirurgia é realizada em salas próprias equipadas com mesa cirúrgica, carrinho de anestesia, caixa de cesárea, luvas, medicamentos, anestésicos e outros equipamentos de suporte cirúrgico, com foco grande no teto.

A instituição possui seis (6) enfermeiros, dentre eles um (1) é o responsável técnico que ocupa a função de gerente, quatro (4) trabalham em sistema de plantão de 12 horas dando cobertura a todo o hospital e não só a maternidade e um (1) é folguista. Estes enfermeiros prestam assistência às gestantes hospitalizadas e às parturientes, controlando os batimentos cardíacos fetais, controlando trabalho de parto na ausência do médico responsável. Os enfermeiros não assumem a realização do parto a não ser em situações em que a parturiente chega no período expulsivo na maternidade e o médico obstetra ainda não chegou ao local. O quadro de pessoal de nível médio para todo o hospital conta com 64 técnicos de

enfermagem e 25 auxiliares de enfermagem. O setor de internação obstétrica conta com uma (1) técnica de enfermagem, o centro obstétrico com uma (1) técnica de enfermagem e o berçário com duas (2) técnicas de enfermagem por plantão de 12 horas diurno e noturno. Em situações especiais em que a maternidade está com superlotação, a chefia de enfermagem disponibiliza funcionários de outros setores para auxílio na maternidade.

A instituição possui oito (8) médicos ginecologistas/obstetras, destes somente três (3) realizam plantões à distância para atender as usuárias do SUS, de acordo com a escala mensal, sendo chamados quando necessário. Os demais atendem somente os convênios privados e particulares.

A média total de partos é de 53,4 partos/mês, sendo a média de partos normais de aproximadamente 19,7 partos/mês e a de partos cesáreas é de 33,6 cesáreas/mês. Com a taxa de 37% de partos normais/mês e 63% de partos cesáreas/mês em relação ao total de partos, conforme nos mostra a tabela 1 e a figura 1.

Tabela 1 - Número de partos normal e cesárea realizados na maternidade Dona Olímpia Meirelles de fevereiro/2007 a Janeiro/2008 no Município de Porto Ferreira – SP, 2008.

meses	Parto normal	Parto cesárea	Total de nascimento do mês
Fev/07	17	33	50
Mar/07	28	45	73
Abr/07	17	43	60
Mai/07	30	36	66
Jun/07	27	34	61
Jul/07	21	34	55
Ago/07	19	35	54
Set/07	17	26	43
Out/07	9	29	38
Nov/07	16	21	37
Dez/07	22	29	51
Jan/08	14	39	53
Total	237	404	641
média	19,7	33,6	53,4
%	37 %	63%	100%

Figura 1 - Número de partos normal e cesárea realizados na maternidade Dona Olímpia Meirelles de fevereiro/2007 a Janeiro/2008 no Município de Porto Ferreira – SP, 2008.

15.2. Sujeitos do Estudo

Os participantes deste estudo foram os vinte (20) profissionais de enfermagem que prestam assistência obstétrica na referida instituição mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estavam envolvidos na assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto.

15.3. Aspectos Éticos da Pesquisa:

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP em Ribeirão Preto, segundo a norma da Resolução 196/96, com o protocolo n.º 0799/2007 (Anexo 5).

Os profissionais convidados aceitaram participar do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato e sigilo das informações, as quais serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Depois de esclarecimentos sobre a pesquisa e leitura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido foi solicitada assinatura do mesmo, concordando na utilização dos resultados desta pesquisa. Para observação da assistência foi solicitada a permissão da parturiente ou responsável onde foi explicado o motivo e natureza do estudo e demais esclarecimentos sobre a pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando assim a assinatura do mesmo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi preenchido em duas vias onde uma delas ficou com o participante da pesquisa e outra com a pesquisadora (Anexo 1 e anexo 4).

15.4. Coleta de Dados:

Os dados foram coletados na maternidade do hospital Dona Balbina, no período de Dezembro de 2007 à Março de 2008. Para caracterizar a instituição foi realizada uma busca de informações junto aos setores administrativos da mesma e dados informados ao DATASUS, sobre o número de leitos, número de procedimentos obstétricos, número de partos cesárea e normal, número de profissionais que atuam na assistência ao parto e sua formação.

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais no próprio local de trabalho, durante os plantões das equipes, utilizando um roteiro de entrevista (anexo 2) validado por Dotto, 2006 em sua tese de doutor desenvolvida em Rio Branco/Acre, o qual aborda aspectos de identificação do profissional, aspectos sócio-econômicos e aspectos de formação e qualificação profissional. Também foi utilizada a observação não participante onde foram observados 10 admissões, 15 parturientes em trabalho de parto, 21 partos, destes 7 foram partos normais e 14 partos cesárea, e 21 atendimentos de pós-parto imediato. Para registro da observação foi utilizado um roteiro de observação (anexo 3) também elaborado e validado por Dotto (2006). Este roteiro foi baseado

nas competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia (ICM), no guia prático da assistência ao parto normal da OMS, e no instrumento do projeto sobre o “Perfil dos Serviços de Obstetrícia nas Américas” organizado pela OMS/OPAS. Este roteiro é direcionado para as habilidades que os profissionais desenvolvem no cotidiano, estruturado em forma de check-list. Também foram consultados os relatórios de enfermagem nos prontuários das usuárias.

Na observação não participante, o pesquisador observa o fato, mas não participa dele. Segundo Rudio (2000) observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade.

Na observação direta não participante o pesquisador se coloca em situação de espaço e tempo que lhe permite assistir às manifestações do fenômeno a ser estudado, podendo utilizar várias formas de registros das suas observações (PESSOA FILHO & PELLEGRINI, 1997).

A pesquisadora acompanhou diversos plantões, tanto diurnos como noturnos onde realizou as entrevistas aos profissionais do plantão, observou as admissões no período, observou a assistência no trabalho de parto e parto e pós-parto. Como o fluxo de partos é pequeno, muitas vezes a pesquisadora compareceu na instituição e não conseguiu observar nenhuma admissão ou parto, permanecendo assim no local por algumas horas a espera de alguma internação. Outras vezes comparecia ao local de pesquisa e conseguia observar admissões e partos, ficando no local até a observação do período do pós-parto imediato.

15.5. Análise dos dados:

Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva, com o auxílio das planilhas do Excel. Para a análise dos dados utilizou-se como base os documentos que subsidiam a atenção qualificada ao parto, sendo eles: as competências essenciais publicadas

pelo ICM/OMS/OPAS, guia prático da assistência ao parto normal (OMS), as diretrizes do Manejo Integrado da Gravidez e Nascimento (IMPAC), publicado pela OMS e pelo manual Parto, aborto e puerpério – Assistência Humanizada à mulher, do Ministério da Saúde.

Resultados e Discussões

16. RESULTADOS E DISCUSSÕES

16.1. Caracterização da equipe de enfermagem

Os Sujeitos deste estudo foram vinte (20) profissionais de enfermagem que prestam atendimento às parturientes na maternidade Dona Olímpia Meirelles, do hospital Dona Balbina do Município de Porto Ferreira - SP. Onde seis (6) são enfermeiros, doze (12) são técnicos de enfermagem e duas (2) são auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros representam 30% do total pesquisado, mas esta relação não é a realidade da Instituição. Conforme observado, os dados do município em relação aos profissionais de saúde - 88 médicos, 64 técnicos de enfermagem e 25 auxiliares de enfermagem para 8 enfermeiros - revelam que além da insuficiência de profissionais enfermeiros, há uma clara definição do modelo assistencial biologicista no município.

A força de trabalho em saúde na América Latina está estruturada em diferentes níveis de instrução, com qualificação que variam de acordo com o país e com predominância de mulheres (PAHO, 2005).

No Brasil, os profissionais de nível médio constituem 83,8% da força de trabalho de enfermagem, e os enfermeiros constituem 16,2% da força de trabalho de enfermagem. A maioria dos países da América Latina apresentam uma variação da força de trabalho de enfermagem em relação aos profissionais de nível médio, variando entre 52,7% (El Salvador) com o menor índice e 87,8% (Uruguai) com o maior índice. E em relação aos enfermeiros a variação é de 12,2% (Uruguai) com o menor índice de enfermeiros, contrastando com 61,5% (México) que possui o maior índice de enfermeiros (PAHO, 2005).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 1999, do total de 1.375.238 empregos de saúde no Brasil, 39,4% (541.585) pertencem à

equipe de enfermagem. Entre o total de postos de trabalho da equipe no país, os enfermeiros ocupavam apenas 13,0%; os técnicos, 9,2%; os atendentes, 15,1%; os auxiliares, por sua vez, absorviam 62,7% da oferta, totalizando, esses últimos, 339.766 empregos. Os profissionais de enfermagem representam quantitativamente o maior grupo dentre os profissionais da área de saúde (FERREIRA, 2007).

A Pesquisa de Assistência Médica Sanitária de 2002 confirma a maior absorção no País das ocupações de enfermagem nos estabelecimentos com internação (75,31% dos técnicos, 72,52% dos auxiliares e 54,31% dos atendentes), demonstrando que o *locus* privilegiado do trabalho da enfermagem é o hospital. Isso constitui um fato já histórico na área, podendo ser verificado desde a criação da profissão e do início da utilização dos “práticos de enfermagem” no sistema de saúde do País. De forma geral, prevalece no País a vinculação formal para todas as ocupações de nível técnico, auxiliar e elementar (VIEIRA, 2003).

Os sujeitos do estudo foram em sua maioria do sexo feminino (85%), doze (12) técnicas, duas (2) auxiliares de enfermagem e três (3) enfermeiras. Do gênero masculino temos três (3) enfermeiros. A idade média é de 33,2 anos, sendo que 45% são casados, 35% são solteiros, 10% moram junto, 10% são divorciados e nenhum é separado ou viúvo. Do total de pesquisados, onze (11 - 55%) profissionais ainda não tem filhos, dois (2 - 10%) profissionais tem apenas um filho, cinco (5 - 25%) profissionais tem dois filhos e dois (2 - 10%) profissionais tem três filhos (tabela 2). Pode-se perceber que estão ainda no início de uma carreira profissional, com pouca experiência na assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal, revelando características de pessoas jovens em amadurecimento profissional, as quais podem buscar uma melhor qualificação para a assistência profissional.

Quanto à idade dos filhos houve uma variação desde oito (8) meses de idade a trinta e oito (38) anos, sendo que onze (11 - 61%) deles se encontram com idade menor que

19 anos, quatro (4 - 22 %) com idade entre 20 – 29 anos e três (3 - 17%) com idade acima de 30 anos.

As mulheres estiveram presentes no mercado de trabalho desde o início da industrialização no país. Até muito recentemente o trabalho das mulheres teve, em relação ao dos homens, um caráter complementar na sustentação da família, fazendo com que sua inserção fosse intermitente, em atividades de baixa qualificação e com conseqüente baixa remuneração. Nos últimos vinte anos, contudo, registrou-se uma acelerada e crescente incorporação das mulheres no mercado de trabalho. Entre 1976 e 1985, a taxa de atividade feminina passou de 28,7% para 36,9%, com um crescimento do contingente de mulheres economicamente ativas (AQUINO, 1995).

No Brasil, o setor de serviços de saúde é o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego dentre todos os setores de atividade econômica. As mulheres ocupam mais de 90% dos vínculos de Enfermeiros e quase 85% dos empregos de pessoal de enfermagem (GIRARDI, 1999). Persiste a feminização na enfermagem brasileira observada tanto na qualificação universitária como nos níveis médio e técnico (LOPES, 2005).

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo idade, estado conjugal e número de filhos. Porto Ferreira – SP, 2008.

Variáveis	categorias	freqüência	%
Idade/anos	20-30	9	45%
	31-40	7	35%
	41-50	3	15%
	51-60	1	5%
Estado conjugal	casado (a)	9	45%
	mora junto	2	10%
	solteiro (a)	7	35%
	separado (a)	0	0%
	divorciado (a)	2	10%
	viúvo (a)	0	0%
Número de filhos	nenhum	11	55%
	um	2	10%
	dois	5	25%
	três	2	10%

Em relação à renda familiar (tabela 3) constatou-se que os enfermeiros possuem renda familiar entre R\$2.000,00 e R\$6.500,00; os técnicos e auxiliares de enfermagem (nível médio) entre R\$700,00 e R\$3.500,00. A média da renda familiar por categoria, é de R\$4.333,33 para o enfermeiro, R\$1.658,33 para as técnicas de enfermagem e R\$1.550,00 para as auxiliares de enfermagem. Lembrando que valor do salário mínimo no momento da coleta de dados era de R\$380,00.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo a renda familiar. Porto Ferreira – SP, 2008.

RENDA FAMILIAR (R\$)	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeiro (a)	Téc. de Enfermagem	Aux. de Enfermagem
500,00 - 1500,00	0	6	1
1600,00 - 2500,00	2	5	1
2600,00 - 3500,00	1	1	0
3600,00 - 4500,00	0	0	0
4600,00 - 5500,00	0	0	0
acima de 5500,00	3	0	0
TOTAL	6	12	2

A remuneração na instituição pesquisada entre os enfermeiros variou entre R\$1.200,00 e R\$2.300,00; entre os profissionais de nível médio variou de R\$600,00 a R\$1.600,00 de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo a remuneração na instituição pesquisada. Porto Ferreira – SP, 2008.

REMUNERAÇÃO NA INSTITUIÇÃO (R\$)	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeiro (a)	Téc. de Enfermagem	Aux. de Enfermagem
0 - 500,00	0	0	0
510,00 - 1000,00	0	11	2
1010,00 - 1500,00	4	1	0
1510,00 - 2000,00	1	0	0
Acima de 2010,00	1	0	0
TOTAL	6	12	2

Os salários dos profissionais de enfermagem geralmente são baixos e diferem de país para país (em torno de US\$100 por mês na Nicarágua e US\$1,100 na Costa Rica para enfermeiras que trabalham em hospitais públicos). A média de salários na América Latina é de US\$ 400 – 500 por mês para enfermeiros, enquanto o pessoal de nível médio recebe 30% a menos. A maioria dos enfermeiros goza de benefícios sociais como seguro de saúde, diferentes tipos de incentivos dependendo da desvantagem de áreas geográficas, riscos ou perigo no trabalho, idade, qualificação profissional e outros (PAHO, 2005).

Quanto ao nível educacional dos profissionais de enfermagem que trabalham na assistência ao parto observou-se que, seis (06) possuem educação superior (graduação em enfermagem), nenhum deles cursou pós-graduação em enfermagem obstétrica, nem outra especialização. Uma (1) enfermeira foi auxiliar de enfermagem antes de cursar a graduação de enfermagem e dois (2) enfermeiros foram técnicos de enfermagem anteriormente. As técnicas de enfermagem (12) possuem ensino médio completo. Seis (6) foram auxiliares de enfermagem e depois fizeram a complementação para o técnico de enfermagem. As outras

seis (6) já cursaram o técnico de enfermagem diretamente. As duas (2) auxiliares de enfermagem entrevistadas possuem o ensino médio completo.

O tempo de formação profissional da equipe de enfermagem da instituição investigada está apresentado na tabela 5 onde podemos observar que os enfermeiros são praticamente recém formados, com no máximo cinco (5) anos de formação profissional apesar de três (3) terem formação anterior como auxiliar e técnico de enfermagem. Das técnicas de enfermagem 8 (67%) são formadas a menos de quatro (4) anos, observando que duas já exerciam a enfermagem por vários anos (entre 32 e 37 anos) como auxiliar de enfermagem. Das auxiliares de enfermagem, uma está formada há um (1) ano e outra está formada há sete (7) anos.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo os anos de formação. Município de Porto Ferreira – SP, 2008.

ANOS DE FORMAÇÃO	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeira	Téc. Enfermagem	Aux. Enfermagem
menos de 1 ano	0	0	0
1 a 2 anos	1	4	1
3 a 4 anos	3	4	0
5 a 6 anos	2	2	0
7 a 8 anos	0	0	1
9 a 10 anos	0	2	0
Acima de 10 anos	0	0	0
TOTAL	6	12	2

Entre os anos de 1999 e 2002 houve um intenso decréscimo dos postos de trabalho dos atendentes de enfermagem com grande crescimento dos postos de trabalho dos auxiliares de enfermagem. Os atendentes, em 1999, representavam 43,6% do total da força de trabalho de nível elementar no País, diminuindo sua participação para 24,8% em 2002. Os auxiliares, nesse contexto, passam a representar a maior força de trabalho da enfermagem. No entanto, entre 1999 e 2002, os técnicos de enfermagem, crescem a uma participação de 29,6% nesse período, enquanto os auxiliares de enfermagem crescem apenas a uma taxa de 6,5%,

indicando um aumento no número de trabalhadores com Ensino Médio completo (VIEIRA, 2003).

Tal fato parece refletir o impacto de resoluções regulamentadoras do exercício profissional da enfermagem no País e de projetos específicos de profissionalização na área, como Projeto Larga Escala e o Profae. Com o incentivo para a formação técnica na atualidade, a tendência é que a força de trabalho da subárea de Enfermagem torne-se cada vez mais qualificada. A perspectiva é ainda maior tendo em vista que, com o Parecer CEB/CNE/MEC 10/2000, a qualificação profissional de auxiliar de enfermagem integrará o itinerário de profissionalização do técnico de enfermagem, bastando para isso, curso de complementação da carga horária teórica e prática. Essas mudanças parecem apontar que, a médio e longo prazo, os trabalhadores com Ensino Médio completo constituam a maior parcela da força de trabalho da enfermagem no País (VIEIRA, 2003).

De forma geral, pode-se apontar que o setor da saúde no Brasil, nas últimas décadas, apresentou nítidas mudanças em relação ao nível de escolaridade da sua força de trabalho. A partir dos anos 90, essas mudanças no setor, acompanham as mudanças tecnológicas e organizacionais que ocorrem no mundo do trabalho, com exigências de maior qualificação de trabalhadores e progressiva flexibilização das relações de trabalho (VIEIRA, 2003).

Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham na instituição em plantões de 12 horas, em dias intercalados, com duas folgas mensais. O Enfermeiro gerente trabalha 8 horas diárias. Este regime de trabalho favorece para que alguns deles possam conciliar outro emprego.

Observou-se que somente cinco (25%) dos profissionais entrevistados possuem outro emprego, destes dois são enfermeiros que atuam no ensino dando aulas e supervisionando estágios do curso de técnico de enfermagem do Senac, outro enfermeiro faz plantões no pronto socorro de um hospital da cidade vizinha. Duas (2) técnicas de enfermagem também trabalham em hospitais de cidades vizinhas.

Considerando as condições de trabalho, sabe-se que o trabalho de enfermagem hospitalar desgasta tanto fisicamente como mentalmente com longas horas de trabalho, principalmente em unidades de terapia intensiva. É mais frequentemente encontrada na

América Latina turnos de 8 horas por dia e 45 horas por semana, também e horas por dia e 30 horas semanais ou ainda 9 horas por dia perfazendo 50 horas semanais. As condições do trabalho de enfermagem é caracterizada por tarefas exaustivas, longas horas diárias, rotatividade de setor, rotatividade de turnos, sobrecarregando psicologicamente e proporcionando situações críticas. Este profissional está exposto a riscos biológicos, químicos e psicológicos (PAHO, 2005).

A elevada tensão emocional advinda do cuidado direto de pessoas fisicamente doentes ou lesadas, associada às longas jornadas, à baixa remuneração, ao freqüente emprego duplo, ao desenvolvimento de tarefas desagradáveis, repulsivas e aterradoras, gera danos à saúde, propiciadores de acidentes, de encurtamento de vida ou até mesmo de morte prematura dos trabalhadores de enfermagem. Sem escolha, submetem-se a relações, organizações, condições e ambientes que contribuem significativamente para um sofrimento inevitável, que idealmente demandaria ser gerenciado pelos trabalhadores em proveito de sua saúde e qualidade de vida (LIMA JUNIOR, 2001).

O tempo de experiência profissional no atendimento a mulheres em trabalho de parto e parto, conforme mostra a tabela 6, variou de poucos meses a 37 anos. Observou-se 60% (12) dos profissionais com menos de quatro anos na assistência. Os profissionais que tem mais de cinco anos na assistência obstétrica são auxiliares e técnicos de enfermagem. A instituição tem a prática administrativa de fazer rodízio dos profissionais de enfermagem com os outros setores do hospital.

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais de enfermagem da maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo o tempo de trabalho na assistência ao parto. Município de Porto Ferreira – SP, 2008.

TEMPO DE TRABALHO	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeira	Téc. Enfermagem	Aux. Enfermagem
Menos de 1 ano	0	0	1
1 a 2 anos	4	5	0
3 a 4 anos	2	3	0
5 a 6 anos	0	1	1
7 a 8 anos	0	1	0
9 a 10 anos	0	0	0
Acima de 10 anos	0	2	0
TOTAL	6	12	2

É importante ressaltar que dos 20 profissionais entrevistados, nenhum recebeu treinamento ou capacitação específica para a assistência obstétrica. Os enfermeiros aprenderam a prática obstétrica básica como a ausculta de batimento cardíaco fetal e dinâmica uterina no curso de graduação, nas aulas teóricas e nos estágios e aprendem a realizar o toque vaginal geralmente com os médicos obstetras e somente realizam parto em situações emergenciais na ausência do médico. Os enfermeiros relatam que seus professores de enfermagem obstétrica eram especialistas da área.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem aprenderam sobre obstetrícia nas aulas teóricas e estágios do curso técnico. Relatam que os professores eram enfermeiros graduados sem especialidade na área. Afirmam que não realizam procedimentos tais como ausculta de batimentos cardíacos fetais, dinâmica uterina, toque vaginal e parto.

Nenhum dos profissionais entrevistados recebeu algum tipo de treinamento através de cursos específicos para realizar partos. Das profissionais que relatam saber prestar assistência ao parto, que são aquelas com maior tempo de trabalho na assistência ao parto, adquiriram esta prática através de treinamentos com médicos obstetras dentro da jornada de trabalho, porém devido à legislação do exercício profissional em relação procedimentos obstétricos realizados por auxiliares e técnicos de enfermagem, não praticam rotineiramente este procedimento.

De acordo com a definição de profissional qualificado ao atendimento ao parto da Confederação Internacional das Parteiras (ICM), OMS, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (WHO, UNICEF and UNFPA, 2004a), a realidade estudada revela que o Município de Porto Ferreira – SP, não possui profissionais de enfermagem dentro do perfil traçado por esta definição. Não possui enfermeiro com especialização em obstetrícia e o pessoal de nível médio não possui qualificação elementar para o auxílio da prática obstétrica.

Conforme refere Starrs (1998), ser “qualificado” implica no competente uso do conhecimento e na habilidade de prover cuidado obstétrico competente, durante a gravidez, parto e pós-parto.

As exigências crescentes de produtividade e de qualidade e um contexto de mercado de trabalho instável e flexível ampliam os requisitos de qualificação dos trabalhadores e tornam cada vez mais generalizada a implantação de modelos de formação e de gestão da força de trabalho baseados em competências profissionais. O trabalho não-qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, característico do modelo taylorista/fordista, é substituído, nas empresas e instituições que adotaram as novas formas de organização do trabalho, por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia. Capacidades de diagnóstico e de solução de problemas, e aptidões para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços, passam a ser exigidas dos trabalhadores no quadro atual de mudanças na natureza e no processo de trabalho (DELUIS, 2001).

O conceito de qualificação se associou à elevação do saber profissional e social do trabalhador, em termos das aprendizagens desenvolvidas no próprio trabalho e nas experiências escolarizadas, à medida que se buscou verificar como os processos de trabalho

definiam o perfil do trabalhador em sua totalidade (como força de trabalho e como sujeito histórico) (RAMOS, 2001).

No âmbito internacional, as entidades que representam obstetrizes e enfermeiras obstétricas – Confederação Internacional de Obstetrizes (*International Confederation of Midwives – ICM*) e Conselho Internacional de Enfermeiras (*International Council of Nurses – ICN*) – elaboraram um documento preparatório para uma reunião realizada com a finalidade de analisar tendências no ensino, definir políticas conjuntas para a formação e o exercício de obstetrizes e enfermeiras e delimitar territórios profissionais. Nesse documento, constam as seguintes definições:

- Obstetriz (*Midwife*): pessoa que, tendo sido regularmente admitida em programa educacional de obstetrícia, legalmente reconhecido no respectivo país, concluiu e foi aprovada no programa de estudos de obstetrícia e adquiriu os requisitos de qualificação para ser registrada ou legalmente licenciada para exercer a obstetrícia. A definição corresponde à adotada pela ICM e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), considerada uma das mais amplamente aceita em nível internacional.
- Enfermeira obstétrica (*Nurse Midwife*): pessoa que é legalmente licenciada ou registrada para exercer todas as atribuições de enfermeira e de obstetriz em seu país. A qualificação em obstetrícia pode ser obtida prévia ou posteriormente à qualificação em enfermagem ou como uma combinação dos ensinos de enfermagem e obstetrícia. Essa é a definição seguida pelo ICN.
- Auxiliar de obstetriz (*Auxiliary Midwife*): pessoa que recebeu algum treinamento formal em obstetrícia e atua sob critérios e supervisão direta ou indireta da obstetriz. O período de formação pode variar de um a dois anos. Em alguns casos, a pessoa pode ter recebido qualificação como auxiliar de enfermagem; em outros, ensino que combina enfermagem e

obstetrícia. Auxiliares de obstetrícia podem ou não ser licenciadas. Elas podem receber o título de obstetriz rural, assistente de obstetriz, etc.

- Parteira tradicional (*Traditional Birth Attendant*): pessoa que assiste a mãe durante o parto e que, inicialmente, adquiriu habilidades no atendimento solitário da parturiente ou como aprendiz de outra parteira tradicional. A parteira tradicional recebe um breve curso de treinamento em algum serviço de saúde atualizado para aprimorar seus conhecimentos. O período de treinamento costuma não se estender além de um mês, embora possa se alongar por mais tempo. Podem ser conhecidas como parteiras leigas, etc. (RIESCO, 2002).

Dentre as possíveis explicações para a ausência de pessoal de enfermagem qualificado para o parto, identificado no presente estudo, pode estar relacionado ao modelo assistencial e processo de trabalho adotado, bem como à ausência de incentivo por parte da Instituição, tendo em vista a relativa facilidade de acesso a cursos de especialização em obstetrícia no Estado de São Paulo, onde há uma oferta razoável de cursos, em diferentes municípios.

O Estado de São Paulo é o maior centro universitário do país, com inúmeras Universidades distribuídas em todo o Estado. O Município de Porto Ferreira se localiza na região central do Estado, uma localização privilegiada, facilitando o acesso a grandes Centros Universitários como Ribeirão Preto, São Carlos e Campinas, ou até mesmo a Capital do Estado.

Desde 1999, o Ministério da Saúde vem financiando cursos de especialização em enfermagem obstétrica, mediante convênios firmados com Universidades e Secretarias de saúde em todo o país. Essa iniciativa constitui-se em um marco nacional no projeto de capacitação de enfermeiras para a assistência materna e perinatal, e em três anos aproximadamente 1.090 enfermeiras foram especializadas por esses cursos, com a grande

maioria delas inserida em projetos locais de maternidades, centros de parto normal e programas de saúde da família.

As enfermeiras ‘especialistas’ muitas vezes não se sentem estimuladas a permanecer no campo da assistência ao parto. Estudo realizado com 92 enfermeiras obstétricas, entre 202 formadas pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no período de 1980 a 1995, mostrou que 50% delas não atuavam na área, o que sugere que a vinculação frágil com a especialidade seja um dos motivos para o abandono da profissão. Essa dificuldade de se manter na área pode ter como causa uma identidade profissional híbrida, que favorece o ‘acúmulo’ ou o ‘desvio de função’ no exercício profissional, com o deslocamento da enfermeira obstétrica da assistência no pré-natal e no parto para outras áreas da enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho, frustração, desmotivação, conformismo e submissão (RIESCO, 2002).

Com relação à participação dos profissionais em eventos científicos da área, somente um enfermeiro e duas técnicas de enfermagem relataram ter participado de uma Jornada Científica Obstétrica e Neonatal, uma auxiliar de enfermagem relata ter participado de uma palestra sobre aleitamento materno e outra auxiliar de enfermagem relata ter participado de uma palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Em um estudo realizado no município de Sorocaba, com enfermeiras que trabalham na assistência à gestante, parturiente e puérpera identificou que 71,6 % das entrevistadas declararam não ter participado de nenhum evento na área, nos últimos dois anos (GARDENAL, 2002). Dotto (2006) em seu estudo sobre Atenção Qualificada ao Parto, em Rio Branco, identifica que 7 (77,8%) das enfermeiras entrevistadas não participaram de nenhum evento científico na área de obstetrícia.

Quanto aos tipos de procedimentos que cada um dos estudados desenvolvia em suas práticas no atendimento ao parto normal, pode-se identificar que os 20 profissionais afirmam não realizar parto nesta instituição.

A realização do parto não é uma prática rotineira no trabalho dos profissionais estudados, apesar de duas técnicas de enfermagem relatarem que por muitos anos realizaram esta prática e que na atualidade somente ocorre em situações de ausência do médico ou do enfermeiro. Três (3) técnicas de enfermagem referiram que em ocasiões emergenciais, quando o médico e o enfermeiro estavam ausentes já fizeram parto.

Quanto à função desempenhada por cada categoria profissional da enfermagem na assistência à mulher, durante o trabalho de parto e parto, os profissionais informaram que:

- Enfermeiros: são responsáveis pelo gerenciamento e supervisão da assistência, pela assistência ao trabalho de parto através do controle da sua evolução com exames de toque vaginal, dinâmica uterina, ausculta de batimento cardíaco fetal e informação ao médico obstetra quando o período de cérvico-dilatação estiver no final.
- As técnicas e auxiliares de enfermagem: são responsáveis pelo controle dos sinais vitais (pressão arterial, pulso e temperatura) da parturiente, na circulação da sala de parto e cesárea, no apoio emocional às clientes, em realizar tricotomia na admissão, transporte de paciente, auxílio na recepção do recém nascido, cuidado à puérpera, assistência ao aleitamento materno e auxílio na higienização da puérpera.

16.2. Atenção Obstétrica: descrição do observado

16.2.1. A admissão da parturiente

Foram observadas durante o período de coleta de dados 10 admissões, realizadas nos diferentes turnos diurno e noturno, todas feitas pelo médico obstetra.

A porta de entrada para a gestante a ser atendida na instituição é o Pronto-socorro do Hospital, onde é avaliada pelo plantonista que passa as informações do exame para o médico obstetra de plantão que, posteriormente, comparece na maternidade para avaliar esta parturiente e decidir por sua internação ou não. Em outros casos, o obstetra de plantão já orienta o plantonista do pronto socorro por telefone e a internação desta parturiente é realizada mesmo sem a avaliação presencial do obstetra, o qual comparece posteriormente para dar seguimento à assistência ou para realizar o parto. Portanto o diagnóstico do trabalho de parto é de responsabilidade médica nesta maternidade. As fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) são preenchidas e assinadas pelos médicos. Algumas gestantes também são encaminhadas por serviços de saúde suplementar (convênios médicos) com a carta de solicitação de internação pelo médico obstetra responsável. Os casos de abortamento são encaminhados para a clínica cirúrgica, os demais casos obstétricos são cuidados na maternidade.

A tabela 7 apresenta a frequência das atividades realizadas durante a admissão de 10 gestantes.

Tabela 7 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, segundo a categoria profissional, durante a admissão de 10 gestantes observadas. Porto Ferreira, 2008.

Atividade	Admissão			
	Profissionais de Saúde			
	Técnico ou Auxiliar de enfermagem	Enfermeiro	médico	total
Encaminha a gestante para a sala de exames	10	0	0	10
Ajuda a gestante a subir e descer da mesa de exame	10	0	0	10
Posiciona a gestante para exame	10	0	0	10
Ausculata do BCF	0	0	10	10
Frequência	0	0	10	10
Localização	0	0	10	10
Ritmo	0	0	0	0
Toque vaginal	0	0	10	10
Dilatação do colo	0	0	10	10
Esvaecimento do colo	0	0	10	10
Membranas	0	0	10	10
Apresentação fetal	0	0	10	10
Posição fetal	0	0	0	0
Descida fetal	0	0	0	0
Avaliação da bacia	0	0	0	0
Diagnóstico de trabalho de parto	0	0	10	10
Anotações/registro no prontuário	*10	0	10	10
AIH	0	0	10	10
Anamnese completa	0	0	0	0
Anamnese incompleta	0	0	10	10
Solicita o cartão de pré-natal	0	0	10	10
Palpação	0	0	10	10
Pressão arterial	10	0	0	10
Dinâmica uterina	0	0	10	10
Exame físico	0	0	0	0
Tricotomia	10	0	0	10
Encaminha para banho	5	0	0	5
Oferece camisola	10	0	0	10
total	65	0	150	215
* as técnicas e auxiliares de enfermagem anotam a admissão da parturiente no prontuário relatando dados de sinais vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), se a mulher veio deambulando, cadeira de rodas ou maca.				

O encaminhamento para a sala de exames, auxílio na colocação e posicionamento da gestante na mesa de exame, são efetuados pelas técnicas ou auxiliares de enfermagem para todas as gestantes. O exame obstétrico de admissão fica a cargo do médico obstetra de plantão, o qual solicita a carteira do pré-natal, calcula a idade gestacional, observa o número de consultas de pré-natal, antecedentes obstétricos e realiza a palpação do abdome (manobra

de Leopold), ausculta do batimento cardíaco fetal (BCF) e toque vaginal. Em uma das admissões foi observado a realização de amnioscopia.

É importante destacar que ao final do processo gestacional, a mulher pode apresentar um quadro denominado falso trabalho de parto, caracterizado por atividade uterina aumentada, permanecendo um padrão de contrações descoordenadas. Algumas vezes, essas contrações são bem perceptíveis, contudo cessam em seguida e a cérvix uterina não apresenta dilatação. Tal situação promove um alto grau de ansiedade e expectativa sobre a premência do nascimento, sendo um dos principais motivos que levam as gestantes a procurarem o hospital. O profissional deve estar atento para tais acontecimentos, a fim de se evitar uma admissão precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar, ocasionando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento.

O Ministério da Saúde lembra que não existe um "momento ideal" para internar a gestante em trabalho de parto. Embora o desejável seja a internação já na fase ativa, algumas gestantes poderão se beneficiar de uma internação mais precoce, ainda na fase latente: as que têm dificuldade de acesso ao local do parto e aquelas que - embora ainda não portadoras de condições que caracterizem gestação ou parto de alto risco - têm um potencial um pouco maior de apresentar complicações no trabalho de parto, como as parturientes com idade gestacional superior a 41 semanas, cesárea anterior, amniorrexe prematura e/ou patologias clínicas de grau leve. A ausculta da frequência cardíaca fetal (antes, durante e após a contração uterina), a medida da altura uterina, a palpação obstétrica (para determinar a situação, posição, apresentação e insinuação) são, procedimentos obrigatórios na admissão da gestante (BRASIL, 2003a).

Quanto às anotações em prontuário, o médico obstetra realiza uma anotação resumida do exame e as técnicas ou auxiliares de enfermagem anotam a admissão no relatório de enfermagem do prontuário dados como: se a gestante chegou do pronto socorro

deambulando, de cadeira de rodas ou maca; se possui alergia a algum medicamento, se possui diabetes ou hipertensão, e dados de pressão arterial, pulso e temperatura. O enfermeiro não estava presente em nenhuma das admissões.

O procedimento de tricotomia ainda predomina nesta maternidade mesmo nos casos de parto normal, mas o enema já foi abolido como prática rotineira em obstetrícia. Segundo o guia prático de assistência ao parto normal da OMS (1996) considera o uso da tricotomia e do enema desnecessário nos casos de parto normal.

A tricotomia dos pelos pubianos tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais, visando à redução na incidência de infecções de episiotomia, a facilitação da episiorrafia e uma melhor higiene no pós-parto. Não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização poderá gerar desconfortos e riscos para a parturiente: o desconforto no momento da sua execução e quando os pelos começam a crescer e o risco de transmissão de doença, quando da utilização de lâminas não descartáveis. Por essas razões e considerando o custo adicional para sua realização, recomenda-se que a tricotomia só seja feita se esta for opção da parturiente (BRASIL, 2003a).

Ainda são amplamente usados enemas porque eles supostamente estimulam contrações uterinas e porque, com o intestino vazio, a cabeça do feto tem mais facilidade para descer. Também acredita-se que elas reduzem a contaminação, evitando infecções na mãe e criança. Porém, elas são incômodas e levam a certo risco de dano para o intestino. Sem enema, a contaminação com fezes é mais fácil de limpar do que a contaminação após enema. Nenhum efeito na duração do trabalho de parto e parto, infecção neonatal ou de feridas perineal foi comprovado (OMS, 1996).

16.2.2. O trabalho de parto

A equipe de enfermagem que presta assistência à mulher no trabalho de parto e parto é composta por uma técnica ou auxiliar de enfermagem que atuam na Unidade de internação obstétrica, onde a parturiente permanece no início do período de dilatação cérvico uterina, ou aguardando a cesárea. Uma técnica ou auxiliar de enfermagem atua no centro obstétrico e presta assistência às parturientes no trabalho de parto, parto além de circular as salas de parto e cesárea. Possui ainda duas berçaristas que são técnicas ou auxiliares de enfermagem que auxiliam na recepção do recém nascido.

A maioria das parturientes admitidas são encaminhadas para o parto cesárea, antes mesmo das contrações iniciarem, ou melhor, sem estar em trabalho de parto.

A taxa de partos cesárea está em uma porcentagem menor no município de Porto Ferreira em relação à Região Administrativa de São Carlos e maior do que no Estado de São Paulo. Observando-se as taxas de partos normais e cesáreas dos meses de fevereiro de 2007 a janeiro de 2008 temos como média de partos normais aproximadamente 19,7 partos/mês e a de partos cesárea 33,6 cesáreas/mês. Com a taxa de 37% de partos normais/mês e 63% de partos cesárea/mês em relação ao total de partos, observa-se uma inversão dos índices preconizados pelo Ministério da Saúde.

Segundo dados do SEADE (SÃO PAULO, 2008), a taxa de Partos Cesárea no Estado de São Paulo em 2006 foi de 54,77%, enquanto que na Região de São Carlos foi de 68,41% e no município de Porto Ferreira de 60,60%. Taxas muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde. O Brasil ocupou, até há pouco, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por

outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde.

A perda da autonomia da mulher no parto está relacionada, principalmente, com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. Desta forma, esta discussão não pode estar desvinculada da assistência, porque mais uma vez se estaria repetindo a exclusão que a mulher sofre no momento do parto em relação a sua própria autonomia. Por sua vez, em uma relação médico-paciente assimétrica, as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentindo menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às "questões técnicas" levantadas pelos Médicos (BRASIL, 2003a).

Com a finalidade de humanizar a assistência ao parto, diminuir o índice de cesárea no Brasil e assim reduzir o índice de morbimortalidade materna e perinatal deve-se estimular a formação de enfermeiras obstétricas e a atuação dessas profissionais na área da saúde para a qual foram preparadas. Em maio de 1998, o Ministro da Saúde rompeu com o sistema hegemônico e assinou a Portaria nº 2815 de 295/98, que considera a importância da realização do trabalho de parto e do parto pelas enfermeiras obstétricas (MERIGHI, 2003).

No período de observação foi possível acompanhar 15 parturientes em trabalho de parto. A tabela 8 apresenta a frequência das atividades realizadas durante a assistência ao trabalho de parto.

Tabela 8. Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao trabalho de parto de 15 parturientes observadas. Porto Ferreira, 2008.

Atividade	sim	não	total
Oferece líquido (alimentação)	2	13	15
Alívio da dor:			
Massagem	0	15	15
Banho	0	15	15
Respiração	0	15	15
Anestesia	0	15	15
Uso de partograma	4	11	15
Estímulo à deambulação	1	14	15
Presença de acompanhante	4	11	15
Sofrimento fetal	0	15	15
Amniotomia:			
Médico	3	12	15
Enfermeiro	0	0	0
Técnico ou auxiliar de enfermagem	0	0	0
Medicamentos para controle da dor:			
Buscopan	1	14	15
Plasil	2	13	15
Analgesia peridural	0	15	15
ocitocina	7	8	15
TOTAL	24	186	210

Conforme a tabela 8 observou-se que a hidratação das parturientes na maioria dos casos ainda não é liberada, permanecendo em jejum até o parto. Somente no início do trabalho de parto às vezes é liberado uma dieta leve.

Comer e beber durante o trabalho de parto e parto é um medo real e sério, principalmente porque expõe as mulheres ao risco potencial de aspirar conteúdos do estômago durante a anestesia. Porém, a restrição de comida e de líquido durante o parto, não garante que o conteúdo do estômago esteja reduzido. O trabalho de parto consome muita energia. Como a duração do trabalho de parto e parto não pode ser predito as fontes e a necessidade de energia deve ser atendida para assegurar o bem-estar fetal e materno. Uma severa restrição da ingestão oral pode conduzir à desidratação e cetosis, que é tratado rotineiramente com infusão

intravenosa de glicose e líquidos. As complicações mencionadas, especialmente a desidratação e cetosis, podem ser prevenidas com oferta de líquidos orais e comidas leves durante o trabalho de parto. Infusões intravenosas rotineiras interferem com o processo natural e restringe a liberdade das mulheres para se movimentar. Na Classificação das Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas durante o parto normal está a oferta de líquidos orais durante o trabalho de parto e parto (OMS, 1996).

Na fase latente do trabalho de parto, as gestantes de baixo risco para cesárea deverão ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves. Na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do trabalho de parto, todos os alimentos sólidos devem ser suspensos, sendo permitida, para as gestantes de baixo risco, a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros (água, suco de frutas sem polpa, chá, café, refrigerante). Evidentemente, o bom senso e uma decisão conjunta entre o obstetra e o anestesista podem permitir a individualização de cada caso.

Todavia, as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos (obesas, diabéticas, com vias aéreas de difícil acesso) ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto, evitando-se inclusive a ingestão de líquidos claros. Nos casos de cesáreas eletivas, o período de jejum para a realização do procedimento anestésico deve ser similar àquele adotado no serviço para procedimentos cirúrgicos em geral de mulheres não grávidas. (BRASIL, 2003a).

Não há práticas de métodos não farmacológicos de alívio da dor, o estímulo à deambulação só foi detectado uma vez, as parturientes são orientadas a permanecerem deitadas no leito. Somente foi observado o uso do partograma em quatro (4) parturientes, pelo mesmo profissional. Em nenhum dos casos observados houve sofrimento fetal. A amniotomia, quando realizada é feita somente pelo médico. Não observamos a utilização da analgesia peridural e os medicamentos utilizados para alívio da dor no trabalho de parto foram

o buscopan e o plasil. O uso da ocitocina também é empregado no trabalho de parto, principalmente no final do período de cérvico-dilatação.

A dor, pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação. Estudos sobre a intensidade da dor no parto demonstraram que, independentemente de influências sócio-culturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres. Portanto, é imperativo que ações de saúde propiciem condições não somente seguras, mas voltadas aos aspectos de humanização do parto, resgatando a verdadeira postura da mulher, da família, da sociedade e dos profissionais de saúde, no que se refere ao momento do nascimento de um filho, que representa um marco na vida de uma família e não pode ser encarado apenas como um ato médico, com ênfase somente nos seus aspectos técnicos ou clínicos. Poder receber uma atenção durante o trabalho de parto que ofereça a possibilidade de controle da dor quando, e, se necessário, é um direito da mulher brasileira, garantido por portarias do Ministério da Saúde (na de nº 2.815 de 1998 e, posteriormente, a de nº 572 de 2000), que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS. A administração sistêmica de fármacos requer cautela para não provocar depressão respiratória materna e/ou neonatal (BRASIL, 2003a).

Há vários métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor que podem ser usados durante o trabalho do parto. Muitas mulheres referem estar mais aliviadas da dor com o uso de um chuveiro ou banho de imersão. Frequentemente carícias e massagem nas costas realizadas pelo companheiro são de grande utilidade. Outros métodos que ajudam a aliviar e acalmar a dor são através do uso de técnicas de respiração padronizada, condicionamento verbal e relaxamento. Estes métodos às vezes são aplicados em combinação com outras estratégias, inclusive ao alcance da área da medicina psicossomática, como o apoio durante o trabalho de parto com música, hipnose e “bio-feedback”. Estas práticas são utilizadas ainda experimentalmente por muitas mulheres, sendo em muitas delas de grande

utilidade e sem contra-indicações. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento é uma das orientações da Classificação das Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas durante o parto normal (OMS, 1996).

Dar liberdade na seleção da posição e movimento durante o trabalho do parto é uma das orientações das condutas úteis que devem ser encorajadas durante o parto normal. Vários estudos mostram que, durante a primeira fase do trabalho do parto, a posição supina afeta o fluxo de sangue no útero. As posições de pé ou quando mantidas de lado, associam-se com maior intensidade e maior eficiência das contrações (com maior possibilidade para realizar uma rápida dilatação cervical). Apesar da prevalência da posição supina, muitas opções estão disponíveis para as mulheres em trabalho de parto, porém, freqüentemente, vários motivos limitam estas opções, provocando constrangimentos: a arquitetura das salas de partos, camas de pré-partos, protocolos ou indicações rotineiras de infusões intravenosas e utilização de equipamentos de monitorização fetal eletrônica. Onde são encontradas estas limitações só um mínimo de mulheres pode caminhar, sentar, permanecer em posição vertical ou apoiada com as mãos e joelhos (posição de quatro), ter liberdade para ir a um chuveiro e tomar banho para relaxar ou adotar cada posição alternadamente como elas desejarem. Vários estudos compararam estas posições e a posição supina sobre tempo médio de duração do parto, experiência do trabalho de parto, com menos intensidade da dor (OMS, 1996).

Monitorar o bem-estar do feto é parte do cuidado essencial durante o trabalho de parto. A ocorrência de sofrimento fetal, usualmente por hipóxia, nunca pode ser excluída completamente, embora num trabalho de parto "Normal" sendo os critérios conhecidos para isto como: ser de termo, após uma gravidez sem fatores de risco e sem indicações significativas de riscos ou de complicações. O risco de sofrimento fetal é um pouco mais alto

durante a segunda fase do trabalho de parto e em casos de trabalho de parto prolongado (OMS, 1996).

Mesmo a gestação de baixo risco não prescinde do controle periódico da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), quer com a utilização do estetoscópio de Pinard, quer com o uso do sonar-doppler. Na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa, esse controle pode ser feito a cada 60 minutos, reduzindo-se esse intervalo para 30 minutos conforme progride a fase ativa do trabalho de parto. Nas gestações de baixo risco, a monitorização contínua da FCF pode ser contraproducente: limita a movimentação da mulher, restringindo-a ao leito, e tem um potencial de gerar um maior número de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2003a).

Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias. O partograma na avaliação e documentação da evolução do trabalho de parto é um instrumento de importância fundamental no diagnóstico dos desvios da normalidade (BRASIL, 2003a).

A ocitocina é capaz de iniciar ou aumentar as contrações rítmicas a qualquer momento da gravidez, embora a resposta uterina seja maior quanto mais próximo ao final da gestação. A infusão endovenosa de ocitocina sintética tem sido o método mais utilizado para indução e condução do trabalho de parto, desde sua introdução por Page em 1943. Sua concentração plasmática reduz-se rapidamente à custa da ocitocinase e sua meia vida é de cerca de cinco minutos. Estas características representam uma vantagem para o manejo clínico, podendo seu efeito ser suprimido após poucos minutos da suspensão da droga.

Existem diferentes esquemas propostos para uso endovenoso. O esquema mais utilizado, por sua segurança, deve ser o de baixa dosagem, estabelecendo a dose inicial de 1-2

mU/minuto. Isso corresponde ao preparo de uma solução com 5 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de soro glicosado a 5% e a infusão endovenosa inicial em velocidade de 4 gotas/minuto. Deve-se dobrar o gotejamento a cada 30 minutos, até que se obtenha contratilidade uterina adequada, definida pela presença de atividade uterina regular.

A ocitocina pode produzir efeitos adversos como a taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar inclusive a rotura uterina, felizmente um efeito extremamente raro se o controle clínico é feito adequadamente. Para o feto, o mais freqüente efeito colateral é o sofrimento fetal agudo, motivado pela redução da perfusão sangüínea no espaço intervilo por taquissistolia e/ou hipertonia. Os efeitos colaterais são dose dependentes e a diminuição no gotejamento, ou mesmo a parada de infusão, pode controlar estas alterações em poucos minutos (BRASIL, 2003a).

Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado é uma conduta, segundo a OMS (1996), claramente prejudicial ou ineficaz e que deveria ser eliminada.

Tabela 9 - Distribuição de freqüências das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao trabalho de parto de 15 parturientes observadas, segundo a categoria profissional. Porto Ferreira, 2008.

Atividade	Profissionais de Saúde				
	Enfermeiro	Técnico ou Auxiliar de enfermagem	Médico	*outros	
Palpação	24		1	15	4
Ausulta do batimento cardíaco fetal	26		1	18	5
Dinâmica uterina	22		2	17	3
Toque vaginal	15		1	26	1
Sinais Vitais	2		31	0	3
Total	89		36	76	16

* Professora (enfermeira obstetra) e Estagiários do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Camilo Castelo Branco (Descalvado, SP)

No acompanhamento do trabalho de parto observamos que a dinâmica uterina não é verificada conforme técnica preconizada, e sim uma rápida constatação da presença de contrações uterinas. O médico esteve presente quando solicitado, principalmente no final do trabalho de parto. O enfermeiro comparece nesta assistência na ausência do médico, faz o exame obstétrico e se necessário solicita a presença do obstetra. Na realização do toque vaginal somente observamos a constatação da dilatação e esvaecimento do colo uterino. Não há anotações sobre descida a não ser nos partogramas (4) preenchidos por um profissional médico. Observamos somente um caso em que a técnica de enfermagem realizou a ausculta do batimento cardíaco fetal e o toque vaginal, demonstrando que esta prática é na maioria das vezes realizada pelo médico e pelo enfermeiro.

16.2.3. Atenção ao Parto

Foram observados vinte e um (21) partos, todos realizados por profissionais médicos. Destes sete (7) partos foram normais e quatorze (14) cesárea. Dos partos cesárea, oito (8) foram eletivas, três (3) foram devido à hipertensão na gravidez, uma foi devido a retardo de crescimento intra-uterino e oligoâmnio, uma foi devido a duas cesáreas anteriores e uma devido a não evolução do trabalho de parto.

Foi observado nesta instituição a presença do acompanhante para a parturiente em alguns momentos, como no trabalho de parto e no parto, dependendo da permissão do médico responsável pela paciente e preenchimento de documentos específicos na recepção do hospital. Na maioria das vezes estes acompanhantes prestam apoio emocional e assistem ao parto através de uma janela de vidro na sala de recepção do recém nascido. Observou-se somente em um parto normal a acompanhante ter a permissão de entrar na sala de parto e permanecer perto da parturiente no momento do parto. Não há cursos, palestras ou orientação

profissional no trabalho de parto para apoiar o acompanhante com a finalidade de que tenha um papel efetivo no processo.

Dentre as ações estratégicas assumidas no Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal destacamos a articulação de parcerias co-responsáveis entre diferentes instituições, assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados. (BRASIL, 2004).

Inserir o acompanhante é um dos aspectos da humanização da assistência, e também uma prática baseada em evidências científicas. A mulher deve ser respeitada na escolha da companhia durante o trabalho de parto e parto (OMS, 1996).

A legislação quanto à presença do acompanhante, considera o pai como presença de extrema importância no acompanhamento do pré-natal e no momento do parto. Independente do tipo de união com a parturiente. No entanto, observa-se um despreparo dos profissionais em lidar com a figura do acompanhante, como alguém que deve participar do processo no nascimento.

A resistência à inserção do acompanhante, escolhido pela mulher para dar apoio durante o processo de nascimento é uma das consequências do modelo tecnocrático de assistência, que desumanizou o nascimento ao afastar a família, transformou o parto num acontecimento médico – hospitalar que estabeleceu normas e rotinas institucionais sem evidências científicas (STORTI, 2004).

Não foi observado nenhum parto realizado por enfermeiro, nem a presença do mesmo durante a realização dos partos normais e cesarianas. Durante o parto os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam atividades tais como circulação da sala de parto ou cesárea, cateterismo vesical quando parto cesárea, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), posicionamento da parturiente na mesa de parto, transporte de paciente.

Todos os partos normais aconteceram na sala de parto em posição litotômica, com o dorso materno na horizontal, as coxas fletidas em abdução e sustentadas por pernas. Em nenhum dos partos normais foi oferecido líquido para a parturiente e em todos os partos normais há o estímulo para puxo quando a dilatação está completa.

Uma das práticas consideradas prejudiciais que deveriam ser eliminadas segundo orientação do guia prático de assistência ao parto normal da OMS, (1996) é o uso rotineiro de posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto e incentiva a posição não supina no parto. A posição da mãe durante o expulsivo afeta a condição do feto assim como na fase de dequitação. Algumas pesquisas mostram padrões da frequência cardíaca fetal anormal menos freqüente em posições verticais e, em média, um pH arterial umbilical mais alto. Alguns estudos perguntaram para as mulheres que posições elas preferiram. Foram achadas maiores incidências de posturas verticais, porque produzem menos dor e menos lombalgia. A posição de litotomia com as pernas posicionadas em estribos foi apontada como menos confortável e mais dolorosa, restringindo os movimentos.

Alguns resultados de trabalhos científicos apontam vantagens da posição verticalizada ou da inclinação lateral sobre a posição dorsal (decúbito horizontal), entre elas: menor desconforto e dificuldade de puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais ou perineais e de infecções na incisão. Observou-se também menor duração do período expulsivo e melhores resultados neonatais – menor proporção de índices de Apgar <7. Outros estudos atribuíram à posição verticalizada maior número de lacerações dos lábios vaginais, de terceiro grau, embora com números pequenos para uma análise concreta. Apesar de relacionarem maior porcentagem de hemorragias pós-parto, não houve diferença significativa nos níveis de hemoglobina no quarto dia de puerpério. A facilidade de se apurar a perda sanguínea e a maior pressão sobre as veias pélvicas e vulvares na posição vertical podem ter contribuído para essa impressão (BRASIL, 2003a).

Quanto às anotações de enfermagem no prontuário, observa-se anotações do técnico ou auxiliar de enfermagem que relatam o nascimento, hora, sexo, profissionais envolvidos, medicações administradas. Anotações geralmente resumidas e mecanizadas.

As anotações de enfermagem podem englobar tanto o registro de procedimentos de enfermagem realizados, descrição de fatos como dados que são resultados de uma avaliação do paciente, ou seja, a evolução de enfermagem. Os registros devem ser descritivos, completos, objetivos, claros, assinados, legíveis e datados. Quando informamos sobre um procedimento realizado, essa informação deve realmente ser capaz de comunicar o que aconteceu sem interpretações e de forma completa. A recomendação de que a anotação seja completa implica em não deixar margem para interpretações ou dúvidas sobre as questões que podem estar relacionadas com a situação descrita. A clareza das anotações se refere ao encadeamento das idéias que deve obedecer a uma ordem determinada. A objetividade da anotação implica em focar o assunto sem rodeios, não repetindo informações. Como documento, esses registros somente terão valor legal se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras (DALRI, 1999).

Tabela 10 - Distribuição de frequências dos procedimentos realizadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao parto normal de 7 parturientes observadas. Porto Ferreira, 2008.

Atividade	Profissionais de Saúde			total
	Técnico ou Auxiliar de enfermagem	Enfermeiro	Médico	
Ocitocina no expulsivo	0	0	7	7
Manobra de Kristeller	2	0	3	5
Proteção do períneo	0	0	4	4
Manejo do pólo cefálico	0	0	7	7
Ocitocina na dequitação	0	0	7	7
Tração controlada do cordão durante a dequitação	0	0	7	7
Ergometrina após a dequitação	0	0	3	3
Revisão uterina manual	0	0	0	0
Episiotomia	0	0	6	6
Anestesia antes da episiotomia	0	0	6	6
episiorrafia	0	0	6	6
Anestesia antes da episiorrafia	0	0	6	6
Inspeção da vagina e da cérvix para observar lacerações	0	0	7	7
Sutura de lacerações	0	0	2	2
Anestesia antes da sutura de lacerações	0	0	2	2
Fórceps	0	0	2	2

Conforme o observado na tabela 10, constatamos a prática da manobra de Kristeller realizada tanto por médico pediatra ou pela enfermagem. A proteção do períneo é feita na maioria dos casos, foi observado o uso de fórceps de alívio em dois partos. A episiotomia é usada rotineiramente com aplicação de anestesia loco - regional previamente.

É comum a prática de realizar pressão no fundo do útero durante o período expulsivo, com a intenção de acelerar o nascimento (manobra de Kristeller). É praticada pouco antes do desprendimento, ou mesmo no início da expulsão. Apesar de manobra consagrada e defendida por muitos obstetras, provoca maior desconforto materno e suspeita-se que possa ser perigosa para o útero, o períneo e o feto, embora não existam dados de pesquisa sobre esse assunto. De qualquer forma, esta prática deve ser encarada com cautela e evitada por profissionais inexperientes (BRASIL, 2003a).

A OMS (1996) classifica a pressão no fundo uterina no período expulsivo como "prática em *relação à qual* não existem evidências suficientes *para* apoiar uma recomendação *clara e* que devem ser utilizadas com cautela *até* que mais pesquisas esclareçam a questão".

Muitos livros didáticos de obstetrícia descrevem a prática de proteger o períneo da cabeça fetal durante o parto com os dedos de uma mão (normalmente à direita) apoiando o períneo, enquanto a segunda aplica pressão sobre a cabeça fetal para controlar a velocidade do coroamento, tentando, assim, prevenir ou reduzir os danos nos tecidos perineais. É possível que com esta manobra possam ser preservados tecidos perineais, mas também é possível que a pressão sobre a cabeça do feto impeça o movimento de extensão da cabeça e a distenda do arco púbico para o períneo, aumentando a chance de dano perineal. Por que não houve avaliação formal desta estratégia ou do oposto é impossível decidir qual conduta é preferível. A prática de proteger o períneo com as mãos do parteiro pode ser aplicada mais e mais facilmente se a mulher estiver na posição supina. Se ela estiver na posição vertical, o assistente poderá proteger o períneo cegamente ou realizar-se a estratégia de “não toque” (OMS, 1996).

Apesar de a episiotomia ser técnica realizada com frequência, sua incidência é variável. Nos Estados Unidos, 50 a 90% das primíparas são submetidas à episiotomia, o que torna essa técnica o ato cirúrgico mais frequente daquele país. Muitos centros são mais conservadores quanto ao uso da episiotomia. Nos Países Baixos, as obstetizas realizam episiotomia em 24,5% das parturientes. Destas, a imensa maioria é médiolateral e a minoria mediana. As episiotomias medianas são suturadas com mais facilidade e têm a vantagem de melhor cicatrização, entretanto, as médio-laterais são melhores na proteção do esfíncter anal e reto.

A prática do uso restrito de episiotomia parece ter benefícios quando comparada à episiotomia de rotina. Há menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de

sutura e de complicações de cicatrização, embora se observe risco aumentado de trauma perineal anterior (BRASIL, 2003a).

A OMS (1996) avalia que determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em parto anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia num parto, até então de evolução normal. Salienta que o profissional deve ser habilitado para suturar lacerações e episiotomias de modo adequado, devendo receber treinamento para isso.

A utilização do fórcepe torna-se justificável em casos que ameacem o bem-estar materno e/ou fetal e que possam ser revertidos ou melhorados pelo uso adequado e seguro do instrumento. Algumas indicações maternas incluem a doença cardíaca, doença pulmonar grave, infecção intraparto, certas condições neurológicas, eclampsia e síndrome HELLP. Indica-se, também, no período expulsivo prolongado, seja por exaustão materna, por inércia ou hipoatividade uterina ou, ainda, por incapacidade de utilizar adequadamente a prensa abdominal, como pode ocorrer após analgesia peridural ou quando a mãe é portadora de uma grande hérnia abdominal. Nas portadoras de cicatrizes uterinas prévias, especialmente cesáreas, em virtude do risco iminente de rotura do útero, costuma-se abreviar o período expulsivo com o uso profilático do fórcepe. As indicações fetais incluem o prolapso de cordão umbilical, o sofrimento fetal agudo e a cabeça derradeira insinuada no parto pélvico. Para minimizar os supostos riscos da utilização do fórcepe, torna-se imprescindível que alguns pré-requisitos sejam obrigatoriamente seguidos.

O mais importante deles é a boa qualificação do obstetra. Embora seja instrumento valioso, a utilização do fórcepe é ainda muito irregular. As principais causas são, provavelmente, o estigma negativo que lhe é inadequadamente imputado e a inabilidade técnica dos profissionais para seu uso. Os serviços de ensino devem proporcionar àqueles que

se iniciam na arte obstétrica, todas as condições de aprendizado para que os profissionais saibam quando e como utilizá-lo para o benefício comum da saúde materna e neonatal (BRASIL, 2003a).

A OMS (1996), em seu guia prático de assistência ao parto normal considera prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas: o contínuo uso de puxos dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo, Massagens ou estiramento do períneo durante o parto.

No presente estudo, observou-se que o clampeamento do cordão se dá logo após a expulsão do feto e não há contato pele a pele mãe/filho na sala de parto. O recém nascido somente é mostrado para a mãe, não havendo estímulo à amamentação da primeira meia hora de vida.

A ligadura do cordão umbilical (clampeamento) pode ser realizada de imediato ou momentos após o nascimento. Não se verificaram indícios de efeitos significativos sobre a incidência de hemorragia pós-parto ou sobre a transfusão feto materna. Entretanto, sobre o recém-nascido, várias observações foram relatadas através de estudos:

a) os bebês com clampeamento imediato de cordão têm valores mais baixos de hematócrito e hemoglobina;

b) se depois do nascimento, o recém-nascido for colocado ao nível da vulva ou abaixo dele por três minutos, antes do clampeamento do cordão, há transferência de aproximadamente 80 ml de sangue da placenta para o recém-nascido. Os eritrócitos nesse volume de sangue logo serão hemolisados, mas isso fornece cerca de 50 mg de ferro para as reservas do neonato e reduz a frequência de anemia ferropriva no primeiro ano de vida. Teoricamente, pode causar hipervolemia, policitemia e hiperviscosidade, além de hiperbilirrubinemia. Entretanto, não foram observadas diferenças clinicamente relevantes e nenhuma diferença em relação à

morbidade neonatal, quando se compararam os dois momentos de clampeamento do cordão; e

c) no que se refere a distúrbios respiratórios neonatais, não houve diferença significativa entre as duas condutas.

O clampeamento tardio (ou ausência de clampeamento) é o modo fisiológico de tratar o cordão, e o precoce é intervenção que deve ter indicações precisas. A "transfusão" de sangue da placenta para o recém nascido, nos casos de clampeamento tardio de cordão, é fisiológica e provavelmente não tem efeitos adversos, pelo menos em casos de baixo risco.

As indicações de clampeamento precoce de cordão se relacionam à gestações e partos de risco, como por exemplo, a sensibilização Rh, o parto prematuro, o sofrimento fetal com depressão neonatal grave, o parto gemelar e o da mulher HIV+. Nesses casos, o clampeamento tardio pode causar complicações e deve ser evitado (BRASIL, 2003a).

O guia prático de assistência ao parto normal da OMS (1996) incentiva o contato pele a pele precoce, entre mãe e filho, dando apoio na iniciação de alimentação ao peito dentro de 1 hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre alimentação ao peito. Imediatamente depois do nascimento, o bebê tem que ser secado com toalhas ou panos mornos, enquanto está sendo colocado no abdômen da mãe ou em seus braços. A condição do bebê é avaliada simultaneamente enquanto a via aérea livre é assegurada (se necessário). Manter a temperatura do corpo do bebê é importante. Um recém-nascido com baixa temperatura pode ter sua temperatura elevada através do contato pele a pele entre bebê e mãe. Realizar cedo o contato entre mãe e bebê é importante por várias outras razões: Psicologicamente o estímulo entre mãe e bebê cria familiaridade. Depois do nascimento, os bebês são colonizados por bactérias. É vantajoso que eles entrem em contato com bactérias da pele das suas mães e que eles não sejam colonizados por bactérias dos assistentes ou do hospital. Todas estas vantagens são difíceis de provar, mas elas parecem plausíveis. O reflexo

de sucção para sua alimentação deve ser encorajado cedo, dentro da primeira hora depois do nascimento (WHO/UNICEF, 1989 apud OMS 1996). A influência da excitação do mamilo pelo bebê provoca contrações uterinas, que previne a hemorragia pós-parto (OMS, 1996).

A primeira hora após o nascimento é excelente para iniciar a amamentação, visto que o RN usualmente está bem alerta e atento, com o reflexo de sucção ativo, estimulando precocemente a produção de ocitocina e prolactina. Toda instituição que deseja possuir um programa que incentive ao aleitamento materno deve ter como norma a prática de colocar o recém-nascido para sugar durante a primeira hora de vida, desde que mãe e criança se encontrem em boas condições, favorecendo o contato olho a olho, pele a pele de ambos (BRASIL, 2003a).

Foram observados quatorze (14) partos cesárea, nos quais o médico obstetra recebeu ajuda de outro profissional médico para o procedimento cirúrgico. A anestesia utilizada para a cesárea foi em todos os casos a anestesia raquidiana, feita por médico anesthesiologista. Nas cesáreas observadas houve o uso de ocitocina após a retirada do feto, em um caso além da ocitocina foi utilizado a ergometrina. Em três cesáreas houve a presença de acompanhante observando o parto através de um vidro na sala de recepção do recém nascido.

Não foi observada a utilização da exploração manual para revisão uterina. Tanto nos partos normais, como nas cesáreas não foi observado a realização do exame de placenta e membranas. Mas a massagem uterina logo após o parto é realizada em todas as parturientes.

A placenta deveria ser cuidadosamente examinada para descobrir anormalidades (infartos, hematomas, inserção anormal do cordão umbilical), mas acima de tudo para que o médico se assegure que está completa. Se há uma suspeita que parte da placenta está faltando, devem ser feitas manobras exploratórias da cavidade uterina. Se parte das membranas está faltando, a exploração do útero não é necessária. Em alguns países é conduta habitual dos obstetras explorar a cavidade uterina depois de todas as dequitações (revisão uterina). Não há

claras evidências de que tal conduta é útil. Pelo contrário, pode causar infecção ou trauma mecânico, ou até mesmo choque. Os mesmos princípios são verdadeiros para outra prática, a “lavagem do útero”, ou lavando, ou “duchando” a cavidade uterina depois do parto (OMS, 1996).

A OMS (1996), em seu guia prático de assistência ao parto normal recomenda utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ainda que tenha pequena perda de sangue e examinar rotineiramente a placenta e as membranas. Considera prejudicial ou ineficaz e que deveriam ser eliminadas o uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação, a lavagem rotineira do útero depois do parto e a revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto. Considera condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto: Utilização de ocitocina rotineira; tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação; clampeamento precoce do cordão umbilical e excitação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação. Considera condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas: Encorajamento à mulher para realizar puxos quando a dilatação ainda que completa ou quase completa do colo forem diagnosticadas, antes que a mulher sinta o desejo para puxar e a exploração manual do útero depois do parto.

16.2.4. Atenção ao pós-parto

No pós-parto observou-se as atividades realizadas na primeira hora após o parto, ou seja, o quarto período clínico do parto; tanto dos sete (7) partos normais, como das quatorze (14) cesáreas. Na assistência no pós-parto foram observados os procedimentos

realizados unicamente pelo profissional técnico ou auxiliar de enfermagem, conforme demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina, durante a assistência ao pós-parto de 21 parturientes observadas. Porto Ferreira, 2008.

PA	16
Consistência uterina	17
Altura uterina	17
Verificou sangramento	17

A recomendação para o quarto período clínico do parto é que a mulher deve ser observada cuidadosamente durante a primeira hora de pós-parto. As observações mais importantes incluem a quantidade de sangue perdido e a altura do fundo uterino (se o útero contrai insuficientemente, o sangue pode se acumular na cavidade uterina). Se a perda de sangue é anormal e o útero está contraindo pobremente, uma massagem abdominal no fundo do útero pode ser útil. É essencial assegurar a contração uterina e evitar sua inibição pela presença de uma bexiga cheia. Uma perda de sangue anormal, estimada em mais de 500 ml, deveria ser tratada com ocitócicos: ergometrina ou ocitocina intramuscular. A condição da mãe é muito importante. Pressão sangüínea, pulso, temperatura e o bem-estar geral deveriam sempre ser avaliados (OMS, 1996).

Não foram observadas situações de intercorrências com as puérperas. Percebemos a ausência do enfermeiro neste momento tão importante da assistência obstétrica.

Tabela 12 - Distribuição de frequências das atividades realizadas pelos profissionais da Maternidade Dona Olímpia Meirelles do Hospital Dona Balbina aos 21 recém nascidos dos partos observados. Porto Ferreira, 2008.

Recepção do RN	
Pediatra	19
Enfermeiro	1
Técnico/auxiliar de enfermagem	20

Podemos observar através da tabela 12 que o pediatra comparece na maioria dos nascimentos. O enfermeiro somente esteve presente em um nascimento. O técnico ou auxiliar de enfermagem auxiliam nas atividades de assistência ao recém nascido (RN). As atividades observadas são os procedimentos rotineiros de recepção de recém nascido tais como: cortar e clampar o cordão, secar, aspiração, identificação, mostrar para a mãe. Não houve o contato pele a pele com a mãe na primeira meia hora após o parto, nem o estímulo à amamentação. Nos partos observados somente foi necessário reanimação em um recém nascido de parto normal com uso de fórceps. O qual após a manobra apresentou melhoras em seu quadro vital.

Os principais objetivos da assistência imediata ao recém nascido são: proporcionar a todos os recém-nascidos condições ótimas que visam auxiliá-los em sua adaptação à vida extra-uterina e estar preparado para intervir naqueles casos que apresentem condições patológicas que coloquem em risco sua vida. Para a assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de se enxugar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce. Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K e Método de Credé e outros, devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho.

Em toda sala de parto deve estar presente pelo menos um profissional capacitado a reanimar de maneira rápida e efetiva, mesmo quando se espera um RN saudável. A reanimação do recém-nascido é um procedimento relativamente simples, mas que requer perícia e treinamento, devendo ser feita apenas para situações onde, de fato, exista a necessidade de tais manobras, sendo desaconselhável realizar procedimentos desnecessários apenas como parte de uma rotina pré-estabelecida.

Para fornecer esta assistência, é fundamental dispor de um profissional capacitado, idealmente um pediatra, além de enfermagem treinada para atender o RN, em

quantidade e nível de capacitação dependentes do grau de complexidade da instituição
(BRASIL, 2003a).

Conclusões

17. CONCLUSÕES

Os resultados do estudo nos possibilitaram atingir os objetivos propostos bem como identificar a realidade do serviço de obstetrícia do município.

Não presenciamos a ação direta do enfermeiro no parto. Este presta assistência no trabalho de parto apenas em alguns momentos, ao invés de desenvolver uma assistência mais efetiva e presencial a fim de detectar precocemente intercorrências e proporcionar os cuidados necessários. A Instituição em estudo não conta com a presença de enfermeiro obstetra que seria o profissional com as competências necessárias para prestar este tipo de assistência.

O enfermeiro está sobrecarregado com responsabilidades e tarefas tendo que se organizar para atuar na assistência obstétrica e também na assistência às demais clínicas de internação hospitalar.

A equipe de enfermagem que atende a mulher no processo do parto e nascimento em Porto Ferreira é composta por enfermeiros na maioria recém graduados, sem especialização na área, que não participaram de nenhum treinamento para realizar partos ou prestar assistência neste momento do ciclo grávido-puerperal. Estes enfermeiros assumem a responsabilidade da supervisão de enfermagem e assistência em todo o hospital, comparecendo na maternidade somente para avaliar as gestantes e parturientes através da ausculta periódica do batimento cardíaco fetal, realização de toque vaginal e verificação de dinâmica uterina. Acompanham o trabalho de parto somente na ausência do médico obstetra, e raramente realizam partos. Os técnicos e auxiliares de enfermagem são na totalidade mulheres, jovens em sua maioria, com pouco tempo de trabalho na assistência ao trabalho de parto e parto. Não receberam treinamento na assistência obstétrica, não são estimulados à humanização da assistência, não realizam partos, nem acompanhamento do trabalho de parto.

Assim o pressuposto que diferentes categorias profissionais de enfermagem desenvolvem ações no trabalho de parto e parto sem a qualificação necessária, tendo em vista o processo de trabalho adotado pela Instituição de Saúde responsável pela assistência obstétrica no município, bem como o número insuficiente de enfermeiros foi confirmado.

A totalidade dos partos são realizados pelos médicos obstetras e o parto cesárea ainda é predominante. A utilização de práticas baseadas em evidências científicas atualizadas precisa ser incentivada, como o manejo não farmacológico da dor, a deambulação durante o trabalho de parto, entre outras.

O modelo de atenção materna adotado pela instituição estudada não prioriza a qualificação na atenção obstétrica por parte da enfermagem.

O pequeno número de partos normais limitou a observação da prática obstétrica. Mas a opção por observar os partos cesáreas contribuiu para certificar-se da ausência do enfermeiro neste momento da assistência em que a mulher necessita de cuidados especiais qualificados no pós-parto imediato.

O recém nascido recebe assistência qualificada, pois se observou a presença constante do pediatra no momento do nascimento, mas o contato precoce pele a pele com a mãe e a amamentação na primeira meia hora de vida precisa ser estimulada.

Implicações para o Ensino, Pesquisa e Assistência

18. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA

Os resultados deste estudo refletem a realidade das maternidades da maioria dos hospitais das cidades de pequeno porte, onde o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento, supervisão e assistência em todo o hospital.

Tendo em vista a Legislação vigente e a atuação do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) junto às instituições, este quadro tende a apresentar mudanças em médio prazo, mas é necessário a priorização de qualificação profissional específica para assistência ao trabalho de parto e parto, e incentivo por parte das instituições como plano de carreira e salários diferenciados.

As Instituições de Ensino Superior, responsáveis pela formação do enfermeiro generalista precisam buscar maneiras de desenvolver competências específicas em obstetrícia ainda na graduação; bem como apoiar os enfermeiros da Instituição no desenvolvimento de competências essenciais em obstetrícia. A formação de enfermeiras obstétricas deve ser estimulada, como também a inserção das egressas destes cursos nas instituições e serviços de atenção à saúde.

A educação continuada e a criação de protocolos assistenciais com padronização de um nível mínimo e essencial de competências em obstetrícia poderão ser estratégias para melhorar o desempenho dos profissionais que assistem no trabalho de parto e parto.

A realização de outros estudos com perspectiva qualitativa poderão ser associados a estes dados quantitativos para poder melhor compreender o ambiente do trabalho destes profissionais, focalizando o sentimento do enfermeiro e aptidão do mesmo na assistência obstétrica, o relacionamento deste dentro da equipe de saúde, e propor passos necessários para melhorar a atenção obstétrica no sentido de priorizar a presença de pessoal qualificado nesta assistência através de uma nova dinâmica administrativa.

Os administradores hospitalares precisam ser conscientizados de que a atenção obstétrica por pessoal qualificado é um investimento certo na qualidade da assistência da instituição e refletirá em inúmeros benefícios a médio e longo prazo, contribuindo também com a redução das altas taxas de cesárea e com certeza prevenindo a mortalidade materna e perinatal.

Referências Bibliográficas

19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR JUNIOR, Carlos Augusto. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000700001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan 2007. doi: 10.1590/S0100-72032006000700001.

AQUINO, E. M. L; MENEZES, G. M. S. & MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (2): 281-290, Apr/Jun, 1995.

ARAUJO, Breno Fauth de et al . Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1519-38292005000400010

ATENÇÃO qualificada durante o parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, 2003. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500001&lng=en&nrm=iso>. Access on: 01 Feb 2007. doi: 10.1590/S0100-72032003000500001.

BARROS, Fernando Celso; VICTORA, César Gomes; VAUGHAN, J. Patrick. Causas de mortalidade perinatal em Pelotas, RS (Brasil): utilização de uma classificação simplificada. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 21, n. 4, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0034-89101987000400004

BRASIL. **LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República, José Sarney. Almir Pazzianotto Pinto. Lei nº 7.498, de 25.06.86. publicada no DOU de 26.06.86. Seção I fls. 9.273 a 9.275. http://www.coren-pe.com.br/coren/arqu/leis/lei_7498_86_de_25061986.pdf. acesso em 25/08/2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência Humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 199pp.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 119pp.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Informe da Atenção Básica - 22, Brasília, ano 5, mai-jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil** (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília, 2005. 822 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006 : uma análise da desigualdade em Saúde**. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 620 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Secretaria Executiva/Departamento de Informática do SUS – Datasus. **Pacto de Indicadores de Atenção Básica – 2006. Série histórica e metas dos indicadores**. Estado de São Paulo. Município de Porto Ferreira. 2006b. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/pacto2006/sp/sp_porto_ferreira_pacto2006_series.xls>

BRASIL, Ministério da Saúde. CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Consulta Estabelecimento – módulo hospitalar – leitos.
http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3540702082322. acesso 25/08/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Caderno de Informações de Saúde: Informações Gerais. Município: Porto Ferreira – SP. 2008. disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm/sp_porto_ferreira_geral.xls>

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume I. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em 23/01/2007.

CHACAM, Alessandra. O processo de medicalização do parto e os desafios da humanização. In: **Cadernos do Musa** v. 02 . MUSA: Mulher e Saúde – Centro de Referência de Educação em Saúde da Mulher. Belo Horizonte – MG. 2003.

DALRI, M.C.B. et. al. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.33. n.3. p. 221.30. set.:. 1999.

DELUIS, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. — v. 1, n. 2, maio - Brasília: Ministério da Saúde, 5 – 16p. 2001.

DIAS, Maria Angélica de Salles. PERILLO, Rosângela Durso. **Mortalidade Materna – Importância e Estratégias de Intervenção**. Revista eletrônica Mensal da SMSA-PBH. Edição nº5. Maio de 2002. Disponível em:
<<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/maio2002/mortalidadematerna.html>>. Acesso em 09/01/2007.

DOTTO, Leila Maria Geromel. **Atenção Qualificada ao Parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco – AC**. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Ribeirão Preto, 2006.

FERREIRA, AC; Sá, FA; Shiratori, K; Abreu, SG de; Cavalcanti, TA e Louro TQ. Enfermagem: Perspectivas de Inserção de Egressos da Graduação no Mercado de Trabalho. **Rev. Meio Amb. Saúde** 2007; 2(1): 151-16

FRANÇA, Adson Roberto; BACARAT, Edmud Chada. Ministério da Saúde e FEBRASGO juntos na Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. **Jornal da FEBRASGO**. Ano 12 n.2 Março, 2005.

GARDENAL, C. L. C. et al. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 478-84, jul.-ago. 2002.

GAUTHIER, J. H. M; CABRAL, I. E.; SANTOS, I. dos; TAVARES, C. M. de M. Pesquisa em Enfermagem: Novas Metodologias aplicadas. Rio de Janeiro, ed. Guanabara Koogan S.A. 1998.

GIRARDI, S N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In SANTANA, J. P. e CASTRO, J.L. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - CADRHU. Natal> UFRN, 1999,. Disponível em <www.opas.org.br> Acesso 03/05/2008.

GOVERNO MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA: Disponível em: http://www.portoferreira.sp.gov.br/1_1_historico.html. Acesso em 11/02/2007.

HILL, Kenneth; El ARIFEEN, Shams; KOENIG, Michael; AL-SABIR, Ahmed; JAMIL, Kanta; RAGGERS, Han. **How should we measure maternal mortality in the developing world ? : a comparison of household deaths and sibling history approaches**. Bulletin of the World Health Organization : the International Journal of Public Health;84(3):173-180, 2006. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2006/Vol84-No3/bulletin_2006_84\(3\)_173-180.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2006/Vol84-No3/bulletin_2006_84(3)_173-180.pdf)>. Acesso em 23/01/2007.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O Parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: Expectativas de gestantes do parto e da assistência obstétrica. IN: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311, set-out, 2002.

ICPD. **International Conference on Population and Development (ICPD)**. 5-13 September 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org/icpd/icpd.htm>, Acesso em 31/01/2007.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**. New York: ICM, 2002. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org> ou em http://www.ckpa.cz/ICM/EssentialComps%5B1%5D.english_2002.pdf. Acesso 03/02/2007.

LANSKY, Sônia et al . Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0102-311X2006000100013

LAURENTI, Ruy, JORGE, Maria Helena Prado de Mello and GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor**. *Rev. bras. epidemiol.*, Dec. 2004, vol.7, no.4, p.449-460. ISSN 1415-790X

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Célia Landman. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil (1979-1993): análise por causa segundo grupo de idade e região de residência. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0102-311X1996000200013

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1414-32832005000200012

LIMA JUNIOR, J.H.V.; ÉSTHER, A. B. Transições, Prazer e Dor no Trabalho de Enfermagem. **RAE - Revista de Administração de Empresas**. Jul./Set. 2001 São Paulo, v. 41. n. 3. p. 20-30

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **cadernos pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

MACDONALD, Mia; STARRS, Ann. **La Atención Calificada durante el parto: Un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos**. Family Care International, Inc. New York / USA, 2003.

MERIGHI, C.; MERIGHI, M. A. B. ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte - v. 7 - n. 1 p 1-80 jan./jul. 2003.

OPAS/OMS. Organização Pan Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde. **26a CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA. 54a SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL: Estratégia Regional para redução da mortalidade e morbidade materna**. Washington, D.C., EUA, 23-27 de setembro de 2002.

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

PAHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Overview of the nursing workforce in Latin America**. Washington: PAHO/WHO/ICN, 2005. Disponível em: <<http://www.icn.ch/global/Issue6LatinAmericaSP.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2008.

PATRIOTA, Tânia Cooper. **Cairo+10: os desafios no Brasil e na América Latina**. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10/cairo10patriota71a78.pdf>>. Acesso em 31/01/2007.

PERRENOUD, P. **Formação contínua e obrigatoriedade de competências na profissão de professor**. Trad. Luciano Lopreto, 1998. Disponível em:
<http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_48.html#Heading1> acesso em: 15 de maio de 2007.

PESSOA FILHO, Dalton M. & PELLEGRINI. **Evolução, Tendências e Contribuição do Trabalho de Formatura nos Cursos de Educação Física da UNESP/RC**. MOTRIZ - Volume 3, Número 1, Junho/1997.

PORTO FERREIRA. INFO.
http://paginas.terra.com.br/servicos/portoferreira/portoferreira_info.pdf. ACESSO 27/06/2008.

RAMOS, Marise N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação / Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. — v. 1, n. 2, maio - Brasília: Ministério da Saúde, 5 – 16p. 2001.

REDE Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2008. doi: 10.1590/S0104-026X2002000200014

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez, Da medicalização do parto ao movimento pela humanização, **Dossiê Humanização do Parto**. disponível em:
<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_hp-1.html> acesso em 2004.

RODRIGUES, Ana Verônica; SIQUEIRA, Arnaldo A. Franco de. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100020.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 27ª ed. Petrópolis, Editora Vozes, 2000.

SAFE MOTHERHOOD. Safe Motherhood: Helping to make women's reproductive health and rights a reality: What is the greatest threat to a woman's life and health in developing countries? **Complications of Pregnancy & Childbirth Developed by the Safe Motherhood Inter-Agency Group**. 1998. Disponível em:
<<http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/safemot-sp.pdf>> acesso em: 31/01/2007.

SAFE MOTHERHOOD. About The Safe Motherhood Initiative. Disponível em: <<http://www.safemotherhood.org>>. Acesso em 01/02/2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Quadro de Metas de Saúde**. Estado de São Paulo – 2001.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. **Mortalidade Materna**. Boletim CIS nº. 03. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/html/fr_dados.htm>. Acesso em: 25 mar. 2003.

SÃO PAULO, Instituto de Saúde. **Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica - SISMASUS**. Município de Porto Ferreira. <http://www.isaude.sp.gov.br/sismasus/index.phtml?secao=consulta&subsecao=analise&subsubsecao=municipios&acao=Mostrar&municipio=354070>. consulta em 25/08/2007.

SÃO PAULO, Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. **Perfil municipal de Porto Ferreira**. <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. acesso em 25/08/2008.

STORTI JPL, **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: Expectativas e vivência do casal**. Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Novembro 2004. p 103.

STARS, ANN. **The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade**. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation 18-23 October 1997. Colombo, Sri Lanka. Family Care International in collaboration with the Inter-Agency Group for Safe Motherhood, 1998. Disponível em: <<http://www.safemotherhood.org/resources/publications.html>>. acesso em 01/02/2007.

UNICEF, **Reduction in the maternal mortality ratio by at least one third, in pursuit of the goal of reducing it by three quarters by 2015**. May 2006. Disponível em: <http://www.childinfo.org/areas/maternalmortality/>. Acesso em 17/01/2007.

VIEIRA, Mônica; et all. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. **Formação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. — v. 3, n. 8, mai./ago. 2003 - Brasília: Ministério da Saúde, 29 – 46p. 2003.

UNICEF/WHO/UNFPA. **Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services**. New York, UNICEF, 1997.

WHO, UNICEF and UNFPA. **A mortalidade materna ainda é extraordinariamente elevada nos países em desenvolvimento**. Nova York, 20 de Outubro de 2003. Disponível em: < http://www.unicef.pt/docs/pdf_arquivo/2003/03-10-20_mortalidade_materna.pdf>. Acesso 23/01/2007.

WHO, UNICEF and UNFPA. **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM, and FIGO**. Geneva, 2004a.

WHO, UNICEF and UNFPA, [Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA](#). Geneva, 2004b.

Anexos

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de saúde)

Meu nome é Márcia Gomes Barcellos Vorpapel, 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: **Ações desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem no atendimento à mulher no trabalho de parto e parto em um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo**, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade do atendimento ao trabalho de parto e parto na maternidade do Hospital Dona Balbina, Porto Ferreira - SP, com especial enfoque no pessoal de enfermagem. Para isto, gostaria de entrevistá-la (o) e observar as ações/intervenções que você desenvolve com as parturientes. 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, e quais as atividades que realizam.

Agradeço sua colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (19) 3583-2072 ou e-mail: marciavorpapel@yahoo.com.br.

Obrigada.

Márcia Gomes Barcellos Vorpapel

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

Entrevistada(o)

ANEXO 2 – Roteiro de Entrevista

Número: _____

I- IDENTIFICAÇÃO

1- **Sexo:** () feminino () masculino 2- **Idade:** _____ anos

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

4- **Número de filhos:** _____

5- **Idade dos filhos:** _____; _____; _____; _____; _____

6- **Renda Familiar:** R\$ _____

7- **Remuneração nesta instituição:** R\$ _____

II- FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL

8- **Nível de instrução:**

() ensino fundamental incompleto () ensino médio completo

() ensino fundamental completo () ensino superior incompleto

() ensino médio incompleto () ensino superior completo

9- **Formação profissional:** _____ 10- **Ano que concluiu:** _____

9.1- **Formação:**

Básica (anos de estudo):

Profissional: Auxiliar/Técnico/Graduação/Especialização (local, o que aprendeu de obstetrícia: como? (aulas teóricas, práticas, estágios) quanto tempo? Carga horária total? Quem eram os professores? Aprendeu a fazer partos? Com quem? Havia supervisão?

11- **Fez curso de pós-graduação:** () Sim () Não

() Especialização (mínimo 360 horas)

Nome: _____ () Concluído. Ano _____

Financiado pelo Ministério da Saúde () Sim () Não Carga horária: _____

() Em andamento

Nome: _____ () Concluído. Ano _____

Financiado pelo Ministério da Saúde () Sim () Não Carga horária: _____

() Em andamento

Nome: _____ () Concluído. Ano _____

Financiado pelo Ministério da Saúde () Sim () Não Carga horária: _____

() Em andamento

() Mestrado Nome: _____ () Concluído. Ano _____

() Em andamento

() Doutorado Nome: _____ () Concluído. Ano _____

() Em andamento

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

() Sim () Não

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

13- Tem participado de eventos científicos (área de saúde da mulher) após a sua formação profissional? () Sim () Não

Nome: _____ Ano: _____

Nome: _____ Ano: _____

Nome: _____ Ano: _____

14- Tem mais de 01(um) emprego?() Sim Quantos? _____ Quais?

1) _____

2) _____ 3) _____

() Não

15- Jornada diária de trabalho: _____

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

16.1- Experiência em sala de parto (local/período):

17- Qual é a sua função nesta assistência:

18- Realiza o parto nesta maternidade? () Sim () Não

Se a resposta for SIM fazer as perguntas a seguir:

19- Realiza parto de gemelar? () Sim () Não

20- Realiza episiotomia? () Sim () Não

21- Realiza episiorrafia? () Sim () Não

22- Realiza parto de apresentação pélvica (nádegas)? () Sim () Não

23- Indica administração de ocitócico em que momento?

() nunca - Justifique: _____

() durante o trabalho de parto - Justifique: _____

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

() após a saída da placenta – Justifique: _____

ANEXO 3 – Roteiro de Observação

Número: _____

I- ADMISSÃO Dia: ____/____/05 **hora:** _____

Gesta ____ Para ____ A ____ Idade Gestacional: _____

Apresentação fetal: _____ Dilatação: _____

Motivo: _____

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

Profissional que admitiu: _____ Prof. Resp. AIH: _____

Anamnese() Algumas perguntas() Exame físico() Palpação() Dinâmica uterina()

Ausulta() Toque() PA () Tricotomia() Enema() Encaminhou para banho()

Ofereceu camisola() Presença de acompanhante()

Obs: _____

II- 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. _____

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

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

5- Presença de um acompanhante: () Sim O que faz: _____ () Não

6- Identificação de sofrimento fetal:

Profissional: _____ Em que momento: _____

Ações/intervenções: _____

7- Amniotomia:

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

8- Uso de fármacos para controle da dor:

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

9- Uso de analgesia peridural:

() Sim Em que momento: _____ () Não

Hora	Palp.	BCF	DU	Toque	Ocit.	PA	T	Profissional	Observação

10- Indicação de Cesárea:

Profissional _____ Em que momento: _____

Motivo: _____

III- PARTO

Hora encaminhada: _____ **Condições obstétricas da parturiente:** _____

Hora do parto: _____

11- Profissional que realizou: _____

12- Teve supervisão: () Sim De quem? _____ () Não

13- Foi solicitada a presença de outro profissional:

() Sim Quem? _____ Em que momento: _____ () Não

14- Local do parto: _____ **Posição da mulher no parto:** _____

15- Administração ocitocina:

b) no expulsivo: () Sim () Não d) após dequitação: () Sim () Não

16- Presença de um acompanhante: () Sim O que fez? _____ () Não

17- Oferece líquido (alimentação): () Sim () Não Obs. _____

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

() Sim () Não

19- Manobra de Kristeller no expulsivo: () Sim () Não Quem fez? _____

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

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

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

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

24- Momento do clampeamento do cordão:

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

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

- 26- Contato pele a pele mãe/filho:** a) primeira meia hora: () b) primeira hora: ()
c) segunda hora: () d) após a segunda hora: () e) não aconteceu: ()
- 27- Contato mãe/filho:** a) primeira meia hora: () b) primeira hora: ()
c) segunda hora: () d) após a segunda hora: () e) não aconteceu: ()
- 28- Estímulo à amamentação:** () Sim () Não
- 29- Uso de ergometrina após a saída da placenta:** () Sim () Não
- 30- Revisão uterina (exploração manual) após o parto:** () Sim () Não
- 31- Realizou episiotomia:** () Sim () Não
- 32- Realizou anestesia antes da episiotomia:** () Sim Qual? _____ () Não
- 33- Realizou episiorrafia:** () Sim () Não
- 34- Realizou anestesia antes da episiorrafia:** () Sim Qual? _____ () Não
- 35- Inspeção da vagina e da cérvix para observar lacerações:** () Sim () Não
- 36- Sutura das lacerações:** () Sim () Não
- 37- Realizou anestesia antes da sutura:** () Sim Qual? _____ () Não
- 38- Cuidados com o recém-nascido: profissional:** _____
Quais cuidados foram realizados? _____
- IV- PÓS-PARTO (4º período)**
- 39- Verificou pressão arterial:** () Sim () Não
- 40- Verificou consistência uterina:** () Sim () Não
- 41- Verificou altura uterina:** () Sim () Não
- 42- Verificou sangramento:** () Sim () Não
- 43- Hora que foi encaminhada para enfermaria:** _____
- 44- Anotação do parto no prontuário: Profissional:** _____
O que foi anotado: _____

45- Existem equipamentos de emergência: () Sim () Não Quem é o responsável: _____

46- Outras ações/intervenções realizadas:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

Situação de emergência:

Descrever:

**ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(parturientes)**

Meu nome é Márcia Gomes Barcellos Vorpagel, 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: **Ações desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem no atendimento à mulher no trabalho de parto e parto em um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo**, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade do atendimento ao trabalho de parto e parto na maternidade do Hospital Dona Balbina, Porto Ferreira - SP, com especial enfoque no pessoal de enfermagem. Para isto, gostaria de observar as Ações/intervenções que os profissionais de saúde desenvolvem enquanto você estiver internada para ter o seu bebê. Você não será identificada em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar sem prejuízo para o 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 na maternidade de Porto Ferreira.

Agradeço sua colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (19) 3583-2072 ou e-mail: marciavorpagel@yahoo.com.br.

Obrigada.

Márcia Gomes Barcellos Vorpagel

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

Parturiente

ANEXO 5 – Parecer do Comitê de Ética
Protocolo n.º 0799/2007

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa**

Protocolo nº: 0799 / 2007

Entrada: 20/06/2007

Pesquisadores: Maria José Clapis (orientadora) e Márcia Gomes Barcellos Vorpapel (Mestranda).

Parecer

Título do Projeto: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PESSOAL DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À MULHER EM TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Apreciação Geral: Este parecer trata-se de nova apreciação das alterações encaminhadas a esse CEP em ofício datada de 04 de julho de 2007.

Folha de Rosto: Será corrigida pela secretária do CEP (número de sujeitos no centro = 10).

Introdução: sem alterações.

Metodologia: O item referente à população e amostra foi adequado.

Aspectos Éticos: Contempla as orientações da Resolução 196/96.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Esclareceu-se a forma de obtenção do consentimento dos participantes (profissionais de saúde), inclusive por quem será obtido. Esclareceu-se também como será obtido o consentimento das parturientes para a consulta nos prontuários e, ainda, em caso das menores de 18 anos. As demais reformulações realizadas contemplam as orientações contidas na Resolução 196/96.

Outros Comentários: não necessários.

Esclarecimentos Necessários: não se aplica.

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

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 158/2007

Ribeirão Preto, 06 de julho de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de julho de 2007.

Protocolo: nº 0799/2007

Projeto: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PESSOAL DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À MULHER EM TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Pesquisadores: Maria José Clapis
Márcia Gomes Barcellos Vorpapel

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,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria José Clapis

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Recomendação:

- ☒ Aprovação
- ☐ Aprovação com recomendação
- ☐ Aprovação e encaminhamento para apreciação pela CONEP/MS
- ☐ Considerar em PENDÊNCIA até esclarecimentos dos pontos levantados.
- ☐ Não aprovação
- ☐ Retirado

Ribeirão Preto, 5 de julho de 2007.

Aprovado "ad reuerendum" do Comitê de Ética em
Pesquisa da EERP/USP em
05, 07, 2007

Enfa. Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP