

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JAMILE CLARO DE CASTRO BUSSADORI

**Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico
puerperal e as competências essenciais para a atenção
qualificada ao parto**

Ribeirão Preto

2009

JAMILE CLARO DE CASTRO BUSSADORI

Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto

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

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

Orientador: Profa Dra Maria José Clapis

Ribeirão Preto

2009

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

Bussadori, Jamile Claro de Castro

Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto.

153p. 30 cm.

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

Orientadora: Clapis, Maria José.

1. Maternidade segura. 2. Atenção qualificada. 3. Parto.
4. Enfermagem obstétrica. 5. Competência profissional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jamile Claro de Castro Bussadori.

Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto.

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

Aprovado em//

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Clapis

Instituição: EERP-USP

Assinatura _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

“O processo de gerar e parir é uma das melhores metáforas para descrever a elaboração de um trabalho, expressam os desafios e as conquistas, as incertezas e as angústias, mas enfim se tem a conquista final.”

Agradecimentos

À meu marido, José Augusto Bussadori, e aos meus filhos, Isabela C. Bussadori e Augusto C. Bussadori, pelo amor, compreensão e eterno estímulo nesta jornada. Amo vocês.

À minha mãe querida, Maria Tereza Claro, mulher especial, quem me ensinou a ter garra e sempre me estimulou a procurar meus ideais, obrigada por todo apoio e amor. Amo você.

À minha irmã e parceira, Camila Castro, pela dedicação e apoio em todos os momentos desta jornada bem como em outras. Você é uma luz em minha vida, amo você.

À minha irmã Junia Clara de Castro, que prontamente me auxiliou na elaboração dos resumos nas versões estrangeiras. Amo você.

À minha amiga especial, Cristiane Bellazalma Marini, que a todo o momento me acolhia e estimulava a dar o passo seguinte. Obrigada amiga adoro você.

À minha querida ajudante e amiga, Mirtô C. Leal, pessoa especial, que com muita dedicação e carinho cuidou das crianças nos momentos que estive ausente. Obrigada sem você não chegaria ao fim.

À minha querida orientadora Profa Maria José Clapis, pela paciência, compreensão estímulo, confiança e orientação prestados ao longo desta caminhada.

Às professoras Dras Flávia Gomes e Marli Villela Mamede, pelas sugestões e reflexões construídas na etapa de qualificação.

À enfermeira obstetra Keloisa Lessa, pessoa mais que especial, que me auxiliou em reflexões importantes para a discussão deste trabalho, bem como para a minha prática assistencial.

À Maria Cristina M. Ferreira, bibliotecária que auxiliou nas correções das referências bibliográficas, sempre muito solícita.

Aos professores das disciplinas de pós-graduação, pelos conhecimentos e reflexões proporcionadas.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e todos os funcionários pelo acolhimento.

Às colegas enfermeiras e profissionais de enfermagem que com paciência aceitaram minha presença constante durante a assistência em que prestavam.

Às mulheres que me permitiram observar a assistência que recebiam.

Aos membros da banca examinadora por terem aceito participar da avaliação deste estudo.

Muitos me acompanharam nesse percurso, me apoiando, incentivando, assim aos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada!

RESUMO

BUSSADORI, J. C. C. **Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto.** 2009. 153f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

A atenção qualificada ao parto tem sido um dos principais focos de ação da Iniciativa Maternidade Sem Risco (IMSR), no intuito de se obter gestações e partos mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos e conseqüentemente diminuir as taxas de morbimortalidade materno-infantil. Este estudo buscou conhecer a assistência que as mulheres, atendidas nos serviços públicos de saúde do município de São Carlos/SP, recebem durante o ciclo gravídico-puerperal, evidenciando as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem. **Objetivos:** Descrever o perfil dos profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao ciclo gravídico-puerperal e identificar as ações desenvolvidas por estes na assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, correlacionando com as competências essenciais ao exercício básico da obstetrícia recomendadas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM). **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com uma abordagem quantitativa, que utilizou para a coleta de dados a entrevista estruturada e a observação sistemática das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. A população estudada foi composta de 84 profissionais de enfermagem, sendo 37 da atenção básica que prestam assistência ao pré-natal e puerpério e 47 da maternidade, que prestam assistência ao parto. Foram observadas na atenção básica, 52 pré-consultas e 47 pós-consultas de pré-natal, 05 abertura de SISPRENATAL, 05 acolhimentos, 05 consulta de pré-natal e 02 consultas puerperais realizadas pelas enfermeiras. Na atenção ao parto foram observadas 22 avaliações obstétricas admissionais, 15 trabalhos de parto, 12 partos normais, 10 cesáreas, 18 recepções de recém-nascido e 18 assistências no alojamento conjunto. A estatística descritiva foi utilizada para descrever e sintetizar os dados. **Resultados:** Os profissionais são predominantemente do sexo feminino, média de 35,1 anos, casados (62,2%) e com filhos. A média de carga horária encontrada entre os profissionais de enfermagem que prestam assistência na atenção básica foi de 41,6 horas e de 53,9 horas na assistência ao parto, sendo que respectivamente 8,1% e 32% destes profissionais têm mais de um emprego. A média de salários dos auxiliares e técnicos de enfermagem que atendem a mulher no o pré-natal e no parto correspondem respectivamente a 43,2% e 37,3% da remuneração média das enfermeiras. Quanto à qualificação profissional, todas as enfermeiras entrevistadas na atenção básica do município referiram ter cursado ou estar cursando pós-graduação *lato sensu*, sendo 57,14% em saúde da família, 21,43% em enfermagem obstétrica, 7,14% em saúde da família e enfermagem obstétrica, 7,14% em saúde da família e saúde mental e 7,14% em administração hospitalar. Na maternidade, as seis enfermeiras eram especialistas em obstétrica. O tempo de experiência profissional no atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal entre os profissionais da atenção básica variou de 1 mês a 20 anos e na maternidade de 1 mês a 25 anos. Os resultados revelam que todos os profissionais são qualificados para a atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Quanto às habilidades essenciais em obstetrícia, preconizadas pela ICM, muitas foram realizadas de forma incompletas e outras deixaram de ser realizadas. **Conclusões:** Na atenção básica as ações desenvolvidas pelo profissional de enfermagem no cuidado à mulher no pré-natal foram predominantemente de suporte, apoio e complementação da assistência médica, sendo discreta a participação da enfermeira na consulta de pré-natal. Na maternidade as enfermeiras atendem na admissão, acompanham o trabalho de parto e realizam a maior parte dos partos normais. Embora ainda existam habilidades específicas a serem realizadas, demonstraram ações moduladas por princípios da humanização, bem como da atenção qualificada. O estudo aponta a necessidade da reorganização da assistência ao pré-natal, inserindo efetivamente o enfermeiro, bem como que a assistência ao parto busque cada vez mais uma assistência qualificada e humanizada, com reconhecimento e autonomia do enfermeiro.

Palavras-chaves: maternidade segura, atenção qualificada, parto, enfermagem obstétrica, competência profissional.

ABSTRACT

BUSSADORI, J. C. C. **The actions of nursing team in the puerperal pregnancy cycle and the essentials competences to the qualified attention on childbirth.** 2009. 153f. Thesis (Nursing Doctorate) – Ribeirão Preto's Nursing School, São Paulo's University, Ribeirão Preto, 2009.

The qualified attention on childbirth has been one of the main focus on the Making Pregnancy Safer Initiative (MPR) in order to obtain safer pregnancies and childbirth to women and the newborns and consequently reduce the rates of maternal and newborns mortality. This study sought to know the assistance that women have in São Carlos/SP city during the puerperal pregnancy cycle spotlighting the nursing team. **Objectives:** Describe the profile of nursing professionals who work in puerperal pregnancy cycle and identify the actions developed for them in prenatal assistance, labour, childbirth and post-natal period correlating with the essentials competences to the obstetric basic exercising obstetrics recommended by the International Confederation of Midwives (ICM). **Methodology:** This study is a exploratory descriptive with a quantitative approach which used to collect data structured interview and systematic observation of the actions taken by nursing professionals in assisting puerperal pregnancy cycle. The studied population was composed of 84 nursing professionals being 37 of basic attention that provide assistance to prenatal and post-natal period and 47 of maternity that provide assistance to childbirth. Were observed in basic attention, 52 pre consults and 47 post consults, 05 SISPRENATAL opening, 05 receptiveness, 05 prenatal consults and 05 puerperal consults undertaken by the nurses. On attention to childbirth were observed 22 admissions, 15 labours, 12 normal births, 10 cesarean, 18 newborn receipts and 18 assistances in accommodation set. It used the descriptive statistics describe and summarise data. **Results:** Professionals are predominantly female average 31,5 years, married (62,2%) and with children. The average of hourly charge between nursing professionals who provide assistance in basic attention was 41.6 hours and 53.9 hours on birth assistance being respectively 8,1% and 32% of these professionals have more than a job. The average salary of nursing assistants and technicians that assist women on prenatal and birth correspond respectively to 43.2% and 37,3% of the average remuneration of nurses. As vocational qualification, all nurses interviewed in city basic attention mentioned have attended or being attending a post graduation *lato sensu* being 57,14% in family health, 21,43% in obstetrical nursing, 7,14% in family health and obstetrical nursing, one 7,14% in family health and mental health and just one 7,14% in hospital administration. At maternity all the six nurses were obstetrical experts. Professional experience in assistance to women on puerperal pregnancy cycle between basic attention professionals ranged from 1 month to 20 years and at maternity from 1 month to 25 years. The results reveal that that all professionals are skilled attention to puerperal pregnancy cycle. As regards the essential skills in obstetrics, advocated by the ICM, many were so incomplete and other not performed.

Conclusions: On basic attention the actions developed by nursing professionals on women prenatal care were predominantly of support and medical assistance complementation being discreet nurse's participation in prenatal consult. Maternity nurses serve in the admission, accompany labour and perform most normal births. Although there are specific skills to be performed, demonstrated actions modulated by principles of humanization as well as qualified attention. The study reveals the need for reorganization of prenatal assistance inserting effectively the nurse as well as assistance to childbirth look increasingly a qualified and humanized assistance with recognition and autonomy of the nurse.

Key-words: safe motherhood, qualified attention, childbirth, obstetric nursery, professional competence.

RESUMEN

BUSSADORI, J. C. C. **Las acciones de equipo de enfermería en ciclo gestativo puerperal y competencias esenciales para la atención al parto.** 2009. 153f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería en Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

La atención calificada del parto ha sido un de los principales enfoques de la acción de la Iniciativa de la Maternidad sin Riesgos (IMRS) a fin de obtener gestaciones y partos más seguros para las mujeres y los recién nacidos y por lo tanto reducir las tasas de morbilidad materno-infantil. Ese estudio trató de conocer la asistencia que las mujeres, asistidas en servicios de salud pública en ciudad de São Carlos/SP, que recibieron durante el ciclo gestativo puerperal, destacando las acciones desarrolladas por equipo de enfermería. **Objetivos:** Describir el perfil de los profesionales de enfermería que trabajan en ciclo gestativo puerperal y identificar las acciones desarrolladas por los mismos en la asistencia prenatal, trabajo de parto, parto y puerperio, haciendo la correlación con competencias esenciales al ejercicio básico de obstetricia recomendado por la Confederación Internacional de Parteras (ICM). **Metodología:** Es un estudio exploratorio descriptivo, con un enfoque cuantitativo, que utilizó para la recopilación de datos, la entrevista estructurada y la observación sistemática de las acciones desarrolladas por los profesionales de enfermería en ciclo gestativo puerperal. La población estudiada fue compuesta de 84 profesionales de enfermería, 37 de esos de asistencia básica que sirven en la asistencia al período prenatal y puerperio y 47 del servicio en maternidad que sirven a asistencia al parto. Fueron observados en la asistencia básica que 52 preconsultas y 47 posconsultas, 05 aperturas de SISPRENATAL, 05 recepciones, 05 consultas de prenatal y 02 consultas posconsultas realizadas por equipo de enfermería. En la atención al parto fueron observadas 22 evaluaciones obstétricas de admisión, 15 de trabajo de parto, 12 partos naturales, 10 cesáreas, 18 recepciones de recién nacido y 18 asistencias en acomodación conjunta. La estadística descriptiva fue utilizada para describir y resumir los datos. **Resultados:** Los profesionales son todos femeninos, en media 35,1 años, casadas (62,2%) y con hijos. El promedio de carga horaria que se encuentra entre los profesionales de enfermería que sirven asistencia en atención básica fue 41,6 horas y 53,9 horas de asistencia al parto, siendo que en respectivo 8,1% y 32% tienen otro trabajo. El promedio de salario de los auxiliares y técnicos de enfermería que asisten la mujer en prenatal y en parto corresponden en respectivo 43,2% y 37,3% de remuneración mediana de las enfermeras. Respecto de la calificación profesional, todas las enfermeras entrevistadas en la atención básica en la ciudad dijeron tener cursado o estar cursando pos graduación *lato sensu*, siendo que 57,14% en salud de la familia, 21,43% en enfermería obstétrica, una (7,14%) en salud de la familia y enfermería obstétrica, una (7,14%) en salud da familia y salud mental y solamente una de ellas (7,14%) en administración de hospitales. En la maternidad, las seis enfermeras eran especialistas en obstetricia. El tiempo de experiencia profesional en asistencia a las mujeres en ciclo gestativo puerperal entre los profesionales de atención básico tuvo variación de 1 mes hasta 20 años y en la maternidad de 1 mes hasta 25 años. Los resultados demostraron que todos los profesionales son calificados para asistir el ciclo gestativo puerperal. Respecto a las habilidades esenciales en obstetricia preconizadas por ICM, muchas fueron realizadas en forma incompleja y otras dejaron de ser realizadas. **Conclusiones:** En la atención básica las acciones desarrolladas por el profesional de enfermería en asistencia prenatal fueron plenamente de soporte, apoyo y complementación de asistencia médica, siendo discreta la participación de la enfermera en la consulta prenatal. En la maternidad las enfermeras asisten en admisión, acompañan el trabajo de parto y realizan la mayoría de los partos naturales. Aunque hayan habilidades específicas para ser realizadas, demostraron acciones moduladas por los principios de la humanización así como atención calificada. El estudio señala la necesidad de reorganización de la asistencia prenatal con la inserción en efectivo el enfermero así como hacer que la asistencia al parto busque siempre una asistencia calificada y humanizada con el reconocimiento y autonomía del enfermero.

Palabras – claves: maternidad segura, atención calificada, parto, enfermería obstétrica, competencia profesional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal, rede básica de saúde, segundo a categoria profissional, a idade, estado conjugal e o número de filhos. São Carlos, 2008	55
Tabela 2.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde, segundo a renda familiar. São Carlos, 2008.....	55
Tabela 3.	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde, segundo a remuneração na instituição pesquisada. São Carlos, 2008	56
Tabela 4	Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde, segundo os anos de formação. São Carlos, 2008 ...	57
Tabela 5.	Distribuição dos atendimentos das mulheres de acordo com a categoria dos profissionais de saúde que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde e momento do atendimento. São Carlos, 2008.....	59
Tabela 6.	Distribuição das frequências dos procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem da atenção básica de saúde, segundo categoria, durante a pré-consulta de gestantes observadas nas USFs, UBSs e ACEG. São Carlos, 2008....	62
Tabela 7.	Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma Maternidade de São Carlos, segundo idade, estado conjugal e número de filhos. São Carlos, 2008	70
Tabela 8.	Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma maternidade de São Carlos, segundo a renda familiar. São Carlos, 2008.....	71
Tabela 9.	Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma Maternidade de São Carlos, segundo a remuneração na instituição pesquisada. São Carlos, 2008	71
Tabela 10.	Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma Maternidade de São Carlos, segundo os anos de formação. São Carlos, 2008	72
Tabela 11.	Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, segundo a categoria profissional, durante a admissão de 22 gestantes observadas. São Carlos, 2008.....	76
Tabela 12.	Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, segundo a categoria profissional, durante a assistência ao trabalho de parto de 15 parturientes observadas. São Carlos, 2008	79
Tabela 13.	Distribuição da frequência das atividades realizadas durante a assistência ao parto (período expulsivo) pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, às 12 parturientes observadas. São Carlos, 2008	81
Tabela 14.	Distribuição da frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde de Maternidade de São Carlos, durante a assistência imediata ao recém-nascido, dos 18 recém-nascidos observados. São Carlos, 2008.....	85

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 Iniciativa Maternidade Sem Risco (IMSR)	27
3.2 Atenção Qualificada ao parto e as competências essenciais para exercício básico da obstetrícia.	35
4 METODOLOGIA.....	42
4.1 Tipo de Estudo.....	42
4.2 O Cenário da pesquisa	43
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	47
4.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	47
4.5 Coleta de dados.....	48
4.6 Tratamento e análise dos dados	50
5 RESULTADOS	52
5.1 Competências essenciais na atenção ao pré-natal.....	52
5.1.1 Caracterização das unidades de atenção básica de saúde	52
5.1.2 Caracterização da equipe de enfermagem	54
5.1.3 Atenção pré-natal: descrição do observado	59
5.1.3.1 Na recepção da gestante	59
5.1.3.2 Na sala de espera	60
5.1.3.3 Na pré-consulta.....	60
5.1.3.4 Na consulta médica.....	62
5.1.3.5 Na pós-consulta	63
5.1.3.6 Consulta de enfermagem	63
5.2 Competências essenciais na atenção ao trabalho de parto, parto e puerpério	66

5.2.1	Caracterização da Maternidade	66
5.2.2	Caracterização da equipe de enfermagem	69
5.2.3	Atenção obstétrica: descrição do observado.....	75
5.2.3.1	Admissão da parturiente	75
5.2.3.2	O trabalho de parto	78
5.2.3.3	Atenção ao parto.....	80
5.2.3.4	Atenção ao pós-parto	86
6	DISCUSSÃO	88
6.1	A equipe de enfermagem.....	88
6.2	Competências da equipe de enfermagem desenvolvidas nos serviços da Atenção Básica (pré-natal e puerpério)	96
6.3	Competências da equipe de enfermagem desenvolvidas na Maternidade (admissão, pré-parto, centro obstétrico e alojamento conjunto).....	103
7	CONCLUSÕES.....	118
8	IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A ASSISTÊNCIA.....	121
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
	APÊNDICES	147
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	137
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	138
	APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA.....	139
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – Atenção Básica.....	140
	APÊNDICE E - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO – Atenção Básica.....	142
	APÊNDICE F - CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE	144
	APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA – Maternidade.....	145
	APÊNDICE H - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO - Maternidade.....	147
	ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	153

Apresentação



APRESENTAÇÃO

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

Investigar a temática do cuidado de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal é resultado de nossa formação e atuação profissional, uma vez que a assistência qualificada e humanizada às mulheres e recém-nascidos tem sido o foco do nosso interesse.

Durante a graduação em enfermagem, estivemos envolvidas com trabalhos de extensão à comunidade que assistiam gestantes e puérperas no aleitamento materno e, desde aquele momento, intrigava-nos a falta de acolhimento às necessidades das mulheres, bem como o número reduzido de mulheres que conseguiam amamentar.

Após a conclusão da graduação em 1999, decidimos aprofundar nossos conhecimentos nesta área e fizemos o curso de especialização em enfermagem obstétrica. Nesta etapa de formação, instigadas pelo tipo de assistência prestada às mulheres, decidimos investigar o relato de dor no trabalho de parto e parto das puérperas, tentando buscar explicações e soluções para um fenômeno tão temido pelas mulheres (CASTRO; ALBUQUERQUE; DITTMERS, 1999).

Após a conclusão da especialização, trabalhamos diretamente com a assistência a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, e pudemos perceber e vivenciar que a assistência ainda ocorria de forma que a mulher e o recém-nascido não eram vistos como protagonistas do parto e nascimento.

Em 2000, incitadas por estas práticas e almejando aumentar nossos conhecimentos teóricos e práticos sobre a assistência ao parto, fomos aprovadas no Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem-USP, na linha de pesquisa “Assistência à saúde da mulher no ciclo vital”. Nesta etapa nosso objeto de estudo foi a percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto sobre o parto humanizado.

A partir desta pesquisa pudemos perceber avanços na busca da humanização, uma vez que para as enfermeiras entrevistadas o processo de humanização se deu como uma estratégia política para a melhoria da assistência e o resgate do parto mais natural possível, ou seja, uma desmedicalização da assistência. As enfermeiras acreditavam na necessidade de uma mudança de paradigma, visando a inclusão da mulher como protagonista do processo de gestar e parir, a redução de intervenções desnecessárias na gestação e nascimento, preparo da gestante desde o pré-natal, ambiente aconchegante para o trabalho de parto e parto e a presença de acompanhante. Consideravam ainda, que na implementação do modelo de atenção humanizada, sentiam-se impedidas/barradas pelos médicos, referindo uma falta de autonomia profissional (CASTRO, 2003).

Por outro lado os médicos viam a humanização da assistência como uma política governamental objetivando a diminuição de gastos. Tais profissionais definiram como parto humanizado aquele em se permite a presença do acompanhante e com analgesia precoce. Em relação às barreiras à implementação do novo modelo, apontaram a infra-estrutura física, pessoal e financeira (CASTRO, 2003).

Com as reflexões elaboradas durante o mestrado, bem como o nosso envolvimento com a humanização do parto, atualmente temos vivido a situação do atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no domicílio, experiência que nos tem proporcionado vivenciar processos de parir e nascer fisiológicos, assim concretizando nossa meta em atender um parto verdadeiramente natural.

Neste momento, visando contribuir para o avanço na qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como dar continuidade à nossa formação acadêmica, vimos a oportunidade de aprofundar a investigação, direcionando este estudo para compreender qual é a contribuição da equipe de enfermagem para a assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal no município de São Carlos (SP).

Nossa expectativa é que os resultados do estudo possam trazer subsídios para a formulação de políticas que visem a formação de profissionais de enfermagem qualificados para a assistência ao processo de nascimento, bem como fortalecimento de políticas para a redução da mortalidade materna e neonatal.

Introdução



1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX a tecnologia e os estudos científicos proporcionaram avanços na qualidade da assistência nas áreas de saúde materna e perinatal, entretanto este avanço não foi capaz de reduzir para as mulheres os danos e as mortes causadas pela reprodução.

No mundo a cada minuto perdemos uma mulher e sete recém-nascidos devido a problemas resultantes de complicações da gestação e parto, sendo a maioria destas mortes evitáveis (THOMPSON, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO, 1999).

Dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que aproximadamente 600.000 mulheres entre 15 e 49 anos, morrem anualmente no mundo durante a gravidez ou o parto; mais de 50 milhões de mulheres sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas ao processo gestação-parto-puerpério que afetam o resto de suas vidas, e pelo menos 3 milhões de crianças nascem mortas e outros 4 milhões morrem nas primeiras semanas de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS, 2002; WHO, 2006, 2007).

Há cerca de 20 anos, a maioria dos países filiados à Organização Mundial da Saúde têm participado da Iniciativa Global por uma Maternidade Sem Risco (IMSR), cujo objetivo é o aumento da consciência e a promoção de ações a nível global e nacional no intuito de se obter gestações e partos mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos. Esta iniciativa foi proposta pela Organização Mundial da Saúde, e apoiada pela UNICEF, Fundo das Nações Unidas para Populações, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e suas afiliadas (MACDONALD; STARRS, 2003; SAFE MOTHERHOOD, 1998).

Preocupado com a situação da mortalidade materna, em 1997, este Grupo Interagencial por uma Maternidade Segura, convocou uma Conferência Internacional, que buscou examinar as lições aprendidas durante o primeiro decênio da iniciativa, bem como identificar estratégias mais eficazes. Muitas lições foram aprendidas, porém surgiu um claro consenso sobre o valor da atenção qualificada durante o parto como uma intervenção fundamental para tornar as gravidezes e partos mais seguros (MACDONALD; STARRS, 2003; THOMPSON, 2007).

Segundo MacDonald e Starrs (2003, p. 6)

[...] a atenção qualificada se refere ao processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto

e o período pós-parto e neonatal, independentemente do parto ser no domicílio, no centro de saúde ou no hospital. Para que isto ocorra, o provedor deve ter habilidades necessárias além de contar com um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde.

Ainda as autoras acrescentam que as evidências históricas demonstraram que nos países europeus e ocidentais, os índices de mortalidade materna reduziram em momentos em que profissionais qualificados assumiram a atenção a gestação, parto e puerpério. Com relação a evidência epidemiológica foi constatado que existe uma relação inversa entre a taxa de mortalidade materna e a proporção de partos atendidos por pessoal qualificado.

É bastante conhecido o fato de que a mortalidade materna, desde a segunda metade da década de 40, começou a apresentar um declínio contínuo nos países desenvolvidos, sendo que, em alguns desses ou em suas regiões, tornou-se até um evento raro (WHO, 1999). Entretanto, ainda um é problema importante e aparentemente de difícil resolução nos países em desenvolvimento.

Assim, a OMS, OPAS e outros órgãos, cientes de que a atenção qualificada está diretamente relacionada ao alcance da maternidade sem risco, e que somente 53% das mulheres de países em vias de desenvolvimento dão a luz sendo atendidas por pessoal qualificado, tem proposto aos países mapear os serviços obstétricos, com intuito de conhecer a realidade destes, e formular políticas públicas de forma que no ano de 2015, 90% dos partos sejam assistidos por um profissional qualificado e que as taxas de mortalidade materna diminuam em 75% (OPAS, 2004; WHO, 2005).

Estas metas traduzem a preocupação dos países com sua população, uma vez que segundo vários autores a mortalidade materna é um indicador extremamente sensível das condições de vida da população, reflete principalmente disparidade e iniquidade, bem como a desarticulação, desorganização e baixa qualidade da assistência prestada à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Ainda revela o lugar das mulheres na sociedade e o acesso aos serviços sociais, de saúde e nutrição, assim como oportunidades econômicas (BRASIL, 2006a; DOTTO, 2006; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2004; MOTA, GAMA, THEME FILHA, 2008; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

Existe uma grande disparidade entre as taxas de mortalidade materna no mundo, porém 95% das mortes de mulheres por consequência de complicações do ciclo gravídico-puerperal estão concentradas nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; MACDONALD; STARRS, 2003).

No Brasil, 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 é considerado uma injustiça social. Em 2002, a razão da mortalidade materna (RMM), considerando o fator de correção de 1,4, foi de 54,3 por cem mil nascidos vivos (n.v.), no conjunto de capitais, variando entre 42 por cem mil n.v. no Sul, e 73,2 por cem mil n.v. no Nordeste (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2004; BRASIL, 2006b). Cabe ressaltar que a OMS aponta como aceitável a RMM de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

De acordo com Martins (2006) é consenso que as mulheres acometidas pela morte materna são as de menor renda e escolaridade, e que sofrem com as questões raciais.

[...] as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras (BRASIL. MS., 2004a)

[...] o direito à vida é um fundamental direito humano... para as mulheres os direitos humanos incluem acesso aos serviços que irão assegurar uma gestação e um parto seguro (OMS, 1999, p.4).

Um aspecto relevante no aumento da mortalidade materna e neonatal foi a mudança no modelo de atendimento ao parto que se embasa na medicalização e na tecnologia, o que tem cooperado para uma apropriação e despersonalização do corpo feminino (SERRUYA, 2003).

A autora destaca que a medicalização do parto vem de um processo histórico, uma vez que, ao longo do tempo o significado da maternidade, gravidez e parto foi assimilando dimensões, muitas vezes, contraditórias como de vida e morte, alegria e medo, satisfação e dor, renovação e morte. Estes sentimentos, essencialmente femininos, foram de diversas formas experimentados ao longo de toda humanidade e inúmeros registros confirmam a importância da gestação como evento social mobilizador. Entretanto, a partir do século XIX com a mudança do local do parto e a introdução neste cenário de novos atores, um novo modelo de atendimento foi instituído, e este foi cada vez mais proporcionando a valorização das intervenções.

Riesco (1999) e Sakae, Freitas e Orsi (2009) apontam que a crescente hospitalização do parto foi fomentada pela relação entre a tecnologia e a segurança, o que favoreceu o modelo de parto como evento cirúrgico, distante do processo fisiológico, revestido de risco, centrado na figura hegemônica do médico e no uso de intervenções, gerando assim um aumento das taxas de cesariana.

A cesariana, que foi idealizada como um dos principais acontecimentos para a melhoria da assistência ao parto, ao ser utilizada de forma abusiva, tem proporcionado

aumento de complicações clínicas, comportamentais e psicológicas, além da elevação do custo da assistência ao parto (BRASIL, 2008).

Freitas et al. (2005) apontam que além do uso abusivo do parto operatório aumentar o risco de morbimortalidade materna e perinatal, de elevar gastos desnecessários e socialmente injustos, as taxas de cesárea têm sido utilizadas como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto.

Segundo Hotimsky et al. (2002) as altas taxas de cesáreas são relevantes nas políticas de saúde, uma vez que sem indicações médicas, estão associadas a maiores riscos de infecção puerperal, de mortalidade materna, de prematuridade e mortalidade neonatal, além de dificultar a recuperação materna, o que juntamente com o período maior de separação entre mãe e filho influenciam o processo da amamentação.

No Brasil como em outros países em desenvolvimento, a incidência de cesárea tem sido maior que os 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde, bem como maior que 30% preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998a). Atualmente a proporção de cesárea varia entre 41% no setor público e 80% no setor privado (BRASIL, 2008).

Dessa forma nos deparamos com um modelo de assistência ao nascimento que favorece a institucionalização do parto e o uso rotineiro de práticas obstétricas, que acabam por proporcionar altas taxas de cesariana e indicadores desfavoráveis de saúde materna e perinatal.

Melhorar a saúde materna e neonatal proporcionando gestações e partos mais seguros que reflitam na prevenção de mortes evitáveis, e no empoderamento feminino, ainda é um desafio para os países. Há necessidade de se resgatar a mulher, recém-nascido e família como protagonistas do processo de gestar, parir e nascer, de que partos normais/naturais sejam cada vez maiores em relação aos operatórios, bem como de se ter um profissional capacitado para assisti-los de acordo com as competências essenciais de uma atenção qualificada ao parto (CASTRO; CLAPIS, 2005; MACDONALD; STARRS, 2003).

No entanto, para que mudanças na assistência ao parto possam ser efetivadas, faz-se necessário uma revisão na forma de organização da prática obstétrica, considerando que no modelo vigente, nem sempre a fisiologia é respeitada.

Neste contexto, a enfermeira obstétrica é considerada como um profissional que pode contribuir para o resgate do parto fisiológico. Sua atuação nas ações da humanização da assistência ao parto é reconhecida e regulamentada (BRASIL, 2003).

Em 1998, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998b) reconheceu oficialmente a assistência ao parto por enfermeiro obstetra nos hospitais conveniados com o SUS e

normalizou a remuneração desses profissionais. Como marco definidor de uma nova política de atenção ao parto, o MS propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, com possibilidade de funcionamento sem médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês (BRASIL, 1999).

A institucionalização e a medicalização do parto, bem como a diminuição do número de enfermeiros obstetras, proporcionaram o distanciamento deste profissional do processo de nascimento. Porém, há mais de 12 anos a OMS, assim como o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas e Obstetras (ABENFO), vem estimulando a volta deste profissional por acreditarem que este possa contribuir na mudança do modelo de assistência ao parto.

A OPAS aponta que países em que há participação da enfermeira obstetra existe uma contribuição positiva na redução da morbimortalidade materna e perinatal (OPAS, 2004).

Apesar de todo o investimento, a participação do enfermeiro obstetra na assistência ao processo de gestação e parto tem enfrentado dificuldade. As mudanças ocorridas no modelo de assistência ao nascimento ainda são pontuais e pouco tem modificado os resultados perinatais.

Clapis (2005) aponta que a participação do enfermeiro na assistência pré-natal pode contribuir na melhora do cumprimento das ações preconizadas pelo PHPN. Na mesma direção, Cunha (2008) defende que o fortalecimento da assistência pré-natal depende da participação do enfermeiro, porém que este deve ter habilidades específicas para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

No município em estudo a participação das enfermeiras e enfermeiras obstétricas no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal vem acontecendo de maneira institucionalizada. No entanto, não há análise sobre o impacto desta atuação no modelo assistencial.

Há que se destacar elevadas taxas de cesárea, sendo que no ano de 2008, dos 2922 partos ocorridos no município, 68,3% (1996) foram cesárea e 31,9% (926) foram partos normais. Destes, 57,1% foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 49,4% (824) foram partos normais e 50,6% (845) cesáreas. Em 2007, as taxas se assemelharam sendo que dos 3125 partos ocorridos no município de São Carlos, 54,46% dos partos foram atendidos pelo SUS, e destes, 50,9% (866) foram cesáreas.

Outro fator relevante é o baixo número de conclusões do processo de nascimento no Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN). Segundo dados do município de

fevereiro de 2001, ano da adesão ao PHPN até abril de 2009, 13.104 gestantes foram cadastradas e destas 3997 (30,5%) concluíram o programa conforme preconizado.

Segundo Parada (2006, 2007) em estudo sobre a avaliação do PHPN em uma Direção Regional de Saúde (DRS) do interior de São Paulo, a totalidade dos municípios estudados aderiu ao PHPN, porém isto não representou pleno funcionamento do Programa, havendo, entre outros, problemas de inconsistências de dados no SISPRENATAL. Identificou-se que no pré-natal, apenas 3,7% das mulheres concluíram o programa, evidenciando dificuldades em proporcionar o conjunto das atividades preconizadas a todas as mulheres. Na atenção ao parto, práticas demonstradamente úteis ainda foram pouco utilizadas. E finalizando, destacou que o PHPN, na DRS estudada, não viabilizou a humanização do cuidado na atenção pré-natal e ao parto, sendo apenas um instrumento de gestão subutilizado.

No Brasil a participação do enfermeiro na atenção pré-natal vem sendo incentivada, por acreditar que além de favorecer a cobertura, possa contribuir para o estabelecimento de vínculo entre a gestante e o serviço de saúde (BRASIL, 2000a), porém conforme identificado por Brienza (2005) a desvalorização do trabalho da enfermeira é fortemente sustentado pelo modelo médico, biologicista.

Embora o pré-natal de baixo risco possa ser inteiramente acompanhado por enfermeira de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (decreto nº 94.406/87), bem como a recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), ainda a participação do enfermeiro tem se dado de forma medicalizada e dependente da conduta do profissional médico.

Moura (2007) ressalta que desde 1998, o MS vem estimulando a participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, através do oferecimento de cursos de especialização, reconhecendo-a como uma prestadora de assistência humanizada ao pré-natal, parto e puerpério e ainda criando portarias que incluam na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento parto normal sem distócia realizado por este profissional, promovendo a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) para os partos de baixo risco fora das instituições de saúde, coordenados por enfermeiras obstétricas.

Assim, tem havido um movimento político do retorno da enfermeira obstétrica à assistência ao ciclo gravídico puerperal por identificá-la como um profissional capaz de implementar as ações da humanização do parto. Davis-Floyd (2004) ressalta que as enfermeiras obstétricas tiveram papel decisivo na implantação das ações de humanização nas maternidades americanas, contribuindo para a implementação de políticas .

Segundo MacDonald e Starrs (2003), as evidências dos registros históricos sugerem que entre as estratégias eficazes para aumentar a atenção qualificada durante o parto e reduzir a mortalidade materna, está a profissionalização da prática da atenção ao parto, garantindo que as parteiras sejam profissionais competentes (e vista pelo público como tais), através da adoção de sistemas eficazes de supervisão e prestação de contas.

Com base nestas considerações, a presente pesquisa estabelece como objeto de estudo a realidade da assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal, de forma a contribuir para um mapeamento da atenção qualificada,

Diante deste cenário temos como pressuposto que no município de São Carlos (SP) as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal mantêm o modelo biologicista, medicalizado, centrado no cuidado médico, o que não contribui para a mudança do modelo de humanização do cuidado, bem como não atende às competências essenciais para a atenção qualificada ao parto.

Portanto, com base neste pressuposto, temos os seguintes questionamentos:

- Como acontece o acesso das mulheres aos serviços de saúde, credenciados ao SUS, no ciclo gravídico-puerperal e quem são os profissionais de enfermagem que prestam esta assistência?
- Como se dá a participação da equipe de enfermagem na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal?
- Quais são as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem na assistência à mulher na gestação, parto e puerpério?

Objetivos



2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ✓ Conhecer a assistência que as mulheres recebem nos serviços públicos de saúde do município de São Carlos – São Paulo, durante o ciclo gravídico-puerperal, evidenciando as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever o perfil dos profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério;
- ✓ Identificar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem na assistência pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, correlacionando com as competências essenciais ao exercício básico da obstetrícia.

Referencial Teórico



3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo está fundamentado no eixo teórico da Atenção Qualificada ao ciclo gravídico-puerperal, porém consideramos importante antes descrevermos o percurso histórico da Iniciativa Maternidade sem Risco (IMSR), uma vez que o conceito de atenção qualificada surgiu de um consenso na Conferência em 1997, como sendo uma intervenção fundamental para tornar as gravidezes e partos mais seguros diretamente relacionadas.

3.1 Iniciativa Maternidade Sem Risco (IMSR)

A Iniciativa Maternidade Sem Risco (IMSR) tem sido um dos principais focos de ação do movimento feminista. Já em 1985, durante a III Conferência Mundial sobre a Mulher em Nairóbi, foi colocada em discussão a morte de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério. Sua importância foi chamar a atenção para a gravidade do fato em âmbito mundial. Nesta ocasião, firmou-se a decisão de reduzir, até o ano 2000, em 50%, o número de mortes maternas existentes em 1985 (BARROSO, 2004; WHO, 2003).

Em 1987, aconteceu em Nairobi, Quênia, a Conferência Internacional sobre Maternidade sem Risco (*Safe Motherhood Conference*), considerada como marco universal para a conscientização da gravidade da situação nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, de forma a evidenciar que seria necessário que as intervenções fossem efetivas e que os governantes reconhecessem a importância de se investir na saúde materna (THOMPSON, 2007). Naquela ocasião, estimou-se que a intensidade de mortes maternas nessas áreas variava de uma morte para 15 até uma morte para 70 mulheres em idade reprodutiva, enquanto nos países desenvolvidos esses valores estavam entre 1 para 3.000 e 1 para 10.000 mulheres em idade reprodutiva (BANCO MUNDIAL, 1987).

Durante a referida Conferência foi lançada a Iniciativa Global por uma Maternidade Sem Risco (IMSR), que consiste em um esforço interinstitucional com o objetivo de aumentar a consciência e promover a ação em nível global e nacional no intuito de se obter gestações e partos mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos. Este projeto, patrocinado pela Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Fundo das Nações Unidas para Populações; e apoiado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e

suas afiliadas, ressalta a importância de se reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal nos cinco continentes (MACDONALD; STARRS, 2003; SAFE MOTHERHOOD, 1998).

Para Tanaka; Siqueira; Bafile (1989, p. 67)

[...] a situação de saúde materna e perinatal apresenta grande relevância pelo fato de, além dos aspectos quantitativos (magnitude), as mulheres e seus conceitos representaram um grupo de alta vulnerabilidade, expressa no maior risco de adoecer e morrer a que estão expostos.

A indignação é maior quando se observa que são mulheres saudáveis, que se encontram no auge de suas vidas reprodutivas, com potenciais de vida que são subitamente perdidos com a morte prematura que tem causa, quase sempre, evitável (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

As autoras Merighi e Gualda (2002) acrescentam que os altos índices destes indicadores em nosso país refletem uma assistência ainda inadequada, onde a desigualdade e a exclusão social estão retratadas.

Para Kozu et al. (s.d.) a razão da mortalidade infantil, juntamente com a mortalidade materna, é também considerada um importante indicador de saúde para avaliar as condições de vida de uma população.

Nesta mesma direção, em 1987, em Costa Rica, durante o Encontro Internacional Mulher e Saúde, em denúncia aos altos índices de mortes de mulheres que poderiam ser evitadas, foi proposta a criação do Dia de Ação pela Saúde da Mulher (28 de maio), tendo como enfoque principal o combate à mortalidade materna. A partir deste encontro a data foi incorporada por governos e organizações do mundo inteiro e impulsionou a criação de muitas iniciativas em favor da Maternidade Segura (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

Após quase uma década, durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - ICPD (Cairo, 1994), a Conferência de Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) foram definidas metas para a promoção de uma atenção qualificada que visasse à diminuição da mortalidade materna e neonatal, através da defesa dos direitos reprodutivos. Segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2002) “o reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto, usando-se ou não o termo humanização, tem sido registrado em vários documentos internacionais”. Estes propõem que a proteção e a promoção dos direitos humanos das mulheres possam ajudar a assegurar que todas as mulheres tenham o direito a tomar decisões sobre sua própria saúde, livres de coerção

e violência, com base na mais completa informação; e que tenham acesso a serviços e informação de qualidade, antes, durante e depois da gravidez e do parto.

Mais recentemente, como resultado destas conferências internacionais e outros movimentos principalmente da Organização Mundial da Saúde, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e Confederação Internacional das Parteiras, no ano 2000, na reunião de Cúpula do Milênio, em Nova Iorque, os líderes máximos dos países do mundo inteiro comprometeram-se a envidar todos os tipos de esforços para atingir oito metas de desenvolvimento até o ano 2015. Dentre estas metas apresentadas na Declaração do Milênio figuram proeminentemente a expansão das oportunidades educacionais e a igualdade de gênero, como a promoção da igualdade entre os sexos e autonomização das mulheres, a redução da mortalidade infantil e melhora da saúde materna (BARROSO, 2004; ONU, 2005; STARRS, 2006; WHO, 2004).

Cabe ressaltar que a meta sobre a melhora da saúde materna será avaliada através de dois indicadores, a taxa de mortalidade materna e a proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, sendo que se espera que haja uma redução 75% da mortalidade materna, entre 1990 e 2015 e que 90% dos partos sejam assistidos por pessoal qualificado (ONU, 2005).

No ano de 1996, a Organização Mundial de Saúde publicou “Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal”, com uma proposta de assistência ao parto baseada nas evidências científicas de forma a assegurar uma maternidade segura. Este guia prático para a Assistência ao Parto Normal identifica quatro tipos de categorias: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Como já apontado, em 1997, o Grupo Interagencial por uma Maternidade Segura convocou uma Conferência Internacional, que aconteceu em Colombo, Sri Lanka, e buscou examinar as lições apreendidas durante o primeiro decênio da iniciativa, bem como identificou estratégias mais eficazes. Uma dessas lições é a concepção da atenção qualificada durante o parto como intervenção fundamental para que as gestações e os partos fossem mais seguros (ATENÇÃO..., 2003; DOTTO, 2006; THOMPSON, 2007).

Após a Conferência de Nairobi em 1987, várias instâncias internacionais têm fixado metas para a redução da mortalidade materna e a expansão da atenção qualificada. Citamos aqui a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 2002, que teve como uma das

resoluções a “Estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade materna” a qual solicita aos Estados-membros a adoção da Declaração do Milênio (DOTTO, 2006).

Segundo a OMS (2005) no “Relatório Mundial de Saúde – para que todas as mães e crianças contem”, apesar de ter aumentado o número de países que investiram na saúde materna, ainda existem países com taxas até piores do que tinham. Este fato deve-se a razões complexas que variam de país para país, estando entre elas estão os conhecidos e persistentes inimigos da saúde – a pobreza, a desigualdade, a guerra e instabilidade social e a influência destrutiva do HIV/AIDS. Não se pode deixar de lado a incapacidade para traduzir o saber que permite salvar vidas em ação efetiva, assim como para investir adequadamente na saúde pública e num ambiente seguro. Portanto, o progresso não tem sido uniforme e, a menos que seja acelerado significativamente, há pouca esperança de reduzir a mortalidade materna para três quartos e a mortalidade infantil para dois terços até à data-limite de 2015 – metas fixadas pela Declaração do Milênio. Acredita-se que a exclusão seja o aspecto chave da iniquidade, bem como o principal entrave ao progresso uma vez que, em muitos países, o acesso universal aos cuidados de saúde, a que todas as mulheres e crianças têm direito, está ainda longe de ser garantido.

No Brasil, não diferente de outros países em desenvolvimento, a redução da mortalidade materna e neonatal é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Segundo o MS (BRASIL, 2004a), há necessidade de se lutar contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal, onde anualmente ainda morrem mais de 2 mil mulheres e 38 mil recém-nascidos por complicações na gravidez, aborto, parto ou pós-parto.

Há anos, o Ministério da Saúde em parceria com a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), bem como a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) entre outras organizações não governamentais, vêm discutindo estratégias que auxiliem na redução da morbimortalidade materna e neonatal e na diminuição das intervenções desnecessárias, para que se possa melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis (DOTTO, 2006).

Segundo Serruya (2003), apesar da assistência à mulher na gravidez ser um dos serviços públicos de saúde mais antigo do país, ainda necessita melhorar a qualidade propriamente dita, bem como modificar o modelo que ainda é estruturado de forma medicalizada, hospitalocêntrica e tecnocrática. Por muitos anos, esta assistência foi realizada com enfoque na melhora dos indicadores da saúde infantil, de forma que a assistência

materno-infantil era inicialmente representada apenas por consultas no pré-natal e a assistência hospitalar ao parto.

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Em decorrência desta construção política, pode-se considerar como marco na revisão da assistência ao parto e nascimento a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento que aconteceu em 1985, em Fortaleza-CE, onde além de ter havido uma reflexão sobre as condutas na assistência ao parto e nascimento, houve a criação de pilares para Maternidade Segura (CASTRO, 2003).

Em 1995 o Ministério da Saúde, aderindo à proposta da Organização Mundial de Saúde, FEBRASGO e Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), lançou o Projeto Maternidade Segura, que estabeleceu oito passos para a maternidade segura (BRASIL, 1995).

- Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher;
- Garantir a assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar;
- Incentivar o parto normal e humanizado;
- Ter rotinas escritas para normatizar a assistência;
- Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas;
- Possuir estrutura adequada para atendimento materno perinatal;
- Possuir arquivo e sistema de informação;
- Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal

Em 1996 foi lançado o Projeto Luz, projeto de melhoria da saúde materno-infantil do Nordeste, uma parceria entre a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA),

juntamente com o Ministério da Saúde (MS) que designou a Secretaria da Saúde do Ceará (SESA) como sua executora.

Consolidando estas ações, em 1998, o então Ministro da Saúde, assinou cinco portarias com o objetivo de aprimorar a assistência ao parto. Entre estas, a portaria nº 2815 (29/05/1998, publicada no DOU nº 103) que incluiu o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeira Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeira Obstetra nas Tabelas do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Com base na portaria 2815 e o disposto na Lei nº 7.498 que regulamenta o exercício da Enfermagem e no decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que define as atribuições da enfermeira obstetra, o Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em 22 de setembro de 1998, através da portaria nº163 (DOU nº 183) regulamentou a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeira Obstétrica e aprovou o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (BRASIL, 1998b; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 1999).

Com o objetivo de reconhecer e premiar as unidades de saúde integradas a rede do Sistema Único de Saúde que desenvolvem ações e se destacam na humanização do atendimento a mulher e ao recém-nascido, estimulam o parto normal e o aleitamento materno, o Ministério da Saúde, instituiu o Prêmio Galba de Araújo, através da Portaria nº2883, de 04 de junho de 1998, regulamentada e publicada no DOU 240-E, de 16/12/99. O prêmio trata da escolha, através de critérios pré-estabelecidos, de um hospital de cada uma das cinco macrorregiões e a entrega de uma placa, um certificado e uma quantia em dinheiro que até 2002 era de R\$ 30 mil (BRASIL, 1998c; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002).

Outra importante portaria foi a de nº 2816, de 29/05/1998, que determinou pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital, estabelecendo 40% para o segundo semestre de 1998, 37% para o primeiro semestre de 1999, 35% para o segundo semestre de 1999 e 30% para o primeiro semestre de 2000 (BRASIL, 1998a).

Em novembro de 2000, aconteceu, em Fortaleza, a I Conferência Internacional do Parto, uma parceria entre o Projeto Luz – JICA, Ministério da Saúde e Secretaria de Estado do Ceará, com objetivo central de reunir a comunidade internacional para aprofundar a compreensão global da saúde materna e perinatal, fortalecendo o modelo humanizado.

Na tentativa de qualificar a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, no dia 01 de junho de 2000, através da portaria 569/GM, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) cujo objetivo foi assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2000b).

Este programa contou com R\$ 567 milhões, destinados a três componentes fundamentais. O primeiro refere-se ao incentivo à assistência pré-natal, onde há estímulo, através do pagamento de incentivos financeiros, aos estados e municípios a realizarem a captação precoce, o cadastramento e o acompanhamento do pré-natal completo; o segundo componente trata da organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, no incentivo à assistência pré-natal, com objetivo de criar condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o estabelecimento de protocolos de regulação e a estruturação de Centros de Regulação Obstétrica e Neonatal em nível estadual e municipal, além da estruturação de Sistemas Móveis de Atendimento Pré e Inter-Hospitalar (ambulâncias); por fim, o terceiro componente que se refere a uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, com o objetivo de melhorar as condições de custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, através da alteração do valor e forma de remuneração e de um pagamento adicional sobre o valor para aqueles hospitais que prestam assistência ao parto da gestante cadastrada ao PHPN e que tenham o acompanhamento completo (BRASIL, 2000c).

Em síntese, os princípios fundamentais que assentam a proposta do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento compreendem:

- Toda gestante tem direito ao acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito ao acompanhamento de pré-natal;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal e que esta seja realizada de forma humanizada e segura.

Outra estratégia diferencial na busca da maternidade segura foi que, a partir de 1999, com a Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999 D.O. de 6/8/1999, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, em sua plena universalidade; que a assistência à gestante

deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal; a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis, resolve criar os Centros de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal nos moldes da OMS, distribuídos por todo o país (BRASIL, 1999).

Mais recentemente, considerando que as altas taxas de mortalidade materna e infantil configuram como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, o Ministério da Saúde propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, em 2004. Este Pacto foi lançado pela Presidência da República em 08 de março de 2004, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, e tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. Após diversas exposições internacionais sobre o Pacto, a Organização das Nações Unidas (ONU) considerou a pactuação entre gestores e sociedade civil com estratégias, responsabilidades e metas bem definidas, como modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2004a).

Ainda na construção política destas estratégias pode-se considerar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, lançada em 28 de maio de 2004 pelo Ministério da Saúde e instituída em 04 de julho de 2005, através da portaria N° 1.607 (BRASIL, 2004b), traz como objetivos gerais a promoção da melhoria das condições de vida das mulheres brasileiras, contribuição à redução da morbi-mortalidade feminina, principalmente por causas evitáveis, e ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, considerando que são elevados os índices de mortalidade materna e neonatal existentes no país; que a mortalidade materna e a neonatal constituem uma violação dos direitos humanos das mulheres e um grave problema de saúde pública; cujo enfrentamento dessa problemática implique 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; a PORTARIA N° 427/GM de 22 de março de 2005 institui a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2005b), na qual a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO) é uma das organizações que faz parte de sua constituição.

Em 2007 foi realizado um balanço de três anos do Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal que apresentou como resultado várias ações que visam a maternidade segura, dentre estas, Adesão ao Pacto de 26 Unidades Federadas; Encontros e debates, com a participação de 7.639 pessoas, entre gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil; Qualificação das equipes de 457 maternidades de todo o país, somando um total de 1857 profissionais, em Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizadas com base em Evidências Científicas; Repasse financeiro; Instalação e funcionamento da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional; Fortalecimento das ações de humanização (presença do acompanhante, adesão de novos município ao PHPN); Lançamento da Política de direito sexual e reprodutivo; Ampliação da Rede de Banco de Leite Humano; e Ampliação das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2007).

Corroborando com as palavras de Mamede (1998), a maternidade sem risco deve ser reconhecida como um direito humano e nesse sentido as sociedades têm obrigação de proteger o direito das mulheres e dos filhos que estão gerando a vida durante o processo de procriar. Para isso deverá haver uma transformação na sociedade na busca do parto humanizado, com respeito à mulher.

Como importante lição temos que as intervenções para a redução da mortalidade materna não podem ser verticalizadas e isoladas; precisam ser implementadas em um largo contexto que considere a morte materna como uma desvantagem social e não meramente uma desvantagem de saúde.

3.2 Atenção Qualificada ao parto e as competências essenciais para exercício básico da obstetrícia.

Embora cada vez mais se defenda que a gestação, parto e nascimento sejam processos naturais e fisiológicos, concernentes à natureza das mulheres, uma vez que a maioria ocorre sem algum problema, não se pode negar a imprevisibilidade, pois aproximadamente 15% das mulheres grávidas manifestam complicações que necessitam de intervenções obstétricas para salvar suas vidas (WHO, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), Confederação Internacional das Parteiras (ICM) e Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), preocupados em

reduzir as taxas de mortalidade materna, defendem que há necessidade que os partos sejam atendidos por profissional qualificado.

Como já apontado, Macdonald e Starrs (2003) defendem que a presença de um profissional qualificado no ciclo gravídico-puerperal é essencial para garantir que as gestações e partos sejam mais seguros para as mulheres e seus recém-nascidos.

Ainda as autoras referem que para o alcance da atenção qualificada o profissional deve ter as habilidades necessárias e contar com o apoio dos vários setores do Sistema de Saúde. Isto inclui um marco de políticas e normas, medicamentos, equipamentos e infra-estrutura eficiente de um sistema de referência.

A OMS define que um profissional qualificado para o nascimento pode ser uma parteira profissional, uma enfermeira com especialização em obstetrícia, ou médico (DOTTO, 2006; STARRS, 1998). Porém ressalta que o profissional qualificado deve dominar as competências obstétricas essenciais independentemente do nível de atenção (WHO, 2004).

Dentre essas competências essenciais, inclui-se uma comunicação efetiva e culturalmente diversificada, que seja capaz de prover cuidado holístico e centrado na mulher, em que o profissional se coloque como um parceiro da mulher na gestação, parto e puerpério; que no acompanhamento do pré-natal realize um detalhamento da história, avalie as necessidades, calcule a data provável de parto, solicite exames laboratoriais e identifique fatores de risco e quando necessário encaminhe para serviços de maior complexidade. Há necessidade de que estes profissionais saibam identificar o trabalho de parto, que realizem o monitoramento materno/fetal durante o trabalho de parto, que utilizem adequadamente o partograma, que identifiquem distócias, saibam manejar o parto vaginal, bem como o manejo ativo do 3º período; e assegure ao recém-nascido cuidado imediato, identificando condições que necessitem de intervenções. Esta assistência ainda deve prever identificação de hemorragias e hipertensões, providenciar cuidado pós-natal à mulher e recém-nascido, incluindo o apoio ao aleitamento materno e planejamento familiar.

Dotto, Moulin e Mamede (2006) ressaltam que o profissional qualificado é aquele que recebeu uma formação, treinou e atingiu proficiência nas habilidades necessárias, para manejar a gestação normal, e na identificação e referência de complicações, devendo exercê-las de forma competente.

Ser competente em uma determinada profissão não implica apenas possuir um vasto e numeroso conhecimento. De acordo com Perrenoud (2001), apesar de não existir uma definição clara e partilhada das competências, fica claro que competência mobiliza, integra e orquestra saberes e atitudes.

Segundo o autor competência é:

[...] a capacidade de um sujeito de mobilizar o todo ou parte de seus recursos cognitivos e afetivos para enfrentar uma família de situações complexas. Isso exige a conceituação precisa desses recursos, das relações que devem ser estabelecidas entre ele e da natureza do “saber mobilizar”. Pensar em termos de competência é pensar em sinergia, a orquestração de recursos cognitivos e afetivos diversos para enfrentar um conjunto de situações que apresentam analogias de estrutura (PERRENOUD, 2001, p. 21).

[...] uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles [...] é na possibilidade de relacionar, pertinentemente, os conhecimentos prévios e os problemas que se reconhece uma competência (PERRENOUD, 1999, p. 7).

Para Lima (2005), 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 e idoneidade para resolver certos assuntos, inclusive os de natureza profissional. No entanto a autora ressalta que com as polarizações de interpretações nos campos da administração e da educação, múltiplas definições de competências vêm sendo traduzidas.

Assim, a autora considera que na literatura educacional podem ser verificadas três relevantes abordagens conceituais sobre competência:

Uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados (LIMA, 2005, p. 371).

De acordo com Le Boterf (2003), às vezes concebemos a competência como uma capacidade de mobilizar todos os tipos de recursos cognitivos, entre os quais estão as informações e os saberes: saberes pessoais, privados ou saberes públicos, compartilhados; saberes acadêmicos, saberes profissionais, saberes de senso comum; saberes provenientes da experiência, de uma troca, ou saberes adquiridos na etapa de formação; saberes de ação, pouco formalizados, e saberes teóricos, baseados na pesquisa. Em todos esses casos, se o sujeito não for capaz de investir seus saberes com discernimento, de relacioná-los a situações, de transpô-los e enriquecê-los, eles não lhe serão muito úteis para agir. Muitas vezes, essa mobilização deve ser realizada em momentos de grande urgência, pois o profissional não tem tempo de pesquisar em um manual, e de incerteza, devido à falta de dados completos e totalmente confiáveis.

Ainda refere que especialmente à formação do indivíduo no campo do trabalho, estende o conceito de competência ao apontar a distinção entre o significado de “saber fazer” e o de “saber agir”, dizendo que este “não se reduz ao savoir-faire ou ao saber operar”; em sua opinião, é tarefa do profissional “não somente saber executar o que é prescrito, mas deve saber ir além do prescrito”. A competência, portanto, não é formada apenas por saberes mas também por esquemas que permitem sua mobilização, assim como por esquemas de ação que não utilizam necessariamente nenhum saber.

Assim a competência profissional trata-se de um constructo holístico, é um conceito teórico que inclui conceitos e características fundamentais; cada um traz uma contribuição interativa para a prática segura. Uma conceituação holística de competência reconhece que é uma combinação complexa de conhecimentos, habilidades, desempenho, valores e atitudes (KAK; BURKHALTER; COOPER, 2001).

No documento publicado pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM) o termo competência tanto é utilizado para referir um amplo enunciado encabeçado em cada seção das competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, como para se referir ao conhecimento, habilidades e comportamentos básicos requeridos de uma parteira para uma prática segura. Em 2002, o ICM discutiu e adotou as Competências Essenciais para o exercício básico da Obstetrícia, e as declarou como documento oficial (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM), 2002).

Neste documento são apresentadas seis amplas competências que o profissional deve possuir, e cada uma dessas competências traz uma lista de conhecimentos e habilidades básicos requeridos para uma prática segura em qualquer situação. Determina também os conhecimentos e as habilidades adicionais, que podem ser adotados ou não de acordo com a realidade de cada país:

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

- ✓ **Competência 2:** as parteiras fornecem educação para a saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positivas.

- ✓ **Competência 3:** as parteiras proporcionam cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.

- ✓ **Competência 4:** as parteiras proporcionam, durante o parto, cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem partos higiênicos e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

- ✓ **Competência 5:** as parteiras fornecem à mulher e recém-nascido 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.

Seguindo as competências essenciais um provedor de saúde, quando capacitado, pode e deve realizar uma variedade de intervenções efetivas, para diminuir tanto a morte materna e neonatal, como enfermidades durante a gravidez, o parto e período de pós-parto imediato (MACDONALD; STARRS, 2003).

1. Durante a gravidez:

- ✓ monitorar a saúde da mulher e do feto;
- ✓ dar tratamento preventivo e curativo para enfermidades comuns e imunizar contra o toxóide tetânico;
- ✓ educar as usuárias sobre os sinais de perigo e orientá-las no planejamento do parto;
- ✓ oferecer aconselhamento e apoio para enfrentar uma gravidez não desejada.

2. Durante o trabalho de parto e parto:

- ✓ realizar um exame geral e abdominal;
- ✓ observar e monitorar a condição física da mulher;
- ✓ atender ao parto normal;
- ✓ reconhecer e responder aos sinais de sofrimento materno e fetal; e

- ✓ oferecer elementos básicos dos cuidados de apoio, como encorajar a mulher à participação ativa (deambular, experimentar várias posições) e prover líquidos e alimentos durante o trabalho de parto e parto, além de oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor.

3. No cuidado do pós parto imediato:

- cuidados com o cordão umbilical;
- manejo adequado do terceiro período do trabalho de parto;
- oferecer ambiente caloroso e seguro à mãe e ao recém-nascido;
- promoção da lactação precoce e exclusiva; e
- orientações sobre métodos apropriados de planejamento familiar.

De acordo com Clapis (2005), espera-se que cada vez mais as enfermeiras obstetras desenvolvam competências, que sejam capazes de responderem questões mais amplas de saúde, de forma a incorporar o contexto social, político, familiar e cultural e não somente a dimensão individual da gestante e recém-nascido. Defende ainda que a prática assistencial, bem como toda a formação do profissional devam ser pautadas em evidências científicas.

Segundo Diniz (2001), no final do século 20 cresceu em todo o mundo um movimento em busca de uma assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos. No caso da assistência à gravidez e ao parto, esta preocupação com a evidência tem sido ainda mais crucial, uma vez que, diferentemente das outras especialidades, estas práticas irão intervir sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis, e num processo supostamente normal, o parto.

Ceccatti (2005) defende que considerando que a morbidade antecede a mortalidade, é possível se valer da evidência indireta de que qualquer intervenção que consiga reduzir significativamente a morbidade materna deva teoricamente também ser capaz de reduzir a mortalidade materna.

Assim, se visamos promover uma Maternidade Segura, prestando uma atenção qualificada, baseada em evidências, para alcançar as Metas de Desenvolvimento para o Milênio em 2015, é necessário que reformulemos a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, devendo ser-lhe proporcionada uma atenção que valorize a humanidade e a vida que nasce e defenda o cumprimento dos direitos reprodutivos. As mudanças na legislação e na política também são pontos essenciais para assegurar a maternidade segura.

Metodologia



4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa, que segundo Polit, Beck e Hungher (2004) é aquele em que o pesquisador observa e explora aspectos de uma situação, com objetivo de retratar as características de indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a pesquisa quantitativa tem como objetivo evidenciar dados, indicadores e tendências observáveis, e deve ser utilizada para estudos com grandes conjuntos de dados e informações demográficas. A escolha pela abordagem quantitativa neste estudo deve-se ao fato do mesmo ter como objetivo conhecer a assistência que as mulheres grávidas recebem nos serviços públicos de saúde do município de São Carlos – São Paulo, durante o ciclo gravídico-puerperal, evidenciando as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

Utilizamos como instrumentos de coleta de dados, um roteiro para caracterização dos serviços, a entrevista estruturada para as informações sócio-demográficas, formação profissional e atividades exercidas pela equipe de enfermagem e a observação não-participante estruturada para identificar as ações desenvolvidas por estes profissionais na assistência à gestação, parto e puerpério. Os dados advindos da observação não-participante foram registrados em instrumentos elaborados para cada local de observação e em um diário de campo.

Segundo Richardson et al. (1999), a entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre pessoas. É o modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida de uma pessoa para outra.

Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) a observação de fatos, comportamentos e cenários é extremamente valorizada pois independe do nível de conhecimento ou da capacidade verbal dos sujeitos; permite avaliar, na prática, a sinceridade de certas respostas que, às vezes, são dadas só para causar boa impressão, identificar comportamentos não intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os informantes não se sentem à vontade para discutir além de permitir o registro do comportamento em seu contexto temporal-espacial.

A observação não-participante é aquela em que o investigador atua apenas como expectador atento, registrando as ocorrências que julgar de interesse ao trabalho (RICHARDSON et al., 1999).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a observação estruturada é aquela que prevê a construção antecipada de um roteiro ou formulário nos quais o pesquisador se apoiará.

Cabe ressaltar que a construção dos instrumentos foi baseada em quatro referenciais: os Instrumentos sugeridos pela Organização Pan-Americana de Saúde, no documento “Perfil dos Serviços de Obstetrícia/Parteria nas Américas” (OPAS, 2002), as considerações do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2000c) e as competências essenciais dos profissionais da enfermagem que atendem no trabalho de parto e parto, recomendadas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002), bem como nos estudos de Cunha (2008), de Sabino (2008) que trabalharam com a atenção qualificada na assistência pré-natal e de Dotto (2006) que trabalhou com a atenção qualificada na assistência ao parto.

4.2 O Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no município de São Carlos, interior do estado de São Paulo, localizado na região central, a 234 km da capital. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Fundação Educacional de Análise de Dados (SEADE), em 2007 a população estimada foi de 220.425 habitantes, vivendo em uma área territorial de 1141 Km², com taxa de urbanização de 96,17% (IBGE, 2002; FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE), 2007). Desta população 111.327 são mulheres, sendo 70.712 mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, o que corresponde a 63,5 % da população de mulheres.

Segundo o IBGE, em 2006, o Produto Interno Bruto (PIB) do Município foi de R\$ 2.949,46 milhões de reais, sendo de R\$ 14.344 PIB per capita. A economia do município se apresenta com atividades agropecuárias e industriais, com diversas de suas indústrias produzindo itens de alta tecnologia sendo por isso reconhecido como um dos pólos de alta tecnologia no Brasil. Observando os dados da SEADE, em 2005, o total de vínculos empregatícios de homens era de 38.170 e mulheres 20.943.

Com relação aos indicadores de Condição de Vida, tem-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São Carlos, segundo dados de 2000, foi de 0,841, colocando a cidade na 17ª posição no Estado de São Paulo. Nas edições de 2002-2004, do

Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), classificou-se no Grupo 1, que engloba os municípios com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade (SEADE, 2007).

No que se refere à educação, a taxa de alfabetização é de 94,8% (SEADE, 2006) e, por contar com duas universidades públicas (Universidade São Paulo/USP e Universidade Federal de São Carlos/UFSCar), duas unidades de pesquisa da EMBRAPA, e duas faculdades particulares, apresenta aproximadamente oito mil universitários e dois mil e quinhentos pesquisadores.

Em relação à cobertura do saneamento básico do município, 99,73% dos habitantes contam com abastecimento de água pela rede geral, 99,3% contam com rede geral de esgoto sanitário e 99,63% com serviço de coleta de lixo (SÃO CARLOS, 2008).

Os dados referentes às Estatísticas Vitais e Saúde informam que no ano de 2008, o número de nascidos vivos ocorridos no município foi de 3040, sendo que destes 2831 eram de mães residentes de São Carlos. Neste ano não houve morte materna, houve 35 natimortos, e a taxa de mortalidade neonatal precoce foi de 5,29 por mil nascidos vivos e a tardia de 0,71 por mil nascidos vivos. Cabe ressaltar que no ano de 2007, o número de nascidos vivos ocorridos no município foi de 3125, sendo que destes 2843 eram de mães residentes de São Carlos e a taxa de mortalidade materna foi de 32 por cem mil n.v., a taxa de mortalidade neonatal precoce foi de 5,28 por mil n.v., a tardia de 1,06 e a pós-natal 2,5 (SÃO CARLOS, 2008; SEADE, 2008).

Quanto ao sistema de saúde, o município de São Carlos juntamente com outros 24 municípios forma o Departamento Regional de Saúde III – DRS III, que corresponde à divisão administrativa do Estado de São Paulo para a área de saúde.

Trata-se de um município em que o modelo de atenção tem sido reestruturado pela Secretaria Municipal de Saúde de forma a transformar progressivamente o eixo da Rede de Atenção Básica na Estratégia do Programa de Saúde da Família. Para tanto, aderiu ao PROESF/MS (Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família), com meta estabelecida de até ao final de 2007, alcançar uma cobertura de 70% da população assistida pela Estratégia Saúde da Família, correspondendo a 35 Equipes de Saúde da Família (ESF). No entanto, atualmente tem cobertura de aproximadamente 30% da população.

Neste modelo a Secretaria Municipal de Saúde está organizada em quatro departamentos: Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Especializada, Departamento de Atenção Hospitalar e Departamento de Regulação e Gestão Administrativa e Financeira.

O Departamento de Atenção Básica, conta como uma Rede de Atenção Básica, subdividida em 05 Divisões da Administração Regional de Saúde, compostas por 3 Núcleos Integrados de Saúde (NIS) que são Unidades Básicas de Saúde com atendimento ampliado em

algumas especialidades e 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 12 Unidades de Saúde da Família (USF), Vigilância Sanitária e Epidemiológica e Centro de Especialidade Odontológica.

Ainda conta com o Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestação (ACEG), que apesar de não estar descrito no organograma da organização dos serviç os, trata-se de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Saúde que dispõe dos profissionais e a Maternidade Dona Francisca Cintra e Silva que sede o local para os atendimentos. Este ambulatório recebe gestantes encaminhadas dos serviç os de Atenção Básica de Saúde, bem como de outros municípios vizinhos, dos quais São Carlos   referência.

A distribuição das Unidades de Saúde nas Administrações Regionais de Saúde (ARES) pode ser melhor visualizada no quadro a seguir.

Quadro 1: Distribuição dos estabelecimentos de assistência   saúde, ligados ao Sistema  nico de Saúde, São Carlos, 2008.

	Departamento Atenção Básica
ARES 1: Cidade Aracy	NIS Cidade Aracy (UBS Dr. Ernesto Pereira Lopes e UPA). USF Antenor Garcia USF Presidente Collor USF Cidade Aracy Equipe 1
ARES 2: Vila Isabel	UBS AzulVille UBS Cruzeiro do Sul UBS Vila Isabel** USF Jardim Gonzaga Sede Programa de Atendimento Domiciliar.
ARES 3: Redenção	UBS J. Botafogo UBS Redenção** USF J. São Carlos
ARES 4: Vila São José Santa Eudóxia/�gua Vermelha (Subdistritos rurais)	NIS São José UBS Maria Estella Fagg� UBS Vila Nery USF J. Munique USF Santa Eudóxia USF �gua Vermelha
ARES 5: Santa Felícia	NIS Santa Felícia UBS Santa Paula UBS Parque Delta USF Romeu Tortorelli USF Santa Angelina USF Jardim Guanabara USF J�ckey Clube

*ARES - Administração Regional de Saúde; NIS - Núcleo Integrado de Saúde; UBS - Unidade Básica de Saúde; UPA - Unidade de Pronto Atendimento

** Unidade referência da ARES

No quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde locados na Divisão da Atenção Básica há 35 enfermeiros, 104 auxiliares de enfermagem, 05 técnicos de enfermagem, 51 cirurgiões dentistas, 02 psicólogos, 04 fisioterapeutas, 40 auxiliares odontológico, 96 agentes comunitários de saúde da família, 13 médicos da saúde da família, 28 clínicos gerais, 19 ginecologista/obstetra e 26 pediatras.

A assistência hospitalar é prestada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, único hospital integrante do SUS na área de abrangência do Município, hospital de grande porte, que conta com 344 leitos hospitalares, sendo 213 (62%) destinados para atendimento do SUS e 131 (38%) para atendimento dos convênios e particulares. Além da Santa Casa a população conta com atendimento do Hospital Escola Municipal “Profº Dr Horácio Carlos Panepucci”, que dispõe de leitos de observação, com internação de no máximo 48 horas.

A rede privada de saúde conta com leitos hospitalares na Irmandade Santa Casa e com mais dois hospitais, sendo um deles um hospital dia.

Em relação à assistência no ciclo gravídico-puerperal, a atenção ao pré-natal no município de São Carlos é realizada pelo serviço público (Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e no Ambulatório de Cuidados Especiais na Gestação (ACEG)) e pelo serviço particular ou conveniado (consultórios médicos). Como já referido o município fez a adesão ao Programa de Humaniza o do Parto e Nascimento (PHPN) em 13 de fevereiro de 2001 e até abril de 2009, havia sido cadastrado 13.104 gestantes, entretanto somente 3997 concluíram os componentes, assim havendo o repasse do incentivo financeiro ao município.

Desde 2001, com a forma o do Grupo Técnico da Saúde da Mulher de São Carlos e com a elabora o de um Protocolo de Atendimento   Saúde da Mulher, que visa a padroniza o de a o es e procedimentos para a qualifica o da assistência   mulher (SÃO CARLOS, 2001), tem se estimulado que os profissionais baseiem suas a o es neste protocolo que segue as diretrizes do PHPN (BRASIL, 2000b), acrescido de outras recomenda o es.

A aten o ao parto ocorre na Maternidade Dona Francisca Cintra e Silva, única maternidade do município que atende gestantes, parturientes e puérperas através do SUS. Cabe ressaltar que esta maternidade também atende a demanda do setor privado e dos convênios. O Hospital Escola ainda não oferece atendimento ginecológico e obstétrico.

A Maternidade Dona Francisca Cintra Silva faz parte da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, porém, dispõe de área física separada, ficando cada qual em um

lado da rua. Alguns serviços são comuns as duas, como setor de alimentação, rouparia, central de materiais, almoxarifado, setores administrativos, entre outros.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos conta com um corpo clínico de 287 médicos, sendo destes 35 médicos obstetras e 37 médicos pediatras.

No ano de 2008, foram realizados 3206 procedimentos cirúrgicos na maternidade. Entre estes procedimentos, foram 2922 partos, sendo 926 partos normais e 1996 cesáreas.

Dos 2922 partos atendidos, 1669 foram pelo SUS, sendo 845 cesáreas e 824 partos normais o que proporcionou uma taxa de 50,6 % de cesárea. Já em relação aos partos dos convênios, a proporção de partos foi de 1151 cesáreas para 102 partos normais, evidenciando uma taxa de cesárea de 91,8%.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do estudo foram 84 profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao pré-natal, parto e puerpério nos serviços credenciados ao SUS que foram selecionados, e que aceitaram participar livremente da pesquisa.

Cabe ressaltar que atualmente a Divisão de Atenção Básica à Saúde da Secretaria Municipal do município em estudo, conta com 35 enfermeiras distribuídas nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família e 06 Enfermeiras da Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos e 97 técnicos e auxiliares de enfermagem.

Com relação à Maternidade a equipe de enfermagem conta com 06 enfermeiras obstetras, 06 técnicas de enfermagem e 44 auxiliares de enfermagem.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

A proposta de estudo foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde e à Diretoria Clínica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, com o objetivo de solicitar a autorização para sua realização. Após a autorização assinada, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – CEP/EERP-USP,

para análise e aprovação do mesmo, atendendo assim à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/EERP-USP (ANEXO A) iniciou-se a coleta de dados, respeitando a resolução de que somente após os sujeitos concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) é que se iniciavam as entrevistas e as observações.

Considerando que a observação das ações dos profissionais foi realizada durante a assistência, às mulheres também fora apresentada a pesquisa, e somente após estas concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que se iniciava o processo de coleta de dados (APÊNDICE B).

4.5 Coleta de dados

A partir da aprovação do projeto no CEP/EERP-USP (ANEXO A), foi iniciada a coleta dos dados que ocorreu no período de julho de 2008 a janeiro de 2009. A primeira etapa aconteceu na Rede de Atenção Básica e Ambulatório de Cuidados Especiais na Gestação seguindo os critérios de seleção. E a segunda etapa ocorreu na Maternidade do Município que atende as usuárias do SUS.

Primeira Etapa: Atenção ao pré-natal

Levando em consideração que a Atenção Básica do Município está organizada em 05 Divisões Regionais de Saúde (ARES), a coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde de referência de cada ARES, e em uma Unidade da Saúde da Família de cada ARES, escolhida aleatoriamente através de sorteio.

Cabe ressaltar que ainda fez parte desta etapa, a coleta de dados no Ambulatório de Cuidados Especiais na Gestação (ACEG), uma vez que este serviç o atende todas as gestantes com necessidade de cuidados especiais na gestação, sendo assim um serviç o diferenciado das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Estratégia de Saúde da Família.

A partir da seleção, estabeleceu-se contato com responsáveis para organizar o início da coleta de dados, que constou de um levantamento das características dos serviç os,

agendamento das entrevistas estruturadas com profissionais da enfermagem e programação para a observação não-participante estruturada.

O levantamento das características dos serviços (APÊNDICE C) se deu através de consultas aos setores administrativas das unidades, bem como através de contato com os chefes das Divisões Regionais de Saúde (ARES). Informações adicionais foram buscadas junto à Secretaria Municipal de Saúde.

As entrevistas seguiram um roteiro com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE D), sendo aplicada diretamente pela pesquisadora no local do trabalho da equipe de enfermagem, para obtenção das informações sócio-demográficas e identificação das ações exercidas pela equipe no atendimento à mulher na gestação e puerpério.

Com relação à observação não-participante estruturada, seguiu-se um roteiro (APÊNDICE E), e um diário de campo para registrar as observações e impressões desde o momento da entrada da pesquisadora nas unidades.

Esta etapa aconteceu durante dois meses, sendo destinada uma média de cinco dias a cada Unidade da Atenção Básica. Cabe ressaltar que em algumas unidades houve a necessidade de o tempo de observação ser maior devido à forma de como estava organizado os atendimentos às gestantes.

Segunda Etapa: Atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto

Como na primeira etapa fez-se o levantamento das características dos serviços (APÊNDICE F) através de consultas aos setores administrativas e aos gerentes, sobre número de leitos, número de profissionais, número de partos, fluxograma de atendimento e rotinas/normas de atendimento.

Em seguida as entrevistas foram sendo realizadas através de um roteiro com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE G), sendo aplicada diretamente pela pesquisadora no local do trabalho da equipe de enfermagem, para obtenção das informações sociodemográficas e identificação das ações exercidas pela equipe no atendimento à mulher no parto e pós-parto.

Com relação à observação não-participante estruturada, seguiu-se um roteiro (APÊNDICE H), e um diário de campo para registrar as observações e impressões desde o momento da entrada na instituição. Ocorreu durante dois meses, e foi estruturada de forma a dar cobertura aos setores de Admissão das Pacientes, Pré-parto, Centro Obstétrico, Berçário e Alojamento Conjunto. Com o objetivo de maior aproximação da realidade de atendimento, a observação foi realizada em todos os plantões de trabalho da instituição.

4.6 Tratamento e análise dos dados

A estatística descritiva foi utilizada para descrever e sintetizar os dados, baseando-se em documentos que subsidiam a atenção qualificada ao parto, como os Instrumentos sugeridos pela Organização Pan-Americana de Saúde, no documento “Perfil dos Serviços de Obstetrícia/Parteria nas Américas” (OPAS, 2002), as considerações do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), as competências essenciais dos profissionais da enfermagem que atendem no trabalho de parto e parto, sugeridas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002) e Manuais Técnicos publicado pelo MS, Assistência Pré-Natal (BRASIL, 2000a); Parto, Puerpério e Aborto (BRASIL, 2003) e Pré-natal e puerpério: ações humanizadas (BRASIL, 2005c).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados elaborado no programa software Excel.

Resultados



5 RESULTADOS

5.1 Competências essenciais na atenção ao pré-natal

5.1.1 Caracterização das unidades de atenção básica de saúde

Como já apontado, a atenção ao pré-natal da Rede Municipal de Saúde ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades de Saúde da Família (USF) e no Ambulatório de Cuidados Especiais na Gestação (ACEG).

Nas UBSs o atendimento ao pré-natal ocorre em algumas unidades diariamente, em horários fixos e em outras é concentrado em dias da semana, também em horários fixos.

A equipe destas Unidades contempla enfermeiros, técnico e auxiliares de enfermagem, médico obstetra, médicos clínicos gerais e pediatras, dentista, auxiliar de consultório dentário, fisioterapeuta, psicóloga (escalada um dia em cada ARES), nutricionista (escalada um dia em cada ARES), auxiliares administrativos e auxiliares de limpeza.

Cada ARES conta com um motorista e uma viatura para o uso de todas as unidades administradas por esta.

Devido às unidades selecionadas se tratarem das unidades de referência de cada ARES, contam com uma estrutura física (uma sala)   parte em que fica a administradora e um auxiliar administrativo. Cabe ressaltar que das cinco ARES somente uma era administrada por uma psicóloga sendo as demais por enfermeiras.

A estrutura física das UBSs é composta de sala de recepção, sala de enfermagem, sala de curativo, salas de atendimentos médicos, farmácia, sala (ou balcão) de atendimento de enfermagem e p s-consulta, banheiros feminino e masculino, sala de medicação, sala de vacina, consultórios médicos (ginecologia, pediatria, clínico geral) e consultório odontológico.

A sala de atendimento ginecológico   equipada com uma mesa, duas cadeiras, uma mesa ginecológica, uma escadinha, um balde de lixo, um foco, uma mesa mayo, um aparelho de ausculta card ofetal (sonar doppler), um esfigmomanômetro, um estetoscópio, fita métrica

e material para coleta de colpocitologia oncótica. Das cinco UBSs selecionadas todas possuem banheiro dentro do consultório ginecológico.

O médico obstetra é o responsável pela assistência e os profissionais de enfermagem realizam a pré e pós consulta. Cabe às enfermeiras solicitar o “teste de gravidez” para mulheres com atraso menstrual de mais de 15 dias, e caso o resultado seja positivo, cadastram a gestante no SISPRENATAL, solicitam o perfil obstétrico do primeiro trimestre seguindo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), ultra-sonografia e agendam uma consulta com médico obstetra. Ainda atendem algumas pré e pós-consultas, bem como, havendo necessidade por falta de vaga, ou ausência do médico, em algumas unidades as enfermeiras realizam consulta às gestantes. Nas UBSs estudadas não foi encontrado agendamento de pré-natal de baixo risco para as enfermeiras. Realizam o acolhimento, colhem colpocitologia oncótica e atendem outros programas.

Nas USFs a equipe de saúde segue o modelo proposto pelo Ministério da Saúde que recomenda médico da família, enfermeira, auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dentário.

A estrutura física das USFs é composta de sala de recepção, sala de vacina, sala de curativo, sala de medicação, consultórios de enfermagem, médico e de odontologia, sala de reunião, farmácia, banheiros e copa. Das cinco USFs sorteadas, três possuíam banheiro na sala de atendimento das gestantes.

O consultório médico, é a sala preparada para o atendimento das gestantes, equipado com uma mesa, duas cadeiras, uma mesa ginecológica, uma escadinha, um balde de lixo, um foco de luz, uma mesa mayo, um aparelho de ausculta cardíofetal (sonar doppler), um esfigmomanômetro, um estetoscópio, fita métrica e material para coleta de colpocitologia oncótica. A balança fica fora dos consultórios em algumas USFs para ser utilizada para todos os usuários.

Na Estratégia da Saúde da Família cabe às enfermeiras solicitar o “teste de gravidez” para mulheres com atraso menstrual acima de 15 dias, e caso o resultado seja positivo, elas cadastram a gestante no SISPRENATAL, solicitam a primeira rotina de exames laboratoriais e em três USFs já agendam consulta com médico, o qual agendará a próxima consulta com a enfermeira. Nas outras duas USFs seguem modelo das UBSs, em que o médico dará continuidade ao atendimento do pré-natal. As enfermeiras realizam também os acolhimentos, colhem colpocitologia oncótica e atuam em outros programas.

As mulheres chegam às unidades de atendimento do pré-natal por demanda espontânea e nas USF, também podem ser referenciadas pelos ACS durante as visitas domiciliárias mensais.

Quanto aos exames laboratoriais, todas as UBSs recebem diariamente um funcionário do Laboratório credenciado para coleta dos exames e encaminhamento do material coletado. Nas USFs a coleta de material é feita pelas Auxiliares de Enfermagem ou pela Enfermeira, sendo o material recolhido pelo funcionário do Laboratório. Após análise, os resultados são encaminhados para as unidades através do Serviço de Malote.

O Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestação (ACEG) recebe gestantes encaminhadas das UBSs e USFs do município de São Carlos e da região referenciada para a unidade, seguindo um protocolo de inclusão.

A estrutura física   parte de um prédio antigo da Irmandade Santa Casa, em que há atendimento também do Serviço de Anestesiologia, Serviço de Hematologia e Serviço de Aten o Infantil. O ACEG conta com uma área restrita destinada à recep o e atendimento da enfermeira, e um consultório médico, com um banheiro.

A equipe é composta por uma enfermeira obstetra, três médicos obstetras e um médico endocrinologista (voluntário), bem como de outros profissionais (psicólogos, especialidades médicas, entre outros) do Departamento de Aten o Especializada   Saúde, via encaminhamento.

5.1.2 Caracteriza o da equipe de enfermagem

Da popula o total de profissionais de enfermagem do Departamento de Aten o Básica   Saúde da Secretaria Municipal, foram entrevistados 37 sujeitos, sendo 10 enfermeiras, quatro enfermeiras obstetras, cinco técnicas de enfermagem e 18 auxiliares de enfermagem.

Entre os 37 profissionais entrevistados a maioria (97,3%) era do sexo feminino, sendo somente um auxiliar de enfermagem do sexo masculino. A idade média foi de 35,11 anos, variando a idade de 23 a 50 anos; 23 (62,2%) eram casados, 10 (27%) eram solteiros e 04 (10,8%) divorciados e 24 (64,8%) referiram ter de 1 a 4 filhos, com idade entre 10 meses a 30 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal, segundo a categoria profissional, a idade, estado conjugal e o número de filhos. São Carlos, 2008.

Variáveis	Categorias	Profissionais de Enfermagem						TOTAL	
		Enfermeira		Téc.Enf		Aux. Enf		F	%
		F	%	F	%	F	%		
Idade/anos	20-30	08	57,2	02	40,0	02	11,1	12	32,4
	31-40	05	35,7	02	40,0	09	50,0	16	43,3
	41-50	01	7,1	01	20,0	07	38,9	09	24,3
Estado conjugal	Casada	07	50,0	02	40,0	14	77,8	23	62,2
	Mora junto	--	--	--	--	--	--	--	--
	Solteira	06	42,9	01	20,0	03	16,7	10	27,0
	Separada	--	--	--	--	--	--	--	--
	Divorciada	01	7,1	02	40,0	01	5,5	04	10,8
	Viúva	--	--	--	--	--	--	--	--
Número Filhos	Nenhum	08	57,2	01	20,0	05	27,8	14	37,8
	Um	03	21,4	01	20,0	01	5,5	05	13,5
	Dois	03	21,4	02	40,0	07	38,9	12	32,4
	Três	--	--	01	20,0	03	16,7	04	10,8
	Quatro	--	--	--	--	02	11,1	02	5,4

A renda familiar da população estudada (Tabela 2) variou entre R\$ 800,00 a R\$ 18000,00, com a média de R\$ 3548,25. Entre as enfermeiras a renda familiar variou entre R\$ 2000,00 a R\$ 10000,00, com a média de R\$ 4003,35. Nenhuma das 14 enfermeiras tinha outro emprego.

No grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem, das 23 profissionais, somente três tinham outro emprego, e a renda familiar variou entre R\$ 800,00 e R\$ 18000,00, com média de R\$3258,63.

Vale ressaltar que o salário mínimo no período da coleta de dados era de R\$ 420,00.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde, segundo a renda familiar. São Carlos, 2008.

RENDA FAMILIAR (R\$)	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Téc.Enf.	Aux. Enf.	
500,00 A 1500,00	--	01	04	05
1600,00 A 2500,00	05	01	10	16
2600,00 a 3500,00	03	01	01	05
3600,00 a 4500,00	02	--	01	03
Acima 4500,00	04	02	01	07
TOTAL	14	05	17*	36*

* uma auxiliar de enfermagem não informou a renda familiar

Conforme o informado pelos profissionais, o salário recebido da instituição (Tabela 3) estava na faixa entre R\$ 800,00 e R\$ 4500,00. De acordo com as enfermeiras os salários eram R\$ 1600,00 a R\$ 4500,00. No grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem a faixa esteve entre R\$ 800,00 e R\$ 1450,00.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde, segundo a remuneração na instituição pesquisada. São Carlos, 2008.

REMUNERAÇÃO NA INSTITUIÇÃO (R\$)	Profissionais de Enfermagem			TOTAL
	Enfermeira	Téc.Enf.	Aux. Enf.	
500,00 A 1000,00	--	01	16	17
1100,00 A 1500,00	--	04	01	05
1600,00 a 2000,00	09	--	--	09
2100,00 a 2500,00	01	--	--	01
Acima de 2500,00	04	--	--	04
TOTAL	14	05	17*	36*

* uma auxiliar de enfermagem não informou a renda familiar.

A carga horária média semanal de trabalho destes profissionais é de 41,6 horas, variando de 40 a 100 horas semanais. Três (8,1%) destes profissionais tinham mais de um emprego, assim apresentaram carga horária acima de 40 horas semanais.

Com relação aos profissionais de enfermagem que trabalham em outra instituição, uma trabalha em serviços particulares, como cuidadora de saúde e duas auxiliares de enfermagem trabalham em hospital.

Quanto ao nível educacional dos profissionais de enfermagem, todas as enfermeiras cursaram ou estão cursando pós-graduação em programas *lato sensu*, sendo que oito fizeram especialização em saúde da família, três em enfermagem obstétrica, uma em saúde da família e enfermagem obstétrica, uma em saúde da família e saúde mental e somente uma está cursando especialização em administração hospitalar.

Das quatro enfermeiras que fizeram especialização em enfermagem obstétrica, duas participaram de um curso oferecido pela Universidade Federal de São Carlos, com financiamento da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Com relação às outras duas, uma fez um curso particular ligado a uma universidade pública e a outra ainda está cursando em instituição particular. No que se refere à especialização em saúde da família,

somente uma das enfermeiras que ainda está cursando, freqüenta um curso particular, o restante participou de cursos financiados pelo Ministério da Saúde.

Entre as técnicas de enfermagem (05), quatro possuíam ensino médio completo e uma ensino superior (direito). Das auxiliares de enfermagem, três referiram ter ensino superior completo (01 graduada em enfermagem), quatro referiram ter ensino superior incompleto e 11 referiram ter concluído o ensino médio.

Segundo as profissionais, o tempo de formada variou de 6 meses a 21 anos. Entre as enfermeiras este tempo foi de 1 ano a 19 anos (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos profissionais de enfermagem que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde, segundo os anos de formação. São Carlos, 2008.

ANOS DE FORMAÇÃO	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeira	Téc.Enf.	Aux. Enf.
Menos de 1 ano	--	--	01
1 a 2 anos	04	--	--
3 a 4 anos	02	01	02
5 a 6 anos	03	02	03
7 a 8 anos	01	--	06
9 a 10 anos	01	--	--
Acima de 10 anos	03	02	06
TOTAL	14	05	18

Ao serem questionadas sobre participação em eventos, 31 (83,78%) entrevistadas referiram ter participado de eventos científicos nos últimos cinco anos, o restante referiu não ter participado. Dentre os eventos citados, 09 enfermeiras haviam feito o Curso de Manejo ao Aleitamento Materno e o Curso de Atualização em Saúde da Mulher ministrado pela Secretaria Municipal de Saúde do município, e 01 só participou do Curso de Atualização em Saúde da Mulher. Com relação às técnicas e auxiliares de enfermagem, 08 não participaram de eventos, 15 participaram do Curso de Manejo ao Aleitamento Materno e 04 também participaram de palestras ministradas pela Secretaria Municipal de Saúde (DST e Teste do Pezinho). Ainda uma das enfermeiras referiu ter participado de um treinamento para coleta de colpocitologia oncótica.

Das 14 enfermeiras entrevistadas, cinco referiram ter aprendido obstetrícia na graduação, duas referiram ter aprendido durante a especialização em obstetrícia e com médicos na prática, duas referiram terem aprendido na graduação e na especialização e uma referiu ter aprendido com parteiras antigas e médicos já na prática assistencial, e duas na

prática assistencial com médicos. O tempo de atuação na área variou de variou de 1 mês a 12 anos entre as enfermeiras.

Com relação às técnicas e auxiliares de enfermagem, o tempo de atuação na área variou de 3 meses a 20 anos, com média de 7 anos.

Segundo informações das profissionais de enfermagem, suas funções na assistência à mulher no pré-natal e pós-parto são:

- ✓ Enfermeira: realiza acolhimento, atende a gestante na pré-consulta (verifica pressão arterial, peso e altura), solicita o “Teste de Gravidez”, solicita a primeira rotina de exames, faz o preenchimento dos formulários (prontuário, ficha do SISPRENATAL, cartão da gestante), agendamento das consultas subseqüentes com médico obstetra ,orientações individuais, organização do grupo de gestantes, consulta puerperal com 7 a 10 dias pós-parto. Algumas referiram realizar a consulta de pré-natal (anamnese e exame físico) e cálculo da idade gestacional (IG).
- ✓ Auxiliares e técnicas de enfermagem: prestam assistência às gestantes na pré-consulta (verificam pressão arterial, peso e altura) e pós-consulta (encaminhamentos e agendamentos), realizam “Teste de Gravidez” e “teste do Pezinho”, avaliam amamentação, aplicam vacina nas gestantes e nos RNs .

Com relação às dificuldades no atendimento à gestante, 50% (07) das enfermeiras apontaram dificuldades como a falta de protocolo assistencial, o nível de instrução da comunidade, e o fato do pré-natal ainda seguir um modelo médico centrado.

Das técnicas e auxiliares de enfermagem, 21,74% (05) referiram sentir dificuldades relacionadas à estrutura física, à presença do acompanhante, ao acolhimento (queixas de sangramento), à condução das reuniões com as gestantes e até à falta de afinidade com a área.

Todas as enfermeiras referiram que, havendo necessidade, as gestantes são encaminhadas para a Maternidade ligada à Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, e que na maioria das vezes este encaminhamento se dá por escrito.

Na assistência à puérpera, todas as enfermeiras fizeram referência ao protocolo de atendimento, em que a maternidade deveria agendar a primeira consulta nas unidades. Porém foi unânime a queixa de ausência de comunicação entre os serviços, dificultando o atendimento pós-parto.

Por fim, todas as 37 entrevistadas referiram prestar um cuidado humanizado, referindo a este chamá-la pelo nome, orientá-la, atender suas necessidades, permitir vínculo, e respeitá-la.

5.1.3 Atenção pré-natal: descrição do observado

As observações da assistência pré-natal foram realizadas nas UBSs, nas USFs e no ACEG, de acordo com atendimento de enfermagem e médico, nos setores da recepção, sala de espera, no acolhimento, na pré e pós consulta de enfermagem e consulta de enfermagem

Durante o período de coleta de dados nas UBSs e USFs observamos 81 mulheres, distribuídas de acordo com a Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos atendimentos das mulheres de acordo com a categoria dos profissionais de saúde que prestam assistência no pré-natal na rede básica de saúde e momento do atendimento. São Carlos, 2008.

ANOS DE FORMAÇÃO	Profissionais de Saúde		
	Enfermeira	Aux. e Téc.Enf.	Médico
Acolhimento	03	02	--
Abertura do SISPRENATAL	02	03	--
Pré-consulta	03	32	--
Pós-consulta	02	28	--
Consulta de pré-natal	05	--	65
Consulta puerperal	02	--	--

No Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestação (ACEG), foi possível observar o atendimento de 17 consultas de pré-natal, 03 exames de cardiocografia de gestantes encaminhadas da Rede de Atenção Básica e 01 consulta puerperal.

As consultas de pré-natal foram atendidas primeiramente pela enfermeira e após pelo médico e a consulta puerperal foi realizada exclusivamente pela enfermeira.

5.1.3.1 Na recepção da gestante

Nas UBSs observamos que as gestantes chegam e se dirigem à recepção, local em que confirmam a consulta médica ou que solicitam uma consulta, sendo atendidas por agentes administrativos ou profissionais de enfermagem de nível médio. Caso não haja consulta médica disponível a gestante é encaminhada para o “acolhimento” realizado na maioria das unidades pela enfermeira e/ou auxiliares e técnicos de enfermagem.

No caso das consultas marcadas, as gestantes confirmam presença e se dirigem para a sala de espera, aguardando que a equipe de enfermagem as chamem para a pré-consulta.

As consultas são todas agendadas para o mesmo horário, devendo a gestante chegar de 30 a 60 minutos de antecedência da hora marcada para o início do atendimento.

Os profissionais na recepção são responsáveis por solicitar o cartão de pré-natal, conferir a consulta da gestante, separar os prontuários, anexar o cartão de pré-natal ao prontuário e organizar o prontuário para o atendimento médico, colocando na folha que será registrado o atendimento, e carimbando a data. Ainda, aos prontuários são fixados números, os quais serão referência para a seqüência de atendimento.

Nas Unidades da Saúde da Família (USF), as gestantes chegam, confirmam a presença e aguardam pelo atendimento, uma vez que não há pré-consulta de enfermagem.

No ACEG as gestantes ao chegarem se dirigem até a enfermeira, que as orienta a aguardar atendimento em um banco próximo à sala do ACEG.

5.1.3.2 Na sala de espera

Na maioria das unidades de saúde as salas de espera dispõem de cadeiras e uma televisão. As gestantes permaneceram por tempo variável aguardando os profissionais de enfermagem as chamarem para a pré-consulta. Em uma das UBSs foi observado um trabalho de orientação por estudantes de um curso técnico de enfermagem.

No ACEG, a sala de espera é um corredor com bancos, local em que pacientes de diversos ambulatórios aguardam para serem atendidos. Não observamos trabalho educativo durante a espera.

5.1.3.3 Na pré-consulta

Durante o período de observação foi possível participar de 35 pré-consultas nas UBSs e 17 no ACEG.

Em duas das UBSs e em todas as USFs não faz parte do atendimento a realização da pré-consulta, sendo as avaliações de peso e pressão, realizadas durante a consulta médica, pelo profissional médico.

Os profissionais da recepção após separarem os prontuários das gestantes, os deixam separados ou encaminham para os profissionais responsáveis pelo atendimento da pré-consulta, assim as gestantes são chamadas pelo nome e se dirigem até local.

Nos atendimentos de pré-consulta identificamos que as gestantes foram recebidas pela equipe de enfermagem e a todas se verificava o peso e a pressão arterial, sendo que todos os dados foram registrados no prontuário, carteira de pré-natal e formulário do SISPRENATAL (Tabela 6).

Ao término da pré-consulta, as gestantes voltavam para a sala de espera e aguardavam a consulta médica.

No ACEG verificamos que a enfermeira ao chegar, checava o agendamento de consultas de pré-natal na maternidade e verificava partos das gestantes acompanhadas no ACEG em livro de registro. Após, dirigia-se ao ambulatório para realizar cardiocografia nas gestantes acompanhadas no ACEG e as encaminhadas da Rede de Atenção Básica. Cabe ressaltar que as gestantes hipertensas, diabéticas e que apresentarem Doppler alterado, são submetidas à cardiocografia em todas as consultas a partir de 33ª semanas de gestação.

Com relação às consultas de pré-natal, foi possível observar que a gestante era recebida pela enfermeira que lhe solicitava o cartão de pré-natal e em caso de ser a primeira consulta da gestante no ACEG, a enfermeira abria prontuário, realizando anamnese geral, anamnese obstétrica, verificação de peso e altura, calculo de idade gestacional, verificação pressão arterial, realizava orientações e após a consulta médica, fazia os encaminhamentos necessários, como agendamento de ultra-sonografia. Nas consultas subseqüentes a enfermeira questionava sobre o transcorrer da gestação, sinais clínicos da patologia que estivesse sendo acompanhada, hábitos alimentares, verificava o peso e a pressão arterial.

Antes da consulta médica, a enfermeira retomava o caso com o médico obstetra, esclarecendo as patologias acompanhadas, bem como condutas que precisassem ser realizadas, como, por exemplo, solicitação de exames e prescrições de medicamentos.

Do total das 17 consultas de pré-natal observadas, todas foram recebidas pelo nome, a todas foi solicitado cartão de pré-natal, verificou-se o peso e a pressão arterial, e foi realizado cálculo da idade gestacional. Os dados colhidos nas 17 consultas foram registrados no prontuário, cartão de pré-natal e formulário do SISPRENATAL (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição das frequências dos procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem da atenção básica de saúde, segundo categoria, durante a pré-consulta de gestantes observadas nas USFs, UBSs e ACEG. São Carlos, 2008.

ATIVIDADE	Pré/Pós Consulta USF/UBS		Pré/Pós Consulta ACEG	
	Enf.	Téc./Aux Enf.	Enf.	Téc./Aux. Enf.
Chama gestante pelo nome	03	32	17	--
Solicita cartão de pré-natal	03	32	17	--
Verifica peso	03	31	17	--
Verifica PA	03	22	17	--
Questionamento sobre queixa atual	03	--	15	--
Questionamento sobre vacina	03	08	17	--
Antecedentes Obstétricos	--	--	05	--
Cálculo da IG	--	--	17	--
Movimentação Fetal	--	--	03	--
Palpação obstétrica	--	--	--	--
Ausculata BCF	--	--	01	--
Dinâmica Uterina	--	--	--	--
Exame especular	--	--	--	--
Amnioscopia	--	--	--	--
Anotações cartão/prontuário	--	32	17	--
Abertura SISPRENATAL	--	06	17	--
TIG	--	02	--	--
Solicita exames	01	--	--	--
Orientações	--	--	21	--
Agendamento da consulta	02	28	10	--

5.1.3.4 Na consulta médica

Cabe ressaltar que em nenhuma das instituições observamos a atuação de enfermagem durante a consulta médica devido ao fato de a enfermagem não ter sido solicitada durante os atendimentos médicos.

5.1.3.5 Na pós-consulta

Ao término da consulta médica as gestantes se dirigiam à pós-consulta, que na maioria das unidades restringiu-se ao agendamento da próxima consulta médica. Após este atendimento, as gestantes encaminhavam-se à farmácia onde recebiam medicamentos prescritos e as orientações de uso. Não observamos orientações em relação à coleta de exames.

No ACEG, após a consulta médica todas as gestantes retornam com a enfermeira que orienta medicações e coleta de exames, agenda USG, e a próxima consulta.

5.1.3.6 Consulta de enfermagem

Nas UBSs que fizeram parte deste estudo, a consulta de enfermagem no pré-natal não faz parte da rotina das enfermeiras, porém observamos dois atendimentos de enfermagem em uma mesma UBS, que serão descritos a seguir:

Atendimento 1: Gestante procurou Unidade queixando-se de dor em baixo ventre, Os profissionais da recepção separaram o prontuário e chamaram a enfermeira para atendê-la. Observamos a consulta que constou de: anamnese obstétrica, cálculo da idade gestacional, verificação de peso e a pressão arterial e orientação sobre dieta e hábitos de higiene. Devido a idade gestacional a enfermeira não auscultou BCF, e ao verificar a falta dos exames da rotina de primeiro trimestre, ligou para laboratório para saber resultados. Solicitou atendimento médico uma vez que a gestante tinha queixa de disúria.

Atendimento 2: Gestante com queixa de sangramento dirigiu-se à sala da administradora, que solicitou a presença da enfermeira obstetra. Esta encaminhou a gestante para o consultório e iniciou o atendimento. Perguntou sobre as características do sangramento, calculou a idade gestacional, fez questionamentos sobre perda líquido e tampão, verificou peso e pressão arterial, auscultou BCF por um minuto, realizou toque vaginal. Examinou membros inferiores e investigou edema. Após fazer diagnóstico de início de trabalho de parto, orientou a gestante, pedindo que voltasse para casa e se preparasse para ser internada, mas que antes retornasse à unidade para ser reavaliada.

As consultas puerperais são oficialmente de responsabilidade da enfermeira, porém devido ao problema já apontado dos agendamentos, durante ao período de observação não foram frequentes.

Consulta puerperal 1: Puérpera no 7º dia após cesárea, dirigiu-se à recepção, onde a funcionária a atendeu, separou prontuário e solicitou para que aguardasse a enfermeira no consultório. A enfermeira chegou, se apresentou e respondeu algumas perguntas da puérpera relacionadas ao mito do “mal de sete dias”, verificou a pressão arterial e peso. Realizou questionamentos em relação à amamentação, orientou hábitos alimentares (dieta restritiva de alimentos ácidos), amamentação exclusiva em livre demanda, repouso e solicitou para trazer o bebê para uma avaliação. Demonstrou a ordenha, orientou os cuidados com mamilos. Realizou palpação abdominal, avaliou a involução uterina, retirou os pontos da incisão cirúrgica, questionou sobre os lóquios e avaliou membros inferiores.

Consulta puerperal 2: Puérpera no 8º dia após cesárea, chegou à recepção, foi atendida pela funcionária que separou prontuário e solicitou à puérpera que aguardasse a enfermeira. Com o prontuário em mãos, a enfermeira solicitou que a puérpera, com o bebê e o companheiro se dirigissem a um consultório médico. Iniciou o atendimento com uma conversa acolhedora, verificou os dados do pré-natal, solicitou as informações do parto, investigou hábitos alimentares, sono, sinais de infecção, amamentação. A avaliação da puérpera constou de verificação de pressão arterial, exame das mamas, palpação abdominal, avaliação da involução uterina e avaliação da incisão cirúrgica e retirada dos pontos. Fez avaliação do bebê, e como verificou sinais de icterícia chamou a pediatra, avaliou coto umbilical e genitais, realizando orientações. Não pesou o bebê. Fez avaliação da pega durante a amamentação. Valorizou a participação do pai e deu oportunidade do mesmo se expressar.

Durante as observações nas USFs, identificamos que em três unidades havia agendamento de consulta de pré-natal para as enfermeiras. As descrições a seguir são de atendimentos pré-agendados com as enfermeiras, sendo cada um de uma unidade:

Atendimento 1: Gestante em acompanhamento do pré-natal, alternando consulta médica com a de enfermagem, chegou à unidade, apresentou-se à recepção; os profissionais separaram o prontuário. A enfermeira veio buscá-la, passaram pela sala de atendimento de enfermagem, verificaram peso e altura e juntas foram até o consultório. Como não se tratava de primeiro atendimento, o prontuário já estava preenchido em relação a dados de identificação e anamnese geral. A enfermeira calculou a idade gestacional, questionou hábitos de sono, bebidas alcólicas e fumo e estado nutricional. Ao exame físico realizou inspeção

das mucosas, palpação de tireóide, avaliação da cavidade oral, exame das mamas, palpação obstétrica, ausculta cardíaca e pulmonar, ausculta do BCF e mensuração da altura uterina e investigação de perdas vaginais. A enfermeira solicitou ultrasonografia, porém após consulta dirigiu-se até sala da médica para assinar o pedido. Ainda orientou a necessidade de exercícios físicos e dieta, devido ao ganho de peso acima do esperado e a encaminhou para receber o reforço da vacina antitetânica.

Todos os dados foram anotados no cartão e no prontuário da gestante.

Atendimento 2: Gestante em primeira de consulta do pré-natal, chegou à unidade e se dirigiu a recepção. A funcionária separou o prontuário e chamou a enfermeira, que a levou até o consultório médico. Iniciou o atendimento, chamando-a pelo nome, demonstraram certa convivência. A enfermeira solicitou os documentos da gestante para o cadastro no SISPRENATAL, fez a anamnese geral e obstétrica, calculou a idade gestacional, fez questionamentos sobre hábitos alimentares. Verificou peso, altura e pressão arterial. Não fez avaliação obstétrica. Solicitou rotina de exames do primeiro trimestre, orientou dieta e uso ácido fólico. Neste momento foi até o consultório do médico, para solicitar a prescrição. Agendou a coleta do exame de Papanicolau com a médica, mas a gestante não aceitou. Ao final, solicitou que a gestante trouxesse a carteira de vacinação na próxima consulta.

Todos os dados foram anotados no cartão e prontuário da gestante.

Atendimento 3: Gestante em acompanhamento do pré-natal, alternando consulta médica com a de enfermagem, chegou à unidade, apresentou-se à recepção, os profissionais separaram o prontuário, a enfermeira veio buscá-la, encaminharam-se para o consultório médico. Como não se tratava de primeiro atendimento, o prontuário já estava preenchido em relação a dados de identificação e anamnese geral. A enfermeira perguntou sobre queixas, questionou hábitos alimentares e exercícios, verificou o peso e observou ganho de peso acima do esperado, calculou a idade gestacional e aferiu a pressão arterial

A enfermeira perguntou sobre queixas, questionou hábitos alimentares e exercícios, observou ganho de peso acima do esperado, calculou a idade gestacional, verificou o peso e a pressão arterial. Não examinou as mamas, realizou palpação obstétrica, mensuração da altura uterina e ausculta dos BCF. Orientou sobre dieta, exercícios físicos e agendou consulta com outra enfermeira para conversarem sobre parto e amamentação, porém não abordou estes assuntos.

Todos os dados foram anotados no cartão e no prontuário da gestante.

No ACEG não observamos consulta de enfermagem no pré-natal. A consulta puerperal foi atendida exclusivamente pela enfermeira. Constou de anamnese, exame físico completo da

puérpera e dos bebês, houve estímulo e apoio ao aleitamento materno e instrução sobre o cuidado do bebê.

Ainda observamos a realização de 12 cardiotocografias, sendo três de gestantes externas, as quais foram submetidas ao exame e liberadas pela enfermeira e nove gestantes acompanhadas no ACEG, que após o término do exame aguardaram a consulta médica.

5.2 Competências essenciais na atenção ao trabalho de parto, parto e puerpério

5.2.1 Caracterização da Maternidade

A Maternidade em estudo, como já mencionado é parte de uma Irmandade Santa Casa de Misericórdia. Durante o desenvolvimento do estudo a maternidade possuía 78 funcionários, sendo 06 recepcionistas, 05 copeiras, 04 auxiliares de farmácia, 02 escriturarias, 05 funcionárias da limpeza e 56 profissionais de enfermagem, dos quais 05 eram enfermeiras obstetras, 07 técnicos de enfermagem e 44 auxiliares de enfermagem.

A assistência médica é organizada com 10 médicos obstetras plantonistas e 18 médicos pediatras. Os obstetras são escalados em plantões de 6 horas diurnas e 12 horas noturnas de segunda a sexta-feira, e de 24 horas nos finais de semana, para atender as gestantes, parturientes e puérperas do SUS. Já os 18 plantonistas da pediatria rodiziam-se em plantões de 3 horas diurnas e 12 horas noturnas de segunda a sexta-feira; nos finais de semana são escalados em plantões de 24 horas. Ainda conta com uma equipe de 14 anesthesiologistas, os quais ficam escalados à distância. Com relação às outras especialidades o plantonista do hospital é solicitado quando necessário.

A maior parte da equipe de enfermagem trabalha em regime de plantões de 12/36 horas. Somente uma das enfermeiras, que é a responsável pela coordenação da maternidade trabalha em regime de 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira e cinco auxiliares que trabalham em plantões de 6 horas.

A área física da maternidade contempla uma portaria, duas salas de admissão, sala de cardiotocografia, sala de ultrassonografia, sala de vacina, sala da coordenação de enfermagem, sanitários masculino e feminino para visitantes, copa, expurgo, pré-parto, 29

quartos, Centro Obstétrico (CO), Berçário, Banco de Leite Humano, Sala de espera, Sala de Orientação, três apartamentos para repouso médico.

A Maternidade possui 60 leitos, sendo 41 destinados aos atendimentos do SUS e particulares (Planos de saúde do próprio hospital) e 19 leitos destinados aos usuário conveniados de uma cooperativa médica. Cabe ressaltar que a ala destinada ao convênio, trata-se de um setor independente, gerenciado por outra equipe de profissionais, e assim não fez parte deste estudo.

A ala estudada dispõe de 18 quartos nos quais os leitos estão distribuídos da seguinte forma: 4 leitos para o pré-parto, 09 leitos para atendimento de gestantes em tratamento clínico, 28 para o alojamento conjunto.

Existem duas salas de admissão que ficam na entrada da maternidade as quais dividem um banheiro. Uma é destinada às mulheres atendidas pelo SUS e particulares e a outra para as conveniadas.

Na sala de admissão da ala estudada, existe uma mesa ginecológica, uma escadinha, foco de luz, bancada com um aparelho de sonnar, luvas de procedimento, luvas estéreis, aparelho de pressão, amnioscópio, fita métrica e bandeja com almotolias.

A sala de cardiocografia é destinada aos exames externos ou para as gestantes atendidas na admissão, fica localizada em corredor central, tem uma maca, o aparelho de cardiocografia, 2 cadeiras, e pia. Os exames são realizados pelas enfermeiras ou auxiliares/técnicas de enfermagem e os laudos são elaborados pelo médico de plantão.

A sala de ultrassonografia é utilizada somente por médicos de um serviço de diagnóstico terceirizado, que diariamente se dirigem à maternidade para realizar os exames, ou quando são chamados em situações de emergência.

A sala de vacina é utilizada por duas técnicas de enfermagem do Departamento de Atenção Básica, que visitam a maternidade diariamente para aplicação das vacinas BCG e 1ª dose vacina contra Hepatite B no recém-nascido.

Há uma sala destinada à triagem auditiva dos recém-nascidos, na qual diariamente uma fonoaudióloga realiza os exames.

Existe um posto de enfermagem no qual são preparadas as medicações e conta com pia, carrinho de atendimento de urgência, armário e balança.

Para o atendimento no pré-parto a instituição conta com 2 quartos, separados por um banheiro, e dispõe de 2 leitos cada um. Um dos quarto faz comunicação direta com CO, e com balcão de prescrição, tendo as duas camas separadas por uma cortina. Ainda têm duas cadeiras plásticas, duas escadinhas, carrinho com detector fetal e material para avaliação das

gestantes (esfigmomanômetro, estetoscópio, luvas estéreis, luvas de procedimento, amniótomo, vaselina líquida, entre outros) e um aparelho de cardiotocografia.

O outro quarto dispõe de duas camas, duas cadeiras plásticas, duas escadinhas, e uma mesa de cabeceira, sem separação dos leitos por cortinas.

Cabe ressaltar que, havendo necessidade, outros leitos são utilizados como pré-parto, onde gestantes em tratamento clínico ficam com mulheres em franco trabalho de parto.

O Centro Obstétrico fica ao lado do pré-parto, do berçário e da farmácia, tendo comunicação direta com os mesmos. Conta com um vestiário feminino e um masculino, cinco salas de parto, sendo que três são utilizadas para cesárea e duas para parto normal; uma sala de recuperação anestésica, e uma área central onde fica o balcão de prescrição, armários de materiais, carrinho para atendimento de parada cardíaca (com desfibrilador e medicações), localizadas entre duas salas existem duas pias com duas torneiras destinadas à escovação das mãos.

As salas dispõem de ar condicionado, oxigênio e ar comprimido canalizados, aspirador, foco central, mesa cirúrgica, escadinha, uma mesa mayo, duas mesas auxiliares, sendo uma utilizada para apoiar materiais e outra pelo anestesiológico, um suporte para soro, um hamper, uma lixeira. As salas ficam preparadas com as caixas de materiais esterelizados e assim que paciente entra é solicitado à farmácia um Kit para anestesia e outro de medicamentos conforme procedimento.

Existem dois berços de reanimação, um para cada duas salas de parto, em espaço com oxigênio e ar comprimido canalizados, aspirador, material para intubação, medicações para emergência e balança digital.

No alojamento conjunto, existem duas enfermarias com quatro leitos cada uma e um banheiro com dois chuveiros e dois vasos sanitários, dois quartos com dois leitos cada que dividem um único banheiro e os demais são quartos com dois leitos que dispõem de banheiro exclusivo.

Cada binômio utiliza uma cama e um berço (que se transforma em banheira). As mesas de cabeceira e as escadinhas são utilizadas por 2 binômios. Os quartos têm uma pia com água aquecida, suporte para soro, um sofá ou poltrona para acompanhantes, cadeiras de plástico, lixeiras individuais.

Com relação às visitas de familiares, toda mulher internada pelo SUS tem direito a receber duas pessoas no horário de 15 às 16 horas. Aos companheiros e filhos menores de 12 anos, é permitida visita das 11 às 12 horas, e das 19 horas e 30 minutos às 20 horas e 30 minutos.

Os bebês internados no berçário prematuro podem receber visita dos pais no horário de 10 às 12 horas, das 14 às 16 horas e das 19 horas e 30 minutos às 21 horas e 30 minutos.

A maternidade permite que todas as mulheres tenham direito a acompanhante de sua escolha, desde que do sexo feminino, durante o trabalho de parto e no puerpério. Às menores de 18 anos permite-se direito a acompanhante sexo feminino durante todo o tempo de internação. No caso de parto normal o acompanhante pode ser da escolha da mulher sem restrição por sexo, porém na cesárea fica proibido sua entrada, a não ser que o acompanhante seja médico ou outro profissional da saúde com prévia autorização. Aos familiares das mulheres submetidas à cesariana, é permitido que fiquem no corredor em frente ao berçário de onde podem para ver o RN através de um vidro.

5.2.2 Caracterização da equipe de enfermagem

Do total dos 56 profissionais de enfermagem que trabalham nesta instituição, 47 fizeram parte deste estudo, uma vez que haviam 06 funcionárias afastadas, 02 de férias e 01 que não foi entrevista pois referiu estar ocupada em várias tentativas.

Foram entrevistadas 06 enfermeiras obstetras (uma das entrevistadas pediu demissão e foi substituída, o que permitiu que o número ficasse maior do que do quadro de profissionais), 06 técnicas de enfermagem e 35 auxiliares de enfermagem.

Cabe ressaltar que durante as entrevistas verificamos que das 35 auxiliares de enfermagem, 25 (71,4%) possuíam curso técnico de enfermagem, porém na instituição ainda estavam registradas como auxiliares de enfermagem. Desta forma, para o estudo respeitou-se a função oficial na instituição.

Todas as 47 entrevistas foram feitas com profissionais do sexo feminino, uma vez que, segundo a gerência, não há contratação de profissionais do sexo masculino para esta unidade. A idade média foi de 34,1 anos, variando a idade de 20 a 65 anos; 48,9% eram casadas ou viviam com parceiro fixo e 57,4% referiram ter de 1 a 4 filhos, com idade entre 3 a 44 anos. (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma Maternidade de São Carlos, segundo idade, estado conjugal e número de filhos. São Carlos, 2008.

Variáveis	Categorias	Profissionais de Enfermagem						TOTAL	
		Enfermeira		Téc.Enferm		Aux. Enf		F	%
		F	%	F	%	F	%		
Idade/anos	20-30	03	50	02	66,7	17	48,7	22	46,8
	31-40	03	50	04	33,3	07	20,0	14	26,8
	41-50	--	--	--	--	09	25,7	09	19,2
	51-60	--	--	--	--	01	2,8	01	2,1
	61 e mais	--	--	--	--	01	2,8	01	2,1
Estado conjugal	Casada	01	16,7	04	66,7	13	37,2	18	38,3
	Mora junto	01	16,7	--	--	04	11,4	05	10,6
	Solteira	03	50	02	33,3	11	31,4	16	34,1
	Separada	--	--	--	--	03	8,6	03	6,4
	Divorciada	01	16,7	--	--	04	11,4	05	10,6
	Viúva	--	--	--	--	--	--	--	--
Número de filhos	Nenhum	04	66,6	03	50	13	37,2	20	42,6
	Um	01	16,7	03	50	04	11,4	08	17,1
	Dois	01	16,7	--	--	09	25,7	10	21,2
	Três	--	--	--	--	07	20,0	07	14,9
	Quatro	--	--	--	--	02	5,7	02	4,2

A renda familiar (Tabela 8) da população estudada variou entre R\$ 500,00 a R\$5000,00, com a média de R\$ 2290,21. Entre as enfermeiras a renda familiar variou entre R\$ 2300,00 a R\$ 7000,00, com a média de R\$ 4633,34. Cabe ressaltar que das 6 enfermeiras, somente uma não tinha outro emprego.

No grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem, das 41 profissionais, somente 10 tinham outro emprego, e a renda familiar variou entre R\$500,00 e R\$ 5000,00, com média de R\$ 2290,21. Entre as técnicas de enfermagem e auxiliares que trabalhavam em outro emprego houve variação de R\$ 980 a R\$ 5000,00 e entre as que não trabalham em outro emprego, a variação foi de R\$ 500,00 a R\$3000,00.

Conforme o informado pelas profissionais, o salário recebido da instituição (Tabela 9) situava-se na faixa entre R\$ 500,00 e R\$ 2300,00. De acordo com as enfermeiras, seus salários eram de R\$ 1900,00 a R\$ 2300,00. No grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem houve maiores diferenças, com faixa entre R\$500,00 e R\$ 1300,00, sendo que das 41 auxiliares e técnicas de enfermagem, 35 (85,4%) referiram receber salário entre R\$ 500,00 a R\$ 1000,00.

Tabela 8. Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma maternidade de São Carlos, segundo a renda familiar. São Carlos, 2008.

RENDA FAMILIAR (R\$)	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeira	Téc.Enfermagem	Aux. Enfermagem
500,00 A 1500,00	--	01	12
1600,00 A 2500,00	01	03	19
2600,00 a 3500,00	01	02	02
3600,00 a 4500,00	--	--	01
4600,00 a 5500,00	03	--	01
Acima 5500,00	01	--	--
TOTAL	06	06	35

Tabela 9. Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma Maternidade de São Carlos, segundo a remuneração na instituição pesquisada. São Carlos, 2008.

REMUNERAÇÃO NA INSTITUIÇÃO (R\$)	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeira	Téc.Enfermagem	Aux. Enfermagem
500,00 A 1000,00	--	04	31
1100,00 A 1500,00	--	02	04
1600,00 a 2000,00	01	--	--
2100,00 a 2500,00	05	--	--
TOTAL	06	06	35

A carga horária média semanal de trabalho destes profissionais é de 53,9 horas, variando de 36 a 132 horas semanais. Considerando que 15 (32%) destes profissionais têm mais de um emprego, 32% apresentaram carga horária acima de 40 horas semanais.

Em relação às 15 profissionais de enfermagem que trabalham em outra instituição, 02 enfermeiras trabalham em outro hospital, 01 na outra ala da maternidade, 01 trabalha em instituição de ensino e 01 em outro serviço de saúde; com relação às técnicas de enfermagem, 02 trabalham em outro hospital; 01 na outra ala da maternidade, 01 em serviços particulares; e no grupo das auxiliares, 02 trabalham em outro hospital, 04 trabalham em serviços particulares, como cuidadoras de saúde.

Quanto ao nível educacional dos profissionais de enfermagem, as seis (06) enfermeiras cursaram pós-graduação em programas *lato sensu*, na área de enfermagem obstétrica. Todas as técnicas de enfermagem (06), possuem ensino médio completo. Das auxiliares de

enfermagem, 02 referiram ter ensino superior incompleto, 28 referiram ter concluído o ensino médio, 02 ter ensino médio incompleto e 01 ensino fundamental completo.

Segundo as profissionais, o tempo de formada variou de 1 ano a 15 anos. Entre as enfermeiras este tempo foi de 1 ano a 12 anos.

Tabela 10. Distribuição dos profissionais de enfermagem de uma Maternidade de São Carlos, segundo os anos de formação. São Carlos, 2008.

ANOS DE FORMAÇÃO	Profissionais de Enfermagem		
	Enfermeira	Téc.Enf.	Aux. Enf.
Menos de 1 ano	--	--	05
1 a 2 anos	--	--	05
3 a 4 anos	01	01	10
5 a 6 anos	01	01	01
7 a 8 anos	01	01	02
9 a 10 anos	01	03	05
Acima de 10 anos	01	--	04
TOTAL	06	06	32*

*Cabe ressaltar que o número de auxiliares na tabela não coincide com o número de auxiliares entrevistadas, devido a três não se lembrarem do ano de formação.

Quanto à especialização em enfermagem obstétrica, três enfermeiras haviam participado do curso oferecido pela Universidade Federal de São Carlos, financiado pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, uma delas fez o curso na Universidade Federal de São Paulo, e as outras duas em cursos oferecidos por instituições particulares. Duas enfermeiras também haviam cursado especialização em Neonatologia em uma instituição particular.

Ao serem questionadas sobre participação em eventos, 38 (80,85%) das entrevistadas referiram ter participado de eventos científicos nos últimos cinco anos, demais referiram não ter participado. Dentre os eventos citados, três enfermeiras haviam feito o Curso de Capacitação em Banco de Leite Humano (BLH), do BLH de referência, sendo que duas destas também haviam feito Curso de Manejo ao Aleitamento Materno ministrado pela Secretaria Municipal de Saúde do município. Ainda duas enfermeiras haviam participado de um congresso sobre amamentação e somente uma delas não referiu participação em eventos. Com relação às técnicas e auxiliares de enfermagem, 10 não participaram de eventos, cinco participaram do Curso de Capacitação em Banco de Leite Humano (BLH), do BLH de referência, 27 referiram ter participado de palestras internas sobre amamentação, anestesia obstétrica e reanimação neonatal, 10 haviam participado de palestras ministradas pela

Secretaria Municipal de Saúde (Amamentação, DST, PKU), uma no Encontro Nacional de auxiliares e Técnicos.

Das 47 profissionais de enfermagem entrevistadas, todas as enfermeiras obstetras referiram atender partos, porém as enfermeiras do plantão noturno informaram só realizar se o plantonista médico estiver ocupado. Em relação às auxiliares e técnicas de enfermagem, 3 responderam que realizam o parto caso a enfermeira obstetra e o médico obstetra estiverem impossibilitados de atender.

Com relação às profissionais de enfermagem que atendem ao parto (seis enfermeiras), três referiram ter aprendido obstetrícia na graduação e com médicos e enfermeiras já na prática assistencial, duas referiram ter aprendido durante a especialização em obstetrícia e com médicos na prática, e uma referiu ter aprendido com parteiras antigas e médicos já na prática assistencial. O tempo de atuação na área variou de 2 a 8 anos, com média de 5 anos.

As dificuldades apontadas pelas enfermeiras obstetras para a assistência obstétrica estavam relacionadas ao manejo das patologias obstétricas, condução de pacientes psiquiátricas e assistência em neonatologia.

No grupo das auxiliares que referiram atender partos na urgência ou ausência do profissional habilitado, a aprendizagem foi relacionada à prática com enfermeiras obstetras e médicos. Cabe ressaltar que uma delas teve o registro de parteira, e refere ter aprendido com outras parteiras tradicionais, sendo seu tempo de atuação na área de 26 anos.

Segundo informações destas profissionais de enfermagem, suas funções na assistência à mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto são:

- ✓ Enfermeiras obstétricas: prestam assistência na admissão da gestante, prestam assistência à parturiente no pré-parto (principalmente toque e ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF)), realizam partos, atendem casos especiais no puerpério, supervisionam equipe de enfermagem e solicitam reposição e consertos de equipamentos. Entre as enfermeiras obstetras uma ainda tem a função da coordenação geral da equipe de enfermagem.
- ✓ Auxiliares e técnicas de enfermagem: prestam assistência às gestantes na admissão na ausência da enfermeira obstétrica ou do médico obstetra, acompanham o médico durante a admissão da gestante, administram as medicações prescritas, acompanham as parturientes, preparam e transferem a parturiente para a cesárea, limpam os leitos no pré-parto. Realizam o parto de urgência quando enfermeiras e médicos estão impossibilitados.

Das nove profissionais de enfermagem que referiram realizar partos, somente as enfermeiras obstetras referiram administrar ocitócitos, realizar episiotomia e episiorrafia, confirmando a situação das outras profissionais que atendem ao parto, estarem somente em situações emergenciais.

Ao questionamento do momento do uso de ocitocina, todas as enfermeiras referiram utilizar durante o trabalho de parto compartilhada à avaliação médica, durante a expulsão se julgarem necessário e após dequitação caso haja sangramento em grande quantidade. Demonstrando assim, a ausência de um protocolo na instituição.

Com relação às medidas não farmacológicas de alívio da dor, todas as 09 profissionais que atendem ao parto referiram utilizar, sendo que dentre as enfermeiras as medidas foram orientação, banho de chuveiro, massagem, deambulação e respiração, já para as outras profissionais as medidas referidas somente foram orientações e banho de chuveiro.

O momento de utilização destas medidas foi referido como utilizado sempre por 03 das enfermeiras; 03 enfermeiras e 01 auxiliar de enfermagem referiram utilizar quando há descontrole da parturiente (gritos, desesperos, inquietude) e 02 quando a parturiente está em franco trabalho de parto.

No que se refere à analgesia de parto, a resposta negativa foi unânime entre as profissionais de enfermagem.

Dentre as profissionais que atendem ao parto, 05 enfermeiras referiram atender partos pélvicos na situação de emergência.

Não faz parte da rotina das enfermeiras a prescrição de enfermagem e a alta puerperal, embora tenham referido que o processo estivesse para ser iniciado não foi observado durante o período de coleta de dados.

Por fim, todas as 47 entrevistadas referiram prestar um cuidado humanizado, referindo a este expressões de atenção e carinho. Dentre as enfermeiras, referiram como cuidado humanizado, chamar a mulher pelo nome, orientá-la, diminuir o uso da episiotomia, bem como informá-la sobre o seu direito de ter acompanhante. Para o restante da equipe o cuidado humanizado se restringiu à chamá-las pelo nome, orientação, atender suas necessidades e respeito, sendo uma das respostas mais marcante a seguinte:

“trato todas as mãezinhas bem, como se fosse do particular”

5.2.3 Atenção obstétrica: descrição do observado

5.2.3.1 Admissão da parturiente

Durante o período de coleta de dados, foram observados quatro plantões diurnos (7 às 19 horas) e quatro plantões noturnos (19 às 24 horas), um total de 68 horas de observação que permitiram a observação de 22 exames de admissão. Destes, quatro gestantes foram avaliadas e liberadas, seis foram internadas para condução do parto, quatro para tratamento clínico, duas para cesárea e seis não foi possível identificar a conduta final, uma vez que plantonista não havia decidido até o fim da observação.

O fluxo de atendimento na Maternidade se dá por livre demanda das gestantes ou por encaminhamento médico da atenção básica ou do Ambulatório de Cuidados Especiais na Gestação.

Ao chegar na portaria, as gestante/parturiente/puérpera são encaminhadas para aguardar para a sala de admissão com orientação de aguardar. Imediatamente as funcionárias da recepção comunicam à equipe de enfermagem.

Assim que a mulher é recebida na sala é encaminhada ao banheiro para despir-se, colocar a camisola ou enrolar-se em um lençol. Após a avaliação é novamente encaminhada para vestir-se e aguardar a discussão do caso com o médico plantonista. Em caso de internação e se a mulher estiver em condições é orientada a ir até a portaria para fazer seu registro; ou é solicitado aos seus familiares que façam sua internação enquanto a mesma é encaminhada para pré-parto ou enfermaria.

Durante as observações foi possível detectar que as atividades assistenciais na admissão se concentraram na atuação das enfermeiras obstetras, assim das 22 observações, 14 admissões foram atendidas exclusivamente pelas enfermeiras obstetras, três em conjunto com a auxiliar de enfermagem e duas com o médico obstetra de plantão. As outras 02 foram atendidas pelas auxiliares em conjunto com médico obstetra e somente 01, exclusivamente pela auxiliar de enfermagem. As técnicas de enfermagem não prestaram assistência na admissão durante período de observação.

Embora a maioria das admissões tenha sido atendida pelas enfermeiras, todas as fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) e de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foram preenchidas e assinadas pelos médicos.

Tabela 11. Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, segundo a categoria profissional, durante a admissão de 22 gestantes observadas. São Carlos, 2008.

ATIVIDADE	Profissionais de Enfermagem			Profissionais de saúde		TOTAL
	Enf. Obst.	Téc. Enf.	Aux. Enf.	G.O.	Outros	
Encaminha a gestante para a sala de exame	17	--	03	--	01	21
Ajuda a gestante a subir e descer da mesa de exame	--	--	01	--	--	01
Posiciona a gestante para exame	01	--	19	--	--	20
Solicita cartão de pré-natal	19	--	03	--	--	22
Encaminha gestante para banheiro	11	--	02	--	--	13
Oferece camisola (lençol)	08	--	--	--	--	08
Questionamento sobre queixa atual	14	--	02	--	--	16
Antecedentes Obstétricos	17	--	03	--	--	21
Cálculo da IG	18	--	03	--	--	21
Movimentação Fetal	01	--	--	--	--	01
Verificação PA	16	--	06	--	--	22
Ausulta BCF	17	--	02	--	--	19
Palpação obstétrica	01	--	--	--	--	--
Dinâmica Uterina	--	--	--	--	--	--
Observação das contrações	03	--	--	--	--	03
Toque vaginal	17	--	01	03	--	21
Exame especular	01	--	--	01	--	02
Amnioscopia	--	--	--	--	--	--
Anotações livro/prontuário	18	--	04	--	--	22
Cardiotocografia	01	--	--	--	--	01
Orientações	06	--	--	--	--	06
Presença do acompanhante	03	--	--	--	--	03
AIH	--	--	--	22	--	22
TOTAL	189	--	49	26	01	265

Durante a observação realizada na sala de admissão foi possível identificar que dentre as atividades realizadas pela equipe de saúde, todas as gestantes foram encaminhadas para a sala de exame, houve solicitação do cartão de pré-natal e verificação da pressão arterial.

Ainda, das observações de admissão de 22 gestantes identificou-se que somente para uma delas não foi levantado os antecedentes obstétricos e idade gestacional.

Com relação aos sinais vitais, observou-se que a pressão arterial foi aferida em todos os atendimentos, porém nenhum outro sinal foi avaliado.

O exame físico completo das gestantes não foi realizado, e em relação à avaliação obstétrica restringiu-se a ausculta dos BCF (19), o toque vaginal (21) e observação das contrações (03). Cabe ressaltar que as contrações eram avaliadas através da colocação da mão no abdome e questionamento à gestante, não tendo sido observada técnica completa da dinâmica uterina (DU), ou seja, avaliação intermitente das contrações durante 10 minutos.

As orientações fornecidas às gestantes ocorreram em 10 atendimentos e foram relacionadas ao toque vaginal, exame especular, desconfortos do terceiro trimestre da gestação e sinais de TP.

Algumas atividades não foram realizadas para nenhuma das gestantes como identificação do profissional para a gestante, conferência dos exames de pré-natal, mensuração da altura uterina e circunferência abdominal, amnioscopia e avaliação de edema.

Identificou-se que as avaliações na admissão se concentraram nas enfermeiras obstetras, sendo possível observar que mesmo nos atendimentos em conjunto com médico elas conduziram toda a avaliação, ficando ao médico a reavaliação através do toque. Na situação que atenderam junto com auxiliar de enfermagem coube à enfermeira as funções de maior complexidade e a auxiliar as de menor complexidade (posicionamento, verificação de PA, tricotomia).

Na admissão realizada exclusivamente pela auxiliar de enfermagem, esta realizou toque e avaliação dos BCF, e nas realizadas juntamente com médico, as auxiliares somente não fizeram o toque vaginal, esperando assim a chegada do médico na sala, mas o restante, como verificação de BCF, foi executado pelas mesmas.

Foi possível observar que o enema não foi realizado em nenhum dos casos, e a tricotomia foi realizada somente em uma das gestantes que iria ser submetida à cesárea. Segundo informações da instituição, a tricotomia de rotina foi abolida, ficando restrita às mulheres que serão submetidas à cesárea. Com relação ao enema, fica restrito às prescrições médicas, não sendo realizado de rotina a todas as gestantes.

Durante a observação identificou-se que somente as gestantes atendidas em um dos plantões noturnos foram estimuladas a entrarem na sala de admissão com acompanhante. Desta forma, nas 22 observações de admissão realizadas, somente três tiveram acompanhante durante esta fase.

5.2.3.2 O trabalho de parto

Durante o período de coleta de dados no pré-parto, que ocorreu em quatro turnos pela manhã, quatro no turno da tarde e quatro no turno da noite, foram acompanhados 15 (quinze) trabalhos de parto. Destes, oito evoluíram para parto normal, cinco mulheres foram encaminhadas para cesárea e somente duas permaneceram em evolução de trabalho de parto ao término do período de observação.

A maioria das parturientes (13) foi assistida no pré-parto convencional, somente duas permaneceram em quartos próximos ao pré-parto, uma vez que o pré-parto já estava ocupado.

Na tabela 12 apresentamos a distribuição de frequências realizadas pelos profissionais de saúde, segundo categoria profissional, durante o atendimento da mulher. A equipe de enfermagem foi responsável por 74,7% (121) das atividades, sendo que 40,1% (65) das atividades totais foram executadas pelas enfermeiras obstetras.

Durante as observações foi possível identificar que, no que diz respeito à evolução do trabalho de parto, a assistência às parturientes ficava sob responsabilidade da enfermeira obstetra cabendo aos profissionais de enfermagem de nível médio escalados para este setor a função de verificar os sinais vitais, administrar as medicações prescritas pelo médico, atender às solicitações das parturientes. Em alguns casos, estes profissionais assumiram as funções da enfermeira obstetra na evolução do trabalho de parto, e realizaram toque vaginal e ausculta de BCF. Observamos que o médico obstetra plantonista fazia avaliações esporádicas, não sistematizadas.

Ainda em relação ao profissional que presta assistência observou-se que as gestantes internadas em trabalho de parto eram atendidas pela mesma equipe da admissão, e nos casos de internações prévias, eram atendidas pela equipe presente no dia.

Durante o trabalho de parto, das 15 parturientes, as atividades que mais foram realizadas pela equipe, foram ausculta do BCF (37 vezes); o toque vaginal (31 vezes) e a verificação dos sinais vitais (31).

Com relação à ausculta dos BCF, identificou-se que em 77,7 % (28) das vezes verificadas foi realizado pela enfermeira obstetra. E em algumas situações a equipe de enfermagem realizou a verificação dos SSVV, e verbalizou que aguardaria a enfermeira obstetra para a ausculta do BCF. A ausculta do BCF se restringiu a contagem da frequência dos batimentos.

O toque vaginal, juntamente com a verificação dos SSVV, foi o segundo procedimento mais realizado. Na equipe de enfermagem foi realizado na maioria das vezes pela enfermeira obstetra (13), que fez referência à dilatação do colo uterino e descida da apresentação.

Os SSVV foram verificados exclusivamente pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, e em uma situação em que estagiários de um curso de enfermagem estavam presentes, por eles. Quanto aos parâmetros foi possível identificar que pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura foram realizadas 32 vezes durante as observações. Cabe ressaltar que a frequência respiratória não foi verificada em nenhuma das observações.

Tabela 12. Distribuição de frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, segundo a categoria profissional, durante a assistência ao trabalho de parto de 15 parturientes observadas. São Carlos, 2008.

ATIVIDADE	Profissionais de Enfermagem			Profissionais de saúde		TOTAL
	Enf. Obst.	Téc. Enf.	Aux. Enf.	G.O.	Outros	
Uso de partograma SSVV	02	--	--	--	--	02
PA	--	06	05	--	02	13
T°	--	06	03	--	02	11
FC	--	05	01	--	02	08
FR	--	--	--	--	--	--
Ausculata BCF	28	01	04	02	02	37
Cardiotocografia	01	03	01	--	--	05
Toque vaginal	13	--	03	15	--	31
Realiza amniotomia	02	--	--	04	--	06
Verifica a contratilidade uterina	01	--	--	--	--	01
Realiza Dinâmica uterina	02	--	--	--	--	02
Aplica métodos não-farmacológicos de alívio da dor						
Banho	03	03	01	--	01	08
Massagem	--	02	--	--	--	02
Respiração	01	01	--	--	--	02
Faz uso da bola	--	--	--	--	--	--
Estímulo à deambulação	02	--	--	--	--	02
Solicitação de medicação	02	--	--	10	--	12
Administração de medicamentos						
Ocitocina	--	03	05	--	--	08
Misoprostol	03	--	--	--	--	03
Buscopam	--	--	--	--	--	--
Dolantina	--	--	01	--	--	01
Analgesia	--	--	--	--	--	--
Orienta puxo	05	--	02	01	--	08
TOTAL	65	30	26	32	09	162

Na maternidade pesquisada a prescrição de medicamentos fica sob responsabilidade do médico obstetra, uma vez que não existem protocolos assistenciais, e na observação constatamos que das 12 (doze) indicações somente duas foram feitas pelas enfermeiras obstetras. Quanto à administração de medicamentos, com exceção do Misoprostol (versão sintética da prostaglandina E1), que é administrado pela enfermeira obstetra, o restante é de responsabilidade das técnicas e auxiliares de enfermagem.

Através dos dados apresentados na tabela 12, podemos identificar que a amniotomia foi realizada predominantemente pelos médicos (04), sendo as demais realizadas somente pelas enfermeiras obstetras.

Em seis observações de trabalho parto verificamos a presença de acompanhante, todos do sexo feminino, e com participações variadas. Identificamos situações em que a acompanhante incentivava parturiente, outra em que acompanhante pressionava a equipe para realização da cesárea e em outras em que a acompanhante era passiva.

Os métodos não-farmacológicos de alívio da dor foram utilizados em frequência baixa (12 vezes), sendo o banho (08 vezes) o que mais foi observado. As observações com relação a este aspecto identificaram que as parturientes são encaminhadas ao banho, são orientadas a ficarem sentadas em cadeira de plástico e normalmente ficam sozinhas durante este.

O estímulo à deambulação foi indicado somente em duas situações pelas enfermeiras obstetras, porém não realizado pelas parturientes.

Observou-se que em oito situações o estímulo ao puxo esteve presente, solicitado principalmente pelas enfermeiras obstetras.

5.2.3.3 Atenção ao parto

Assistência ao parto normal

A coleta de dados no Centro Obstétrico foi realizada em quatro plantões diurnos e quatro noturnos. Cabe ressaltar que devido ao fato dos profissionais trabalharem em plantões de 12 horas, as observações foram realizadas das 7 às 12 horas, das 13 às 18 horas e das 19 às 24 horas sendo desta forma possível acompanhar a assistência da equipe de enfermagem em 12 partos, cinco ocorridos no período da manhã, cinco no período da tarde e dois no período da noite .

Com exceção dos dois partos ocorridos nos plantões noturnos, os quais foram assistidos pelo médico obstetra, os outros dez (83,3%) foram realizados por enfermeiras obstetras.

Durante os partos atendidos pelos médicos, as observações foram focadas somente nas atividades da equipe de enfermagem, sendo que estas se restringiram a função de circular a sala de parto, atender às solicitações do médico, administrar medicações, realizar transporte da parturiente/puérpera, limpeza e reorganização da sala de parto. Com relação à enfermeira obstetra nestes dois partos, ficou somente observando o transcorrer da assistência.

Cabe ressaltar que dos 12 (doze) partos observados, somente um deles ocorreu na Sala de pré-parto, uma vez que as enfermeiras obstetras ofereceram esta opção à parturiente e a mesma aceitou porém, após o período expulsivo, encaminharam a parturiente ao CO para realizar sutura.

Considerando o direito ao acompanhante, durante a observação dos 12 partos, cinco (41,6%) tiveram acompanhantes no CO, sendo estas mãe, irmã ou amiga. Todas ficaram ao lado da parturiente, sendo que uma delas traduzia todas as orientações da equipe à mulher. As demais ficaram em papel passivo.

Foi possível observar que dos 10 partos atendidos pelas enfermeiras obstetras, sete (70%) mulheres foram estimuladas ao puxo, somente três (30%) foram submetidas à episiotomia, aconteceram nove (90%) manejos do pólo cefálico, três (30%) receberam anestesia antes da episiorrafia, para oito delas foi administrado ocitócito e duas foram submetidas à manobra de Kristeller, por orientação do médico obstetra que entrou na sala no momento do parto. Há que se ressaltar que em um caso em que médico sugeriu a manobra, a enfermeira obstetra que atendia ao parto discordou e a mesma não foi realizada.

Tabela 13. Distribuição da frequência das atividades realizadas durante a assistência ao parto (período expulsivo) pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, às 12 parturientes observadas. São Carlos, 2008.

ATIVIDADE	Profissionais de Enfermagem			Profissionais de saúde	TOTAL
	Enf. Obst.	Tec. Enf.	Aux. Enf.	G.O.	
Local para a realização do parto					
Pré-parto	01	--	--	--	01
Sala de parto	09	--	--	02	11
Paramentação					
Gorro	09	--	--	02	11
Máscara	09	--	--	02	11
Propé	09	--	--	02	11
Avental	09	--	--	02	11
Óculos	03	--	--	--	03
Luva estéril	10	--	--	02	12
					continua

Tabela 13. Distribuição da frequência das atividades realizadas durante a assistência ao parto (período expulsivo) pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, às 12 parturientes observadas. São Carlos, 2008.

Continuação					
Realiza assepsia perineal com PVP-I	08	--	--	02	10
Coloca campos estéreis	08	--	--	01	09
Posição da parturiente					
Realiza parto em posição litotômica	09	--	--	02	11
Realiza parto em decúbito lateral	01	--	--	--	01
Uso de medicamentos no expulsivo					
Mantém a infusão de ocitocina instalada	05	--	--	01	06
Solicita a instalação de soroterapia com ocitocina	01	--	--	--	01
Realiza a instalação de soroterapia com ocitocina	--	01	--	--	01
Controla gotejamento de infusão de ocitocina	--	05	--	--	05
Estímulo ao puxo durante expulsivo	07	--	--	--	07
Bloqueio anestésico					
Realiza bloqueio antes da episiotomia	02	--	--	02	04
Realiza bloqueio antes da sutura	05	--	--	--	05
Episiotomia	01	--	--	--	01
Manobra de Kristeller					
Realiza a manobra	--	--	--	02	02
Solicita a manobra	--	--	--	--	--
Manejo do pólo cefálico no expulsivo	09	--	--	02	11
Proteção do períneo	05	--	--	--	05
Clampeamento cordão					
Realiza clampeamento do cordão logo após o desprendimento fetal	05	--	--	02	07
Realiza clampeamento após contato com a mãe	05	--	--	--	05
Realiza clampeamento após a parada dos batimentos do fluxo placentário	--	--	--	--	--
Manejo ativo do terceiro período					
Realiza tração controlada do cordão durante a dequitação	10	--	--	--	10
Realiza massagem uterina	05	--	--	01	06
Mantém/Solicita a instalação de ocitocina	08	--	--	01	09
Solicita a administração de ergometrina	09	--	--	01	10
Epsiorrafia	01	--	--	--	01
sutura de lacerações	07	--	--	01	07
Exame da placenta e membranas ovulares	07	--	--	--	07
Inspeção canal de parto	07	--	--	--	07
Revisão uterina	--	--	--	--	--
Curagem	01	--	--	--	01
Contato pele-a-pele mãe/filho					
Logo após desprendimento fetal	05	--	--	--	05
Após clampeamento	--	--	--	--	--
Após RN receber cuidados	03	--	--	01	04
Amamentação					
Logo após desprendimento fetal	02	--	--	--	02
Após RN receber cuidados	04	--	--	--	04

Continua

Tabela 13. Distribuição da frequência das atividades realizadas durante a assistência ao parto (período expulsivo) pelos profissionais de saúde da maternidade de São Carlos, às 12 parturientes observadas. São Carlos, 2008.

					continuação
Circulante de sala	--	12	--	--	12
Coloca pulseira de identificação na puérpera	--	12	--	--	12
TOTAL	199	30	--	31	260

Com relação ao terceiro período clínico do parto, a dequitação, dos 10 partos realizados pelas enfermeiras, para 05 o cordão foi cortado após RN ser colocado sobre a mulher, o restante foi cortado logo após a expulsão fetal. Com relação ao manejo ativo do terceiro período, 08 puérperas receberam ocitocina na dequitação, em todos os partos realizou-se tração controlada do cordão na dequitação, e em 09 partos foi administrado ergometrina após a dequitação e verificação da pressão arterial. A única puérpera que não recebeu esta medicação foi devido a mesma apresentar pressão arterial elevada. Cabe ressaltar que em 3 partos foi realizada massagem uterina juntamente com a tração controlada do cordão.

Assistência à cesárea

A observação das atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem, durante os partos cesarianos, foi feita em 6 (seis) plantões, sendo 4 (quatro) nos plantões diurnos e 2 (dois) noturnos, tendo sido possível observar 10 cesáreas e 18 recepções do RN.

Foi observado que as pacientes eram recebidas no CO na maca, por uma profissional da equipe de enfermagem. Ao recebê-las, a funcionária passava pela farmácia (janela comunicante ao CO), entregava o prontuário e retirava o kit de medicação. Após, encaminhava-as até a sala, posicionando-as na mesa cirúrgica. Em seguida, instalava cateter periférico intravenoso e realizava a sondagem vesical de demora (SVD). Outro papel das auxiliares e técnicas de enfermagem observado, foi o posicionamento da paciente para que anestesilogista realizasse o bloqueio anestésico. Durante a cesárea, as funcionárias escaladas no CO, têm a função de circular a sala.

Após o término da cirurgia a equipe de enfermagem ficava responsável por limpar a puérpera, transferi-la para a maca e encaminhá-la para a sala de recuperação, para aguardar o contato com RN.

As puérperas submetidas à cesárea permaneciam por 30 minutos na sala de recuperação anestésica., diferentemente das puérperas que tiveram parto normal pois estas eram encaminhadas diretamente para a enfermaria.

Durante o período de coleta de dados, somente foi observada a presença de auxiliares e técnicas de enfermagem na assistência à cesárea, salvo em uma situação em que a enfermeira obstetra acompanhou a equipe na recepção de um RN com gastrosquise.

Assistência ao recém-nascido (RN)

Os recém-nascidos de parto cesárea foram recebidos por uma funcionária do berçário ou pelo pediatra, em um berço com rodízios dentro da sala e encaminhados para berço de reanimação, onde recebiam o primeiro atendimento (aquecimento, secagem, aspiração, oxigenação), sendo também pesados e identificados. Após todos estes procedimentos foram mostrados às mães e encaminhados ao berçário para instilação do nitrato de prata a 1%, administração intramuscular da vitamina K, registro da impressão digital, verificação dos dados antropométricos, banho em água corrente e curativo do coto umbilical com álcool a 70%.

Segundo protocolo da instituição, estando o RN em condições adequadas, deve ser levado até a mãe na sala de recuperação para contato precoce e após duas horas de observação no berçário deve ser encaminhado ao alojamento conjunto. Os RNs de parto normal são recebidos diretamente pelo plantonista pediatra ou pela funcionária do berçário, encaminhados para berço de reanimação e seguem o mesmo fluxo de atendimento acima descrito.

Com relação às atividades observadas durante a recepção ao RN, identificou-se que todos os bebês foram recebidos pela equipe de enfermagem, predominantemente com o pediatra. Foram encaminhados para berço aquecido, para secagem (18), oxigenação (09), aspiração (09), clampeamento do cordão (18), verificação do peso (18) e identificação(18) .

Observou-se que as técnicas e auxiliares são as principais executoras dessas atividades, sendo na maioria das vezes por orientação dos pediatras.

Tabela 14. Distribuição da frequência das atividades realizadas pelos profissionais de saúde de Maternidade de São Carlos, durante a assistência imediata ao recém-nascido, dos 18 recém-nascidos observados. São Carlos, 2008.

ATIVIDADE	Profissionais de Enfermagem			Profissionais de saúde	TOTAL
	Enf. Obst.	Tec. Enf.	Aux. Enf.	Pediatra	
Secagem do RN	--	08	06	04	18
Oxigenação	-	02	03	04	09
Aspiração	--	01	01	07	09
Estímulo em região dorsal do RN	--	--	--	--	--
Clampeamento do cordão	--	07	06	05	18
Verificação do peso do RN	--	09	09	--	18
Identificação do RN	--	09	09	--	18
TOTAL	--	36	34	20	90

Conforme observado, o primeiro atendimento não segue um padrão, depende do profissional que está atendendo o RN.

O clampeamento do cordão é feito na maioria das vezes (13) pelas auxiliares e técnicas de enfermagem mas alguns pediatras preferem fazê-lo (05). Com relação ao exame físico e índice de APGAR, na maioria das observações foram realizados pelo pediatra, somente em duas recepções em que o pediatra não estava presente, a equipe de enfermagem os fez.

Após os cuidados imediatos, os RNs foram encaminhados ao berçário, onde aguardavam os procedimentos em incubadoras ou berços aquecidos. Assim que foram recebidos houve a instilação ocular de nitrato de prata a 2% e administração intramuscular da vitamina K.

Embora a equipe tenha referido que a instilação ocular de nitrato de prata no parto cesárea dependa do pediatra, todos os RNs observados receberam a mesma.

Seguindo o protocolo, caso o RN ainda não tivesse mamado e estivesse em condições adequadas, era levado até a mãe na sala de recuperação anestésica para contato precoce a mãe. Foi possível identificar que das 18 (dezoito) observações, cinco bebês foram levados.

Em torno de 1 hora após o parto, estando o RN em boas condições, era realizado uma avaliação das medidas antropométricas (peso, comprimento, perímetro cefálico e perímetro torácico), registro da impressão plantar, banho em água corrente e curativo do coto umbilical com álcool a 70%.

Após estes cuidados ficavam aguardando para serem liberados para o alojamento conjunto, o que ocorreu na maioria das observações em torno de 2 (duas) horas pós-parto.

Ainda foi observada a realização de teste glicemia capilar em 2 (dois) RNs e a administração VO em copinhos de complemento lácteo para 03 (três) RN, ambos por indicação médica.

Há que se ressaltar que durante o período de observação das atividades realizadas no berçário estas foram exclusivamente feitas pelas técnicas e auxiliares de enfermagem, salvo o exame físico e realização do “Teste Ocular do Reflexo Vermelho” que foram realizados pelos pediatras. Assim, observou-se somente visitas das enfermeiras neste setor.

5.2.3.4 Atenção ao pós-parto

Alojamento Conjunto

No alojamento conjunto a coleta de dados foi distribuída em 4 (quatro) plantões diurnos e 4 (quatro) noturnos, resultando em 18 observações de binômios. Pudemos perceber que no período da tarde a equipe de enfermagem somente atendia às solicitações das puérperas, uma vez que a rotina de avaliação e banho dessas e dos recém-nascidos acontecia no período da manhã.

As observações dos plantões noturnos ficaram bastante prejudicadas, pois logo no início do plantão os quartos estavam com um número elevado de pessoas por ser o horário de visita dos pais, com os filhos menores de 12 anos, impossibilitando a entrada da pesquisadora. Após a saída dos visitantes a maioria das puérperas procuravam se acomodar para descansar. Foi possível observar que a equipe de enfermagem, como no período da tarde, atendidas aos chamados, não havendo uma rotina da assistência.

Durante as observações foi possível identificar que a assistência ao binômio, era organizada de forma que cada profissional de enfermagem ficasse responsável pelo cuidado integral a 4 a 5 binômios, os quais eram distribuídos no início do plantão.

Identificamos também que os profissionais de nível médio de enfermagem, ao chegarem pela manhã, dirigiam-se aos quartos, faziam contato, e após iniciavam a assistência ao binômio mãe-filho. Aos recém-nascidos que tinham previsão de alta hospitalar, as funcionárias os pesavam antes da avaliação médica.

Com relação ao exame físico do recém-nascido foi observado que somente os pediatras o faziam. Já com relação às puérperas, conforme tabela demonstra, acontecia de forma deficitária e somente a equipe de enfermagem os realizou.

As observações permitiram diagnosticar que as anotações nos prontuários, tanto da puérpera como do RN eram diferentes das avaliações, estando sempre mais completas que o observado durante a assistência.

Discussão



6 DISCUSSÃO

6.1 A equipe de enfermagem

Nas unidades estudadas observamos que na Atenção Básica do Município de São Carlos, a equipe de profissionais de enfermagem que presta assistência às gestantes no pré-natal é composta por enfermeiros (37,8%), técnicos de enfermagem (13,5%) e auxiliares de enfermagem (48,7%), na grande maioria do sexo feminino, com idade de 35,1 anos, casados (62,2%) e com 1 a 4 filhos, com idade entre 10 meses a 30 anos.

Na maternidade todos os profissionais de enfermagem também são do sexo feminino e estão distribuídos em 12,7% enfermeiros obstetras, 12,7% técnicos de enfermagem e 74,6% auxiliares de enfermagem. A idade média foi de 34,1 anos, variando a idade de 20 a 65 anos, 48,9% são casadas ou vivem com parceiro fixo e 57,4% referiram ter de 1 a 4 filhos, com idade entre 3 a 44 anos.

A distribuição dos profissionais de enfermagem deste estudo não difere da encontrada na maioria dos países da América Latina, em que os profissionais de nível médio são predominantes na força de trabalho da enfermagem (PAHO, 2005). No Brasil a distribuição dos profissionais de enfermagem em 2003, foi de 13,4% de enfermeiros, 18,8% de técnico de enfermagem e 63% de auxiliares de enfermagem (SILVA, PEDUZZI, 2005). Porém nos estudos realizado por Cagnin (2008) em Araraquara-SP e Vopargel (2008) em Descalvado-SP a proporção de técnicos de enfermagem foi em torno de 60% da amostra.

Apesar do número de profissionais do sexo masculino estar aumentando, nesta população estudada ainda a equipe de enfermagem é feminina, bem como nos estudos de Sabino (2007) em São José do Rio Preto-SP, que encontrou 100% de profissionais do sexo feminino, Cunha (2008) em Rio Branco-AC que identificou 91,3% e Vorpargel (2008) em Descalvado-SP que encontrou 85% dos profissionais do sexo feminino.

No Brasil, a participação feminina na enfermagem ainda é predominante. Segundo dados, em torno de 73% dos empregos na enfermagem são ocupados por profissionais do sexo feminino (GIRARDI, CARVALHO, 2002).

Com relação à idade dos profissionais de enfermagem, tanto para os profissionais que assistem a mulher no pré-natal como na atenção ao parto, o resultado encontrado se aproxima

do referido por Cunha (2008) em que a média de idade foi 34,3 e ao estudo de Vorpargel (2008) que a média foi de 32,2, diferindo dos estudos de Dotto (2006) e Cagnin (2008) que identificaram idades acima de 40 anos.

Rocha e Zeitoune (2007) em estudo sobre o perfil dos enfermeiros que atuam no programa da saúde da família no município de Floriano-PI, encontraram que a faixa etária dos enfermeiros pesquisados variou de menos 25 anos até mais de 40 anos, sendo predominante a faixa etária acima dos 30 anos (54,1%).

A média de carga horária semanal de trabalho encontrada entre os profissionais de enfermagem que prestam assistência na atenção básica foi de 41,6 horas, dado este que difere do encontrado por Cunha (2008) em que a média foi de 53,26 horas, porém semelhante ao de Cagnin (2008) que foi de 39,4 horas. Há que se ressaltar que a maioria dos estudados nesta investigação como por Cagnin não tinham mais de um emprego Já em Rio Branco-AC, Cunha (2008) encontrou que 52,17% trabalhavam em mais de uma instituição.

Outro estudo referente à assistência de enfermagem à gestante encontrou que 49,3% das enfermeiras referiam mais de um local de trabalho (GARDENAL et al., 2002).

Em relação aos profissionais que prestam assistência ao parto, a carga horária média semanal de trabalho foi de 53,9 horas, uma vez que 32% destes profissionais têm mais de um emprego.

Na América Latina a jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem mais comumente encontrada é de oito horas diárias e 45 horas semanais, embora varie de seis a nove horas diárias e 30 a 50 horas semanais. Há que se ressaltar que quanto maior a sobrecarga de trabalho, pior será a qualidade da assistência oferecida pelos profissionais de enfermagem uma vez que são frequentemente expostos a riscos biológicos, químicos e psicológicos, além de serem cobrados de uma grande responsabilidade e disponibilidade (PAHO, 2005).

A maioria dos enfermeiros da assistência pré-natal neste estudo referiu salário entre R\$1600,00 a R\$4500,00, sendo a média de salário de R\$ 2253,35. Já a maior parte das enfermeiras da maternidade referiram salário entre R\$ 2100,00 e R\$ 2500,00, sendo a média de salário de R\$2200,00. Vale ressaltar que o salário mínimo no período da coleta de dados era de R\$ 420,00.

Os profissionais de enfermagem de nível médio da assistência pré-natal referiram salário entre R\$ 800,00 e R\$ 1450,00 e a média de salário foi de R\$ 973,41, entre os que trabalham na assistência ao parto, os salários variaram de R\$500,00 e R\$ 1300,00, sendo a média de R\$ 819,24.

Pudemos identificar que a média de salários dos auxiliares e técnicos de enfermagem que atendem a mulher durante o pré-natal corresponde a 43,2% da remuneração média das enfermeiras. Comparando os salários recebidos pelos profissionais de nível médio que atendem ao parto com os salários recebidos pelas enfermeiras temos que os primeiros são correspondentes a 37,3% dos salários recebidos pelas enfermeiras. Estes dados diferem dos apontados pela Organização Pan-americana de Saúde-OPAS (PAHO, 2005) em que a média de salário é de US\$ 400 – 500 por mês para enfermeiros e 30% a menos para os profissionais de nível médio.

Em estudos realizados em Rio Branco-AC por Cunha (2008) e Dotto (2006) o pessoal de enfermagem de nível médio que atende no pré-natal, ganha 32,8% da média dos salários dos enfermeiros, e os que prestam assistência ao parto ganham 33,75% da média dos salários dos enfermeiros.

A renda familiar entre as enfermeiras da assistência pré-natal variou entre R\$ R\$ 2000,00 a R\$ 10000,00 com a média de R\$ 4003,35. Nenhuma das 14 enfermeiras tinha outro emprego. Para os profissionais de enfermagem de nível médio a renda familiar variou entre R\$ 800,00 e R\$ 18000,00, com média de R\$3258,63, sendo que das 23 profissionais, somente três (3) tinham outro emprego.

A renda familiar das enfermeiras observadas na assistência ao parto variou entre R\$ 2300,00 a R\$ 7000,00, com a média de R\$ 4633,34. Cabe ressaltar que das 6 enfermeiras, somente uma não tinha outro emprego. No grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem, das 41 profissionais observadas, somente 10 tinham outro emprego, e a renda familiar variou entre R\$500,00 e R\$ 5000,00, com média de R\$ 2290,21.

Quanto à qualificação profissional, todas as enfermeiras que atendem a gestante na atenção básica do município, nas unidades pesquisadas, referiram ter cursado ou estar cursando alguma especialização *lato sensu*. Das 14 enfermeiras, oito (57,14%) fizeram especialização em saúde da família, três (21,43%) fizeram em enfermagem obstétrica, uma (7,14%) fez em saúde da família e enfermagem obstétrica, uma (7,14%) em saúde da família e saúde mental e somente uma (7,14%) está cursando especialização em administração hospitalar.

Quanto ao nível educacional dos profissionais de enfermagem da maternidade, as seis enfermeiras cursaram pós-graduação em programas *lato sensu*, na área de enfermagem obstétrica.

Esses resultados se aproximam do encontrado por Gardenal et al. (2002) em que 88,6% dos enfermeiros que trabalham na área da assistência à mulher no ciclo gravídico-

puerperal haviam cursado alguma especialização, sendo 54,8% na área da obstetrícia. As pesquisas realizadas por Cunha (2008) em Rio Branco/AC e Sabino (2007) em São José do Rio Preto/SP, encontraram respectivamente, que 70,6% e 97,0 % dos enfermeiros tinham cursado alguma especialização.

Benigna, Nascimento e Martins (2004), em estudo sobre as ações realizadas durante a assistência pré-natal com enfermeiros do PSF em Campina Grande/PB, observaram que 29,16% fizeram especialização em pediatria, 25% em obstetrícia e 20,83% em saúde pública.

Assim, os dados do presente estudo revelam que todos os profissionais que prestam assistência ao parto atendem ao perfil de profissional qualificado da Confederação Internacional das Parteiras (ICM), OMS, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), no sentido de estarem legalmente habilitados a realizarem os partos.

Com relação à assistência ao pré-natal, o MS reconhece o enfermeiro generalista como um profissional habilitado a atender o pré-natal de baixo risco. No entanto, Benigna, Nascimento e Martins (2004) defendem que a especialização em obstetrícia facilita o manejo da assistência à gestante pelos profissionais de enfermagem.

É importante ressaltar que não existe o cargo de enfermeiro obstetra no quadro de profissionais da prefeitura, confirmando o encontrado por Costa, Guillem e Walter (2005) em estudo exploratório para avaliação da atenção do SUS à saúde de mulheres grávidas, que identificaram que em 72,6% dos municípios brasileiros as secretarias municipais de saúde não empregam enfermeiros obstetras na rede de serviços de saúde.

A estratégia da Saúde da Família – SF foi implantada em todo o país como uma importante mudança de política pública de saúde para reordenar o modelo assistencial, priorizando-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (ANGELO; BOUSSO, 2001). Para a concretização da implantação dessa estratégia, fez-se necessário formar profissionais para a abordagem do processo de saúde/doença com enfoque em Saúde da Família. Entendemos que estas enfermeiras que cursaram uma pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família devam estar mais habilitadas para manejar a assistência à gestante.

Com relação à especialização em enfermagem obstétrica, metade das enfermeiras obstetras da assistência pré-natal e da assistência ao parto participou do curso de pós-graduação *lato sensu* oferecido pela Universidade Federal de São Carlos, financiado pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Ainda, duas enfermeiras da assistência ao parto haviam cursado especialização em neonatologia em uma instituição particular.

Do total de enfermeiras entrevistadas que atuam na assistência ao pré-natal, ao serem questionadas sobre participação de eventos, 83,78% referiram ter participado de eventos científicos nos últimos cinco anos, sendo que a maioria havia participado do Curso de Manejo ao Aleitamento Materno e do Curso de Atualização em Saúde da Mulher ministrado pela Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo. Com relação às técnicas e auxiliares de enfermagem, oito não participaram de eventos, 15 participaram do Curso de Manejo ao Aleitamento Materno e cinco participaram também de palestras ministradas pela Secretaria Municipal de Saúde (DST e Teste do Pezinho).

Na atenção ao parto, 80,85% das profissionais entrevistadas referiram ter participado de eventos científicos nos últimos cinco anos, sendo apontado pelas enfermeiras o Curso de Capacitação em Banco de Leite Humano (BLH) e Curso de Manejo ao Aleitamento Materno. Com relação às técnicas e auxiliares de enfermagem, cinco participaram do Curso de Capacitação em BLH, e 27 referiram ter participado de palestras da própria instituição sobre amamentação, anestesia obstétrica e reanimação neonatal.

Os dados deste estudo demonstraram que na assistência pré-natal, como no parto, os profissionais participaram de eventos na área, o que difere do encontrado por Cunha (2008) e Dotto (2006) que identificaram que mais da metade dos profissionais não havia participado de eventos científicos. O que nos chamou a atenção foi que a maioria dos profissionais participou de eventos relacionados ao aleitamento materno, com escassa participação em programas de qualificação nos aspectos da assistência ao pré-natal e parto.

Para que os provedores de saúde sejam capazes de dar atenção de qualidade e eficaz durante o ciclo gravídico-puerperal há necessidade de um sistema de educação em saúde que fomente o pensamento crítico, a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação eficazes, bem como o estabelecimento de programas de capacitação apropriados (em aulas e em serviços), materiais didáticos atualizados e docentes qualificados (MACDONALD; STARRS, 2003).

Segundo as profissionais de enfermagem de nível médio da maternidade, o tempo de formada variou de 1 ano a 15 anos e entre as enfermeiras este tempo foi de 1 ano a 12 anos.

O tempo de experiência profissional no atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal entre os profissionais da atenção básica (UBSs, USFs e ACEG), variou de 1 mês a 12 anos, entre as enfermeiras e de 3 meses a 20 anos, entre os demais. Na maternidade o tempo de atuação na área variou de 2 a 8 anos, entre as enfermeiras e 1 mês a 25 anos entre os profissionais de enfermagem de nível médio.

Comparando com outros estudos os enfermeiros deste estudo tinham um tempo menor de experiência. Dotto, Moulin e Mamede (2006), identificaram que as enfermeiras que prestam assistência pré-natal no município de Rio Branco/AC, possuíam de um a 19 anos de experiência em pré-natal. Ferrari, Thomson e Melchior (2005) em pesquisa sobre o perfil de enfermeiros e médicos das equipes da Saúde da Família, no município de Londrina/PR, identificaram que cerca de 46% dos enfermeiros tinham mais de nove anos de tempo de profissão.

Cabe destacar que o município em estudo conta com duas universidades, uma pública e outra privada, que oferecem curso de graduação em enfermagem e varias instituições que oferecem cursos de nível médio de enfermagem contribuindo para que muitos recém-formados advindos destes cursos sejam absorvidos para a assistência no município.

As enfermeiras referiram que as funções exercidas na assistência à mulher no pré-natal e pós-parto são acolhimento, atendimento da gestante na pré-consulta (verifica pressão arterial, peso e altura), solicitação do “Teste de Gravidez”, solicitação da primeira rotina de exames, preenchimento dos formulários (prontuário, ficha do SISPRENATAL, cartão da gestante), orientações individuais, organização do grupo de gestantes, consulta puerperal com 7 a 10 dias pós-parto (exame físico da puérpera e RN) e agendamento das consultas subsequentes com o médico obstetra. Algumas referiram realizar a consulta de pré-natal (anamnese e exame físico), cálculo da idade gestacional (IG). As profissionais de nível médio referiram que prestam assistência às gestantes na pré-consulta (verifica pressão arterial, peso e altura) e pós-consulta (encaminhamentos e agendamentos), realizam “Teste de Gravidez” e “teste do Pezinho”, avaliam amamentação e aplicam vacina nas gestantes e nos RNs .

Conforme apontado pelos profissionais de enfermagem a atenção ao pré-natal segue um modelo médico, com um participação da enfermagem de forma ainda descontínua e muitas vezes eventual, semelhante ao encontrado por Gardenal et al. (2002), em Sorocaba-SP, em que a enfermeira por acúmulo de funções acaba por não atender de forma sistemática no pré-natal.

Pavoni e Medeiros (2009) afirmam que as enfermeiras desenvolvem inúmeras funções que poderiam ser compartilhadas, sobrecarregando-a e dificultando a realização das atribuições inerentes a sua profissão. Há necessidade de uma reflexão da equipe sobre os processos de trabalho e divisão das tarefas para que cada um exerça suas atribuições e desenvolva um trabalho integrado.

Com relação às dificuldades no atendimento à gestante, 50% (07) das enfermeiras referiram dificuldades, sendo estas relacionadas a falta de protocolo, nível de instrução da comunidade, e pelo fato do pré-natal ainda seguir um modelo médico.

Do total de técnicas e auxiliares de enfermagem, 21,74% (05) referiram sentir dificuldades relacionadas à estrutura física, à presença do acompanhante, ao acolhimento (queixas de sangramento), à condução das reuniões com as gestantes e até à falta de afinidade com a área.

A estrutura física necessita ser revista para que o enfermeiro possa realizar a consulta de enfermagem de qualidade, bem como as ações educativas. Observamos uma consulta no pré-natal, que enquanto a enfermeira atendia, os profissionais de enfermagem de nível médio, entravam e saíam da sala com gestantes para serem pesadas. Em outra observação as atividades educativas ocorreram na sala de espera, antes da consulta do médico obstetra, e sendo um horário de bastante movimento, o barulho era intenso. Assim, inferimos que as condições nas quais as enfermeiras realizam a consulta de enfermagem não são adequadas, pois devido às constantes interrupções, falta de privacidade e intenso barulho, dificilmente as gestantes sentir-se-ão à vontade.

Rios e Vieira (2007) identificaram dados semelhantes nas consultas de enfermagem em que o ruído da comunicação, interrupções e ausência de privacidade foram observados com frequência. Assim corroborando com MS (BRASIL, 2005c) entre as condições básicas para a organização da assistência pré-natal faz-se necessário uma área física adequada, onde a privacidade é um fator essencial para a consulta e para o exame clínico ou ginecológico.

Como já referido, as enfermeiras apontaram problemas relacionados ao agendamento das consultas puerperais, uma vez que são frequentemente surpreendidas pela necessidade de atenderem sem agendamento prévio. Durante as observações, pudemos identificar que embora haja um protocolo de atendimento, em que a maternidade deve agendar uma consulta, entre 7 a 10 dias pós-parto, com a enfermeira nas UBS/USFs, as recepcionistas informam à puérpera a data e horário, porém não comunicam a Atenção Básica. De outro lado pudemos vivenciar a dificuldade da maternidade fazer esta comunicação, pois muitas vezes o telefone das unidades encontra-se ocupado. Há portanto, necessidade de se melhorar este sistema de referência e contra-referência, uma vez que a assistência à mulher na gestação só é concluída após a consulta puerperal (BRASIL, 2000b).

Serruya, Lago e Ceccatti (2004) em estudo sobre o panorama da atenção pré-natal e o PHPN, demonstraram que segundo as informações do SISPRENATAL, alguns indicadores,

como cadastramento precoce e percentual de consultas apresentaram melhora após a implantação do programa, porém o percentual de consulta puerperal não se alterou.

Segundo Brasil (2005b) a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde, pois embora a grande maioria das mulheres retorne ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido.

As enfermeiras obstétricas que prestam assistência ao parto referiram como funções a realização do exame na admissão da gestante, assistência à parturiente no pré-parto (principalmente toque e ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF)), realização de partos, atendimento de casos especiais no puerpério, supervisão da equipe de enfermagem e solicitação de reposição e consertos de equipamentos.

Estas profissionais referiram dificuldades relacionadas ao manejo das patologias obstétricas, condução de pacientes psiquiátricas e assistência em neonatologia.

Os profissionais de enfermagem de nível médio referiram realizar assistência às gestantes na admissão na ausência da enfermeira obstétrica ou do médico obstetra, acompanhamento do médico durante a admissão da gestante, administração de medicações prescritas, acompanhamento das parturientes, preparação e transferência da parturiente para a cesárea, limpeza dos leitos no pré-parto e realização de parto de urgência quando enfermeiras e médicos estão impossibilitados.

Todos os entrevistados neste estudo disseram prestar um cuidado humanizado, referindo-se a este chamá-la pelo nome, orientá-la, atender suas necessidades, permitir vínculo, e respeitá-la. Na assistência ao parto as enfermeiras incluíram a diminuição do uso da episiotomia e a informação sobre o direito de ter acompanhante.

Ainda podemos verificar que a visão sobre o cuidado humanizado distancia-se do conceito de empoderamento da mulher no processo de gerar e parir. Jones (2008) defende que humanizar depende de carinho, porém há necessidade de se acreditar na capacidade que cada mulher carrega de gerar e parir, bem como de conduzir o seu processo, não deixando de lado as evidências científicas. E por fim, o autor defende que um profissional humanizado é aquele *que entende as dimensões da sua paciente como prioritárias, encarando-a como singular, irreprodutível e diferente de todas as outras, sendo o nascimento o ápice da feminilidade desta mulher* (p.150).

6.2 Competências da equipe de enfermagem desenvolvidas nos serviços da Atenção Básica (pré-natal e puerpério)

Cabe ressaltar que as observações nos permitiram confirmar as ações referidas pelos profissionais de enfermagem na assistência pré-natal durante as entrevistas, sendo assim as enfermeiras tem participação realizando a primeira consulta após a confirmação do teste de gravidez, com o objetivo do cadastramento da gestante no SISPRENATAL, bem como a solicitação da primeira rotina de exames laboratoriais.

Todavia, Cunha (2008) encontrou resultado diferente em Rio Branco/AC, uma vez que as enfermeiras são responsáveis pela consulta de pré-natal de baixo risco e as habilidades básicas preconizadas pela ICM (2002), bem como as recomendações do MS (BRASIL, 2005c) são praticamente cumpridas. Seguindo o preconizado pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Protocolo do Programa da Saúde da Mulher do Município, no componente de captação precoce e na solicitação dos exames, as enfermeiras cumpriram o que se esperava.

Ainda identificamos que algumas das enfermeiras das USFs tinham agendamento de consulta de pré-natal e em algumas UBSs fizeram a consulta durante o acolhimento. Pudemos verificar que a consulta de enfermagem no pré-natal não segue uma padronização, ficando dependente do profissional enfermeiro em conjunto com o médico de cada unidade.

Há que se ressaltar que a OMS (1999) aponta enfermeiro como o profissional mais adequado e com melhor custo de efetividade para ser responsável pela assistência à gestação de baixo risco.

Em estudo realizado em Brasília/DF, Shimizu e Lima (2009) constataram representações positivas da consulta de enfermagem do pré-natal pela maioria das gestantes, sobretudo devido à forma como se estabelecem as relações de comunicação enfermeira-gestante, em que são privilegiados o acolhimento e a escuta, superando, assim, em parte, uma prática profissional que tem como eixo central o modelo biológico.

Em estudos realizados no estado de São Paulo, por Cagnin (2008) e Sabino (2007), foi possível identificar que as enfermeiras têm participação discreta na assistência pré-natal, não realizando as consultas de pré-natal, resultado mais próximo dos nossos achados.

Dotto (2006) citando estudo de Peterson e Stone (2004) acrescenta que o modelo de atenção obstétrica no Brasil é quase eminentemente institucionalizado, com limitada ação dos profissionais não médicos.

Mais da metade das enfermeiras referiram dificuldades relacionadas ao modelo de atendimento, apontando a falta de protocolo assistencial e a centralização das ações nos médicos.

Há que se ressaltar que embora as enfermeiras tenham referido à falta de um protocolo assistencial, este existe, porém não aborda a sistematização do atendimento da enfermeira, sendo de responsabilidade desta, apenas a captação precoce e a solicitação do perfil obstétrico de primeiro trimestre. Não há referência ao atendimento de pré-natal de baixo risco pela enfermeira.

Os protocolos assistenciais padronizam, orientam e facilitam as ações dos profissionais, o que favorece a realização de uma assistência de qualidade. MacDonald e Starrs (2003) defendem que são fundamentais para guiar e respaldar a atenção de qualidade por parte do profissional qualificado.

Segundo Marquez (2001) para se ter sucesso na implementação de um protocolo assistencial este deve ser baseado em evidência científica, e ser constantemente avaliado.

Embora as enfermeiras não cumpram todas as competências essenciais recomendadas pelo ICM (2002), podemos inferir que seguem o programa municipal de atendimento ao ciclo gravídico-puerperal.

Os profissionais de enfermagem de nível médio estiveram responsáveis pela organização do atendimento médico, cabendo a tarefa de realizar pré e pós-consulta, bem como aplicar vacinas e outros medicamentos. Observamos a realização de pré e pós consulta pela enfermeira, no mesmo modelo do atendimento realizado pelos profissionais de enfermagem de nível médio.

De acordo com as Competências Essenciais estabelecidas pelo documento da ICM para o Exercício Básico da Obstetrícia, os provedores de saúde que tenham sido capacitados como pessoal qualificado devem ser capaz de monitorar a saúde da mulher e do feto, dar tratamento preventivo e curativo para enfermidades comuns (anemia, infecção de transmissão sexual, infecções das vias urinárias), imunizar contra toxóide tetânica e educar as usuárias sobre os sinais de perigo, bem como orientá-las sobre o planejamento do parto.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) os principais procedimentos recomendados para as consultas de pré-natal são: detecção precoce da gravidez, acolhimento, exame físico (peso e estado nutricional da gestante; estatura; pulso e temperatura; pressão arterial; inspeção de pele, mucosas e tireóide; ausculta cardíco-pulmonar; exame de membros inferiores), exame ginecológico (exame de mamas, altura uterina, batimentos cardíco-fetais, palpação de gânglios e genitália, exame especular); exames laboratoriais de rotina (tipagem

sangüínea, VDRL, urina e hemoglobina). Todas as gestantes devem receber, segundo estas normas, suplementação de ferro (independentemente do nível de hemoglobina) e orientação quanto ao aleitamento materno, entre outros procedimentos. Serão feitos exames de secreção vaginal, “preventivo de câncer de colo de útero” e vacina antitetânica apenas se houver indicação.

Constatamos que em todas as consultas realizadas pelas enfermeiras as mulheres foram bem recebidas. Segundo o MS (BRASIL, 2005c), o acolhimento é essencial para a política de humanização, e implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. A equipe deve buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, através de diálogo franco, sem julgamentos, nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, que fortaleça a gestante no seu caminho até o parto e ajude a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável.

Cunha (2008) defende que a consulta de enfermagem no pré-natal, visa oferecer assistência integral clínico-obstétrica e educativa, assim a importância de se estabelecer o vínculo entre o profissional e a gestante. Em nossa observação, identificamos que as enfermeiras que realizaram consulta acolheram a gestante, demonstraram carinho, porém durante o atendimento de pré-consulta, mesmo sendo realizado por enfermeiras, em alguns casos pudemos identificar falta de vínculo entre as partes.

Pudemos identificar que algumas habilidades básicas preconizadas pela ICM (2002) e as recomendações do MS (BRASIL, 2005c) como, por exemplo realizar história inicial e, em cada consulta pré-natal dar seguimento, avaliação nutricional, pode ser observado nos atendimentos realizados pelas enfermeiras na situação de consulta.

Há que se ressaltar que resultados perinatais ruins têm sido associados com peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gravidez, assim a importância do acompanhamento destes parâmetros (BRASIL, 2000a).

O cálculo da idade gestacional, habilidade recomendada pela ICM, com objetivo de estimar o tempo de gravidez/a idade do feto, foi realizado em todas as pré-consultas realizadas pela enfermeira no ACEG, bem como em todas as consultas de pré-natal nas UBS e USFs,

porém não foi observado durante as pré-consultas nas UBSs, mesmo quando realizadas pelas enfermeiras.

Com relação à habilidade básica recomendada pela ICM de verificação e avaliação dos sinais vitais maternos, inclusive temperatura, pressão arterial e pulso, em nosso cotidiano de estudo, pudemos identificar que a pressão arterial foi aferida em todos os atendimentos realizados pela equipe de enfermagem, porém os outros parâmetros não foram observados. A realização de um exame físico com explicações sobre os achados somente foi observada em um dos atendimentos realizados por uma enfermeira; nas outras observações identificamos que se deu de forma incompleta.

A pressão arterial deve ser rigorosamente acompanhada durante a gestação com o objetivo de detectar precocemente estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal (BRASIL, 2000a).

Cabe ressaltar que embora todas as gestantes tenham sido pesadas, somente uma foi avaliada em relação ao estado nutricional, em uma consulta de pré-natal realizada pela enfermeira em uma USF. Cunha (2008) em seu estudo identificou que a maioria das gestantes foi pesada e em 24,59% das consultas foi realizada a avaliação nutricional das mesmas.

Segundo Fujimori et al. (2001) dado que as mulheres grávidas pertencem a um grupo nutricional vulnerável, é fundamental para sua saúde e de seu filho a realização da avaliação nutricional da gestante antes, durante e após a gestação. Acrescentam que o diagnóstico precoce do estado nutricional das gestantes pode prevenir e controlar ocorrências indesejáveis materno-fetais, como a reduzir consideravelmente o número de recém-nascidos de baixo peso. Assim, deve ser uma atividade rotineira na assistência ao pré-natal.

Nos atendimentos realizados pelas enfermeiras a avaliação abdominal completa, com palpação (posição, apresentação e descida do feto) e medida da altura uterina, preconizada pelo ICM, foi realizada em duas (40%) consultas de pré-natal.

Estudos realizados sobre a assistência pré-natal encontraram que a verificação da altura uterina tem sido um habilidade desenvolvida pelos enfermeiros durante a maioria das consultas de pré-natal (BENIGMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004; CUNHA, 2008; KOFFMAN; BONADIO, 2005).

A palpação obstétrica deve ser realizada com o objetivo de identificar a situação e a apresentação fetal, bem como estimar quantidade de líquido amniótico no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2005c).

Com relação à medida da altura uterina, seu papel está relacionado a possibilidade de se estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o número

de semanas de gestação, assim este é um importante procedimento a ser realizado durante a consulta de pré-natal.

A ausculta da frequência cardíaca fetal e a palpação útero para determinar padrão de atividade fetal são habilidades básicas reconhecidas pela ICM (2002). Durante as observações identificamos que nas consultas das enfermeiras foi realizada a ausculta dos BCF, quando a idade gestacional era compatível com o procedimento.

De acordo com o MS (BRASIL, 2000a) os batimentos cardíacos são controlados através da ausculta com o objetivo de constatar a presença, ritmo, frequência e a normalidade dos mesmos, sendo possível detectá-lo com auxílio do sonar Doppler, entre a sétima e décima semana, e com estetoscópio de Pinard, após a 24ª semana.

O registro dos dados foram realizados em todos os atendimentos da equipe de enfermagem, sendo utilizado o cartão de pré-natal, prontuário e formulários do SISPRENATAL.

Desde o lançamento do PAISM no início dos anos 80 tem se falado da importância das ações educativas no atendimento à mulher, de forma a contribuir para que acrescentem informações sobre seus corpos e assim possam valorizar suas experiências de vida (RIOS; VIEIRA, 2007). As mulheres devem ser orientadas em todos os períodos do ciclo gravídico puerperal, sendo que durante o pré-natal, o profissional de ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia sobre o processo de parir e amamentar, e que possa vivenciar de forma positiva.

Sabino (2007) defende que as ações educativas durante o pré-natal são importantes mas que não devem seguir o modelo “bancário”, por ofuscar questões subjacentes. Acrescenta ainda que há necessidade de rompermos o olhar fragmentado, e estabelecermos uma relação de respeito aos sujeitos e suas histórias.

Rios e Vieira (2007) apontam que há necessidade de que os enfermeiros se empenhem nas ações educativas de forma a gerar impacto na saúde física, mental e emocional das gestantes.

Assim as ações educativas são de extrema importância à assistência pré-natal. Nesta direção as recomendações do ICM consideram como habilidade essencial para atenção qualificada ao parto, ensinar mulheres e famílias sobre sinais de perigo e quando e como chamar profissional capacitado. Em nosso estudo pudemos identificar que não tem ocorrido sistematicamente nas unidades de saúde, somente foi possível observar um trabalho com gestantes, agendado pela enfermeira antes da consulta médica com abordagem no aleitamento materno.

Em nosso estudo as ações desenvolvidas no pré-natal foram centralizadas no atendimento médico, e quando observamos os atendimentos da enfermeira, pudemos perceber falta de autonomia, como por exemplo, ter precisado da assinatura do médico para solicitar uma ultrassonografia e da receita de ácido fólico. Para se ter uma atenção eficaz e de qualidade o profissional precisa ter habilidades mas também precisa de um contexto facilitador, que inclui marco legal e normativo (MACDONALD; STARRS, 2003).

Além disso, percebemos que a assistência está pautada nos princípios do atendimento clínico da gestação, porém Benigna, Nascimento e Martins (2004) ressaltam a importância do pré-natal ser um momento de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional, e não somente como uma assistência médica.

Rodrigues et al. (2006), em um estudo no Ceará com o objetivo de analisar a assistência de enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal, apontaram a necessidade da interação enfermeiro e cliente ser fundamentada no diálogo, sensibilidade, afetividade, no prazer de estar com o outro e na atenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual. O enfermeiro deve ser um facilitador do processo de informação sobre o parto, o puerpério, e puericultura, que minimizem os anseios e medos da cliente e que promovam um ambiente saudável para a adaptação física e emocional da mulher, da sua condição de gestante para a nova condição de puérpera.

Rios e Vieira (2007) defendem que há necessidade de se gerar esforços para que a consulta de enfermagem deixe de ser apenas um local de realização da vacina para a gestante ou local para esclarecer algumas informações que o médico não fez ou ainda um local para atender a demanda reprimida, mas que tenha o objetivo de melhorar a saúde física, mental e emocional da gestante durante o pré-natal.

Serruya, Lago e Ceccatti (2004) apontam que a assistência pré-natal tem seguido um modelo de expropriação da autonomia feminina, em que as mulheres tem sido vistas como um objeto, fora de qualquer contexto, onde a “máquina” é examinada e não se estabelece nenhum vínculo entre profissional e mulher. As ações praticadas no pré-natal são de autoridade e responsabilidade dos profissionais de saúde que supervalorizam as atividades mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas, a hierarquia e padronização das rotinas.

Assim há uma valorização do aumento da cobertura em detrimento da qualidade, não respondendo às diretrizes das questões normativas das ações básicas de promoção da saúde que propõe a simultaneidade dessas ações, bem como a garantia da participação da mulher na conquista da sua cidadania, no que diz respeito à dificuldade de acesso à informação sobre seu corpo, sua gestação e seu parto.

Os profissionais de saúde devem informar e dividir as decisões e responsabilidades com as mulheres, equilibrando a tecnologia e o humanismo, abertos a outras práticas e com foco na prevenção (DAVIS-FLOYD, 2001).

Seguindo as competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia preconizadas pela ICM (2002) as parteiras devem proporcionar um cuidado de pré-natal de alta qualidade, preocupados em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui detecção precoce, tratamento ou encaminhamentos de algumas complicações. Com base nesta competência, e nas habilidades básicas e adicionais pudemos identificar que a assistência ao pré-natal estudada precisa ser reformulada, de forma a aumentar a inserção da enfermeira no pré-natal de baixo risco, bem como modificar o modelo de atendimento.

Costa, Guilhem e Walter (2005) referem que pesquisas tem mostrado que a assistência pré-natal no país é desarticulada e parcial, sendo a atenção à saúde da mulher na gestação e parto um desafio tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto nos aspectos relacionados ao debate filosófico em torno do cuidado, ainda hoje centrado em um modelo medicalocêntrico, hospitalocêntrico e tecnocrático.

Ainda em relação à assistência prestada pelo profissionais de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal pudemos observar três consultas puerperais. Embora as enfermeiras tenham queixado da falta de organização na maternidade dos agendamentos das consultas puerperais, identificamos que as consultas foram completas, abordaram os aspectos preconizados pelo ICM e MS, e os exames físicos tanto das mulheres como dos bebês foram realizados adequadamente. Nas três consultas observamos a realização de história clínica (gravidez, parto e nascimento), realizaram exame específico na puérpera, avaliaram a involução uterina, deram apoio ao aleitamento materno, instruíram a mãe sobre o autocuidado e cuidados com recém-nascidos, investigaram sinais de infecção, bem como avaliaram o recém-nascido.

Há que se ressaltar que uma boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto, a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Assim o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período e os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade desse, para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral”. Assim os profissionais qualificados devem recebê-los com carinho e gentileza, apresentar-se, escutar o que tem a dizer, avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; avaliar e apoiar o aleitamento materno;

orientar o planejamento familiar; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; avaliar interação da mãe com o recém-nascido e complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal (BRASIL, 2005c).

6.3 Competências da equipe de enfermagem desenvolvidas na Maternidade (admissão, pré-parto, centro obstétrico e alojamento conjunto)

Não diferente da assistência ao pré-natal, a assistência ao parto vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido.

Assim, os profissionais de saúde que atendem estas mulheres precisam oferecer uma atenção qualificada apresentando uma variedade de habilidades específicas, poder exercê-las de forma competente e ser autorizado a realizar todos os procedimentos para os quais tenha sido capacitado. Para que isso ocorra, o pessoal qualificado necessita de um contexto facilitador, incluindo um marco legal e normativo de respaldo, acesso a equipamentos e medicamentos essenciais, um sistema de referência em funcionamento e sistemas de educação e de saúde que fomentem o pensamento crítico, a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação eficazes (MACDONALD; STARRS, 2003).

Os dados advindos das observações nos revelaram que as ações de maior complexidade são preferencialmente realizadas pelas enfermeiras obstetras, embora na ausência destas, ainda tenha sido possível observar a execução pelos profissionais de enfermagem de nível médio, como realização da admissão da parturiente e acompanhamento do trabalho de parto.

Segundo o decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, os profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente sobre o enfermeiro, incumbe a prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; e a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária. Cabe ressaltar que na equipe de enfermagem, a ausculta fetal, o toque vaginal e o controle da dinâmica uterina são ações privativas do enfermeiro.

✓ Assistência na admissão

Os dados advindos das observações na admissão das parturientes revelam que a todas foi solicitado o cartão de pré-natal e a pressão arterial foi aferida. Na anamnese obstétrica observamos que 95,4% das gestantes foram investigadas em relação à idade gestacional e paridade.

Com relação aos outros sinais vitais maternos, além da pressão arterial, não foi observado a realização dos mesmos. Os BCF foram verificados em 86,4% dos atendimentos, o toque vaginal foi realizado em 95,5% das observações e a dinâmica uterina em nenhuma das observações foi identificada, somente em 13,6% dos atendimentos observamos uma avaliação das contrações.

Seguindo as habilidades básicas recomendadas pelo ICM, cabe ao profissional capacitado a realização de um história específica e o controle dos sinais vitais maternos.

Algumas atividades não foram realizadas como identificação do profissional para a gestante, conferência dos exames de pré-natal, mensuração da altura uterina, circunferência abdominal, amnioscopia e avaliação de edema.

Manzini, Borges e Parada (2009) em estudo para avaliar a estrutura e o processo de assistência ao parto e ao recém-nascido, desenvolvidos na maternidade e na unidade de neonatologia de uma instituição hospitalar de nível terciário do interior do Estado de São Paulo identificaram que na sala de admissão a 96,6% das gestantes foi solicitado cartão de pré-natal, 55,2% foi estimulado a presença do acompanhante, 75,9% foi realizado dinâmica uterina, 89,7% realizado toque vaginal, 96,6% foi verificada a pressão arterial e houve ausculta do BCF.

No presente estudo a presença do acompanhante na admissão foi estimulada em 13,6% dos atendimentos. Cabe ressaltar que o acompanhante junto à parturiente é um direito garantido pela Lei nº11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005a). Além desta, estudos evidenciam que o acompanhante transmite segurança emocional à mulher, trazendo benefícios à sua saúde e do bebê (BRASIL, 2000).

Como já apontado, durante as observações realizadas na admissão da maternidade em estudo, identificamos que embora a maioria das admissões tenham sido atendida pelas enfermeiras, todas as fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) e de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foram preenchidas e assinadas pelos médicos. Assim, podemos perceber que o papel da enfermeira na instituição não está reconhecido como sendo

responsável pelo atendimento à gravidez de baixo risco, existe uma relação de dependência com o profissional médico.

Cagnin (2008) encontrou dado semelhante, em que 57,9% das admissões foram realizadas pelas enfermeiras mas em todas o profissional médico foi o responsável pelo preenchimento e assinatura da FAA ou AIH.

Como já apontado, Dotto (2006) refere que no Brasil a ação dos profissionais não médicos é limitada, sendo que 80% dos partos no país são realizados por médicos.

Pudemos identificar que na maternidade em estudo adotou-se algumas das práticas recomendadas pela OMS (1996), como a não realização de tricotomia e enema de rotina, sendo assim somente uma gestante que seria encaminhada à cesárea foi realizado a tricotomia e a nenhuma foi utilizado o enema.

Parada, Carvalhes e Leite (2007) em estudo sobre a avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto, identificaram que 53% das mulheres observadas na admissão foram submetidas à tricotomia e 23,1% ao enema.

O preparo intestinal no pré-parto, como enemas, enteroclismas e supositórios, foi introduzido na prática obstétrica com os supostos benefícios de que facilitaria a descida da cabeça fetal, estimularia as contrações e assim encurtaria o trabalho de parto, ainda haveria uma redução da contaminação no momento do parto, minimizando os riscos de infecção da mãe e do bebê. Embora as evidências científicas tenham demonstrado que seu uso rotineiro não traz benefícios para mulher e bebê, ao contrário apresentam riscos de lesão intestinal (ENKIN et al., 2005; OMS, 1996), muitos serviços ainda mantêm seu uso habitual.

Um estudo clínico randomizado realizado entre mulheres atendidas em um hospital-escola do interior de São Paulo, sobre os efeitos do enteroclisma na contaminação fecal, durante o trabalho de parto e parto, concluiu que o enteroclisma não abreviou o tempo de trabalho de parto e não reduziu a contaminação fecal (LOPES et al., 2001).

Cagnin (2008), Dotto (2006) e Vorpagel (2008) em estudos semelhantes a este identificaram também que o enema havia sido abolido como prática rotineira.

Com relação à tricotomia utilizada com intuito de diminuir a infecção e facilitar a sutura, não há evidência em favor dessa suposição, ao contrário, as mulheres sentem desconforto e o risco de infecção não diminui, sendo que o uso rotineiro pode inclusive aumentar o risco de infecção pelo vírus do HIV e da hepatite (OMS, 1996).

Os achados do presente estudo permitiram-nos identificar que a admissão ainda está sendo realizada de forma incompleta, sendo importante uma reformulação da assistência, principalmente nos aspectos básicos como o levantamento do pré-natal, avaliação de risco

obstétrico e exame obstétrico completo, ainda não contemplam as competências essenciais para uma atenção qualificada.

Dotto, Mamede e Mamede (2008) defendem que a ausência da história específica completa significa perder a oportunidade de oferecer uma assistência às parturientes e seus filhos. A assistência na admissão significa não só diagnosticar o início do trabalho de parto, mas também identificar possíveis complicações, mesmo em gestações de baixo risco (BRASIL, 2001).

✓ Assistência no pré-parto

Com relação à assistência ao trabalho de parto, verificamos que a enfermeira obstetra é responsável pelo acompanhamento do trabalho de parto, porém em sua ausência os profissionais de enfermagem de nível médio assumem seu papel. Dentre as observações encontramos que 40,1% das atividades totais foram realizadas pela enfermeira obstetra, e que dentre as ações privativas do enfermeiro, 77,7% das auscultas de BCF e 81,3% dos toques foram realizados por estas.

Identificamos que no trabalho de parto das 15 parturientes, as atividades que mais foram realizadas pela equipe, foram ausculta do BCF (37 vezes); o toque vaginal (31 vezes) e a verificação dos sinais vitais (31), como encontrado por Cagnin (2008) e Dotto (2006).

A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais tem sido o método predominante de monitorização do feto durante o trabalho de parto, e segundo estudos randomizados trata-se de uma atividade fundamental no acompanhamento do trabalho de parto e igualmente eficaz à monitorização contínua no diagnóstico de morte intraparto, desde que a ausculta intermitente apresente rigor na frequência e regularidade da avaliação (ENKIN et al., 2005).

O toque vaginal, juntamente com a verificação dos SSVV, foi o segundo procedimento mais realizado. Na equipe de enfermagem como já referido, foi realizado na maioria das vezes pela enfermeira obstetra, que fez referência à dilatação do colo uterino e descida da apresentação.

Embora o toque vaginal seja a forma mais exata de medir a progressão da dilatação do colo, deve ser realizado com critérios, uma vez que a progressão do trabalho de parto pode ser avaliada através de outros sinais clínicos, como comportamentos maternos, perdas vaginais e descida da apresentação através da palpação. Segundo a OMS (1996) os exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços trata-se de uma prática inadequada.

Os SSVV foram verificados exclusivamente pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, e em uma situação em que estagiários de um curso de enfermagem estavam presentes, por eles. Quanto aos parâmetros foi possível identificar que pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura foram realizadas 32 vezes durante as observações.

Seguindo as habilidades básicas recomendadas pelo ICM durante a assistência ao trabalho de parto, o profissional deve realizar exame físico direcionado, palpação abdominal completa (posição e descida), avaliar a frequência e efetividade das contrações uterinas e realizar exame pélvico (dilatação, descida, apresentação fetal, variedade, membranas e adequação da pelve). Ainda deve acompanhar a evolução do trabalho de parto através do partograma, proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas e apoio psicológico para mulher e família.

Os achados do presente estudo nos permitiram identificar que o exame físico direcionado não ocorreu durante as observações, e que a palpação obstétrica, conferência da dinâmica uterina, ausculta do BCF e o toque vaginal foram realizados de forma incompleta pelas enfermeiras obstetras.

Como observado por Cagnin (2008) e Dotto (2006) a avaliação da dinâmica uterina não seguiu o rigor da técnica de avaliar as contrações durante 10 minutos, e os batimentos cardíofetais foram avaliados em relação à frequência de forma incompleta, não respeitando o tempo mínimo de 1 minuto, nem o momento de realização para avaliação de vitalidade fetal (antes, durante e após as contrações).

Observamos que a representação gráfica do progresso do trabalho de parto através do partograma, foi iniciada para duas parturientes porém não foram preenchidos até o final, sendo somente registrados em ficha de evolução. Este tipo de registro adotado pela instituição dificulta a integração da equipe na assistência prestada, bem como o diagnóstico rápido de paradas de progressão (ENKIN et al., 2005).

Corroborando com as palavras dos autores

“O bem-estar da mãe e do feto devem ser monitorizados cuidadosamente durante o trabalho de parto. Essa monitorização não requer necessariamente o uso de equipamentos especializados, mas sempre exige observações cuidadosas e individualizadas” (ENKIN et al., 2005).

Segundo Moura et al. (2007) para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, o que favorecerá a redução dos riscos e complicações, é necessário que se pense no bem estar físico e emocional da mulher. O nascimento pode ser transformado num momento único e especial

se o respeito ao direito da mulher a privacidade, segurança, conforto e apoio familiar for aliado a uma assistência humana e de qualidade.

Dado que atualmente a assistência ao parto é objeto de grande medicalização e o cenário do nascimento transformou-se em local desconhecido para a mulher, faz-se necessário que o profissional de saúde conheça e compreenda os fatores socio-culturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e integral (MACCALLUM; REIS, 2006).

Assim, buscando observar as ações relacionadas ao conforto das parturientes, identificamos que o estímulo ao banho ocorreu em 53,3% das observações, indicado pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem e a realização da massagem em 13,3%. Chamou-nos a atenção de que as massagens foram sempre realizadas pela mesma profissional de enfermagem de nível médio.

Uma pesquisa realizada por Davim, Torres e Melo (2009) em uma maternidade pública em Natal/RN, objetivando avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, identificou que a aplicação dessas estratégias foi efetiva, demonstrando redução da dor nas parturientes do estudo.

McCallum e Reis (2006) em estudo semelhante encontrou que a massagem lombossacral nas três fases da dilatação do colo uterino não muda as características da dor das parturientes; no entanto, ela é efetiva nas fases de aceleração e inclinação máxima, ajudando a aliviar a intensidade da dor nas mesmas.

Cluedt et al. (2008) em revisão sobre o uso da imersão em água no trabalho de parto, parto e nascimento, identificaram que no primeiro estágio existe uma diminuição significativa na percepção da dor, diminuindo assim o uso de analgesia e no segundo estágio há uma melhora na elasticidade do canal de parto e satisfação com puxo.

Assim, há necessidade de que estas práticas sejam mais estimuladas durante a assistência prestada na maternidade em estudo, seja através das massagens ou uso da água.

Não identificamos o uso da bola suíça durante as observações no trabalho de parto. Cabe destacar que embora no início da coleta não tivesse as bolas, logo foram adquiridas mas não foram utilizadas.

Ainda com relação às recomendações de um parto ativo, o estímulo à deambulação foi indicado somente em duas situações pelas enfermeiras obstetras, porém não realizado pelas parturientes.

Estudo realizado por Mamede (2005) sobre os efeitos da deambulação na fase ativa do parto, identificou que a quantidade deambulada, especialmente durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, está associada ao encurtamento do trabalho de parto (MAMEDE et al., 2007).

Existem várias vantagens na movimentação da parturiente durante o trabalho de parto, como o aumento das contrações que ajudam a dilatação cervical, maior conforto materno e diminuição do uso de analgésicos, o que não ocorre em ambientes sem espaço e sem condições de propiciar conforto (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (NSH), 2007; OMS, 1996).

Nesta maternidade a prescrição de medicamentos fica sob responsabilidade do médico obstetra, uma vez que não existem protocolos assistenciais. Com relação à administração de medicamentos, com exceção do Misoprostol que é administrado pela enfermeira obstetra, o restante é de responsabilidade das técnicas e auxiliares de enfermagem.

Com relação ao uso da ocitocina, identificamos que 53,3% das parturientes fizeram uso da ocitocina, solicitada pelo médico e administrada pelos profissionais de enfermagem de nível médio.

Na prática obstétrica, é rotineiro o uso de ocitocina nas parturientes de forma desnecessária, levando essa conduta muitas vezes às distócias no trabalho de parto. A ocitocina torna-se necessária em casos de trabalhos de parto disfuncionais, prolongados e associados à bolsa amniótica rota por longas horas. Na realidade, muitas vezes a infusão desnecessária de ocitocina determina maior percepção dolorosa, stress e medo nas parturientes (DAVIM; TORRES; MELLO, 2009).

Para a OMS (1996) os estudos não deixaram claro os benefícios do uso liberal da correção da dinâmica uterina com a ocitocina, devendo ser usada somente em indicações válidas. Cabe ressaltar que taquisistolia, hipertonia, hiperestimulação uterina, rotura uterina e sofrimento fetal são efeitos colaterais relacionados à indução com a ocitocina.

Durante a coleta de dados foi possível observar que 40% das parturientes encontravam-se acompanhada durante trabalho de parto. Como já apontado a presença do acompanhante durante o processo de parir e nascer, mais do que benefício, trata-se de um direito das mulheres (BRASIL, 2005a).

Em uma das observações, em que uma parturiente adolescente se queixava muito das contrações, a enfermeira obstetra que a acompanhava lhe disse para parar, pois caso contrário, pediria para a acompanhante se retirar.

Cabe questionarmos qual seria a relação entre a contração e o acompanhante, e que direito é este, que pode ser perdido dependente do comportamento de cada mulher em trabalho de parto.

Observou-se que em oito (53,3%) situações o estímulo ao puxo esteve presente, solicitado principalmente pelas enfermeiras obstetras. A OMS (1996) aponta como prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada, o estímulo a puxo dirigido durante o trabalho de parto não é recomendado por exaurir a mulher e porque devemos esperar que a mulher sinta a necessidade do mesmo.

Segundo Odent (2000) uma mulher para que possa parir, necessita de ambiente seguro, privacidade e baixo estímulo ao neocórtex, ou seja, necessita que a deixem em paz, sem comandos.

✓ **Assistência ao parto**

A Confederação Internacional da Parteiras (ICM) nas Competências essenciais para o Exercício da Obstetrícia, na 4ª competência refere que as parteiras devam proporcionar o parto com cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Devam conduzir parto higiênico e seguro e que devam manejar situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Através das observações identificamos que 83,3% dos partos foram realizados por enfermeiras obstetras, sendo que o restante foi realizado pelo médico obstetra, durante o plantão noturno. Assim, todos os partos foram atendidos por profissional considerados qualificados de acordo com as recomendações da OMS (1996) e ICM (2002), bem como, com o encontrado por Cagnin (2008) em Araraquara/SP. Porém Dotto (2006) em Rio Branco/AC encontrou que somente 28% dos partos foram atendidos por pessoal qualificado.

Durante os partos atendidos pelos médicos, foram observadas somente as atividades da equipe de enfermagem, o que se restringiram à função de circular a sala de parto, atender às solicitações do médico, administrar medicações, realizar transporte da parturiente/puérpera, limpeza e reorganização da sala de parto. Com relação à enfermeira obstetra nestes dois partos, ficou somente observando o transcorrer da assistência.

Dentre os partos realizados pelas enfermeiras 90% ocorreu no centro obstétrico na posição litotômica. Um (10%) parto foi atendido no pré-parto após ser dada opção de escolha à parturiente, na posição lateral. Cagnin (2008) e Dotto (2006) tiveram resultados semelhantes em relação a posição litotômica.

Segundo a OMS (1996), uma das práticas que deveriam ser eliminadas é o uso rotineiro da posição litotômica, uma vez que, estudos sugerem que a posição verticalizada apresentam maiores vantagens, como menos desconforto e dificuldade de puxos involuntários, menor dor, menos traumatismo perineal, reduz tempo deste período e os padrões anormais do BCF são menos frequentes. Entretanto mostraram resultados superiores de hemorragia pós-parto em mulheres que adotaram estas posições. Em conclusão, a mulher deve conhecer as posições e ter a possibilidade de adotar aquela que lhe agrade mais.

Gayeski e Brüggemann (2009) em estudo sobre as percepções das puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal, identificaram que os aspectos positivos da posição vertical emergiram de forma mais intensa e frequente do que os negativos, refletindo a necessidade de as mulheres participarem mais ativamente do parto, a percepção de que é posição mais cômoda e que facilita a expulsão do feto. Em contraste, a posição horizontal foi apontada por dificultar esses aspectos, gerando a percepção negativa sobre a mesma, uma vez que dificulta a movimentação, aumenta o sofrimento, o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas.

Com relação à paramentação, as enfermeiras usaram luva estéril em todos os partos e em 90% dos partos utilizaram gorro, máscara, propé e avental. Em 40% dos partos as parturientes tinham acompanhantes, 70% mulheres foram estimuladas ao puxo, 10% foram submetidas à episiotomia, recebendo anestesia prévia, em 90% houve manejo do pólo cefálico, a 66,7% foi administrado ocitócito e 20% das parturientes foram submetidas à manobra de Kristeller.

Há que se reforçar que a presença do acompanhante além de favorecer resultados positivos, trata-se de um direito da parturiente. Narchi (2009, p. 59) reforça que *a presença do acompanhante, que dá apoio, ouve, estimula, massageia e conforta a gestante, associa-se à menor necessidade de analgesia, parto operatório e experiências não satisfatórias, bem como aumenta o índice de aleitamento materno e diminui a ocorrência de depressão puerperal.*

Com relação ao estímulo aos puxos maternos, observamos que 70% das mulheres foram estimuladas a realizá-los, resultado semelhante ao encontrado por Narchi (2009), em São Paulo/SP, que foi assinalado por mais de 70% dos enfermeiros. Esta prática predispõe à alterações na frequência cardíaca fetal e redução do índice de Apgar, especialmente quando a

mãe está em decúbito dorsal, posição associada à compressão da aorta distal e à redução do fluxo sanguíneo para o útero e membros inferiores, o que produz alterações circulatórias maternas e comprometimento da oxigenação fetal (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (NSH), 2007).

Ainda a OMS (1996) recomenda que se espere a mulher sentir vontade de realizar o puxo, permitindo que ela responda aos sinais e sintomas de seu corpo com esforços expulsivos mais curtos, movimentos respiratórios superficiais e rápidos e intervalos de descanso.

A OMS (1996) recomenda que a episiotomia não deve ser realizada rotineiramente, devendo ter frequência em torno de 15-20%. Pelos dados deste estudo podemos inferir que as enfermeiras tem respeitado esta recomendação. Há que se ressaltar que as evidências científicas demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, não previne lesões no pólo cefálico fetal, não melhora os escores de Apgar, e nem reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto, além de promover maior perda sanguínea. Assim, não deve ser realizada de forma rotineira, devendo ser realizada nos casos em que exista indicação para seu uso como sofrimento fetal agudo (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Viswanathan et al. (2005) em revisão sistemática, encontraram que as episiotomias de rotina, não reduzem as taxas de incontinência urinária e fecal, relaxamento do assoalho pélvico ou distúrbio na função sexual. Um dos estudos avaliados apontam que no grupo de mulheres que a episiotomia tem seu uso restrito, as mulheres tiveram menos traumas no períneo posterior, apresentaram mais traumas em períneo anterior porém não mais graves, tiveram menos necessidade de sutura e uma probabilidade maior de ter períneo íntegro do que as mulheres do grupo de episiotomia de rotina.

Diferentemente de nossos resultados, Cagnin (2008), Dotto (2006) e Vorpagel (2008) em estudos semelhantes encontraram taxas de episiotomia acima de 90%.

As observações evidenciaram que o manejo do pólo cefálico se deu em 90% dos partos realizados pelas enfermeiras, demonstrando que a assistência ao parto carrega traços de intervenção. Segundo a OMS (1996) esta conduta não deveria ser realizada de rotina, uma vez que aumenta o risco de traumas perineais.

O momento de clampeamento ocorreu em 50% dos partos imediatamente após desprendimento fetal e 50% após contato da mãe com bebê, cabe ressaltar que não houve referência ao cessar do batimentos no cordão umbilical.

Embora a ICM/FIGO (2006) e a OMS (2007), apontem o clampeamento precoce do cordão como uma das ações do manejo ativo do terceiro período do parto na prevenção da hemorragia pós-parto, há evidências científicas demonstrando que o clampeamento tardio contribui com o fornecimento do oxigênio até que o sistema respiratório se estabeleça e diminui o risco de anemia em bebês até o primeiro ano de vida (CHAPARRO, 2006; MCDONALD, MIDDLETON, 2008; VENÂNCIO et al., 2008).

McDonald e Middleton (2008) em revisão sistemática, com objetivo de determinar os efeitos do clampeamento do cordão, encontraram que não houve diferença significativa na hemorragia pós-parto materno, e os resultados neonatais demonstraram que o clampeamento tardio do cordão aumentou significativamente a necessidade de fototerapia, porém o nível de hemoglobina foi maior e o nível de ferritina permaneceu mais elevado ao longo dos primeiros seis meses de vida infantil.

Baenziger et al. (2007) em estudo para avaliar a influencia do tempo de clampeamento do cordão na oxigenação pós-natal cerebral de neonatos encontraram que no grupo experimental (clampeamento tardio), houve aumento do hematócrito, conseqüentemente aumentando a oferta de oxigênio aos tecidos e melhor adaptação pulmonar, com menor uso de medidas intervencionistas (ventilação mecânica).

Hutton e Hassan (2007) acrescentam que para haver benefícios ao RN basta adiar o clampeamento do cordão de 30 a 120 segundos após o nascimento, uma vez que no primeiro minuto se promove uma transferência adicional de 30 a 150 ml de sangue da placenta para o RN.

Com relação ao manejo ativo do terceiro período pudemos identificar que em todos os partos as enfermeiras realizaram tração controlada do cordão, em cinco (50%) realizaram massagem uterina, em oito (80%) mantiveram ou solicitaram a administração de ocitocina EV e em nove (90%) foi administrado ergometrina intramuscular.

Segundo as habilidades essenciais do ICM (2002) o profissional capacitado deve inspecionar se ocorreu laceração na vagina e cérvix e estar apto a realizar sutura de episiotomia e das lacerações perineais quando necessário. Os dados revelaram que em todos os partos as enfermeiras avaliaram o períneo e em 70% realizaram suturas de lacerações perineais, realizando bloqueio local previamente.

A placenta e as membranas ovulares foram inspecionadas em 70% dos partos atendidos pelas enfermeiras neste estudo, cumprindo o recomendado pela ICM (2002) e OMS (1996), com o objetivo de detectar anormalidades e verifica a integridade das mesmas.

Havendo suspeita de dequitação incompleta há necessidade de se intervir. Cabe ressaltar que não observamos revisões uterinas.

Após a dequitação da placenta inicia-se o quarto período clínico do parto, ou pós parto imediato, período em que a mulher deve ser observada cuidadosamente, devido ao risco materno de hemorragias. As observações mais importantes incluem o volume de perda sanguínea e a altura do fundo uterino. Além destes, deve-se avaliar o estado da puérpera, pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e bem estar geral (BRASIL, 2003; OMS, 1996)

Através dos dados podemos inferir que a assistência ao pós-parto imediato não se deu de forma completa, porém foi aferido a pressão de 60% das puérperas pelos profissionais de nível médio, 50% das mulheres foram avaliadas em relação ao sangramento e útero, realizado na maioria das vezes pelas enfermeiras obstetras.

Entre as condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas, a OMS e ICM recomendam realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto (OMS, 1996; MACDONALD, STARRS, 2003).

No presente estudo os dados demonstraram que seis bebês foram colocados em contato logo após ao desprendimento fetal e quatro após receber os cuidados em berço aquecido.

Monteiro, Gomes e Nakano (2007) referem que o contato precoce, quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, segue as evidências científicas de benefícios para o estabelecimento da sucção precoce, favorecimento da produção láctea e involução uterina. Ressaltam ainda que o contato pele-a-pele precoce deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar, e que este significa colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe imediatamente após o parto.

As autoras defendem que os resultados deste contato precoce prolongado podem ser percebidos na promoção da amamentação e nos laços afetivos entre mãe e filho.

Moore; Anderson e Bergman (2009) em revisão sistemática, sobre o contato pele a pele, encontraram efeitos positivos e estatisticamente significantes na amamentação no período de um a três meses após o nascimento, na duração da amamentação, na manutenção da temperatura do recém-nascido, na glicemia do recém-nascido, no ato de chorar do bebê e nos resultados das pontuações que englobam toques carinhosos e amorosos das mães durante amamentação observada poucos dias após o nascimento.

Odent (2002; 2009) defende que, durante a primeira hora após o nascimento, os hormônios maternos e fetais liberados durante o trabalho de parto não são eliminados, e cada um deles vem a desempenhar um papel específico na interação entre a mãe e o recém-nascido. Destaca que existem endorfinas e substâncias similares aos benzodiazepínicos, que agem como efeito principal na diminuição da ansiedade do bebê, assim atrapalhar este vínculo significa bastante ao RN.

Através do II Inquérito de prevalência do aleitamento materno verificou-se que, no total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luis/MA (BRASIL, 2009).

Dando continuidade à assistência no processo do nascimento, a ICM (2002), bem como a OMS (1996), ressaltam a importância de se verificar o estado do RN imediatamente após o nascimento, ao ser colocado sobre a mãe, deve ser seco com compressas ou toalhas quentes, ao mesmo tempo deve ser avaliado a permeabilidade das vias aéreas. Em nosso estudo observamos que todos os bebês foram secos, dos que nasceram por parto normal, 50% foram colocados sobre a mãe e posteriormente encaminhados para o berço de reanimação, o restante foi encaminhado diretamente, onde receberam oxigenação e as vias aéreas foram aspiradas. Cabendo ressaltar que 50% dos RNs foram aspirados e receberam oxigênio inalatório.

Aproximadamente 10% dos RNs necessitam de alguma assistência para iniciar a respiração e somente 1% requer de reanimação. Os RNs a termo, com líquido amniótico claro e fluído, respirando ou chorando e com bom tônus muscular, precisam ser secos e aquecidos porém não necessitam de manobras de reanimação (THE INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR), 2006).

As observações nos permitiram identificar que após o parto as enfermeiras não participam diretamente da assistência no alojamento conjunto, ocorrendo somente em situações especiais. Sendo o puerpério o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, causadas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico, é necessário que as mulheres sejam avaliadas. Identificamos que o exame físico da puérpera foi realizado pelos profissionais de enfermagem de nível médio de forma incompleta e o do RN ficou sob a responsabilidade do pediatra. Chamou-nos a atenção é que os prontuários das puérperas traziam anotações mais completas sobre o exame do que o observado durante a assistência.

Outro ponto importante é que o alojamento conjunto, modalidade de acomodação em que mãe e bebê ficam juntos 24 horas por dia, tem inúmeros benefícios, dentre estes,

momento ímpar para a aprendizagem da mulher. O profissional de saúde deve oferecer orientações em relação ao cuidado com bebê e consigo própria. Em nosso estudo pudemos identificar que os profissionais de enfermagem de nível médio são responsáveis por esta assistência, e que as habilidades relacionadas à orientação se deu de forma incompleta, não sistematizada, e foram relacionadas ao aleitamento materno, e alguns cuidados com RN. Em nenhuma das observações identificamos orientações sobre métodos contraceptivos.

No pós-parto, especialmente nos primeiros dias, a puérpera vive um período de transição, estando vulnerável a qualquer tipo de problema, sente-se ansiosa ao ter que assumir maiores responsabilidades relacionadas ao filho, e são constantemente envolvidas com aspectos culturais que implicam em mitos e tabus.

O processo de lactação se torna concreto e a capacidade de amamentar da puérpera se torna alvo de críticas desencorajadoras e diante de dificuldades com o bebê é colocada a dúvida da quantidade e qualidade do leite materno. A mãe pode entender esta atitude como incapacidade de cuidar de seu filho e como consequência disso poderá inibir a lactação, devido à sua ansiedade. Profissionais enfermeiros capacitados devem estar ao lado da mãe, orientando-a no início do aleitamento materno e ajudando-a na busca de soluções para suas dúvidas quanto ao aleitamento materno (ALMEIDA; FERNANDES; ARAÚJO, 2004).

Assim a assistência de enfermagem na maternidade em estudo necessita ser reorganizada para que seja possível o enfermeiro prestar assistência no alojamento conjunto, bem como os profissionais de enfermagem de nível médio necessitam serem treinados sobre a importância deste período e suas ações.

Conclusões



7 CONCLUSÕES

Consideramos que os objetivos propostos neste estudo foram atingidos, uma vez que a investigação culminou na identificação da assistência que as mulheres recebem nos serviços públicos de saúde do município de São Carlos/SP, durante o ciclo gravídico-puerperal, tanto do perfil dos profissionais, como das ações desenvolvidas por estes.

Assim, concluímos que a equipe de enfermagem que atende a mulher na assistência ao ciclo gravídico-puerperal no município é composta de enfermeiras, enfermeiras obstetras, enfermeiras da saúde da família, técnicas e auxiliares de enfermagem, predominantemente do sexo feminino, com idade média de 35,1 anos, a maioria casadas e com filhos.

Em relação às competências essenciais esperadas na assistência pré-natal, embora as enfermeiras sejam responsáveis pela primeira consulta para preenchimento do SISPRENATAL e solicitação dos exames laboratoriais, ainda têm participação discreta, sendo a figura central o médico.

Neste estudo observamos que as ações do pré-natal estão voltadas para a cobertura em detrimento da qualidade, o que não responde às diretrizes das questões normativas das ações básicas de promoção da saúde que propõe a simultaneidade dessas ações.

As ações desenvolvidas pelo profissional de enfermagem no cuidado à mulher no pré-natal são predominantemente de suporte, apoio e complementação da assistência médica, não atendendo às competências essenciais para atenção qualificada.

Na atenção ao parto, as enfermeiras obstetras são responsáveis pela maior parte da assistência, cabendo aos profissionais de nível médio, ações de menor complexidade, apesar de terem referido atender partos em situações de emergência, somente observamos neste estudo parto atendidos por pessoal qualificado.

Podemos concluir que embora as enfermeiras ainda necessitem melhorar o desenvolvimentos das habilidades específicas, as ações já apontam serem moduladas por princípios da humanização, bem como da atenção qualificada e pelas evidencias científicas. Em comparação com estudos semelhantes a assistência ao parto identificada neste estudo apresenta resultados mais positivos, com inserção da enfermeira obstetra e introdução de um modelo menos intervencionista.

Outro importante apontamento é que existem barreiras institucionais e organizacionais, havendo uma sobrecarrega de responsabilidades às enfermeiras, refletindo

assim na própria assistência, exemplo disso, foi a discreta participação no alojamento conjunto.

Há que se ressaltar que ainda as enfermeiras necessitam de condições políticas e institucionais, para assistirem ao parto, uma vez que, não identificamos protocolos assistenciais e apesar de atenderem na admissão e no parto, não assinam laudo da internação e como não preenchem a ficha do parto, sendo o médico o responsável pela assistência prestada. Há necessidade de que os enfermeiros contem com estruturas mais favoráveis e que sua identidade profissional seja fortalecida, o que pressupõe maior qualificação e poder.

Diante do apresentado, refletimos que o pressuposto que tínhamos de que no município de São Carlos (SP) as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal mantêm o modelo biologicista, medicalizado, centrado no cuidado médico, o que não contribui para a mudança do modelo de humanização do cuidado, bem como não atende às competências essenciais para a atenção qualificada ao parto, não é de todo verdadeiro com relação ao parto, porém é bastante certo com relação ao pré-natal.

Em suma, para cumprirmos a meta de que até 2015, 90% dos partos sejam assistidos por um profissional qualificado e que as taxas de mortalidade materna diminuam em 75%, há necessidade de que a enfermagem lute para se colocar, bem como se fortaleça esta assistência, buscando ações moduladas pela atenção qualificada, humanização do parto e evidências científicas.

*Implicações para o Ensino, a
Pesquisa e a Assistência*



8 IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A ASSISTÊNCIA

Através dos resultados obtidos neste estudo podemos refletir sobre a necessidade da mudança na assistência pré-natal de forma que haja promoção da saúde, bem como o empoderamento da mulher, precisamos romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e apontar para o diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e clientes, tanto na prevenção quanto na cura.

Há necessidade de nós enfermeiras buscarmos exercer as funções que já nos são de direito. O momento político, em que a categoria médica tem se unido na busca de impedir nossa atuação, precisamos lutar. Temos vivenciado o Conselho Federal de Medicina em movimento ativo de fechamento das casas de parto, como do Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, bem como todo movimento político em prol do Ato Médico, atualmente já aprovado na Câmara dos Deputados.

Aqui neste cotidiano de estudo pudemos vivenciar que a estruturação desfavorece a autonomia da enfermeira, porém esta também abre mão do atendimento para acolher outros âmbitos da assistência.

Estudos desta natureza são fundamentais para que se possa identificar os pontos críticos e apontar caminhos para a evolução da assistência em enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.

Outro ponto a ser ressaltado é a importância de que o profissional seja preparado desde a graduação em relação às competências específicas para a obstetrícia bem como, este deva adotar uma postura ativa no processo educativo, permanecendo sempre atualizados com as evidências científicas recentes a fim de terem conhecimentos para argumentarem a favor ou contra de práticas de rotinas.

Podemos inferir que o presente estudo já foi capaz de resultar efeitos para a assistência na maternidade, dado que após nossa permanência na instituição para coleta de dados, as enfermeiras obstetras a cada dia tem adotado mais atitudes relacionadas às evidências científicas. Exemplo claro, foi a aquisição de duas banheiras e a banqueta para parto.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. A. M.; FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/>. Acesso em: 02 abr 2007.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência a família em saúde. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília:Ministério da Saúde, 2001.

ATENÇÃO qualificada durante o parto. Editorial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 307, jun. 2003.

BARROSO, C. Metas de desenvolvimento do milênio, educação e igualdade de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 34, n. 123, p. 573-582, set./dez. 2004.

BAENZIGER, O. et al. The influence of the timing of cord clamping on postnatal cerebral oxygenation in preterm neonates: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, v. 119, p. 455-459, mar 2007.

BANCO MUNDIAL. Organização Mundial da Saúde (OMS). Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **La prevención de la tragedia de las muertes maternas**: informe sobre la "Conferencia Internacional sobre la mortalidad materna". Nairobi: Banco Mundial/OMS/UNFPA, 1987.

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa de Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 23-31, jun./dez. 2004.

BRASIL. Lei no 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Brasília, DF, 8 de abr. 2005a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito passos para a maternidade segura: guia básico para serviços de saúde.** Brasília, DF: FEBRASGO/COMIN/OPAS/UNICEF/FNUAP, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2816, de 29 de maio de 1998. Institui o pagamento percentual máximo de cesarianas. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Brasília, DF, 2 de jun. 1998a. Seção 1, p. 47-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998. Inclui o pagamento do parto realizado pela enfermeira. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Brasília, DF, 2 de jun. 1998b. Seção 1, p. 47-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 985, 05 de agosto de 1999.** Cria Centro de Parto Normal. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/parto-normal/Portaria_985.pdf>. Acesso em: 20 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília, DF, 2000a. 65 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 569, 01 de junho de 2000.** Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/human>>. Acesso em: 22 ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores.** Brasília, DF, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstetras. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007.** Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 427/GM, 22 de março de 2005.** Institui a comissão nacional de monitoramento e avaliação da implementação do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal e dá outras providências. Brasília, DF, 2005b.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-427.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, DF, 2005c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_0151_M.pdf>. Acesso em: 18 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações e análises: evolução da mortalidade infantil no Brasil**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar_texto.cfm?idtxt=24437>. Acesso em: 13 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Datasus Tabnet: número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo Região e UF Brasil, 1997-2004**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/c03.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Balanco de três anos do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Balanco%2008%2003%202007.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 23 set. 2009.

BRIENZA, A. M. **O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**. 2005. 168 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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

CARROLI G, MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n.1, p. CD00081, 2009

CASTRO, J.C. **Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto.** 2003. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso 20 de março 2007.

CASTRO, J. C.; ALBUQUERQUE, R. S.; DITTMERS, S. Estudo comparativo do relato da dor de trabalho de parto. 1999. 45f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo. 1999.

CECATTI, J.G., Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 9-11, jan./mar., 2005.

CLAPIS, M. J. **Competência de enfermeiras obstétricas na atenção qualificada ao parto:** contribuição do curso de especialização em enfermagem obstétrica e neonatal – modalidade residência. 2005. 96 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CLUEDT, E.R. et al. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. The Cochrane Database Syst. Rev., 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 223/99.** Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Rio de Janeiro, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; WALTER, M.I.M.T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2009.

CUNHA, M. A. **Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco-AC:** contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico-puerperal. 2008. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

DAVIM, R. M. B., TORRES, G. V., MELO, E. S. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. **Rev. Latinoam. Enf** Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1150-1156, nov./dez. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**, v. 48, p. S33-S52, 2001. Suppl.

DAVIS-FLOYD, R. **Del medico al sanador**. Buenos Aires (Ar): Editorial Creavida, 2004.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 255 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DOTTO, L. M. G.; MOULIN, N. M.; MAMEDE, M. V. Prenatal care: difficulties experienced by nurses. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p.682-88, set./out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez 2008.

DOTTO, L.M.G. MAMEDE, M.V. Qualified care of childbirth: the nursing staff in Rio Branco, Acre, Brazil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-234200800200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2009.

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

DOTTO, L.M.G, MAMAEDE, M.V., MAMEDE, F. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de Saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2008, v. 12, n. 4; p. 717-25. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20084/14-ART%20.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2009.

EIKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e parto**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 101-108, jul./dez. 2005.

FREITAS, P. F. et al. Social inequalities in cesarean section rates in primiparae, Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar 2008.

FUJIMORI, E. et al. Evolucion del estado nutricional de embarazadas atendidas en la red basica de salud, Santo Andre, Brasil. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, maio 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2009.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Informações dos Municípios Paulistas – IMP**. DIRs Estado de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf/tabelas/2007/pdf/tabela05_2006.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2008.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil municipal de São Carlos**. 2007. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php>>. Acesso em 12 set. 2007.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil municipal de São Carlos**. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em 12 mar. 2008.

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. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 478-484, jul.-ago. 2002.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. **Rev. Latinoam. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, abr. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2009.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação dos profissionais de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D'A. (Org.). **Recursos humanos em saúde: políticas, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

GOMES, F.A. et al. Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.19, n.4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Feb 2008.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes do parto e assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set.-out. 2002.

INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR). Consensus on science with treatment recommendations for pediatric and neonatal patients: neonatal resuscitation. **Pediatrics**, v. 117, n. 5, p. 978-988, may. 2006. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/5/e978>>. Acesso em: 22 set. 2009.

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

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). Joint statement: management of the third stage of the labour to prevent postpartum haemorrhage. **J. Midwifery & Women's Health**. v. 49, n.1, p. 76-7, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Cidades@. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 20 jul. 2006.

JONES, R. H. O homem de vidro: memórias de um obstetra humanista. reminiscências de um obstetra humanista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 2ª ed. Porto Alegre: Ideais a Granel, 2008.

KAK, N.; BURKHALTER, B.; COOPER, M. A. Measuring the competence of healthcare providers. **Oper. Res Issue Paper**, v. 2, n. 1, p. 3-28, jul, 2001. Disponível em: <<http://www.qaproject.org/pubs/PDF/competence.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2007.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, p.S23-S32, dez 2005. suplement. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2009.

KOZU, K.T. et al. **Mortalidade infantil**: causas e fatores de risco. um estudo bibliográfico. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.medstudents.com.br/original/original/mortinf/mortinf.htm>>. Acesso em: 15 de maio de 2005.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, jan.-mar. 2000.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-60, dez. 2004.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2003.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar./ago. 2005.

LOPES et al. O uso do enteroclisma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. **Rev. Latinoam. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 49-55, nov./dez., 2001.

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

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

MAMEDE, F. V. et al. Pain during the labor active phase: the effect of walking. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2009.

MAMEDE, M. V. Discurso de abertura. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 1., 1998, Ribeirão Preto. **Síntese...** Ribeirão Preto: ABENFO/EERP, 1998. p. 11-13.

MANZINI, F.C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 1, p. 59-67, jan. / mar., 2009.

MARQUEZ, L. Helping healthcare providers perform according to standards. **Operations Res. Issue Paper**, Betlesda, v. 2, n. 3 p. 1-34, sep. 2001. Disponível em: <<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/helphcpro3.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

MARTINS, A. L. Maternal mortality among black women in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-signifying pain, overcoming loneliness: childbirth experiences among working-class adolescents in a public maternity hospital in Salvador, Bahia, Brazil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-91, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/12.pdf>>. Acesso em jun. 2008.

MCDONALD, S. J.; MIDDLETON P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, n.2, p. CD004074, 2008.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. **Diagn.**

Tratamento, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 6-10, 2002. Disponível em: <http://www.apm.org.br/revistas/d_tratamento/dt_7ed2/index.htm>. Acesso em: 20 set. 2002.

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

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2009

MOORE, E. R.; ANDERSON G. C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst. Rev.*, London, n.3, p. CD003519, 2007.

MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 33-42, mar. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 05 mar. 2008.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, aug. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2009.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (NSH). **Intrapartum care**: care of healthy women and their babies during childbirth - Clinical Guideline. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press; 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG55FullGuideline.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 546-551, jul./ago, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/09.pdf> . Acesso em 20 set. 2009.

ODENT, M. The first hour following birth: don't wake the mother. **Midwifery Today**, Oregon, USA, v. 61, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa das Nações Unidas (PNUD). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. 2005. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/milenio/index.php>>. Acesso em: 17 de maio de 2005.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade**. Genebra: OMS, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2005**: para que todas as mães e crianças contem. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf>. Acesso em: 02 out. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Perfil dos Serviços de Obstetrícia/Parteira nas Américas**. Washington, DC: OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Protocolo para los estudios de casos seleccionados en las Américas**. Washington, DC: OPAS, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Overview of the nursing workforce in Latin America**. Washington, DC: PAHO/WHO/ICN, 2005. Disponível em: <<http://www.icn.ch/global/Issue6latinAmericanSP.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

PARADA, C.M.G.L. **Avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN) na DIR XI – Botucatu**. 2006. 196f. Tese (Livre Docência)- – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L. Childbirth care: contributing to the debate on human development. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe., out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2009.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jul 2009.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, P. **Ensinar**: agir na urgência, decidir na natureza. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGHER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê mortalidade materna**. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html>>. Acesso em: 10 maio de 2005.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3o%20do%20Parto.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2003.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIESCO, M. L. G. **Que parteira é essa?** 1999. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. de 2009.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. Perfil dos enfermeiros do Programa saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5522007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2009.

RODRIGUES, D. P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-86, abr./jun. 2006.

SABINO, A. M. N. F. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP**. 2008. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSIS, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-80, 2009.

SAFE MOTHERHOOD. **The safe motherhood initiative**. New York: Family Care International, 1998. Disponível em: <<http://safemotherhood.org>>. Acesso em: 13 set. 2005

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. **Informações cidade**. Disponível: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/>>. Acesso: 10 jan. 2008.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo Técnico da Saúde da Mulher. **Programa de Saúde da Mulher**. 2001. Disponível em: <<http://www.vunesp.com.br/concursos/pmsc0501/SausedaMulher.pdf>> Acesso em: 12 maio 2007.

SERRUYA, S. J. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D.; CECCATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.3, p 269-279, jul./set., 2004.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2009.

SILVA, A. M.; PEDUZZI, M. O trabalho de enfermagem em laboratórios de análises clínicas. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p.65-71, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2009.

STARRS, A. M. **Safe motherhood initiative: 20 years and counting**. Lancet, Special series, p. 2-4, 2006. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/0140-6736/p1101406736066993859.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2007.

TANAKA, A. C. D'A.; SIQUEIRA, A. A. F.; BAFILE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 67-75, fev. 1989.

THOMPSON, J. E. Poverty, development, and women: why should we care? **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 36, n. 6, p. 523-530, 2007. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1552-6909.2007.00184.x>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

VISWANATHAN, M. et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Summary, **Evidence Report/Technology Assessment**, Rockville, n. 112, may 2005. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/epsums/epissum.htm>>. Acesso em 23 fev. 2009.

VORPAGEL, M. G. B. **A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira-SP**: contribuição para o estudo da atenção

qualificada ao parto. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Reduction of maternal mortality**: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. Geneva: WHO, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/reduction_of_maternal_mortality/e_rmm.pdf>. Acesso em: 28 set. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Managing complications in pregnancy and childbirth**: a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_RHR_00.7.pdf> Acesso em: 28 fev. 2008.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Skilled attendant at birth 2005 estimates**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/skilled_attendant_at_birth2005_estimates.pdf> Acesso em: 14 set. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making a difference in countries**: strategic approach to improving maternal and newborn survival and health. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/StrategicApproach2006.pdf>. Acesso em: 30 set. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Monitoring and evaluation of maternal and newborn health and services at district level**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/MonitoringandEvaluationofMaternalandNewborn.pdf> Acesso em: 30 set. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monitoring emergency obstetric**: a handbook. Geneva, 2008.

Apêndices



APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

Profissionais de enfermagem

Meu nome é Jamile Claro de Castro Bussadori, sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto**”. Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade dos serviços de obstetrícia que atendem a mulher na gestação, parto e puerpério, evidenciando as ações dos profissionais de enfermagem. Para isto, gostaria de entrevistá-lo(a) e observar ações/intervenções que desenvolve com as gestantes/parturientes e puérperas. A entrevista será aqui em seu local de trabalho, e terá uma duração média de 20 minutos. As observações ocorrerão durante a sua assistência às clientes durante o seu plantão de trabalho.

Você não será identificado em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da mesma, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento da pesquisa poderá pedir esclarecimentos. Sendo as informações coletadas mantidas em sigilo.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos melhorar a qualidade da assistência de enfermagem ao ciclo gravídico-puerperal e ainda que não haverá gastos para qualquer uma das partes envolvidas, bem como não haverá riscos. Sendo as informações coletadas mantidas em sigilo.

Agradecendo sua colaboração, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (16) 91750776 ou pelo e-mail - jccbussadori@usp.br ou pelo endereço - Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Ribeirão Preto.

Jamile Claro de Castro Bussadori

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

Declaro ainda ter recebido cópia deste documento.

São Carlos, ____ de _____ de 2008.

Assinatura

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
Gestantes, parturientes e puérperas.

Meu nome é Jamile Claro de Castro Bussadori, sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto**”. Este estudo tem por finalidade conhecer a realidade dos serviços de obstetrícia que atendem a mulher na gestação, parto e puerpério, evidenciando as ações dos profissionais de enfermagem. Para isto, gostaria de observar as ações/intervenções que os profissionais de saúde desenvolvem enquanto atendem você nesta unidade. Você não será identificado em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da mesma. As observações ocorrerão durante o momento que os profissionais estiverem prestando cuidados a você.

Você não será identificado em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da mesma, sem nenhum prejuízo. E a qualquer momento da pesquisa poderá pedir esclarecimentos. Sendo as informações coletadas mantidas em sigilo.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos melhorar a qualidade da assistência de enfermagem ao ciclo gravídico-puerperal e ainda que não haverá gastos para qualquer uma das partes envolvidas, bem como não haverá riscos.

Agradecendo sua colaboração, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (16) 91750776 ou pelo e-mail - jccbussadori@usp.br ou pelo endereço - Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Ribeirão Preto.

Jamile Claro de Castro Bussadori

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

Declaro ainda ter recebido cópia deste documento.

São Carlos, ____ de _____ de 2008.

Assinatura

APÊNDICE C

Caracterização das Unidades da Atenção Básica

1. Instituição _____

1 Modelo:

() UBS () USF

2 População de abrangência _____

3 Número de usuários _____

4 Número de gestantes _____

5 Número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL _____

6 Número total de profissionais:

_____ enfermeiros _____ enfermeiros obstetras
 _____ médicos _____ médicos obstetras _____ médicos da família
 _____ técnicos de enfermagem _____ auxiliares de enfermagem
 _____ agentes comunitários
 _____ outros (_____)

7 Responsável pela assistência das mulheres no pré-natal e puerpério:

() médicos obstetras () médicos () enfermeiros obstetras
 () enfermeiros () técnicos de enfermagem () auxiliares de enfermagem

8 Como se dá o fluxo de atendimento das mulheres na gestação?

9 Como se dá o fluxo de atendimento das mulheres no puerpério?

10 A assistência à mulher na gestação e pós-parto está embasada em que?

11 Quais são as ações educativas voltadas às mulheres

() Curso de Gestante Responsável _____ Local _____
 () Ações individuais Responsável _____ Local _____

12 Ações humanizadas () sim () não Quais _____

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ENTREVISTA – USF/UBS

Nº _____

• **Identificação**

1. **Sexo:** () feminino () masculino 2. **Idade:** _____ anos
 3. **Estado civil:** () solteira (o) () casada (o) () vive maritalmente
 () separada (o) () divorciada (o) () viúva (o)

• **Formação e Qualificação profissional**

4. Grau de escolaridade:

- () ensino fundamental incompleto () ensino superior incompleto
 () ensino fundamental completo () ensino superior completo
 () ensino médio incompleto () pós-graduação: () latu-sensu
 () ensino médio completo () mestrado () doutorado

5. Formação profissional

- () Agente Comunitário () Auxiliar de enfermagem
 () Técnico de enfermagem () Enfermeiro

Ano de conclusão: _____ **Local:** _____

6. Pós-graduação :

- **Latu-sensu** () sim () não

Especialização _____ **Ano de conclusão** _____

- Financiada pelo MS** () sim () não

Especialização _____ **Ano de conclusão** _____

- Financiada pelo MS** () sim () não

Especialização _____ **Ano de conclusão** _____

- Financiada pelo MS** () sim () não

- **Mestrado** () sim () não

Título _____ **Ano de conclusão** _____

- **Doutorado** () sim () não

Título _____ **Ano de conclusão** _____

7. Tem participado de eventos científicos? () sim () não Quais?(últimos 5 anos)

8. Conte sobre sua formação na obstetrícia. O que aprendeu de obstetrícia? Com quem aprendeu obstetrícia? Está há quanto tempo na área?

9. Participou de cursos/treinamentos de atualização na área de assistência ao pré-natal, amamentação depois da sua formação? () sim () não

Nome	Ano

10. Tem mais de 01 (um) emprego? () sim () Não Quantos? ____ Quais?

12. Jornada de trabalho semanal _____

13. Há quanto tempo trabalha na assistência pré-natal? _____

14. Experiência na assistência ao pré-natal (local/período)

15. Realiza pré-natal nesta unidade? () sim () Não

16 Como está organizado neste serviço? Qual é a rotina?

17 Quais são suas ações em relação ao atendimento da mulher na gestação e puerpério?

() Acolhimento () Solicitação de Teste de Gravidez () Solicitação de exames

() Consulta de enfermagem no pré-natal _____

() Orientações individuais () Curso de gestante

() Consulta puerperal () 7 – 10 dias () após 42°

16 Você tem dificuldade no atendimento à gestante?

() sim () não

Se sim, que tipo de dificuldades?

18 Como as gestantes são encaminhadas para a assistência ao parto? (fluxo)

19 E depois do parto? Como é a rotina de acompanhamento do puerpério?

APÊNDICE E
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO – Atenção Básica (USF e UBS)

Unidade _____ Data _____ Hora _____

Motivo da ida da gestante/puérpera à Unidade _____
O que faz ao chegar à Unidade? () Recepção () Acolhimento

FASE DA GESTAÇÃO () 1º Trimestre () 2º Trimestre () 3º Trimestre

RECEPÇÃO

1. Profissional que recebeu: _____
2. Acolhimento:
() Teste de gravidez Orientações _____
() Consulta de enfermagem
() Outras atividades _____

SALA DE ESPERA

3. Palestra () sim () Não TEMA _____
4. Profissional que realizou _____
5. Outras atividades: _____

CONSULTA

ANAMNESE GERAL

6. Profissional que realizou: _____
7. Dados sócio-econômicos? () sim () não
8. Antecedentes familiares? () sim () não
9. Antecedentes pessoais? () sim () não
10. Antecedentes ginecológicos e sexuais? () sim () não

ANAMNESE OBSTÉTRICA

11. DUM () DPP () IG ()
12. Hábitos? () sim () não (____ sono, ____ automedicação ____ bebidas alcoólicas, ____ drogas, ____ fumo)
13. Estado nutricional? () sim () não
14. Expectativas da gestação atual? () sim () não
15. Movimentação fetal? () sim () não

EXAME FÍSICO GERAL - SINAIS VITAIS

16. Profissional que realizou: _____
17. Peso: () Sim () Não Registro () Sim () Não Local: () Prontuário () Carteirinha Pré-natal () Nomograma () Outros _____
18. Orientações _____
19. Altura: () Sim () Não Registro () Sim () Não Local: () Prontuário () Carteirinha Pré-natal () Outros _____
20. Sinais Vitais: () Temperatura () Pressão Arterial () Freq. cardíaca
21. () Freq. Respiratória
22. Registro () Sim () Não Local: () Prontuário () Carteirinha Pré-natal () Outros _____
23. Inspeção da pele e mucosa? () Sim () Não
24. Palpação da tireóide? () Sim () Não
25. Exame dos MMII? () Sim () Não
26. Pesquisa de edema? () Sim () Não

EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO

27. Profissional que realizou: _____
28. Examinou as mamas () Sim () Não
29. Auscultou o BCF? () Sim () Não Como? _____
30. Palpação? () Sim () Não () Apresentação Fetal () Altura Uterina
31. Inspeção dos genitais externos? () Sim () Não
32. Exame especular? () Sim () Não
 () inspeção das paredes vaginais () inspeção do conteúdo vaginal
 () inspeção do colo uterino () exame colpocitológico () toque vaginal

AÇÕES COMPLEMENTARES

33. Solicitação de exames laboratoriais de rotinas e outros () Sim () Não
 Quais?
 () Tipagem sanguínea () Hemograma () Glicemia () HepatiteB () HepatiteC
 () Sífilis () Toxoplasmose () HIV
 Outros _____

Explicou os motivos () Sim () Não _____

34. Prescrição medicamentosa: () Sim () Não Qual ?

Motivo _____

Explicou os motivos? () Sim () Não _____
 Orientou o uso? () Sim () Não _____

35. Encaminhamento para vacina antitetânica: () Sim () Não _____

Explicou o porque? () Sim () Não _____

36. Agendamento das consultas subseqüentes: () Sim () Não

37. Anotações

() prontuário () cartão da gestante

38. Referência para o parto: () Sim () Não COMO ?

39. Orientações:

_____ modificações gravídicas _____ higiene _____ exercícios _____ trabalho _____

sono/repouso _____ sexualidade _____ medicações _____ fumo/álcool/drogas

_____ amamentação _____ cuidados com RN _____ exame do pezinho

_____ tipos de parto _____ estímulo ao PN _____ sinais de TP _____ técnicas de alívio dos

desconfortos do TP _____ sinais de perigo _____ sinais de trabalho de parto _____ quando

procurar serviço de saúde

40. Retorno puerpério: () Sim () Não Descrever:

41. Ações humanizadas

() Refere-se pelo nome à cliente () Procura empoderar a mulher no seu processo

() Procura solucionar problemas das clientes

Observações

APÊNDICE F

Caracterização da Maternidade

1. Instituição _____

2 Tipo:

Estadual Municipal Filantrópico

Particular/convênio

3 Número de leitos _____

4 Distribuição dos tipos de partos:

1.1.1.1.1 ANO	2007		2008	
	Nº	%	Nº	%
Tipo de Parto				
Parto Normal				
Parto Cesárea				
Parto Fórceps				

5 Número total de profissionais da saúde:

_____ médicos obstetras _____ médicos pediatras _____ Outros

_____ enfermeiros obstetras _____ enfermeiros

_____ técnicos de enfermagem _____ auxiliares de enfermagem _____ parteiras

_____ outros

6 Responsável pela assistência das mulheres em trabalho de parto:

médicos obstetras médicos enfermeiros obstetras

enfermeiros técnicos de enfermagem auxiliares de enfermagem parteiras

7 Responsável pela assistência das mulheres no parto normal:

médicos obstetras médicos enfermeiros obstetras

enfermeiros técnicos de enfermagem auxiliares de enfermagem parteiras

8 Como se dá o fluxo de atendimento das mulheres para o parto?

9 Normas e rotinas da maternidade

a. Normas para visitas

b. Rotinas de alta

c. Acompanhantes

d. Rotina de atendimento na admissão

e. Rotina de atendimento no pré-parto

f. Rotina de atendimento no C.O.

g. Rotina de atendimento no Alojamento Conjunto

h. Rotina de atendimento no Puerpério

i. Amamentação

APÊNDICE G
ROTEIRO DE ENTREVISTA – Maternidade

Nº _____

• **IDENTIFICAÇÃO**

- Sexo: () feminino () masculino
- Idade: _____ anos
- Estado civil: () solteira (o) () casada (o) () vive maritalmente ()
separada (o) () divorciada (o) () viúva (o)
- Número de filhos: _____
- Idade dos filhos: _____
- *Renda Familiar: R\$* _____
- *Remuneração nesta instituição: R\$* _____
- *Outros Empregos (atuais):*

Local	Carga Horária diária/regime de trabalho	Remuneração	Ano de admissão	Atividades exercidas

FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL

- *Grau de escolaridade:*
 - () ensino fundamental incompleto () ensino superior incompleto
 - () ensino fundamental completo () ensino superior completo
 - () ensino médio incompleto () pós-graduação: () latu-sensu
 - () ensino médio completo () mestrado () doutorado

- **Formação profissional**

() Auxiliar de enfermagem () Técnico de enfermagem () Enfermeiro

Ano de conclusão: _____ Local: _____

- **Pós-graduação :**

- Latu-sensu () sim () não

Especialização _____ Ano de conclusão _____ Financiada pelo

MS () sim () não () em andamento

- Mestrado () sim () não

Título _____ Ano de conclusão _____

- Doutorado () sim () não

Título _____ Ano de conclusão _____

12. Tem participado de eventos científicos? () sim () não Quais?(últimos 5 anos)?

Participou de cursos/treinamentos de atualização na área de assistência ao parto (mulher e RN) e amamentação depois da sua formação?

() sim () não

Nome	Ano

13. Conte sobre sua formação na obstetrícia. O que aprendeu de obstetrícia? Com quem aprendeu obstetrícia? Está há quanto tempo na área?

14. Qual é sua função na assistência à mulher/recém-nascidos? Dificuldades?

15. Nesta maternidade realiza partos? () sim () não

Se sim. 17. Realiza episiotomia? () sim () não

10. Realiza episiorrafia? () sim () não

11. Indica administração de ocitócito () sim () não

() Nunca. Justifique _____

() Durante o trabalho de parto. Justifique _____

() Expulsão do feto. Justifique _____

() Após saída da placenta. Justifique _____

18. Oferece medidas de alívio da dor não farmacológicas? () sim () não

Quais _____ Quando _____

19. Indica analgesia de parto () sim () não

Quando _____

20. Realiza partos pélvicos? () sim () não

21. Faz prescrição de enfermagem? () sim () não

22. Oferece diferentes posições de parto para mulher? () sim () não

Explique _____

23. Realiza a alta do puerpério? () sim () não

Quando _____

24. Considera prestar um cuidado humanizado () sim () não

Quando _____

Como _____

APÊNDICE H

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO - Maternidade

I - ADMISSÃO Data: ___/___/___ Hora: _____

Antecedente obstétrico: G___ P___ (PC___ PN___)A___ PG ___

Idade gestacional: _____(TA) _____(USG)

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

Questionamento somente da queixa atual () Anamnese ()

Exame físico () Palpação obstétrica () Mensuração da AU ()

Dinâmica uterina () Ausculta de BCF () Cardiotocografia ()

Avaliação edema () Toque () Apresentação fetal () Variedade de posição ()

Amnioscopia () Sinais Vitais () PA () FC () T° () FR

Tricotomia () Enema () encaminhou para o banho ()

Ofereceu camisola () Presença de acompanhante ()

Apoio psicológico () sim _____ () não

Orientações () _____

Anotação () livro () prontuário () AIH

II- PRÉ-PARTO - TRABALHO DE PARTO

Local: () Enfermaria () Pré-parto convencional () PPP

1. Profissional que presta assistência: () mesmo da admissão () outro

() Enf. Obstetra () Enfermeira () Técnico de enfermagem

() Auxiliar de enfermagem () Médico obstetra

Obs _____

2. Orientações sobre o pré-parto, posicionamento, direitos da paciente

() não () sim quais? _____

3. Estímulo a deambulação () não () sim

4. Instalação de cateter periférico? () não () sim Motivo _____

SG 5% () SGF () RL () SF ()

5. Oferece métodos não farmacológicos de alívio da dor () não () sim

(quais? _____)

6. Oferece líquidos? () não () sim Alimentação? () não () sim

7. Uso de partograma () não () sim quando inicia? _____

8. Presença de acompanhante () não () sim Participativo? () não () sim

9. Amniotomia () sim Profissional _____ () não

Precoce () Momento certo ()

10. Uso de fármacos para controle da dor () não () sim

11. Uso de analgesia () não () sim tipo _____

12. Uso de ocitócito () não () sim Profissional que determinou _____

13. Indicação de cesárea Profissional _____ Motivo _____

OBSERVAÇÕES

III - CENTRO OBSTÉTRICO

PARTO

Local : () Enfermaria () Pré-parto convencional () Sala PPP ()

Sala de Parto convencional () Centro Obstétrico

Horário do encaminhamento _____ Hora do parto: _____

14. Profissional que realizou _____

15. Teve supervisão? () sim quem? _____ não ()

16. Administração de medicação

17. Presença do acompanhante? () sim quem? _____ não ()

O que fez? _____

18. Estímulo para puxo? () sim quando? _____ não ()

19. Preparo do profissional: () lavagem das mãos () escovação das mãos () paramentação (___ gorro; ___ máscara; ___ propé; ___ avental; ___ óculos, ___ luva estéril)

20. Manobra de Kristeller? () sim quem fez? _____ não ()

21. Assepsia perineal? () sim com o que? _____ não ()

22. Colocação dos campos? () sim local? _____ não ()

23. Proteção do períneo? () sim () não

24. Realizado episiotomia? () sim (___ EMLD ___ EMLE ___ EM) () não

25. Bloqueio anestésico local? () sim () não Tipo? () BL () Bloqueio no nervo pudendo.
Anestésico? _____ Agulha? _____

26. Manejo do pólo cefálico no momento do parto () sim () não

27. Recém-nascido é colocado sobre a mulher antes do clampeamento do cordão?
() sim () não

28. Uso de ocitocina na dequitação? () sim () não

29. Tração controlada do cordão na dequitação? () sim () não

30. Momento de clampeamento do cordão: _____

31. Manobra ativa para expulsão da placenta? () sim () não

32. Exame da placenta e membranas ovulares? () sim () não

33. Contato pele-a-pele mãe/filho: () logo após a expulsão antes do clampeamento do cordão ()
após clampeamento do cordão () após RN receber cuidados () somente no alojamento conjunto

34. Estímulo à amamentação () sim () não quando? _____

35. Uso de ergometrina após a dequitação? () sim () não

36. Revisão uterina após o parto? () sim () não

37. Realizado curagem? () sim () não

38. Epsiorrafia? () sim Qual? _____ () não

39. Inspeção do canal de parto? () sim () não

40. Sutura de lacerações? () sim () não

41. Cuidados com recém-nascido: Profissional? _____

Cuidados: _____

OSERVAÇÕES: _____

PÓS-PARTO

42. Verificou SSVV? () não () sim (___PA, ___FC, ___FR, ___T°)
profissional? _____

43. Avaliou útero? () não () sim (___ tônus ___ altura uterina)

44. Verificou sangramento? () sim () não

45. Solicitou cuidado com períneo? () avaliação () aplicação de gelo

46. Hora que puérpera foi encaminhada para enfermaria? _____ Profissional? _____ RN foi junto? () sim () não

47. Anotação do parto no prontuário? () não () sim Profissional _____ O que anotou? _____

48. Quem assina o parto? () Enf. Obstetra () Médico obstetra

49. Existem equipamentos de emergência? () sim Quais _____ () não

50. Na emergência com a mulher: Quais profissionais atuam? _____

51. Na emergência com RN: Quais profissionais atuam? _____

OBSERVAÇÕES: _____

IV - ALOJAMENTO CONJUNTO

PUÉRPERA

52. Verificou SSVV? () não () sim (___PA, ___FC, ___FR, ___T°)
profissional? _____

53. Exame físico? () não () sim profissional _____

a. Avaliou estado geral? () não () sim (___ mucosas, ___ boca)

b. Avaliou mamas? () não () sim (___ tipo de mamilo, ___ integridade do mamilo, ___ ejeção láctea, ___ região mamilo-areolar)

c. Abdome? () não () sim

✓ Avaliou útero? () não () sim (___ consistência ___ altura uterina)

✓ Incisão da cesárea? () não () sim (_____)

d. Vulva e região perineal?

✓ Perdas vaginais? () sim () não

✓ Solicitou cuidado com períneo? () avaliação () aplicação de gelo

✓ Epsiorrafia? () não () sim

✓ Hemorróidas? () não () sim

- e. Verificou MMII? () sim (___ edema, ___ varizes, ___ alterações troboembólicas)
() não
- ✓ Manobra de Homan? () sim () não
- ✓ Manobra de Bandeira? () sim () não
- f. Investigou eliminações? () sim () não
54. Anotação do exame no prontuário? () não () sim Profissional _____ O que anotou? _____
55. Investigou vínculo mãe-bebê? () sim () não
56. Investigou problemas de ordem psicoemocional e social? () sim () não quais?

57. Identificou necessidades educativas da puérpera e da família? () sim () não quais?

RECÉM-NASCIDO

58. Verificou SSVV? () não () sim (___PA, ___FC, ___FR, ___T°)
profissional? _____
59. Exame físico? () não () sim profissional _____
- a. Avaliou estado geral? () não () sim
- b. Pele e anexos? () não () sim
- c. Cabeça? () não () sim (___ alterações, ___ fontanelas, ___ PC)
- d. Olhos? () não () sim (___ simetria, ___ alterações)
- e. Orelhas? () não () sim (___ simetria, ___ alterações)
- f. Nariz? () não () sim (___ forma, ___ permeabilidade)
- g. Boca? () não () sim (___ alterações)
- h. Pescoço? () não () sim
- i. Tórax? () não () sim (___ forma, ___ ausculta, ___ PT)
- j. Abdome? () não () sim (___ forma, ___ coto umbilical)
- k. Genitália? () não () sim (___ higiene, ___ alterações)
- l. Extremidades? () não () sim (___ simetria, ___ dedos, ___ manobra de Ortolani)
- m. Avaliação neurológica? () não () sim (_____)
60. Anotação do exame no prontuário? () não () sim Profissional _____ O que anotou? _____
61. Orientações:
_____ amamentação (_____ AME, ___ livre demanda, ___ pega correta, ___ ordenha manual)
_____ deambulação
_____ hidratação e alimentação

_____ cuidados com RN (____ troca de fralda, ____ banho, ____ curativo coto umbilical, ____
banho de sol, ____ encaminhamentos) _____ retorno da atividade sexual
_____ planejamento familiar _____ retorno puerperal (____ agendou ____ informou)
_____ retorno do recém-nascido (____ agendou ____ informou)

OBSERVAÇÕES: _____

Anexo



ANEXO

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 167/2008

Ribeirão Preto, 02 de julho de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 01 de julho de 2008.

Protocolo: nº 0922/2008

Projeto: ATENÇÃO QUALIFICADA AO PARTO NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS (SP): AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.

Pesquisadores: Maria José Clapis
Jamile Claro de Castro Bussadori

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

Atenciosamente,

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

Ilma. Sra.
Profª Drª Maria José Clapis
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP