

**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Escola de Enfermagem Anna Nery**

**Cristiane Rodrigues da Rocha**

**A Competência Técnica dos Profissionais de Enfermagem na  
Assistência ao Parto e Nascimento Fisiológicos no Município do  
Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro  
2009**

Cristiane Rodrigues da Rocha

A Competência Técnica dos Profissionais de Enfermagem na Assistência ao Parto e Nascimento Fisiológicos no Município do Rio de Janeiro

Tese apresentada na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Materno-Infantil.

Linha de Pesquisa: Políticas e modelos de ensinar e assistir em saúde da mulher e do recém-nascido

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Antonieta Rubio Tyrrell  
Prof<sup>ª</sup> Titular do DEMI/EEAN

Rio de Janeiro  
2009

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

### FICHA CATALOGRÁFICA

Rocha, Cristiane Rodrigues da.

A Competência Técnica dos Profissionais de Enfermagem na Assistência ao Parto e Nascimento Fisiológicos no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. 191 p.

Tese apresentada na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Materno-Infantil. Linha de Pesquisa: Políticas e modelos de ensinar e assistir em saúde da mulher e do recém-nascido.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Competência clínica. 3. Parto Normal

CDD 610.73

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Tese de Doutorado intitulada A Competência Técnica dos Profissionais de Enfermagem na Assistência ao Parto e Nascimento Fisiológicos no Município do Rio de Janeiro da Linha de Pesquisa “Políticas modelos de ensinar e de assistir a mulher e o recém-nascido do NUPESM/DEMI/EEAN” de autoria de Cristiane Rodrigues da Rocha submetido à banca examinadora de renomados docentes na Escola de Enfermagem Anna Nery como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 16 de dezembro de 2009 por:

Profa. Dra. *Maria Antonieta Rubio Tyrrell, EEAN/UFRRJ - Presidente*

Profa. Dra. *Maria de Lourdes de Souza, EE da UFSC – 1ª Examinadora*

Prof. Dr. *Waldecyr Herdy Alves, EE AAC/UFF – 2º Examinador*

Profa. Dra. *Enirtes Caetano Prates Melo, EEAP/UNIRIO – 3ª Examinadora*

Profa. Dra. *Rosângela da Silva Santos, EEAN/UFRRJ – 4ª Examinadora*

**ORIENTADORA**

Dra. Maria Antonieta RubioTyrrell

Nesta jornada de aprendiz, desde minha iniciação científica, não teve um só momento em que não me orgulhasse em dizer quem era minha orientadora. Os motivos são grandiosos e ao mesmo tempo simples, querida professora. És amante da justiça e sempre tens a simplicidade em teu coração. Muito Obrigada!

**DEDICATÓRIA**

A meus amados pais, familiares e amigos que sempre souberam me auxiliar nos momentos difíceis e entender minha ausência, compartilho esta conquista.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que mais uma vez me concedeu uma oportunidade de qualificação profissional, não por merecimento, mas pelo Seu infinito amor. E nesta caminhada, sempre esteve comigo me sustentando através das orações diárias, na leitura da bíblia, nas missas e louvores.

Aos diretores e presidentes dos centros de estudos das maternidades públicas municipais, que me concederam o espaço para desenvolver a pesquisa.

Aos auxiliares e enfermeiros que em meio a tantas práticas assistenciais participaram da entrevista e contribuíram para o desenvolvimento científico da enfermagem.

A Dra. Enirtes Caetano Prates Melo, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, que contribuiu em todas as fases da pesquisa com seu grande conhecimento na área da pesquisa quantitativa.

Aos docentes da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos conhecimentos compartilhados.

Aos professores do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, em especial a Dra. Leila Rangel, pelo apoio incondicional que possibilitou esta qualificação profissional.

A minha mãe Rose Mary, a minha sogra Maria Lúcia e ao meu sogro Paulo por cuidarem do meu filho Flávio para que eu pudesse estudar e concluir a tese.

Ao meu irmão André por atender meus pedidos de socorro quando o computador não funcionava adequadamente e minha prima Andréa por revisar meus textos em inglês.

Ao meu marido Luciano, que ajudou na revisão do texto e renunciou momentos de diversão para me apoiar nesta caminhada.

Meu muito obrigada! Que Deus permaneça iluminando vossos caminhos.

Com grande carinho, Cristiane.

## **MENSAGEM**

Todas as mulheres parturientes precisam de uma Enfermeira Obstetra e algumas também precisam de um médico (ICM, 2009).



## RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo a competência técnica da enfermagem no atendimento à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos, em maternidades públicas municipais do Município do Rio de Janeiro. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer nº 216A/2008). A problematização abrangeu duas dimensões básicas: 1) alta mortalidade materna que no Rio de Janeiro, em 2005, assinalou 46,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos e 2) qualificação e a competência dos recursos humanos de enfermagem, para a assistência prestada à mulher no parto. Os objetivos foram: mapear a qualificação e o tempo de atuação; identificar as atividades assistenciais realizadas e analisar as competências essenciais e adicionais dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto. O método utilizado na pesquisa foi de natureza quantitativa, um estudo transversal de caráter exploratório. Os cenários foram sete maternidades municipais públicas localizadas no Município do Rio de Janeiro. Foram entrevistados 191 profissionais de enfermagem. Os programas para trabalhar os dados foram Visual FoxPro, SPSS e Excel. Foram utilizados testes estatísticos como o qui-quadrado e a razão de chances. Os resultados demonstram que os auxiliares e enfermeiros possuem maturidade pessoal e profissional, os enfermeiros em sua maioria possuem especialização em enfermagem obstétrica (82,1%) e os auxiliares (20,9%) possuem a graduação em enfermagem. Alguns conhecimentos e habilidades precisam ainda ser apreendidos pela equipe de enfermagem. Todas as habilidades básicas definidas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM) devem ser de domínio do profissional que assiste à mulher no parto fisiológico, mas somente 21,4% dos enfermeiros e 0,7% dos auxiliares conhecem e possuem treinamento de todos os conhecimentos e habilidades básicas. Somente 25% dos enfermeiros e nenhum auxiliar realizam todas as habilidades básicas. E 14,3% dos enfermeiros e nenhum auxiliar possuem o conhecimento, o treinamento e a realização de todas as habilidades. Os anos de estudo, a renda familiar, a carga horária laboral semanal, o número de partos fisiológicos assistidos, e o número de partos assistidos em situação de emergência apresentaram associação significativa com o conhecimento, a habilidade e a atitude, provavelmente porque permite uma maior quantidade de experiências práticas que fortalecerão estas três áreas da competência profissional de assistir à mulher no parto. O tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico teve associação significativa com a habilidade e com a atitude, quanto maior o tempo de atuação profissional, mais oportunidades de experiências repetitivas e inovadoras que promoverão o seu treinamento e sua confiança em realizar os procedimentos. Foi observada associação significativa da variável conhecimento com a atitude e da variável habilidade com a atitude.

Palavras-chaves: Enfermagem Obstétrica, Competência Clínica, Parto Normal.

## ABSTRACT

This research had as its object of study the technical competence of nursery in the care of women in labor and physiologic labor, in public maternity hospitals in the city of Rio de Janeiro. Approved by the Health Agency Research Ethics Committee of Rio de Janeiro City (Issue 216A/2008). The problematization comprehended two basic dimensions: 1) high mother mortality rate, which caused 46.1 deaths to each 100,000 live newborn children in Rio de Janeiro in 2005 and 2) qualification and competence of nursing human resources, to the care given to women during labor. The objectives were: mapping qualification and performance time; identifying the assistential activities performed and analyzing the essential and additional competences of the nursing professionals who assist laboring and delivering women. The research method used was quantitative, on a transversal and exploring study. The sceneries have been seven public city maternity hospitals located in the city of Rio de Janeiro, 191 nursing professionals have been interviewed. The programs used to process the data were Visual Fox Pro, SPSS and Excel. Statistical tests have been used such as the chi square test and the odds ratio. The results show that the assistants and nurses possess personal and professional maturity, most of the nurses having had specialized in obstetric nursing (82.1%) and the nursing auxiliaries (20.9%) having graduated in nursing. Some pieces of knowledge and abilities need yet to be acquired by the nursing professionals. All the basic abilities, as established by the International Confederation of Midwives (ICM), must be mastered by the professional who assists women in physiologic labor, yet only 21.4% of the nurses and 0.7% of the nursing auxiliaries do master them and have been trained in all the knowledge and basic abilities. Also, only 25% of the nurses and none of the nursing auxiliaries are able to perform all the basic abilities. Moreover, 14.3% of the nurses and none of the nursing auxiliaries have the knowledge, training and performance of all the abilities. The years of study, the family income, the weekly working hours, the number of physiologic childbirths assisted, and the number of emergency childbirths assisted presented significant association with the professional's knowledge, ability and attitude, probably because they account for a higher amount of practical experiences, which will reinforce these three areas of the professional competence of assisting women in childbirth. The performance time in the assistance of physiologic childbirth showed significant association with the ability and attitude, the more years a professional had been acting, the more opportunities for repetitive and innovative experiences will reinforce their training and trust in performing the procedures. A significant association has been observed between the variables knowledge-attitude and ability-attitude.

Key words: Obstetrical Nursing, Clinical Competence, Natural Childbirth.

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar la competencia técnica de los profesionales de enfermería a las mujeres durante el parto y el parto fisiológico en los hospitales de maternidad pública en Rio de Janeiro. Aprobado por la Ética en la Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro (n°216A/2008). La problematización abarcó dos dimensiones básicas: 1) la alta mortalidad materna en Rio de Janeiro, en 2005, fue 46,1 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y 2) la cualificación y competencia del personal de enfermería para la asistencia prestada a las mujeres en el parto. Los objetivos fueron: mapear las cualificaciones y el tiempo de actuación; identificar las actividades asistenciales realizadas y analizar las competencias básicas y adicionales de los profesionales de enfermería que actúan en el cuidado de la mujer durante el trabajo de parto y parto. El método utilizado en la investigación fue cuantitativa, un corte transversal exploratorio. Los escenarios fueron siete hospitales de maternidad pública ubicada en Rio de Janeiro. Fueron entrevistados 191 profesionales de enfermería. Los programas usados para trabajar los datos fueron Visual Fox Pro, SPSS y Excel. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron chi-cuadrado y la razón de chance. Los resultados muestran que los asistentes de enfermería y las enfermeras tienen la madurez personal y profesional, los enfermeros son, en su mayoría, especialista en enfermería obstétrica (82,1%) y los asistentes de enfermería (20,9%) tienen una licenciatura en enfermería. Algunos de los conocimientos y habilidades necesitan todavía que sea adquirido por el personal de enfermería. Todas las habilidades básicas definidas por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) debe ser de dominio de los profesionales que asisten a las mujeres en el trabajo de parto fisiológico, pero solamente 21,4% de los enfermeros y 0,7% de los auxiliares de enfermería conocen y tienen entrenamiento de todas las competencias básicas. Y solamente 25% de los enfermeros y ningún auxiliar de enfermería realizan todas las habilidades básicas. Y 14,3% de los enfermeros y ningún asistentes de enfermería tienen el conocimiento, el entrenamiento y la realización de todas las habilidades. Los años de estudios, el ingreso familiar, las horas de trabajo semanales, el número de partos fisiológicos asistidos, y el número de partos asistidos en situación de emergencia tuvieron asociación significativa con el conocimiento, con la habilidad y con la actitud, probablemente porque permite una mayor cantidad de experiencias prácticas que irán fortalecer estas tres áreas de la competencia profesional de asistir las mujeres en el parto. El tiempo de actuación en la asistencia al parto fisiológico tuvieron asociación significativa con la habilidad y con la actitud, cuanto mayor es lo tiempo de actuación profesional, más oportunidades de experiencias repetitivas e innovadoras fortalecerán el entrenamiento y confianza en realizar los procedimientos. Se observó una asociación significativa de la variable conocimiento con la actitud y de la variable habilidad con la actitud.

Palabras-claves: Enfermería Obstétrica, Competencia Clínica, Parto Normal.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -Representação esquemática da população estudada.....	75
FIGURA 2- Máscara de tela confeccionada com o software Visual FoxPro em 2009.....	84
FIGURA 3 -Organização dos dados no Programa Estatístico SPSS em 2009.....	85
FIGURA 4 -Confeção dos gráficos no Programa Excel em 2009.....	88
FIGURA 5 -Mapa de localização do cenário do estudo.....	97
FIGURA 6 - Histograma da idade dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	101
FIGURA 7 - Histograma da idade dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	101
FIGURA 8 - Histograma do número de filhos dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	102
FIGURA 9 - Histograma do número de filhos dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	102
FIGURA 10 - Histograma do número de anos de estudo dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	103
FIGURA 11- Histograma do número de anos de estudo dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	103
FIGURA 12 - Histograma da renda familiar dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	104
FIGURA 13- Histograma da renda familiar dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	104
FIGURA 14 - Histograma da carga horária laboral semanal dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	109
FIGURA 15 - Histograma da carga horária laboral semanal dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	110
FIGURA 16 - Histograma do tempo de atuação dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	110
FIGURA 17 - Histograma do tempo de atuação dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.....	111

FIGURA 18 - Histograma do tempo de atuação na assistência ao parto dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	111
FIGURA 19 - Histograma do tempo de atuação na assistência ao parto dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	112
FIGURA 20 - Histograma do número de partos auxiliados pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	112
FIGURA 21 - Histograma do número de partos auxiliados pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	113
FIGURA 22 - Histograma do número de partos cirúrgicos auxiliados pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	113
FIGURA 23 - Histograma do número de partos cirúrgicos auxiliados pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	114
FIGURA 24 - Histograma do número de partos fisiológicos assistidos pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	115
FIGURA 25 - Histograma do número de partos fisiológicos assistidos pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	115
FIGURA 26 - Histograma do número de partos assistidos em situação de emergência pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	116
FIGURA 27 - Histograma do número de partos assistidos em situação de emergência pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	117

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição de leitos destinados à assistência à mulher no município do Rio de Janeiro em 2007/2008.....	41
QUADRO 2 – População total, número de mulheres em idade fértil e número de nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, 2007.....	43
QUADRO 3 – Taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia (por 1000 nv) no município do Rio de Janeiro, 2004-2008.....	44
QUADRO 4 – Distribuição da Razão de Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, 2004-2007.....	45
QUADRO 5 – Porcentagem de cesarianas e partos normais no município do Rio de Janeiro, 2004-2007.....	45
QUADRO 6 – Consulta de Pré-Natal no município do Rio de Janeiro, 2004-2007.....	46
QUADRO 7 – Critérios de planejamento e avaliação dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica adotados pelo Ministério da Saúde e pelos cursos auto-sustentáveis. Brasil, 2006.....	55
QUADRO 8 - Os cinco estágios de desenvolvimento das habilidades.....	59
QUADRO 9 - Equipe de enfermagem na sala de parto e número de leitos das maternidades públicas municipais do município do Rio de Janeiro, 2008.....	74
QUADRO 10 – Conhecimentos, habilidades básicas e adicionais dos cuidados durante o parto e nascimento estabelecidos pelo ICM em 2002.....	76

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição dos conhecimentos na atenção à mulher no parto fisiológico dos auxiliares de enfermagem nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	118
GRÁFICO 2 - Distribuição dos conhecimentos na atenção à mulher no parto fisiológico dos enfermeiros nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	118
GRÁFICO 3 - Distribuição dos conhecimentos na atenção ao feto/recém-nascido no parto fisiológico dos auxiliares de enfermagem nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	119
GRÁFICO 4- Distribuição dos conhecimentos na atenção ao feto/recém-nascido no parto fisiológico dos enfermeiros nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	120
GRÁFICO 5 - Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de conforto e promoção no parto fisiológico dos auxiliares de enfermagem nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	121
GRÁFICO 6- Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de conforto e promoção no parto fisiológico dos enfermeiros nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	121
GRÁFICO 7-Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de emergência no parto dos auxiliares de enfermagem nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	122
GRÁFICO 8 - Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de emergência no parto dos enfermeiros nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	123
GRÁFICO 9 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em todas as fases do parto fisiológico mais aplicadas pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	153
GRÁFICO 10 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência mais aplicadas pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	154
GRÁFICO 11 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias para o conforto e promoção do parto fisiológico mais aplicadas pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009....	155
GRÁFICO 12 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias na fase de dilatação do parto fisiológico menos aplicadas pelos	158

enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	
GRÁFICO 13 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias na fase de expulsão e dequitação do parto fisiológico menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	159
GRÁFICO 14 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em todas as fases do parto fisiológico menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	160
GRÁFICO 15 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência da fase de dilatação do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.	161
GRÁFICO 16 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência da fase de expulsão do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	162
GRÁFICO 17 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência da fase de dequitação do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.	163
GRÁFICO 18 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência em todas as fases do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	164
GRÁFICO 19 - Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias para o cuidado do recém-nascido menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	165



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das características sócio-econômicas da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	99
TABELA 2 - Distribuição das características laborais da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	107
TABELA 3 - Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher na fase de dilatação do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	125
TABELA 4 - Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher na fase de expulsão do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	126
TABELA 5- Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher na fase de dequitação do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	127
TABELA 6- Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher em todas as fases do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	129
TABELA 7- Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher na fase de dilatação do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	130
TABELA 8 - Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher na fase de expulsão do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	131
TABELA 9 - Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher na fase de dequitação do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	132
TABELA 10 - Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher em todas as fases do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	133
TABELA 11 - Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de conforto e promoção à mulher no parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	135
TABELA 12 - Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência ao feto e ao bebê no parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	136

TABELA 13 - Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais no conhecimento da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	138
TABELA 14 - Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais na habilidade da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	140
TABELA 15 - Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais na atitude da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	142
TABELA 16 - Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis conhecimento e habilidade na atitude da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.....	145

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
1.1	Apresentação.....	21
1.2	Formulação do Problema.....	25
1.3	Justificativa.....	32
1.4	Hipótese e Questões Norteadoras.....	34
1.5	Objetivos.....	35
<b>2.</b>	<b>BASES CONTEXTUAIS.....</b>	<b>38</b>
2.1	A Estrutura Administrativa do Sistema de Saúde no município do Rio de Janeiro.....	38
2.2	O Perfil Epidemiológico da Mulher no município do Rio de Janeiro.....	43
2.3	O ensino e a qualificação dos auxiliares e técnicos de enfermagem.....	47
2.4	O Ensino da Graduação e da Pós-Graduação na Qualificação do Enfermeiro .....	48
2.5	Contexto de lutas da enfermagem obstétrica.....	56
<b>3</b>	<b>BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>58</b>
3.1	A gênese e o desenvolvimento das competências profissionais.....	59
3.2	Os conhecimentos e as habilidades para uma prática segura no parto.....	64
<b>4.</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO.....</b>	<b>72</b>
4.1	Abordagem e tipologia do estudo.....	72
4.2	População do estudo e cenário.....	72
4.3	Instrumento de coleta de dados.....	76
4.4	Pré-teste do instrumento de coleta de dados.....	81
4.5	Trabalho de campo e coleta de dados.....	82
4.6	Aspectos éticos.....	82
4.7	Tratamento e análise dos dados.....	83
4.8	Limites do estudo.....	93
<b>5.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>95</b>
5.1	Caracterização dos Cenários.....	96
5.2	Caracterização da população do estudo.....	98
5.3	Os Conhecimentos Básicos dos Profissionais de Enfermagem sobre o Parto Fisiológico.....	117

5.4	Habilidades Básicas e Adicionais dos profissionais de enfermagem na Assistência ao Parto Fisiológico.....	124
5.5	Avaliação da Razão de Chances das Variáveis Sócio-econômicas, Laborais e das Categorias Dicotômicas Conhecimento e Habilidade.....	137
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>146</b>
6.1	Características sócio-econômicas e laborais dos profissionais de enfermagem.....	146
6.2	Conhecimentos Básicos da Equipe de Enfermagem.....	150
6.3	Atitudes e habilidades dos profissionais de enfermagem.....	152
6.4	Influência das variáveis sócio-econômicas, laborais e dos conhecimentos e habilidades na atitude do profissional de enfermagem.....	167
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>169</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>178</b>
	APÊNDICE A - Caracterização do Sujeito.....	183
	APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados.....	184
	APÊNDICE C -Carta de Solicitação de Autorização ao Comitê de Ética.....	187
	APÊNDICE D - Consentimento Livre e Esclarecido.....	188
	APÊNDICE E - Cronograma de Atividades.....	190
	ANEXO - Autorização do Comitê de Ética SMS/RJ.....	191

## CAPÍTULO I

### 1 INTRODUÇÃO

#### 1.1 Apresentação

O objeto de estudo desta pesquisa é *a competência técnica dos profissionais de enfermagem no atendimento à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos, em maternidades públicas municipais localizadas no Município do Rio de Janeiro*. O objeto pesquisado, congrega outros estudos já realizados na área da saúde da mulher e da criança, durante minha vida profissional, bem como, a experiência adquirida por participar de eventos promovidos pelo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher na Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ e de outras instituições.

O início dessa caminhada foi em agosto de 1997, como membro integrante de uma pesquisa intitulada “O Cotidiano da Assistência ao Recém-Nascido: propostas governamentais e bases operacionais“, financiada pelo Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq) e registrada no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)<sup>1</sup>. Essa pesquisa durou dois anos, e eu fazia parte da equipe como bolsista de iniciação científica (IC), ainda na condição de aluna do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da EEAN. Esse estudo abordava o seguinte objeto de estudo: a assistência ao recém-nascido pelos profissionais de saúde, em uma visão interdisciplinar, com base nos encontros e desencontros da prática assistencial e das propostas governamentais a essa clientela, em especial aquelas definidas no Manual de Assistência ao Recém-Nascido (BRASIL, Ministério da Saúde, 1994).

---

<sup>1</sup> Sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Prof<sup>a</sup> Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ.

O referido trabalho, apesar de estar voltado para a assistência ao recém-nascido, despertou algumas reflexões, influenciando posteriormente a construção do projeto de pesquisa de mestrado, pois surgiram depoimentos das mães sobre a insatisfação em relação aos cuidados prestados a elas enquanto mulheres, diria mais, enquanto cidadãs, ficando os cuidados limitados ao recém-nascido e à amamentação, ou, como afirmavam: as “*mamas*” em primeiro lugar. Este fato levou-me à refletir sobre a formação dos profissionais, pois pareceu-me à época, que a assistência, segundo a concepção das mães, requeria além de ser técnica e biológica, sobretudo ter uma abordagem social. Esta descoberta fundamentava, de certa forma, minha ansiedade em aprofundar o estudo sobre a qualidade do serviço prestado e do ensino na área da enfermagem perinatal no trabalho de conclusão de curso de graduação e posteriormente de pós-graduação.

Ao mesmo tempo que participava do desenvolvimento dessa pesquisa como bolsista IC/CNPq, iniciei meu Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Graduação intitulado “O Ambiente e o Parto: a mulher entre o desejo e a realidade”, sob orientação da professora Dra. Rosângela da Silva Santos, que tratava de verificar em qual ambiente as mulheres gostariam de realizar seu parto, objetivando contrastar a realidade com o desejo das mesmas e avaliar o respeito à mulher cidadã no momento da maternidade, à luz das propostas governamentais que a partir da década de 90 tornaram-se mais enfáticas nestas questões.

A repercussão desses trabalhos acadêmicos na minha vida profissional foram realmente engrandecedoras. As falas das mulheres ensinaram-me, que é preciso esclarecer as vantagens e as desvantagens dos diferentes tipos de parto; do contrário, o medo do desconhecido se refletia na escolha das parturientes pelos partos tradicionais (hospitalares e na posição ginecológica) e da maioria, por cesárias. Isto porque naquele momento da entrevista, segundo elas, era o que realmente conheciam e o que somente tinham acesso. Essa

constatação me levou a vários questionamentos, dentre os quais se destacou o ensino de enfermagem sobre assistência ao parto no Curso de Graduação.

Finalizada a pesquisa acerca do recém-nascido no ano de 1999, continuei a fazer parte da equipe, em uma outra pesquisa, intitulada “Assistência ao Parto e Nascimento: a qualificação formal e os modelos alternativos”, também financiados pelo CNPq e registrados no NUPESM/EEAN/UFRJ e sob a responsabilidade da professora Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, na qual permaneci durante seis meses como bolsista de IC/CNPq. Continuei neste trabalho como colaboradora durante o curso do mestrado. Essa pesquisa, que tratou dos estilos de ensinar-cuidar no parto e no nascimento enquanto qualificação formal e práticas alternativas, originou para mim e minha orientadora o projeto de dissertação de mestrado “Programas de Ensino da Assistência à Mulher no Parto Normal: Currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem de Escolas Governamentais do Estado do Rio de Janeiro”. Essa dissertação finalizada em 2002 teve como *objeto de estudo* o ensino desenvolvido na assistência ao parto normal, a partir do estudo da estrutura curricular de graduação em enfermagem, procurando investigar experiências dos professores e conteúdos curriculares que caracterizavam o processo de formação dos enfermeiros nas Escolas Governamentais do Estado do Rio de Janeiro.

As reflexões mostraram quatro aspectos a partir de uma análise documental: 1) os currículos não apresentavam disciplinas específicas relacionadas à assistência ao parto normal; 2) a carga horária teórica e prática destinada à obstetrícia era menor que as demais áreas; 3) as escolas não possuíam orientação teórica própria aos ideais defendidos pelos movimentos das entidades da categoria (ABEN, ABENFO)<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem foi criada em 1926. ABENFO- Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras, originária da Associação Brasileira de Obstetrias (ABO, 1952) foi criada em 1989.

e 4) as escolas baseavam as suas disciplinas em duas vertentes técnicas principais, que são da biomedicina e das propostas governamentais.

Ao término do mestrado continuei minha caminhada na área da saúde da mulher trabalhando na assistência em um Hospital Estadual do Rio de Janeiro, no Município de Duque de Caxias, no setor de alojamento conjunto por quatro anos (2002 a 2006) e no último ano deste período atuei no gerenciamento, exercendo o cargo de vice-coordenadora da maternidade. Nesta oportunidade, de experiência prática e gerencial, pude observar que existem enfermeiros, técnicos e auxiliares que não estão devidamente qualificados para atuar na assistência ao parto e nascimento. A maioria destes profissionais aprende e reproduz as experiências da prática, sem fundamentação teórica adequada e com conceitos ultrapassados.

Nesse período, também atuei na docência por três anos em uma universidade particular, ministrando a disciplina de Saúde da Mulher que é alocada no 5º período do curso de graduação em enfermagem, e supervisionando a prática nos estágios, também referente à assistência à mulher, que ocorre no 7º período da graduação. Nesta instituição pude refletir sobre as universidades públicas estudadas no mestrado e a universidade particular em que atuava, identificando que os mesmos aspectos encontrados no estudo curricular das universidades públicas, em relação à saúde da mulher na assistência ao parto e nascimento, foram encontrados também nesta escola privada. A diferença bem marcada desta escola particular em relação às públicas referia-se a uma maior valorização da teoria em detrimento da prática, inclusive com salários diferenciados para docentes da disciplina teórica, que ganham mais pela hora-aula, que docentes do ensino prático. Assim, pode-se pressupor que o ensino prático é menos valorizado e que a insatisfação por salários mais baixos pode interferir na motivação do docente com prejuízo na qualidade desejada.

Atualmente, atuo como docente do 6º período do Curso de Enfermagem, em uma Universidade Pública do Estado do Rio de Janeiro, na disciplina de Saúde da Mulher,



orientando os trabalhos de conclusão de curso (TCC) da Graduação de Enfermagem e da Especialização nos moldes de residência de enfermagem (pós-graduação “lato-sensu”), experiências que também fortalecem o interesse em aprofundar os conhecimentos na área da pesquisa em Saúde da Mulher.

Assim, fica objetivado que o interesse pela temática surgiu e se fortaleceu nessa trajetória de estudos acadêmicos e da experiência profissional no ensino e na prática na área da Saúde da Mulher.

## **1.2 Formulação do Problema**

A contextualização da problemática no Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) e nas políticas de saúde da mulher, requer marco de referência à Constituição Federal Brasileira de 1988 que no art.196 estabelece que *saúde é um direito de todos e um dever do estado* e é neste espaço democrático que a Política de Saúde da Mulher foi munida de direitos cidadãos de igualdade, de acesso à assistência à saúde, de qualidade e livre de qualquer discriminação.

Em 1990 com a Lei Nº 8.080/90 ficou regulamentado que, no âmbito das Ações de Saúde fortalece-se o direito de todo cidadão ter acesso a uma saúde digna e de qualidade sob responsabilidade do Estado. Este sistema preconiza melhorar o acesso aos serviços de saúde, mas nem sempre apresenta a qualidade desejada por fatores como: insuficiência de recursos materiais e humanos para as reais necessidades; falta de provisão para a manutenção e reposição de materiais permanentes e de consumo. É bom esclarecer que neste sistema algumas unidades de saúde são de responsabilidade do governo federal, outras do estadual e outras do municipal que gozam, no momento, de orçamento próprio.

Neste contexto, a assistência à saúde possui um direcionamento do Ministério da Saúde Brasileiro que determina o planejamento de Programas de Saúde com a finalidade de

nortear a assistência prestada para que seja de melhor qualidade e para melhorar os indicadores de saúde. No caso da saúde da mulher, mesmo com as iniciativas e medidas preconizadas pelo governo e Estado em nível nacional, regional e local, os dados quantitativos sobre a mortalidade materna e perinatal ainda são preocupantes.

Neste sentido, vários são os programas e materiais didáticos direcionados à área da saúde da mulher para que os governos estaduais e municipais adotem como guia de assistência à população feminina como: Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade de governo (2005); Atenção Humanizada ao Abortamento (2005); 2004 Ano da Mulher: série E. Legislação de Saúde; Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes (2004); Controle do Câncer de Mama (2004); Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada (2003); Projeto Nascer (2003); Método Mãe Canguru: atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (2002); Planejamento Familiar: manual para o Gestor do Planejamento (2002); Prevenção do Câncer do Colo de Útero (2002); Assistência ao Recém-Nascido (2001); Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situação de risco de morte materna (2000); Assistência Pré-Natal (2000); Gestação de Alto Risco (2000); Assistência ao Parto Normal: um guia prático (2000); Trabalhando com Parteiras Tradicionais (2000); Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (1999); Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (1999); Como Ajudar as Mães a Amamentar? (1998); Normas Técnicas em Assistência ao Planejamento Familiar (1996), entre outros.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 foi em 2004 revisado incluindo grupos antes marginalizados nos programas de saúde como: as mulheres homossexuais, as presidiárias, as mulheres indígenas e negras. E posteriormente lançado

como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ganhando este maior força social .

Algumas propostas e diretrizes fundamentais nessa política também foram definidas para o período de 2005 a 2007 e referidas nas Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade de Governo (Brasil, 2005) e estas são 14, a saber: 1) Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; 2) Elaboração e distribuição de manuais técnicos e cartilhas educativas; 3) Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência e planejamento familiar; 4) Seminário para pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher; 5) Atenção a reprodução assistida na rede SUS; 6) Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; 7) Ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; 8) Termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 9) Elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul; 10) Apoio e desenvolvimento de pesquisas; 11) Atenção à saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens; 12) Atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão; 13) Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres em situação de abortamento; 14) Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Além desses esforços políticos, pelo Estado, estão presentes os movimentos de classes dos profissionais de saúde e de enfermagem (ABEn, ABENFO, Sindicatos e Federação dos Profissionais de Enfermagem), movimentos feministas e institucionais, que objetivam concretizar as idéias no campo da prática, lutando para que a assistência prestada à saúde da mulher alcance a qualidade almejada no contexto de implementação plena do SUS. Na realidade dos serviços, os profissionais de saúde, em sua maioria, precisam fazer várias adaptações dos programas para adequar as diretrizes e o plano de ação à realidade de recursos humanos, materiais e sócio-político-culturais em que atuam e vivem.

Assim, a problematização deste estudo abrange duas dimensões básicas: a primeira refere-se à alta mortalidade materna e perinatal que, apesar de todo esforço político demonstrado na contextualização da problemática, de acordo com a SMS/RJ, no Rio de Janeiro em 2003, registrou 52,9 óbitos, em 2004 notificou 52,3 óbitos e em 2005 assinalou 46,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos, o que revela não ter mudado significativamente, embora estes dados demonstrem uma ligeira queda. A segunda relaciona-se à qualificação e à competência dos recursos humanos de saúde para a assistência prestada à mulher, em especial no parto, por profissionais de enfermagem, assunto ainda não estudado, a rigor, no Município do Rio de Janeiro, como observado no levantamento do estado da arte na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Quanto à dimensão epidemiológica do problema que trata da mortalidade materna, também leva ao esclarecimento da importância da qualificação da equipe de enfermagem em particular e dos profissionais de saúde em geral, viabilizando sua contribuição real na minimização dessa problemática. É importante observar que os resultados traduzidos nos indicadores de mortalidade materna refletem uma estrutura e um processo complexos pelos quais não podem ser responsabilizados somente os profissionais de saúde, mas se observa historicamente, que na perspectiva internacional, que para diminuição da mortalidade materna também tem que haver um investimento na qualificação do profissional de saúde.

Assim, no reconhecimento do Estado da Arte, algumas evidências históricas referidas por Macdonald (2003), apontam principalmente para dois momentos de significativa redução da mortalidade materna. No primeiro momento, por volta de 1870 mais de 600 mulheres morriam a cada 100.000 nascidos vivos em grande parte do mundo, porém em 1900 a Suécia reduziu pela metade a Taxa de Mortalidade Materna (TMM), já a Inglaterra e Gales diminuíram em quase 25% esse indicador e outros países ocidentais estavam alcançando as

mesmas reduções. É válido ressaltar que isto ocorreu antes de avanços relacionados ao advento da Obstetrícia Moderna, tais como: desenvolvimento de antibióticos, transfusões sanguíneas, cesárias e melhores anestésias. Os fatores atribuídos para redução da Taxa de Mortalidade Materna de 1870 a 1910, num primeiro momento, foram:

a disponibilidade e análise estatística demográficas fidedignas, que levaram a tomar consciência sobre a magnitude do problema da mortalidade materna e suas causas, e criaram pressão para se tomar medidas; a adoção de uma legislação que exigiu e promoveu a **atenção qualificada** durante o parto; a implementação de programas nacionais para **capacitar e designar estrategicamente um número adequado de pessoal qualificado**; a profissionalização da atenção durante o parto e a elaboração e aplicação de normas de atenção. (MACDONALD, 2003, p.7)

Atribui-se o segundo momento da diminuição da Taxa de Mortalidade Materna em todos os países industrializados entre 1937 e 1960, dentre outros fatores, ao avanço de tecnologias médicas, desenvolvimento de antibióticos, transfusões sanguíneas e **melhoras na atenção obstétrica** como: menor interferência nos partos normais, melhores anestésias e adequado uso da cesárea (op. cit., 2003, p.7-8).

Apesar da significativa redução da Taxa de Mortalidade Materna alcançada nesses períodos, em alguns países, entretanto não se verificou uma redução expressiva. Assim, em 1987 surge uma iniciativa global por uma Maternidade sem Risco (IMSR), no contexto da Maternidade Segura, que visou aumentar a consciência sobre o grave problema e promover a ação em nível global, nacional e/ou regional para tornar as gravidezes e os partos mais seguros para as mulheres e recém-nascidos numa perspectiva cidadã e humanizada. (op. cit., 2003, p.4).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde estimou que 585.000 mulheres em todo mundo morriam vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal e apenas 5% viviam em países desenvolvidos. (Brasil, 2002, p.07-08).

Com relação à segunda dimensão do problema, existem estudos mostrando que 53% das mulheres de países em desenvolvimento dão à luz sendo atendidas por pessoal qualificado (MACDONALD, 2003, p.4). Neste sentido, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 (CIPD) foram definidas metas para o aumento de partos atendidos por pessoal qualificado sendo que em 1999, cinco anos depois, apesar da progressão destas metas, elas foram ratificadas. Além disso, o sistema das Nações Unidas e seus membros, reafirmaram as Metas de Desenvolvimento para o novo Milênio (2000), as quais incluem a redução da mortalidade materna com o aumento da proporção de nascimentos atendidos por pessoal qualificado (MACDONALD, 2003, p.5).

Desse modo, ratifica-se que a atenção qualificada, que inclui a competência profissional, tem demonstrado impacto nos indicadores de países que priorizam essa estratégia na redução das mortes maternas, mostrando com isto que quanto menor é a atenção qualificada, maior é a mortalidade materna. Apoiando-se nestas evidências MacDonald (2003, p.6) sugere algumas estratégias para o alcance de uma atenção qualificada:

- reconhecer a magnitude da mortalidade materna e aceitar que podem ser evitadas;
- assumir compromisso público para reduzir a mortalidade materna e aprovar legislação que ajude a promover a atenção qualificada durante o parto para todas as mulheres;
- profissionalizar a prática da atenção ao parto e capacitar as parteiras para que sejam profissionais competentes (e vista pelo público como tais), por meio de adoção de sistemas eficazes de supervisão e prestação de contas;
- incorporar protocolos de intervenções chaves para salvar vidas dentro das práticas das parteiras profissionais; e - garantir financiamento para oferecer atenção qualificada em todos os nascimentos e a provisão de insumos e equipamentos necessários.

No Brasil, o movimento de luta pela qualificação dos profissionais, para melhorar a qualidade da assistência à mulher no parto envolveu várias instituições corporativas, de ensino

e de assistência. Visava, também, contribuir com a meta governamental de aumentar o quantitativo de enfermeiras capacitadas para atender à mulher no processo da reprodução com destaque ao parto qualificado. Neste sentido, destacam-se principalmente, as Universidades públicas do Rio de Janeiro que desenvolveram cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Inclusive, alguns destes cursos foram financiados pelo Ministério da Saúde como parte do cumprimento da responsabilidade social para com os enfermeiros das Unidades de Saúde Obstétricas que registram uma demanda significativa por capacitação permanente. Associando-se a estes movimentos, a ABENFO (gestão 1997-2000) conquistou a sua participação como membro Titular no Comitê Nacional de Mortalidade Materna e as ABENFO seccionais nos Comitês Estaduais e Municipais. Além disso, promoviam fóruns diversos para discussão e reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro obstetra, visando melhorar a gestão dos serviços e da assistência prestada à mulher, sobretudo no processo de reprodução.

No âmbito internacional a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) vem envidando esforços, particularmente desde a década de 70, no sentido de qualificar a assistência e os profissionais de saúde na tentativa de diminuir os altos índices de morbimortalidade materna e altas taxas de cesárias desnecessárias, fundamentalmente nos países em desenvolvimento. Neste contexto internacional, como importante aliada na defesa da Maternidade Segura temos a Confederação Internacional das Parteiras (ICM) que é uma Federação de Associações de Parteiras criada em 1954. Atualmente, a ICM conta com a associação de mais de 90 nações do mundo e trabalha junto a todas as agências da Organização das Nações Unidas (ONU) para definir as estratégias de cuidado de saúde primária para as famílias do mundo, e a definição e preparação da parteira. Assim, mantendo seus objetivos e utilizando a **Definição Internacional da Parteira da ICM/OMS/FIGO** (1992), o **Código de Ética Internacional das Parteiras da ICM** (1993), a **Visão Global da**

**ICM para as Mulheres e a sua Saúde** (1996) e através dos pedidos das associações membros, a ICM definiu as competências essenciais para as parteiras.

Nesse sentido, no âmbito nacional, estudar a realidade da qualificação e da competência que os profissionais de enfermagem possuem para atuar na assistência à mulher no parto é um requerimento mais que técnico, é uma exigência social. Isso pode resultar em possibilidades de acompanhamento e avaliação, bem como definição de estratégias de manutenção ou mudanças das propostas de qualificação profissional apresentadas no âmbito governamental, institucional, escolar, associativo e dos movimentos de classe em prol da qualidade da assistência ao parto normal por esses profissionais.

### **1.3 Justificativa**

O presente estudo se *justifica*, uma vez que, em 1998, o Ministro da Saúde institucionalizou a assistência ao parto normal pelo enfermeiro na rede pública e privada de assistência à saúde, ao firmar a Portaria nº 2.815/98, que inclui na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) o procedimento parto normal sem distocia realizado por enfermeiras (os) obstetras. Além disto, a portaria de nº 163/98, ratifica as competências da enfermeira na assistência ao parto sem distocia, com base na Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, e também dispõe sobre o “laudo da enfermeira” para emissão de autorização de internação hospitalar. Também a Portaria nº 985/99 dispõe sobre o Centro de Parto Normal (CPN), cuja equipe mínima é integrada pela enfermeira obstetra.

Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) elaborou, à pedido da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO: gestão 1997-2000), a resolução COFEN nº 223/1999 que dispõe sobre a atuação dos Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal, estabelecendo que compete aos enfermeiros o



acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e, execução e assistência obstétrica em situação de emergência. Nesta resolução é estabelecido para os Especialistas em Enfermagem Obstétrica a competência de assistir à parturiente e ao parto normal, inclusive com realização de episiotomia, episiorrafia e anestesia local, quando necessário. Em outra Resolução COFEN nº 305/2006, dispõe sobre a Regulamentação e Responsabilidades do Enfermeiro em Centro de Parto Normal (Casa de Parto), o que reforça a portaria nº 985/99, que definiu 01 enfermeiro obstetra fazendo parte da equipe mínima neste modelo de atenção ao parto fisiológico.

A categoria de técnicos de enfermagem, com base na Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, que dispõe sobre o exercício de atividades de orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação do planejamento da assistência de enfermagem, tem como atribuição: a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas dos enfermeiros; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e d) participar da equipe de saúde. E sobre os auxiliares de enfermagem, a Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 refere que deve exercer atividade de nível médio, de natureza repetitiva, sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, cabendo-lhes: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações e tratamentos simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e d) participar da equipe de saúde.

Esses fatos que configuram a institucionalização, fiscalização e desenvolvimento da assistência ao parto normal pela enfermeira (o), com o auxílio de sua equipe na rede pública e privada, ratificam que, desde 1998 até o presente momento, a vontade política do MS, COFEN e ABENFO demarcam de forma político-jurídica, as bases legais da prática da enfermagem obstétrica, favorecendo sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e na

Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando-se nesta perspectiva à atuação dos enfermeiros na assistência à mulher e em especial no que se relaciona à assistência ao parto fisiológico.

As conquistas representadas por leis, portarias e resoluções criadas desde 1998, demandam um comprometimento com a qualificação profissional, de modo que equipe de enfermagem realize uma prática legalizada com competência e para a definição de políticas de Recursos Humanos na área da saúde de acordo com sua especialidade. Para tanto, é necessário o respaldo de estudos sobre os conhecimentos e habilidades da prática da assistência ao parto fisiológico pela equipe de enfermagem.

#### **1.4 Hipótese e questões norteadoras**

A evidência de que a redução da mortalidade materna, nos países referenciados, também foi propiciada pela adoção de medidas voltadas para a ampliação da atenção qualificada, como a qualificação profissional e o desenvolvimento de competência. E ainda, a constatação dos altos índices de mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, suscitou entre outras hipóteses para esta problemática, a de que neste município, a mulher é assistida no trabalho de parto e parto fisiológico por profissionais de enfermagem com qualificação e competências diversas na realidade dos serviços de saúde da SMS/RJ.

Assim, com base nesta hipótese, emergiram as seguintes questões norteadoras:

- Qual é o perfil profissional da equipe de enfermagem que atua na assistência à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro?

- Quais são as atividades técnico-assistenciais realizadas pelos profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro?
- Quais são as competências essenciais e adicionais<sup>3</sup> reconhecidas pelos profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro?

## 1.5 Objetivos

Tomando como base a problemática, a sua justificativa, o objeto e a hipótese de estudo, foram traçados os seguintes objetivos:

- Mapear o perfil profissional da equipe de enfermagem que atua na assistência à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro.
- Identificar as atividades técnico-assistenciais realizadas pelos profissionais de enfermagem que atuam na atenção à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro.

---

<sup>3</sup> As habilidades essenciais e adicionais analisadas serão baseadas na competência 4 estabelecidas no documento das Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia/2002 definido pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM), adaptado à atuação da enfermagem obstétrica no Brasil.

- Analisar os conhecimentos e habilidades (essenciais e adicionais) referidos pelos profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro.

A *contribuição* da proposta de um estudo criterioso, a rigor, na modalidade de tese de doutorado, sobre a qualificação e competência da equipe de enfermagem na atenção à mulher ao parto, entendida como uma preocupação nacional (MS, ABENFO) e internacional (OPAS/OMS/ICM), na perspectiva Latina-Americana e internacional respectivamente, sem dúvida, poderá subsidiar, com os dados e resultados encontrados, uma reflexão do perfil de qualificação e atenção dos profissionais de enfermagem, que estão atuando nestas unidades de saúde. Além disso, poderá contribuir na elaboração de estratégias e na definição de políticas de gestão e trabalho em saúde, e de saúde da mulher em especial, para a qualificação e capacitação da equipe de enfermagem na atenção à saúde da mulher no trabalho de parto e parto fisiológico e nesta perspectiva, auxiliar, junto a outras medidas sociais e políticas, na diminuição dos altos índices da morbi-mortalidade materna.

No ensino e na pesquisa o presente estudo poderá subsidiar a adoção de marcos teóricos, metodológicos, e conteúdos programáticos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e de Especialização em Enfermagem Obstétrica condizentes com a realidade dos serviços e necessidades da população feminina, bem como possibilitar outros temas de estudos na linha de pesquisas sobre “Políticas de Saúde da Mulher: modelos de ensinar e de assistir à mulher e ao recém-nascido do NUPESM/DEMI/EEAN/UFRJ” bem como das linhas de pesquisa do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem na área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPENC) do DEMI/EEAP/UNIRIO. Poderá ainda, ser referencia para que os serviços definam sua filosofia e, por conseguinte, direcionem os requerimentos para a qualificação do pessoal de enfermagem.

Na perspectiva internacional, os resultados deste estudo subsidiarão um amplo projeto sobre Mapeamento dos Serviços de Obstetrícia/Parteiras nas Américas coordenado pela OMS/OPAS, que tem o propósito de prestar um apoio aos países que tem essa necessidade, a fim de promover uma maternidade sem risco em toda América Latina e Caribe.

## CAPÍTULO II

### 2 BASES CONTEXTUAIS

Esta parte da pesquisa compreende a descrição e análise de dados, fatos e acontecimentos obtidos a partir de visitas institucionais e de leitura e análise de documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde cujos dados obtidos se constituem na caracterização da estrutura administrativa do sistema de saúde e dos serviços de assistência à mulher no Município do Rio de Janeiro. Além disso, este capítulo trata do ensino de auxiliares e técnicos de enfermagem, do ensino de graduação e dos movimentos em prol da assistência obstétrica pela enfermagem.

#### 2.1- A Estrutura Administrativa do Sistema de Saúde no Município do Rio de Janeiro

A fim de melhor organizar e distribuir os serviços, o Município encontra-se dividido em dez áreas de planejamento – APs (No Rio de Janeiro = AP- 1 ; AP - 2.1; 2.2; AP - 3.1; 3.2; 3.3; AP - 4; AP - 5.1; 5.2; 5.3). Os bairros que compõem cada AP são descritos a seguir:

- **AP-1.0:** Portuária, Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Centro, Rio Comprido, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, São Cristóvão, Madureira, Benfica, Paquetá, Santa Tereza;
- **AP-2.1:** Botafogo, Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Humaitá, Urca, Copacabana, Leme, Lagoa, Ipanema, Leblon, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado;
- **AP-2.2:** Tijuca, Praça da Bandeira, Alto da Boa Vista, Vila Isabel, Maracanã, Andaraí, Grajaú, Rocinha;

- **AP-3.1:** Ramos, Manguinhos, Bonsucesso, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Irajá, Vila Cosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Colégio, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária;
- **AP-3.2:** Inhaúma, Higienópolis, Maria da Graça, Del Castilho, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, Méier, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares;
- **AP-3.3:** Madureira, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Pavuna, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros;
- **AP-4.0:** Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Barra da Tijuca, Joá, Itanhangá, Camorin, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumarí;
- **AP-5.1:** Bangu, Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Senador Camará;
- **AP- 5.2:** Campo Grande, Santíssimo, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba;
- **AP-5.3:** Santa Cruz, Paciência, Sepetiba.

A Secretaria Municipal de Saúde apresentava em seu quadro funcional 15.632 profissionais no ano de 2006, com a seguinte distribuição: 10.901 profissionais que pertencem ao nível superior, 2.871 ao nível médio (1º e 2º graus) e 1.860 ao nível elementar. No âmbito da categoria de profissionais de saúde, destacam-se, 5.222 médicos, 1.445 enfermeiros e 2.518 auxiliares de enfermagem. (Secretaria Municipal de Saúde). Sendo uma relação de 3,6 médicos para 1 enfermeiro.

No ano de 2004, o IBGE estimava que o município do Rio de Janeiro continha 6.021.987 habitantes e que estavam distribuídos no território da seguinte maneira: 256.512 habitantes na AP-1.0, 634.774 habitantes na AP-2.1, 359.775 habitantes na AP-2.2, 887.204 habitantes na AP-3.1, 556.292 habitantes na AP-3.2, 951.198 habitantes na AP-3.3, 733.128 habitantes na AP-4.0, 667.776 habitantes na AP-5.1, 644.726 habitantes na AP-5.2 e 330.634 habitantes na AP-5.3.

Destinados a atenção à saúde da mulher, no ano 2007, o somatório declarado por funcionários do número de leitos nas instituições e também por levantamentos realizados na Secretaria Municipal de Saúde foi observado que existiam 908 leitos efetivos distribuídos entre instituições municipais, estaduais e federais. Esses leitos dividem-se em Pré-parto, Parto e Puerpério. Com a (re) inauguração da Maternidade Leila Diniz houve um aumento de 64 leitos, passando assim, em 2008, para 972 leitos (Quadro 1). As instituições municipais detinham 446 desses leitos de assistência à mulher. As instituições estaduais dispõem de 346 dos leitos e nas instituições federais há oferta de 180 leitos. Assim, dos leitos destinados à assistência a mulher as instituições municipais detem 45,9%, as estaduais 35,6% e as instituições federais 18,5% dos leitos (Quadro 1), o que enfaticamente autoridades, profissionais e a própria sociedade, tem registrado como insuficiente oferta de números de leitos para o município do Rio de Janeiro



**Quadro 1: Distribuição de leitos destinados à assistência à mulher no município do Rio de Janeiro, 2007-2008 .**

<b>Área de Planejamento</b>	<b>Instituições</b>	<b>Leitos</b>	<b>%</b>
1.0	Hospital Maternidade Praça XV	68	7,17
	Hospital dos Servidores do Estado	28	2,95
	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães	62	6,54
	PROMATRE	97	10,23
<b>Total</b>	<b>AP1.0</b>	<b>255</b>	<b>26,89</b>
2.1	Hospital Municipal Miguel Couto	43	4,53
	Instituto Fernandes Figueira	35	3,69
	Maternidade Escola da UFRJ	48	5,06
<b>Total</b>	<b>AP 2.1</b>	<b>126</b>	<b>13,28</b>
2.2	Hospital Universitário Pedro Ernesto	60	6,33
	Hospital Universitário Gaffrée Guinle	25	2,63
	Hospital Geral do Andaraí	24	2,53
<b>Total</b>	<b>AP 2.2</b>	<b>109</b>	<b>11,49</b>
3.1	Hospital Geral de Bonsucesso	32	3,38
	Hospital Municipal Paulino Werneck	16	1,69
<b>Total</b>	<b>AP 3.1</b>	<b>48</b>	<b>5,07</b>
3.2	Hospital Maternidade Carmela Dutra	85	8,96
<b>Total</b>	<b>AP 3.2</b>	<b>85</b>	<b>8,96</b>
3.3	Hospital Maternidade Alexander Fleming	60	6,33
	Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro	44	4,64
<b>Total</b>	<b>AP 3.3</b>	<b>104</b>	<b>10,97</b>
4.0	Maternidade Leila Diniz	64	4,23
<b>Total</b>	<b>AP 4.0</b>	<b>64</b>	<b>4,23</b>
5.1	Casa de Parto David Capistrano Filho	04	0,42
	Hospital Estadual Albert Schweitzer	45	4,77
<b>Total</b>	<b>AP 5.1</b>	<b>49</b>	<b>5,19</b>
5.2	Hospital Estadual Rocha Faria	72	7,59
<b>Total</b>	<b>AP 5.2</b>	<b>72</b>	<b>7,59</b>
5.3	Hospital Estadual Pedro II	60	6,33
<b>Total</b>	<b>AP 5.3</b>	<b>60</b>	<b>6,33</b>
<b>Total</b>		<b>972</b>	<b>100</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Instituições de Saúde

O número de leitos para assistência à mulher no Município do Rio de Janeiro, perfaz um total de 972 leitos e verifica-se ainda, que a Área de Planejamento (**AP**) **1.0** dispõe de um total de 255 leitos, que corresponde aproximadamente 26,2% do total de leitos. A **AP 2.1** apresenta 126 leitos totais, assim possui 13% dos leitos disponíveis. A **AP 2.2** oferece um total de 109 leitos, que percentualmente equivale a 11,2% dos leitos oferecidos. A **AP 3.1** possui um total de 48 leitos, que representa 4,9% dos leitos. A **AP 3.2** tem disponibilidade de 85 leitos, contabilizando 8,7% dos leitos. A **AP 3.3** oferece um total de 104 leitos, que são 10,7% do total de leitos. A **AP 4.0** possui 64 leitos, da recente (re) inauguração da Maternidade Leila Diniz, disponíveis para a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, assim 6,6% dos leitos agora pertencem a esta AP. A **AP 5.1** dispõe de 49 leitos, que representa 5% dos leitos. A **AP 5.2** contempla 72 leitos, que corresponde a 7,4% dos leitos e **AP 5.3** tem 60 leitos, que corresponde a 6,2% dos leitos totais.

É importante observar que a AP1 que tem uma menor população, possui o maior percentual de leitos do estado e a AP4 que possui uma das maiores populações, possui o menor percentual de leitos para assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Este quadro gera os fenômenos da migração e superlotação. As mulheres migram para as áreas programáticas que possuem a assistência desejada ocasionando uma sobrecarga para as outras APs. Em consequência destes fenômenos, a qualidade da assistência à mulher é prejudicada pela dificuldade de encontrar um leito disponível, pela demora do atendimento nas salas de espera da emergência e pela sobrecarga de atividades assistenciais que o profissional tem que realizar.

## 2.2 O Perfil Epidemiológico da Mulher no Município do Rio de Janeiro

O perfil epidemiológico da mulher residente no Município do Rio de Janeiro é caracterizado, tomando como recorte temporal o período que compreende os anos de 2000 a 2008, especificando a população total, número de mulheres em idade fértil e nascidos vivos; taxa de mortalidade neonatal (precoce, tardia); coeficiente de mortalidade materna e porcentagens de cesareanas, parto normal e consultas de pré-natal.

**Quadro 2: População total, número de mulheres em idade fértil e número de nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, 2007**

	<b>População Total</b>	<b>Nº Mulheres em Idade Fértil</b>	<b>Nº de Nascidos Vivos</b>
<b>Município</b>	6.178.762	1.924.861	82.469

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

O total da população residente no município do Rio de Janeiro, em 2007, foi de 6.178.762. Deste montante, 1.924.861 (31,2%) são mulheres em idade fértil, o que demonstra a importância das políticas de saúde voltada ao planejamento das gravidezes e aos direitos reprodutivos. Pode-se observar também que 82.469 nascidos vivos representam 4,28% das mulheres em idade fértil (1.924.861). Neste sentido, as políticas de incentivo e acesso ao pré-natal, parto e puerpério de qualidade, que respeitem a mulher em sua cidadania, devem ser cada vez mais priorizadas para se evitar a mortalidade materna por causas preveníveis (Quadro 2).

**Quadro 3: Taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia (por 1000 nv) no município do Rio de Janeiro, 2004-2008**

Ano	Município	
	Precoce	Tardia
2004	6,5	2,18
2005	6,5	3,0
2006	6,7	2,1
2007	6,1	2,1
2008	6,0	2,5

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

No município do Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade neonatal precoce, que é a morte do recém-nascido que ocorre do nascimento até 6 dias de vida, não apresentou mudanças significativas, estando em torno de 6,0 a 6,7 por 1000 nascidos vivos neste período de 2004 a 2008. O mesmo ocorre com a taxa de mortalidade neonatal tardia, que é a morte do recém-nascido com 7 a 28 dias de vida, uma variação pequena neste período de 2004 a 2008, com valores entre 2,18 a 3,0 por 1000 nascidos vivos. Assim, não se obteve a resposta quantitativa aos esforços empregados na melhoria da atenção à essa faixa etária. Também, pode-se observar que a mortalidade neonatal precoce é maior do que a mortalidade neonatal tardia. A mortalidade precoce tem como principal causa o desconforto respiratório e a tardia, a septicemia bacteriana do recém-nascido, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Quadro 3).

**Quadro 4: Distribuição da Razão de Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, 2004-2007**

Ano	Coeficiente de Mortalidade Materna	
	Município	
2004	52,3	
2005	46,1	
2006	50,1	
2007	61,0	

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

No município do Rio de Janeiro entre 2004 e 2007 houve uma oscilação na Razão de Mortalidade Materna com os extremos de 46,1 e 61,0. Apesar do decréscimo de 6,2, em 2005, não se obteve alteração significativa nesta Razão de Mortalidade Materna, de 2006 para 2007 houve inclusive uma aumento de 11 casos, sendo ainda insuficiente para se chegar ao que determina a OMS que é de no máximo 20 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos (Quadro 4).

**Quadro 5: Porcentagem de cesarianas e partos normais no município do Rio de Janeiro, 2004-2007**

Ano	Município	
	Parto Normal (%)	Cesareana (%)
2004	50,5	49,5
2005	48,7	51,3
2006	48,7	51,3
2007	49,9	50,1

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

No período compreendido entre 2004 a 2007 observa-se uma alta porcentagem de cesarianas, com o mínimo de 49,5% em 2004 e máximo de 51,3% nos anos de 2005 e 2006 no

município do Rio de Janeiro, observando-se em 2007 uma queda de um ponto percentual. A Portaria MS/GM nº466, de 10 maio de 2000, estabelece os limites percentuais máximos de cesarianas em relação ao total de partos realizados nos estados do Brasil. No Rio de Janeiro o definido como percentual máximo é de 35%, além disso, a portaria estabeleceu uma meta de redução gradual dos partos cirúrgicos em cada estado no período de 2000 a 2008. No Rio de Janeiro esta meta era de somente 25% dos partos, em 2008, serem cirúrgicos. Os profissionais que atuam na saúde suplementar, ao realizarem as cesarianas eletivas, muito contribuem para esta alta porcentagem de procedimentos cirúrgicos, dificultado o estado no alcance da meta estabelecida (Quadro 5).

**Quadro 6: Consulta de pré-natal no município do Rio de Janeiro, 2004-2007**

Ano	Município	
	Sem Consulta (%)	7 ou + (%)
2004	3,3	67,6
2005	2,9	68,8
2006	2,7	67,5
2007	2,7	68,4

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

Do ano de 2004 para 2007 houve um pequeno decréscimo de mulheres que não realizaram o pré-natal. Já o registro, neste período, de mulheres com sete consultas ou mais, pode-se observar que praticamente se manteve constante. O ideal, quantitativamente falando, é que a mulher realize pelo menos seis consultas de pré-natal, o que não acontece em uma boa parte dos serviços pré-natais. Além disso, a qualidade da assistência pré-natal prestada deve ser constantemente avaliada pelos gestores que tem como finalidade a redução da mortalidade materna pela qualidade da atenção prestada (Quadro 6).

## **2.3 O Ensino e a qualificação dos auxiliares e técnicos de enfermagem**

### **2.3.1 As características gerais dos cursos de enfermagem no Brasil**

No Brasil a equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro (nível superior), pelo técnico em enfermagem (nível médio) e pelo auxiliar de enfermagem (nível fundamental).

Os cursos de auxiliar e técnico em enfermagem se diferenciam pela carga horária teórica e prática estabelecida, além disso, os conteúdos teóricos e práticos dos auxiliares são de menor complexidade do que a ensinada ao técnico em enfermagem. Os cursos se baseiam na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, na Lei Federal nº 9.394/96 que estabelece diretrizes para cursos básicos, técnicos e tecnólogo, bem como em leis vigentes na Secretaria de Educação de cada Estado a que pertença. Os cursos de auxiliar de enfermagem são formatados com um total aproximado de 1400 horas, sendo 1000 horas de teoria e 400 de prática. Já para o curso técnico de enfermagem a carga horária abrange 1.800 horas, divididas em 1.200 horas de teoria e 600 horas de prática. Esses cursos devem capacitar esses profissionais para realizar as técnicas e cuidados de enfermagem em procedimentos de baixa e média complexidade, com enfoque em uma formação geral da área da saúde, supervisionados pela enfermeira (o).

Os auxiliares e técnicos em enfermagem desempenham um papel fundamental na assistência obstétrica no que diz respeito aos cuidados de higiene, conforto, procedimentos de enfermagem e percepção de estados não fisiológicos do parto e nascimento, mantendo comunicação imediata com o enfermeiro para que este possa avaliar e realizar as intervenções necessárias, constituindo-se desta forma um trabalho coletivo pela equipe de profissionais de enfermagem.

## **2.4 O Ensino da Graduação e da Pós-Graduação na Qualificação do Enfermeiro**

### **2.4.1 As características, possibilidades e limitações dos cursos de graduação em enfermagem das Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro<sup>4</sup>**

A trajetória histórica de lutas da enfermagem obstétrica apresentou reflexos nas propostas curriculares e planos de estudo, que foram observados em alguns aspectos no ensino da assistência à mulher no parto normal nas universidades públicas do Estado do Rio de Janeiro.

No estudo realizado em nível de mestrado, foi constatado que o currículo de enfermagem, especialmente em relação à prática obstétrica, é um espaço de lutas entre categorias profissionais (enfermeiras, médicos, parteiras) e de gênero (ROCHA, 2002). Os entraves no campo da prática, pela hegemonia médica, dificultam o processo do ensino de um parto assistido de forma expectante e fisiológico. É também um campo de luta, divulgação e garantia do reconhecimento de todos os profissionais, já que o parto normal é atribuição legal também do enfermeiro. Em muitas ocasiões, há proibição, pela equipe médica (CREMERJ), da atenção ao parto normal pelo enfermeiro na instituição de saúde, porque há falta de vontade política dos administradores, principalmente médicos, acreditando-se que os mesmos são responsáveis e assinam pelo parto assistido por outro profissional, considerando-o um ato médico o que é um ato legalmente atribuído ao enfermeiro.

Apesar do respaldo legal, ainda se encontram instituições que não aceitam o enfermeiro assistindo à mulher no parto normal; assim, o ensino fica prejudicado pela falta de campo de estágio e de mercado adequados, ocasionado pelas restrições das ações na prática

---

<sup>4</sup> Síntese das conclusões da dissertação de mestrado, de minha autoria, defendida em 2002 na EEAN/UFRJ. Intitulada: “Programas de Ensino da Assistência à Mulher no Parto Normal: currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem de Escolas Governamentais do Estado do Rio de Janeiro”.



acadêmica, o que sem dúvida alguma ocasiona dificuldades para a inserção da enfermeira no mercado de trabalho em instituições de saúde da rede pública e privada.

O desconhecimento de algumas autoridades de saúde (nível central e nível institucional) e da maioria dos profissionais de saúde sobre as bases ético-legais do ensino e da prática da enfermagem obstétrica, faz refletir sobre o quanto essas atribuições legalmente estabelecidas precisam ser divulgadas, para que o direito à prática da assistência ao parto normal pelo enfermeiro seja reconhecido e legitimado, e não apenas “concedido” ou “delegado”.

Com a compreensão do parto normal como processo fisiológico e, de que a assistência deve respeitar o momento da natureza, as universidades governamentais, em seus cursos de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro estão em constante processo de revisão e mudança curricular, visando adequar-se às propostas nacionais e internacionais do parto humanizado, menos intervencionista e mais expectante, buscando nessas bases a capacitação profissional para a qualificação da assistência. Além disso, os direitos da mulher, a condição de cidadania e a avaliação de critérios de risco retratam os conteúdos que não poderiam faltar num modelo de ensinar e assistir, centrado na mulher, sujeito ativo da experiência de parir e não nos coadjuvantes que são os profissionais.

Quanto às experiências que não podem faltar no ensino, destacam-se o acompanhamento pré-natal, o acompanhamento do trabalho de parto hospitalar, a assistência à mulher no alojamento conjunto e acompanhamento domiciliar pós-parto, com a valorização da apropriação pela mulher do seu próprio corpo, incentivando a sua participação em todas as fases do parto normal. Assim, coloca-se em evidência o conhecimento da fisiologia do parto.

Alcançar uma coerência entre o que se ensina e o que se pratica para tratar da contradição entre a teoria e a prática é um problema presente nas faculdades em duas direções. Uma direção é o ensino da teoria que não corresponde à prática; assim, no campo de

estágio, há a necessidade de improvisar a situação da teoria. Na direção oposta, coloca-se a teoria segundo a prática do campo de estágio, mas nem sempre o que se encontra no campo é o melhor para o aluno e a parturiente.

O diminuto número de docentes qualificados e a reduzida carga horária tanto teórica como prática, são aspectos que também limitam o ensino da assistência ao parto normal, já que este necessita de profissionais experientes, especializados na área e capacitados para a docência, além de tempo para desenvolver habilidades básicas e essenciais nos alunos para que se tornem profissionais competentes.

No estudo realizado em nível de mestrado, também foi constatado que o currículo de enfermagem reflete interesses político-sociais nacionais (MS e MEC), internacionais (OMS) e institucionais na área da saúde e da economia. O apoio político governamental, de formas também influenciadoras, constituído por dispositivos legais (pareceres e resoluções), programas, financiamento de cursos de capacitação e qualificação, tem trazido, em parte, melhorias para o ensino e a prática da assistência ao parto normal realizado pelos enfermeiros (ROCHA, 2002).

As ações políticas estão ajudando na melhoria da gestão dos serviços e da assistência ao parto normal, influenciando no enfoque teórico-prático do currículo, com conteúdos que vão além do biológico, incluindo os aspectos psico-sócio-culturais conforme Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem. Apesar de o processo ser demorado, a expectativa é de maior número de enfermeiros obstetras formados em cursos com o apoio financeiro que o MS tem oferecido, principalmente para os cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, ocorrendo, assim, um fortalecimento do ensino e dessa prática, com a participação das Universidades públicas do país.

Além disso, o estudo que realizamos no curso de mestrado, evidenciou que o currículo constitui-se de conhecimentos em uma busca gradativa por saberes científico-acadêmicos

socialmente válidos que tendem a evoluir de uma ótica mais utilitária para uma ótica mais teórica. O ensino da assistência ao parto, atualmente tem a sua estrutura na herança do modelo biomédico, no qual sempre procurou se embasar para obter o reconhecimento e a confiança técnica na prática obstétrica. O currículo já foi montado no molde intervencionista, ou seja, biomédico. Esse reconhecimento foi até conquistado de forma isolada por alguns profissionais, mas não como uma conquista da categoria profissional e muito menos da sociedade (ROCHA, 2002).

Os professores, em alguns momentos e situações, têm que adequar a teoria à prática, privilegiando conteúdos patológicos em detrimento dos processos fisiológicos, por se tratar de uma maternidade que serve de prática ao ensino, mas é de alto risco. Assim, os conteúdos refletem o que os alunos vão encontrar no campo de estágio; por isso, talvez, ainda o parto normal se encontre muito baseado no modelo biológico e instrumentalizado. As novas teorias de assistência ao parto normal ficam em segundo plano no ensino por falta de estrutura adequada no serviço.

Quanto à contribuição da graduação para a formação do enfermeiro na assistência ao parto normal, dois aspectos básicos são destacados: de um lado, o estímulo do aluno na área, determinando sua opção e seu interesse pelo seu desenvolvimento profissional através de atividade de estudo e cursos de pós-graduação; de outro, a conscientização do aluno e seu compromisso técnico e social quanto à sua responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem em áreas específicas de interesse profissional.

Quanto aos subsídios técnico-científicos, é importante que os alunos estejam preparados teoricamente para assistir as situações fisiológicas de parir e nascer, bem como para identificar complicações, situações de emergência e/ou de alto risco.

As (re) estruturas curriculares são apontadas como mudanças fundamentais para promover, em parte, a introdução de inovações no ensino da assistência à mulher no parto, incluindo as situações de emergência e de alto risco.

Assim, as modificações requeridas nesse ensino, reconhecidas pela categoria seriam: a retirada da visão exclusivamente biológica do parto normal e conseqüentemente da prática intervencionista, o aumento da carga horária para o ensino e a prática, a introdução de conteúdos prévios ao ensino da assistência à mulher no parto normal que atendam a todos os alunos, na recuperação de conteúdos básicos (anatomia e fisiologia), de fundamentos de enfermagem, e a assistência à mulher que contemple todo o ciclo vital e a cidadania.

O desenvolvimento dos recursos humanos caracteriza-se por duas questões básicas: uma relacionada com o insuficiente número de docentes para o ensino na área e outra como excessivo número de alunos que caracterizam as turmas e os grupos de alunos, para o ensino teórico e prático, respectivamente.

O ensino e a assistência da enfermagem obstétrica apresentam requererem: a incorporação de inovações conceituais nos currículos correspondentes a uma prática desejada pela sociedade; melhor distribuição dos conteúdos por área de conhecimento; aprofundamento dos estudos e construção de um referencial teórico consistente para o ensino da assistência ao parto normal dentro dos ideais da prática obstétrica da Maternidade Segura e da enfermagem; a formação de maior número de especialistas; a contratação de maior número de professores experientes e especialistas; a construção de campos modelos para o ensino da assistência ao parto humanizado, com a participação ativa da parturiente, a exemplo das casas de parto; a seleção do que é adequado para a mulher e não para o profissional no modelo biomédico de assistir à mulher no parto. E a assistência também é um componente desse processo, na medida em que aceita o desafio imposto pelos programas governamentais de serem vivenciados por todos os profissionais de forma institucionalizada; capacitação dos

enfermeiros que trabalham no centro obstétrico; divulgação e reconhecimento do respaldo legal e da competência técnica do enfermeiro para assistência ao parto normal distócico; proposição do trabalho em equipe e construção de um vínculo com as instituições de ensino. E os Conselhos, as Associações das categorias e cada profissional enfermeiro devem estabelecer estratégias de como fortalecer a nossa identidade profissional na área da saúde e na sociedade.

#### **2.4.2 As características gerais dos cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro**

No Brasil, o governo Federal, no âmbito do Ministério da Educação e da Saúde e as Universidades, principalmente as públicas, tem empreendido esforços para capacitar as (os) enfermeiras (os) para atuarem na área da saúde da mulher, enfatizando a atenção à mulher no trabalho de parto e parto, principalmente na década de 1998 a 2008. Apesar de todas as lutas empreendidas em conjunto com as entidades de classe, sabe-se que ainda tem-se um grande desafio para alcançar as metas almeçadas como explicita o texto a seguir:

As autoras são testemunhas dos esforços envidados pelo governo federal, no âmbito do Ministério da Educação e da Saúde, pelas entidades de classe: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), Conselho Federal de Enfermagem (COFEn/COREn`s) e movimentos societários quando reconhecem que esse processo de qualificação e titulação foi, e ainda é, um dos grandes desafios para a enfermagem brasileira (SACRAMENTO E TYRRELL , p.425, 2006)

Sacramento e Tyrrell (p.425-426, 2006), ressaltam principalmente a necessidade de formar enfermeiros, comprometidos com a construção da cidadania e com a abordagem holística na atenção à mulher, que focalizam a mulher como sujeito ativo na vivência do trabalho de parto e parto e este suplantar o modelo conservador/biologista que prioriza a

técnica, a intervenção e a medicalização. Além disso, apontam sobre a importância de que os cursos tenham uma avaliação externa para que ocorra uma busca permanente pela excelência desejada.

Apesar de não se ter uma avaliação externa às Universidades, algumas providências foram tomadas pelos órgãos governamentais desde 2001 que ajudaram no processo de estabelecer normas que visem qualificar o curso, dentre eles a criação da resolução nº1, de abril de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara de Ensino Superior (CES), que estabeleceu normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação, a portaria nº 1180, de 06 de maio de 2004 do Ministro de Estado e Educação, que instituiu uma Comissão Especial de Acompanhamento e Verificação dos Cursos de Especialização, integrada por representantes da Secretaria de Educação (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), para verificar o cumprimento das disposições estabelecidas pela Resolução CES/CNE nº1/2001, o que em 2005, determinou a publicação da Portaria nº 328/2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Cadastro de Cursos de Pós-Graduação Lato-Sensu, no INEP, após 60 dias de sua criação (SACRAMENTO E TYRRELL p.429, 2006).

No Rio de Janeiro, atualmente, há três Universidades Públicas das quatro existentes no Rio de Janeiro que oferecem Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica financiado pelo Ministério da Saúde e também na modalidade de Curso Auto-Sustentável, além de outras Universidades Particulares que promovem cursos auto-financiados pelos profissionais de enfermagem. O planejamento e a avaliação dos cursos devem seguir alguns critérios adotados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, que são resumidos no Quadro 7.

**Quadro 7: Critérios de planejamento e avaliação dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica adotados pelo ministério da saúde e pelos cursos auto-sustentáveis. Brasil, 2006.**

<b>Critérios</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>Cursos Auto-Sustentáveis</b>
Carga Horária	400 a 600	400 a 1200
Duração	6 a 12 meses	6 a 12 meses
Objetivos	Capacitar a enfermeira para assistir ao parto normal, identificar riscos obstétricos e perinatal, com bases epidemiológicas, clínicas e humanísticas no contexto do SUS.	Qualificar profissionais na área de Enfermagem Obstétrica para assistência materno-infantil; capazes de melhorar o ensino da Enfermagem Obstétrica no País; conduzir levantamento de dados; analisar e procurar soluções para problemas de assistência em Enfermagem Obstétrica empregando o método científico na investigação.
Clientela	80% de enfermeiras da rede ambulatorial e hospitalar SUS e Programa da Família (PSF) e 20% da área da educação e/ou privada	Enfermeiras
Experiências	20 partos normais 15 acompanhamentos pré-natais 15 acompanhamentos de recém-nascidos 20 acompanhamentos de puérperas 15 consultas ginecológicas	20 a 50 partos normais 100 pré-natais 20 acompanhamentos ao parto cirúrgico 70 acompanhamentos de puérperas
Avaliação Final	Monografia ou relatório, TCC	Monografia

Fonte: Sacramento e Tyrrell (p.427, 2006)

Nos critérios de planejamento e avaliação dos cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica descritos no Quadro nº 7 pode-se perceber que as experiências exigidas são suficientes para qualificar o profissional, embora muitas das vezes não sejam suficientes para torná-lo competente. A rigor, isto se traduz em um profissional que obtém a teoria, o saber-fazer, mas não tem a habilidade e experiências suficientes para o saber-agir e o

saber-criar diante das situações que emergem na prática da assistência à mulher no trabalho de parto e parto. Esta habilidade exige maior carga horária de treinamento prático.

Apesar de algumas limitações dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, estes contribuem para o desenvolvimento e fortalecimento desta área de conhecimento, com aumento do número de profissionais qualificados, das pesquisas desenvolvidas nos trabalhos de conclusão de curso, da constante busca dos docentes pelo aperfeiçoamento e avaliação do curso a cada turma formada, numa perspectiva de filosofia de saúde pública com características de coerência da atual política de saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS).

## **2.5 Contexto de Lutas da Enfermagem Obstétrica**

A trajetória histórica da enfermagem obstétrica demonstra um caminho de lutas com ganhos, perdas e (re)conquistas, em um movimento complexo da categoria com característica não linear. O parto normal sem distocia assistido pela enfermeira é apoiado no âmbito da prática ou não, dependendo dos interesses profissionais, institucionais, econômicos e políticos, apesar da existência da Lei do Exercício Profissional 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 que respalda a legalidade desta assistência. A dependência dos interesses traz momentos limitados de apoio e outros de resistência à assistência ao parto fisiológico realizado pela enfermeira obstetra. Isto repercute na prática assistencial e no ensino, entre outras coisas, pelo entrave estabelecido nas instituições de saúde à atuação profissional e ao ensino prático, pelo menor número de enfermeiros capacitados e pela não aceitação pública de forma plena pela falta de clareza da sociedade da identidade profissional do enfermeiro obstetra.



Essa trajetória é acompanhada pelos movimentos feministas, pelas entidades de classe, em especial pela Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), que emergiu da criação em 1954, da Associação Brasileira de Obstetizes (ABO), e criada em 1989, tem como missão, por nós interpretadas, de representar esta categoria, propiciando desenvolvimento técnico-científico e social na perspectiva da humanização, fazendo com que a equipe de saúde respeite o espaço de atuação e propicie para as mulheres um reencontro com a sua natureza, respeitando sua autonomia, sua individualidade e a escolha de cada família no momento da gestação, parto e nascimento.

Essa missão é discutida em congressos, encontros e movimentos de lutas. O congresso é bianual e é denominado Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON/ABENFO) que ocorre desde 1999. Os encontros no Rio de Janeiro são anuais alternados em Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal desde 2006 e Encontro de Enfermagem Ginecológica desde 2007 (ABENFO). As lutas são realizadas sistematicamente pelos membros desta entidade e intensificada quando os direitos das mulheres e dos profissionais de enfermagem são cerceados.

## CAPÍTULO III

### 3. BASES CONCEITUAIS

Este capítulo trata de alguns conceitos utilizados na pesquisa que foram baseados em estudos de Philippe Perrenoud, que é um sociólogo suíço, professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade de Genebra e de Patrícia Benner (1984), enfermeira, docente da Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, São Francisco (USA), ambos estudiosos, dentre outros assuntos, do tema competências e que serão aplicados na análise dos dados. Também neste capítulo é explicitado o que são considerados conhecimentos e habilidades essenciais e adicionais tomando-se como base a Confederação Internacional das Parteiras (ICM). A definição de conceitos ocorre porque os termos “qualificação” e “competência” são polissêmicos; ou seja, podem apresentar vários significados que para efeitos de pesquisa podem alterar interpretações e resultados finais.

Assim, o enfoque que está sendo assumido nesta pesquisa é o das competências técnicas construídas, onde será verificado de um lado o “saber-fazer”, que inclui as dimensões teórico-práticas adquiridas na qualificação formal e na experiência profissional e de outro lado o “saber-agir”, que são as habilidades necessárias para saber intervir diante de eventos inesperados, como por exemplo, uma reanimação neonatal ou o manejo ativo do pós-parto.

Este enfoque implica na compreensão de que os profissionais de enfermagem, para a atenção qualificada ao trabalho de parto e parto normais no “saber-fazer” e “saber-agir” devem ter apreendido e desenvolvido experiências e atividades curriculares em duas perspectivas de trabalho: de habilidades essenciais e adicionais conforme definidas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM).

### 3.1 A gênese e o desenvolvimento das competências profissionais

Na perspectiva, tanto de Perrenoud (1999) quanto de Benner (1984), a competência possui uma gênese que começa com esquemas simples de raciocínios explícitos, com decisões conscientes, inferências, hesitações, ensaios e erros. E assim, após a redundância fortíssima de situações semelhantes, um complexo esquema se estabiliza e o sujeito reage quase que de forma instantânea e assim, um grau de habilidade é alcançado. No enfrentamento de eventos inesperados e/ou ainda não vivenciados, em um grau ainda mais elevado de competência, o profissional é capaz de acionar seus esquemas de ação e recombina-los para solucionar o problema.

Patrícia Benner (1984), estabeleceu cinco estágios de desenvolvimento das habilidades que são: 1) Principiante, 2) Principiante Avançado, 3) Competente, 4) Proficiente e 5) Experto.

**Quadro 8: Os cinco estágios de desenvolvimento das habilidades**

<b>Principiante</b>	<b>Principiante Avançado</b>	<b>Competente</b>	<b>Proficiente</b>	<b>Experto</b>
Necessita seguir regras.	Necessita seguir regras.	Planejamento consciente.	Entende a situação como um todo e modifica planos de acordo com a situação. Observa quando o panorama não se concretiza.	Grande bagagem de experiências. Compreende cada situação.
Não tem experiência.	Algumas experiências.	2 a 3 anos no setor.		
Não estabelece prioridades.	Ajuda para estabelecer prioridades.	Estabelece prioridades.		

Fonte: Patrícia Benner, 1984.

Na evolução destes níveis, para Benner (1984) utilizando o modelo Dreyfus de aquisição de habilidade, observou que ocorrem três mudanças nos aspectos gerais na execução da habilidade. Um é o movimento de transcender a dependência sobre princípios abstratos, seguindo para o uso de experiências concretas. O segundo é a mudança na

percepção do aprendiz sobre a situação em demanda, a situação é vista cada vez menos como uma compilação de partes igualmente relevantes, e cada vez mais como um todo em que somente certas partes são relevantes. O terceiro é a passagem de observador imparcial para performer envolvido, criando seu próprio papel de atuação e não mais ficando de fora da situação, mas agora, envolvido na situação.

**No estágio 1 denominado de *Principiante***, Benner (1984) define que os iniciantes não possuem experiência das situações em que era de se esperar em uma atuação. Eles possuem o aprendizado de técnicas e outras atividades que são objetivas tais como: peso, balanço hídrico, temperatura, pressão sanguínea, pulso.

O ponto central da dificuldade, para Benner (1984), está no fato de que os principiantes não possuem experiência de alguma das situações com que se deparam, por isso a princípio deve-se dar a eles as regras para guiar a sua performance. Porém, seguir regras, sem uma análise do contexto vai *contra* a uma performance bem sucedida, por muitas vezes serem limitadas e inflexíveis.

Os estudantes de enfermagem e/ou recém-formados entram em uma nova área clínica como principiantes; eles têm pouco entendimento do significado contextual dos termos recentemente aprendido nos livros-textos. Mas os estudantes e/ou recém-formados não são os únicos principiantes; qualquer profissional de enfermagem que entra em um ambiente clínico onde não possua experiência com uma determinada população de pacientes pode ficar limitado ao nível de performance do principiante se os objetivos e ferramentas de cuidado ao paciente não forem familiares. Por exemplo: um especialista com profunda experiência em cuidados críticos em adultos estaria no estágio principiante caso fosse transferido para um Centro Obstétrico. O modelo Dreyfus de aquisição de habilidade, é antes de tudo um modelo situacional, que um atributo ou modelo de talento.

**No estágio 2 denominado *Principiante Avançado***, Benner (1984) inclui aqueles que demonstram performance razoavelmente aceitável, aqueles que já lidaram com um número suficiente de situações reais de modo a perceber sozinho ou por indicação do mentor os componentes situacionais significativos recorrentes chamados de “aspectos da situação” no modelo Dreyfus.

Os *aspectos*, em contraste com os atributos descontextualizados e mensuráveis ou as listas de procedimentos que são aprendidas e utilizadas pelo principiante, exigem experiência anterior com situações reais para o seu reconhecimento. Os aspectos incluem características globais e totais que somente podem ser identificadas através de experiência anterior. (op.cit.)

Os principiantes precisam de ajuda, por exemplo, para estabelecer prioridades, uma vez que operam seguindo diretrizes gerais e estão somente começando a perceber padrões significativos recorrentes em sua prática clínica. Neste caso, o cuidado de enfermagem aos pacientes precisa do apoio de profissionais que tenham alcançado ao menos o nível competente de habilidade e performance, para assegurar que importantes necessidades ao paciente não fiquem sem atendimento, pois o principiante avançado ainda não é capaz de determinar o que é o mais importante.

**Já no estágio 3 denominado *Competente***, termo de estudo adotado neste trabalho, Benner (1984), diz que se caracteriza pelo profissional que está no mesmo emprego vivenciando situações iguais ou semelhantes há dois ou três anos, se desenvolve quando o profissional começa a ver as suas ações em termos de objetivos ou planos de longo prazo de que ele ou ela tem plena consciência. O plano dita quais atributos e aspectos da situação presente e futura devem ser considerados mais importantes e aqueles que podem ser ignorados. Assim, para o profissional competente, um plano estabelece uma perspectiva, e este plano é baseado em uma contemplação consciente, abstrata e analítica do problema.

O profissional de enfermagem competente não possui a velocidade e a flexibilidade do proficiente, mas ele tem um sentimento de domínio e a habilidade de lidar e administrar os muitos imprevistos da enfermagem clínica. O planejamento consciente e deliberado, característico deste nível de habilidade ajuda a atingir a eficiência e a organização, portanto a qualidade da gestão dos serviços.

**No estágio 4 denominado *Proficiente***, Benner (1984), *refere que o proficiente* percebe as situações como um todo em vez de vê-las em termos de aspectos. A percepção é a palavra chave aqui. A perspectiva *não* é calculada e sim “se apresenta” baseada na experiência e acontecimentos recentes.

O profissional proficiente aprende por experiência, que eventos típicos esperados em uma determinada situação e como os planos precisam ser modificados em resposta a estes acontecimentos. Devido a esta habilidade, baseada na experiência, de reconhecer as situações como um todo, o profissional proficiente já pode reconhecer quando o panorama normal esperado não se concretiza. Esta compreensão holística aumenta a capacidade de decisão do profissional proficiente; torna-se menos trabalhoso, pois o enfermeiro já possui uma perspectiva sobre quais dos muitos atributos e aspectos existentes são os mais importantes. Ao passo que a pessoa competente ainda não possui experiência suficiente para reconhecer uma situação em seu panorama total ou em seus aspectos mais salientes e importantes, o performer proficiente considera menos opções e tem habilidade em se concentrar em um ponto preciso do problema.

É o “performer proficiente” que consegue com mais frequência reconhecer o agravamento ou problemas no paciente antes que mudanças explícitas nos sinais vitais aconteçam, de tal forma que possuem elementos mais efetivos para as medidas de promoção, ampliando a qualidade da assistência. A performance proficiente pode ser encontrada em profissionais que trabalham com populações semelhantes de pacientes por aproximadamente

três a cinco anos. Este período de tempo ainda é uma estimativa e aguarda futuras pesquisas. A performance proficiente regressará ao nível competente e analítico quando uma novidade ou necessidade por uma descrição analítica de procedimento ocorrerem.

**E no último estágio 5, denominado *Experto*** Benner (1984), diz que o experto não mais depende de um princípio analítico (regra, diretriz, axioma) para ligar o seu entendimento da situação à ação apropriada. O profissional de enfermagem experto, com uma enorme bagagem de experiência, já compreende intuitivamente cada situação e se concentra no foco do problema sem perder tempo com considerações de diagnósticos e soluções alternativas e improdutivas. O experto age a partir de um entendimento profundo da situação total.

Porém, isso não significa que o experto *nunca* utilize ferramentas analíticas. Uma habilidade analítica altamente desenvolvida faz-se necessária naquelas situações em que o enfermeiro não possui experiência anterior. As ferramentas analíticas são também necessárias naquelas horas em que o experto se engana em uma situação e então descobre que eventos e comportamentos não estão ocorrendo como o esperado. Quando perspectivas alternativas não estão disponíveis para o profissional de saúde a única saída de um engano é resolver o problema de forma analítica. É fácil reconhecer um profissional de saúde experto, pois ele freqüentemente realiza julgamentos clínicos ou gerencia situações clínicas complexas de maneira verdadeiramente extraordinária.

O alcance dos profissionais de enfermagem aos diversos níveis de habilidades não pode ser avaliado somente pela qualificação como único fator importante para o profissional, pois se assim for feito se está diante de um modelo “Taylorista”, mecanicista já ultrapassado. A qualificação pelo modelo Taylorista, torna os profissionais que possuem os mesmos diplomas, trabalhadores iguais, não levando em conta a subjetividade do trabalhador, como a criatividade e a iniciativa (TOMASI, p.13, 2004). Além disso, Perrenoud (1999, p.34) diz que *“Toda competência está fundamentalmente ligada a uma prática social de certa*

*complexidade*”. No caso da assistência à mulher no parto normal observa-se que várias práticas sociais e culturais vão nortear os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para definir o profissional como competente.

Assim, a própria determinação de profissional competente ultrapassa o “saber-fazer”, o “saber-agir”, o “saber-pensar”, a qualificação formal e o conhecimento adquirido na experiência laboral. Ele apresenta influência e parâmetros de avaliação sócio-político-cultural local, nacional e internacional. E por essa avaliação possuir uma grande amplitude que é dado o enfoque aos parâmetros de competência estabelecidos pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002).

### **3.2 Os conhecimentos e as habilidades para uma prática assistencial segura no parto**

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM)<sup>5</sup>, definiu as competências essenciais para as parteiras. E é totalmente compreensível que estas competências possam ser consideradas completas, em algumas áreas do mundo, mínimas ou insuficientes em outras áreas e de transição em outras, como é o caso do Brasil e no município do Rio de Janeiro em especial. Alguns conhecimentos e habilidades estão separados em uma categoria “adicional”. Isto permite uma variação na preparação e prática das parteiras (enfermeiras (os) obstetras) através do mundo, dependendo das necessidades da nação e /ou comunidade local delas (ICM, 2002).

Igualmente, reconhece-se que as parteiras recebem conhecimento e habilidades por vários caminhos educacionais. Estas competências são escritas para ajudar a orientar as

---

<sup>5</sup> Tradução em 2002: Leila Maria Geromel Dotto. Revisão em 2002: Anne Marie Weissheimer. Revisado em 2007 por Cristiane Rodrigues da Rocha e Maria Antonieta Rubio Tyrrell. Texto original em inglês: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)



parteiras e as associações de parteiras responsáveis pela educação e prática obstétrica no país ou região. As competências essenciais são diretrizes para quem estiver interessado em desenvolver a educação da parteira, do mesmo modo serve de informação para organismos governamentais e outras esferas que estabelecem normas, e que precisam entender o que é uma parteira, o que uma parteira faz, e como a parteira aprendeu a ser parteira (ICM, 2002).

É esperado que este documento seja submetido à avaliação contínua, enquanto é usado pelo mundo inteiro, pois há mudanças nas necessidades de cuidados de saúde às mulheres em idade reprodutiva e as suas famílias de acordo com o contexto político e sócio-cultural dos países (op.cit).

Os **conceitos-chaves da obstetrícia** que definem o papel específico das parteiras na promoção da saúde das mulheres em idade reprodutiva e de suas famílias incluem: parceria com as mulheres para promover seu autocuidado, na saúde das mães, de seus filhos e suas famílias; o respeito à dignidade humana, considerando as mulheres como pessoas possuidoras de todos os direitos humanos; defesa para as mulheres a fim de que suas vozes sejam ouvidas; sensibilidade diante de valores culturais, inclusive trabalhando com as mulheres e provedores de cuidado de saúde, na tentativa de superar práticas culturais que prejudiquem as mulheres e seus bebês; ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças de maneira a ver a gravidez como um evento normal da vida. As parteiras reconhecem que a equidade de posição social para as mulheres trará maior impacto na saúde global materno-infantil, por assegurar nutrição adequada, água limpa e serviços de saúde pública; assim elas são comprometidas com a melhoria das condições básicas de vida, como também promovem serviços de obstetrícia competentes. (op.cit)

**O alcance da prática** obstétrica descrita ao longo deste documento é construído pela definição Internacional da Parteira (ICM/WHO/FIGO, 1992). A prática obstétrica inclui o cuidado autônomo da menina, adolescente e da mulher adulta, antes, durante e depois da

gravidez. Isto significa que a parteira dá supervisão necessária, cuidado e aconselhamento às mulheres durante gravidez, o parto e no período pós-parto. A parteira realiza parto sob sua própria responsabilidade e presta cuidados ao recém-nascido. Estes cuidados incluem supervisão de cuidado primário dentro da comunidade (medidas preventivas); orientação e educação sobre saúde para as mulheres, a família e a comunidade, inclusive orientações para a maternidade; o oferecimento de planejamento familiar; detecção de condições anormais da mãe e da criança; a obtenção de ajuda especializada, quando necessário (consulta ou referência); e a execução de medidas de emergência primárias e secundárias na ausência do socorro médico. A prática obstétrica desenvolve-se dentro de um sistema de saúde, baseado na comunidade, que pode incluir as parteiras tradicionais, curandeiros tradicionais, outros trabalhadores de saúde comunitária, médicos, enfermeiras e especialistas em centros de referência (ICM, 2002).

**O Modelo de Cuidado em Obstetrícia** está baseado na premissa de que a gravidez e nascimento são eventos normais de vida. O Modelo de Cuidado em Obstetrícia inclui: monitorar o bem-estar físico, psicológico, espiritual e social da mulher/família ao longo do ciclo reprodutivo; proporcionar à mulher educação individualizada, orientação e cuidado pré-natal; dar assistência contínua durante o trabalho de parto, nascimento e pós-parto imediato; oferecer assistência contínua durante todo período pós-natal, manter um mínimo de intervenções tecnológicas; e identificar e encaminhar as mulheres que requerem atenção especializada em obstetrícia ou outra especialidade. Este modelo de cuidado é centrado na mulher e é a ela que deve prestar contas (op.cit).

**No modelo conceitual para tomada de decisão no cuidado em obstetrícia** as parteiras assumem responsabilidade e respondem por sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados nos cuidados de saúde a cada mulher e família. A segurança e o bem-estar global da mulher são as principais preocupações da parteira. A

parteira se esforça para apoiar as escolhas informadas da mulher, no contexto de uma experiência segura. A parteira toma decisão utilizando uma variedade de fontes de conhecimento, sendo este um processo dinâmico e responde ao estado de saúde variável de cada mulher. As parteiras envolvem as mulheres e suas famílias, em todas as partes do processo de tomada de decisão, e no desenvolvimento de um plano de cuidado para a experiência de uma gravidez e nascimento saudáveis. Seguindo 05 passos: 1) Colher informação com a mulher, sobre sua história clínica e de seu filho e de qualquer exame laboratorial, de um modo sistemático, para obter uma avaliação completa; 2) Identificar problemas atuais ou potenciais, baseando-se na interpretação correta das informações coletadas no passo 1; 3) Desenvolver um plano de cuidado compreensivo para a mulher e sua família baseado nas necessidades da mulher/criança, de acordo com os dados coletados; 4) Realizar o plano de cuidado, atualizá-lo continuamente, dentro de um período de tempo adequado; 5) Avaliar a eficácia/efetividade do cuidado dado à mulher e sua família, considerando outras alternativas; se fracassar, voltar para o PASSO 1 para coletar mais dados e desenvolver um novo plano (ICM, 2002).

**Na declaração orientadora para os membros associados,** as competências essenciais para a prática obstétrica básica a seguir estão baseadas nos valores, visão, estratégias usadas por aqueles que assistem as necessidades de saúde das mulheres/famílias em idade reprodutiva. As associações-membro são encorajadas a usar esta declaração da ICM sobre competências, seguindo as necessidades de seus próprios países, na educação, na regulamentação e desenvolvimento de modelos de prática para as parteiras, como também em políticas necessárias para fortalecer a obstetrícia. (op.cit.)

**Nas Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia, no item Conhecimento Genérico, Habilidades e Comportamentos das Ciências Sociais, Saúde Pública e das Profissões de Saúde,** as parteiras tem o conhecimento e habilidades requeridas

das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado cuidado para as mulheres, os recém-nascidos e as famílias, no período reprodutivo.

São 11 conhecimentos e habilidades básicas: 1. Respeitar a cultura local (costumes/hábitos); 2. Práticas de saúde tradicional e moderna (benéfico e prejudicial); 3. Recursos para atenção e transporte (cuidado de emergência); 4. Causas diretas e indiretas de mortalidade e morbidade materna e neonatal na comunidade local; 5. Estratégias para defender e fortalecer (empoderar) as mulheres; 6. Entender os direitos humanos e seus efeitos sobre a saúde; 7. Conhecer os riscos e benefícios dos centros disponíveis para atender aos nascimentos; 8. Estratégias para defender junto com as mulheres o alcance de vários locais para um nascimento mais seguro. 9. Conhecimento e condições de saúde da comunidade, inclusive a provisão de água, a moradia, os perigos ambientais, os alimentos e as ameaças comuns para saúde. 10. Indicações e procedimentos para ressussitação cardiopulmonar do adulto e da criança/recém-nascido. 11. Habilidade para reunir, utilizar e manter os equipamentos e materiais apropriados para a prática.

E são 04 Conhecimentos e habilidades adicionais: 1. Princípios de epidemiologia, sanitarismo, diagnóstico comunitário e estatísticas vitais ou registros; 2. Infra-estruturas de saúde locais e nacionais; como ter acesso a recursos necessários para o cuidado de obstetrícia; 3. Princípios de atenção primária baseados na comunidade, utilizando estratégias para o cuidado de obstetrícia; 4. Programa de Imunização Nacional que inclui a provisão do mesmo, ou conhecimento de como ajudar os membros da comunidade a ter acesso aos serviços de imunização (ICM, 2002).

Em relação ao **Comportamento Profissional**, a parteira: 1. É responsável e responde pelas decisões clínicas que toma; 2. Mantém os conhecimentos e habilidades atualizados para possibilitar uma prática atual; 3. Usa precauções universais, estratégias de controle de

infecção e técnicas assépticas; 4. Realiza consulta e encaminhamentos apropriados nos cuidados que oferece; 5. Não emite julgamento e respeita a cultura; 6. Trabalha em conjunto com as mulheres e as apóia para fazerem escolhas informadas sobre sua saúde; 7. Usa habilidades apropriadas de comunicação; 8. Trabalha de forma colaborativa com outros trabalhadores de saúde para melhorar a prestação de serviços para as mulheres e famílias.

O documento também trata dos conhecimentos e habilidades no cuidado pré-concepcional e métodos de planejamento familiar, cuidado e orientação durante a gravidez, cuidados ao pós-natal das mulheres, cuidados com o recém-nascido (até 2 meses de idade) que serão suprimidos neste momento por não fazerem parte deste estudo. Assim, destacam-se os **Cuidados Durante o Parto e Nascimento**, onde segundo o documento da ICM as parteiras proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem um parto asséptico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos. Com os seguintes **Conhecimentos Básicos**, num total de 18, didaticamente apresentado a seguir: 1. Fisiologia do parto; 2. Anatomia do crânio fetal, diâmetros críticos e pontos anatômicos importantes; 3. Aspectos psicológicos e culturais do parto e nascimento; 4. Indicadores do início do trabalho de parto; 5. Progressão normal do parto e como usar o partograma ou ferramenta semelhante; 6. Medidas para avaliar o bem-estar fetal durante o parto; 7. Medidas para avaliar o bem-estar materno durante o parto; 8. Processo de decida fetal através da pelve durante o parto e nascimento; 9. Medidas de conforto durante o parto: ex: presença/ajuda da família, posicionamento, hidratação, apoio emocional, métodos não farmacológicos de alívio da dor; 10. Transição do recém-nascido para a vida extra-uterina; 11. Cuidados físicos do recém-nascido – respiração, calor, alimentação; 12. Promoção de contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, quando apropriado; 13. Meios para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo; 14. Manejo fisiológico do 3º período do parto; 15. Indicações para medidas de emergência:

ex: placenta retida, distócia de ombro, sangramento uterino por atonia, asfixia neonatal; 16. Indicações para o parto cirúrgico: sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica; 17. Indicadores de complicações no parto: sangramento, parada na evolução do parto, distócia de apresentação, eclampsia, sofrimento materno, sofrimento fetal, infecção, prolapso de cordão; 18. Princípios de manejo ativo do 3º período do parto (ICM, 2002).

E com as seguintes **Habilidades Básicas**, num total de 26, didaticamente apresentadas a seguir: 1. Realizar uma história específica e controlar os sinais vitais maternos, durante o trabalho de parto; 2. Realizar exame físico direcionado; 3. Fazer exploração/palpação abdominal completa para determinar posição fetal e descida; 4. Avaliar a frequência e efetividade das contrações uterinas; 5. Realizar um exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve; 6. Acompanhar a evolução do trabalho de parto, usando um partograma ou ferramenta semelhante para registrar; 7. Proporcionar apoio psicológico para mulher e sua família; 8. Proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto; 9. Proporcionar cuidado para a bexiga; 10. Identificar prontamente anormalidades no parto, com intervenção e/ou encaminhamento apropriado e oportuno; 11. Executar manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida; 12. Manejar uma circular de cordão no parto; 13. Praticar episiotomia, se for necessário; 14. Suturar episiotomia, se necessário; 15. Apoiar o processo fisiológico do 3º período do parto; 16. Conduzir ativamente o 3º período do parto incluindo, administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão, tração controlada do cordão; 17. Prevenir a inversão uterina durante o 3º período do parto; 18. Inspeccionar a placenta e membranas para verificar se estão íntegras; 19. Estimar a perda materna de sangue; 20. Inspeccionar se ocorreu laceração na vagina e na cérvix; 21. Suturar as lacerações da vagina/períneo e a episiotomia; 22. Manejar a hemorragia pós-parto; 23. Proporcionar um ambiente seguro para promover o

vínculo mãe/filho; 24. Iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo; 25. Realizar exame físico específico no recém-nascido; 26. Registrar os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento (ICM, 2002).

As **Habilidades Adicionais**, são num total de 12, didaticamente apresentadas a seguir:

1. Executar manobras apropriadas diante de um parto com apresentação pélvica e de face; 2. Injetar anestesia local; 3. Aplicar vácuo-extrator ou fórceps; 4. Manejar distócia de apresentação, distócia de ombro e sofrimento fetal; 5. Identificar e manejar um prolapso de cordão umbilical; 6. Executar remoção manual da placenta; 7. Identificar e suturar lacerações cervicais; 8. Executar compressão interna bimanual do útero para controlar hemorragia; 9. Puncionar veia, colher sangue, fazer testes de hematócrito e hemoglobina; 10. Prescrever e/ou administrar métodos farmacológicos de alívio da dor, quando necessário; 11. Administrar ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto; 12. Transferir a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência (op.cit.).

Deste modo, apesar das evidências de alguns países na adoção de medidas para a ampliação e expansão da atenção qualificada e a redução da mortalidade, seria necessário para entender melhor a realidade brasileira uma investigação das ações políticas e dos dados epidemiológicos contextualizando a variedade de condições que a região estudada apresenta.

## **CAPÍTULO IV**

### **4 MATERIAIS E MÉTODO**

#### **4.1 Abordagem e Tipologia do Estudo**

O estudo transversal de caráter exploratório se enquadrou melhor nesta proposta de estudo, pela necessidade de se reconhecer e demonstrar quais os conhecimentos, habilidades e atitudes que estão presentes ou não nos profissionais de enfermagem para atuar na assistência ao parto e nascimento em um local (município do Rio de Janeiro) e com o período de tempo determinado. Neste estudo, a coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2008 e primeiro de 2009. A demarcação temporal neste estudo é importante, uma vez que os dados sobre conhecimentos, habilidades e atitudes podem mudar ao longo do tempo pela experiência e qualificação profissional.

#### **4.2 População do Estudo e Cenário**

A população do estudo compreendeu os profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto fisiológico nas maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro. Estes sujeitos são considerados elementos fundamentais do cuidado à mulher, levando-se em conta o aumento da atuação desta categoria na assistência à parturiente, principalmente de forma institucionalizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).



O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrou no ano de 2004, 94.963 nascimentos, sendo aproximadamente 87,8% assistidos pelos profissionais alocados nas instituições públicas ou conveniadas ao SUS, como pode se observar na citação abaixo:

No referido ano, 87,8% dos nascimentos ocorreram nas 30 principais maternidades em volume de nascimento, sendo que deste percentual, 37,02% dos nascimentos ocorreram em maternidades Municipais; 11,53% em maternidades Estaduais; 5,92% em maternidades Federais; 3,21% em maternidades Universitárias; 1,43% maternidade Militar; 13,09% em maternidades Filantrópicas; 7,32% em maternidade Conveniada ao SUS e 20,49% em maternidades Privadas. (Site: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/> em 2008)

Neste contexto, as maternidades municipais do Rio de Janeiro representam os cenários deste estudo uma vez que segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96) publicada no Diário Oficial da União de 06/11/1996, o sistema municipal de saúde tem a responsabilidade legal pela saúde de todos os residentes em seu território. Além disso, das sete maternidades do estudo, seis atendem mais de 2000 partos/ano havendo apenas mais 4 maternidades que atendem este volume de nascimento no município do Rio de Janeiro. Considerando então, o critério de viabilidade de tempo estabelecido para a realização do estudo, a responsabilidade do sistema municipal de saúde para com a saúde da população e o volume de partos assistidos, foram selecionadas 7 maternidades públicas municipais localizadas no município do Rio de Janeiro: Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD), Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro (UIHP), Maternidade Oswaldo de Nazaré (Praça XV, MON), Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF), Maternidade Leila Diniz (MLD) e Casa de Parto Municipal David Capistrano Filho (CPM/DCF), que na análise não foram identificadas pelo seu nome, utilizando-se a codificação respectivamente de I1 a I7.

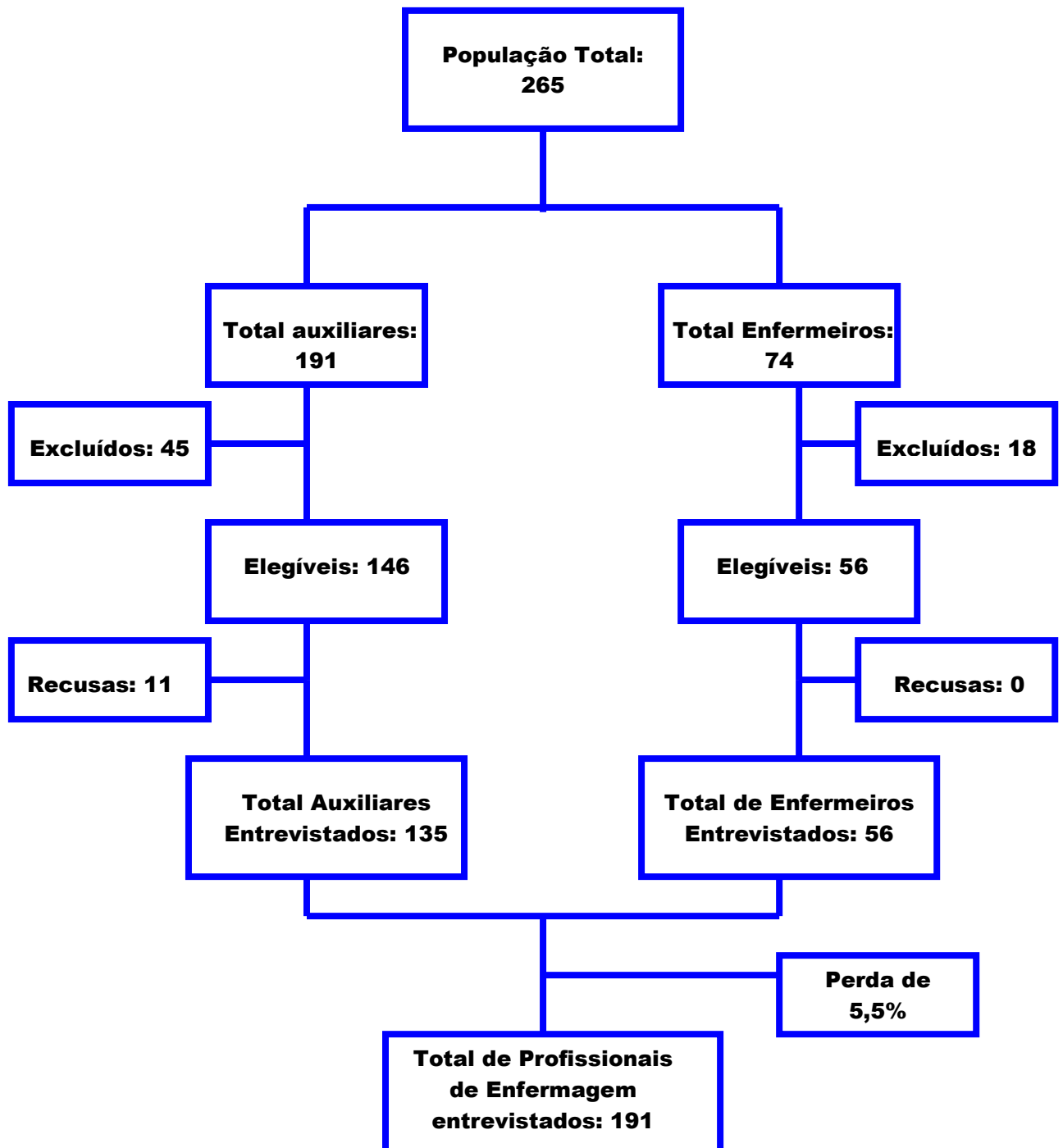
**Quadro 9: Equipe de enfermagem na sala de parto e número de leitos das maternidades públicas municipais do município do Rio de Janeiro, 2008.**

MATERNIDADE Nº	Nº DE LEITOS	Equipe de enfermagem na sala de parto	
		AUX.	ENF.
I1	85	44	12
I2	62	32	5
I3	44	24	8
I4	68	29	11
I5	60	25	11
I6	38	29	9
I7	4	8	18
<b>TOTAL</b>	361	191	74

Fonte: Instituições de Saúde 2008/2.

No Quadro 9 os dados referem-se aos profissionais de enfermagem na sala de parto e o número de leitos das 7 maternidades públicas municipais do município do Rio de Janeiro. Assim, a população do estudo foi composta por 191 auxiliares de enfermagem e 74 enfermeiros, notando-se objetivamente que a composição percentual da equipe de enfermagem nas maternidades municipais é de 27,9% de enfermeiros (74) e 72,1% de auxiliares de enfermagem (191). Por motivos de exclusão e recusa dos profissionais em participar do estudo apresentamos a seguir um esquema da população estudada que definiu a amostra;

Figura 1: Representação esquemática da população estudada.



### 4.3 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi construído com base nas “Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia” elaborado pela Confederação Internacional das Partejas (ICM). O Quadro 3 apresenta as “Competências 4” deste documento que trata dos cuidados e habilidades necessárias durante o parto e nascimento.

**Quadro 10: Conhecimentos, habilidades básicas e adicionais dos cuidados durante o parto e nascimento estabelecidos pela ICM em 2002 (continua).**

Nº	CONHECIMENTOS BÁSICOS	Nº	HABILIDADES BÁSICAS	Nº	HABILIDADES ADICIONAIS
1	Fisiologia do parto.	1	Realizar uma história específica e controlar os sinais vitais maternos, durante o trabalho de parto.	1	Executar manobras apropriadas diante de um parto com apresentação pélvica e de face.*
2	Anatomia do crânio fetal, diâmetros críticos e pontos anatômicos importantes.	2	Realizar exame físico direcionado.	2	Injetar anestesia local.
3	Aspectos psicológicos e culturais do parto e nascimento.	3	Fazer exploração/palpação abdominal completa para determinar posição fetal e descida.	3	Aplicar vácuo-extrator ou fórceps.*
4	Indicadores do início do trabalho de parto.	4	Avaliar a frequência e efetividade das contrações uterinas.	4	Manejar distócia de apresentação, distócia de ombro e sofrimento fetal.*
5	Progressão normal do parto e como usar o partograma ou ferramenta semelhante.	5	Realizar um exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve.	5	Identificar e manejar um prolapso de cordão umbilical.*

**Quadro 10: Conhecimentos, habilidades básicas e adicionais dos cuidados durante o parto e nascimento estabelecidos pela ICM em 2002 (continua).**

Nº	CONHECIMENTOS BÁSICOS	Nº	HABILIDADES BÁSICAS	Nº	HABILIDADES ADICIONAIS
6	Medidas para avaliar o bem-estar fetal durante o parto.	6	Acompanhar a evolução do trabalho de parto, usando um partograma ou ferramenta semelhante para registrar.	6	Executar remoção manual da placenta.*
7	Medidas para avaliar o bem-estar materno durante o parto.	7	Proporcionar apoio psicológico para mulher e sua família.	7	Identificar e suturar lacerações da cervix.
8	Processo de descida fetal através da pelve durante o parto e nascimento.	8	Proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto.	8	Executar compressão interna bimanual do útero para controlar hemorragia.*
9	Medidas de conforto durante o parto: ex: presença/ajuda da família, posicionamento, hidratação, apoio emocional, métodos não farmacológicos de alívio da dor.	9	Proporcionar cuidado para a bexiga.	9	Puncionar veia, colher sangue, fazer testes de hematócrito e hemoglobina.
10	Transição do recém-nascido para a vida extra-uterina.	10	Identificar prontamente anormalidades no parto, com intervenção e/ou encaminhamento apropriado e oportuno.	10	Prescrever e/ou administrar métodos farmacológicos de alívio da dor, quando necessário.*
11	Cuidados físicos do recém-nascido: respiração, calor, alimentação.	11	Executar manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida.	11	Administrar ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto.*
12	Promoção de contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, quando apropriado.	12	Manejar uma circular de cordão no parto.	12	Transferir a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência.
13	Meios para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo.	13	Praticar episiotomia, se for necessário.	---	

**Quadro 10: Conhecimentos, habilidades básicas e adicionais dos cuidados durante o parto e nascimento estabelecidos pela ICM em 2002 (continua).**

Nº	CONHECIMENTOS BÁSICOS	Nº	HABILIDADES BÁSICAS	Nº	HABILIDADES ADICIONAIS
14	Manejo fisiológico do 3º período do parto.	14	Suturar episiotomia, se necessário.	---	
15	Indicações para medidas de emergência: ex: placenta retida, distócia de ombro, sangramento uterino por atonia, asfixia neonatal.	15	Apoiar o processo fisiológico do 3º período do parto.	---	
16	Indicações para o parto cirúrgico: sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica.	16	Conduzir ativamente o 3º período: administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão e tração controlada do cordão.	---	
17	Indicadores de complicações no parto: sangramento, parada na evolução do parto, distócia de apresentação, eclampsia, sofrimento materno, sofrimento fetal, infecção, prolapso de cordão.	17	Prevenir a inversão uterina durante o 3º período do parto.	---	
18	Princípios de manejo ativo do 3º período do parto.	18	Inspecionar a placenta e membranas para verificar se estão íntegras.	---	
---		19	Estimar a perda materna de sangue.	---	
---		20	Inspecionar se ocorreu laceração na vagina e na cérvix.	---	
---		21	Suturar as lacerações da vagina/períneo e a episiotomia.	---	
---		22	Manejar a hemorragia pós-parto.	---	
---		23	Proporcionar um ambiente seguro para promover o vínculo mãe/filho.	---	

**Quadro 10: Conhecimentos, habilidades básicas e adicionais dos cuidados durante o parto e nascimento estabelecidos pela ICM em 2002 (conclusão).**

Nº	CONHECIMENTOS BÁSICOS	Nº	HABILIDADES BÁSICAS	Nº	HABILIDADES ADICIONAIS
---		24	Iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo.	---	
		25	Realizar exame físico específico no recém-nascido.		
		26	Registrar os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.		

\* HA de Competência Médica no Brasil.

Fonte: Documento da Confederação Internacinal das Parteiras. (ICM) “Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia (2002)”.

Um total de 18 Conhecimentos Básicos (CB), 26 Habilidades Básicas (HB) e 12 Habilidade Adicionais (HA), conforme apresentados, compõem o Quadro 10. Dessa forma, para que o profissional seja considerado competente para assistir à mulher no parto fisiológico, segundo a ICM, deverá ter todos os 18 CB e as 26 HB. As 12 HA podem variar segundo a prática vigente em cada país, e por isso, não entram nos itens considerados básicos para a prática desta assistência.

Nas HA pode-se observar que para oito atribuições demonstradas nos itens 1, 3, 4, 5, 6, 8, 10 e 11 que foram definidas pela ICM, em nosso país não há amparo legal para sua realização pelo enfermeiro. O próprio documento prevê estas diferenças locais, regionais e nacionais quando registra no item “Declaração Orientadora para os Membros Associados”<sup>6</sup> que encoraja o uso da declaração da ICM sobre as competências de acordo com as necessidades dos países e da regulamentação da prática obstétrica vigente. É válido ressaltar que das HA o item 05 (Identificar e manejar um prolapso de cordão umbilical) é muitas vezes

<sup>6</sup> A ABENFO solicitou sua inserção como membro do ICM, em novembro de 2009, no evento promovido no Rio de Janeiro pela ABENFO e COFEN denominado Movimento Internacional pelo Parto Normal: a importância da atuação do profissional de enfermagem na política pública para redução da mortalidade materna e neonatal.

identificado pelo enfermeiro no acompanhamento da mulher em trabalho de parto e, desta forma, são realizados os procedimentos para assegurar a saúde e a vida do bebê e da mãe até a chegada do médico para avaliação e intervenção necessária. Outro item que merece ressalva é o 11 (Administrar ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto). Em muitas instituições existem protocolos de administração de ocitocina, permitindo a prescrição e a administração pelo enfermeiro, como definido na Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso II, alínea “c” e o Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso II, alínea “c” que estabelecem esta questão com a seguinte redação: “*prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde*”. Destas oito atribuições das HA, seis são de competência médica no Brasil (3, 4, 6, 8, 10 e 11) não entraram no estudo, sendo, portanto, avaliados 50 itens de Competências indicadas pela ICM.

No entanto, foram identificados 10 itens da prática profissional da enfermeira obstétrica brasileira que precisaram ser incluídos no estudo que foram: realização de toque vaginal para avaliar dilatação; realização de toque vaginal para avaliar apagamento; Amniotomia com indicação; Manobra de Kristeller com indicação; Controle dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF); Proteção do Períneo no período expulsivo; Verificação da consistência uterina pós-parto; Verificação do sangramento no pós-parto imediato; Utilização do Sistema de APGAR para avaliar condições imediatas do recém-nascido e Reanimação do recém-nascido. Totalizando, portanto, 60 itens de conhecimentos e competências básicas e adicionais.

Em relação aos auxiliares de enfermagem, é sabido que nem todos os itens das competências e habilidades abordados, se aplica à base legal de seu exercício profissional (nº 7498/86), a lei determina que estes profissionais devem exercer atividade de nível médio, de natureza repetitiva, sob supervisão, bem como a participação em nível de execução



simples, cabendo-lhes: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações e tratamentos simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; d) participar da equipe de saúde. No entanto, como esta pesquisa tem por finalidade colaborar com a identificação dos serviços prestados à mulher no parto e nascimento no contexto nacional pela equipe de enfermagem, com práticas possivelmente diferenciadas pela escassez de profissionais e recursos materiais, se tornou importante para este estudo e outros já realizados no Brasil (Rio Branco-AC em 2006 e Município de Porto Ferreira-SP em 2008) a identificação da prática de toda equipe de enfermagem com a inclusão de todos os itens de conhecimentos e habilidades definidos pela Confederação Internacional das Parteiras.

#### **4.4 Pré-Teste do Instrumento de coleta de dados**

O pré-teste foi realizado para testar a clareza e compreensão das questões apresentadas, perceber o melhor horário para aplicação do questionário e observar se as respostas eram direcionadas ao alcance dos objetivos propostos para o estudo.

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados com os profissionais de enfermagem da sala de parto de uma maternidade estadual pode-se observar que algumas questões não foram bem compreendidas. Sendo assim, foram realizados ajustes no instrumento e também foi construída uma folha de instruções de preenchimento para leitura prévia pelos entrevistados.

No pré-teste do instrumento também foi observado que o pesquisador e/ou aplicador deveria estar presente em todo o plantão para coletar os dados. A entrega do formulário para preenchimento pelo profissional e a devolução em dia previamente combinado não foi

produtivo porque se observou um aumento significativo do preenchimento incorreto e itens em branco, além disso, alguns não devolviam o formulário.

#### **4.5 Trabalho de Campo e Coleta de Dados**

Os dados foram obtidos através do preenchimento de dois formulários. O primeiro formulário tratou da caracterização dos profissionais com dados sócio-econômico, profissionais e de qualificação profissional. O segundo registrou as habilidades básicas e adicionais relacionados à realização dos procedimentos necessários à assistência à mulher no trabalho de parto e parto fisiológicos.

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2008 a fevereiro de 2009. Foram excluídos do estudo os profissionais que no momento da coleta de dados estavam de licença, férias, folga, falta, os que sempre pagam o plantão ou que haviam respondido a pesquisa em outra instituição. Assim, na população inicial de 265 profissionais, foram excluídos 63, restando 202 profissionais para coleta de dados. Foram entrevistados 191 profissionais de enfermagem, sendo que 11 profissionais se recusaram a participar da pesquisa, representando uma perda de 5,46%.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Após apreciação e aprovação pela Coordenadora da Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para análise dos aspectos éticos e somente após sua autorização (Parecer nº 216A/2008) foi realizado o pedido de autorização

à direção de cada unidade via Centro de Estudos. Assim, após o consentimento da direção de cada unidade foi iniciada a coleta de dados.

Foi garantido às instituições e aos sujeitos da pesquisa o direito de anonimato e a sua retirada em qualquer momento da pesquisa como estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no Consentimento Livre e Esclarecido, de conhecimento dos entrevistado e da instituição apresentado pela pesquisadora antes da coleta de dados (Apêndice C e D). Este procedimento foi realizado não só pela exigência, mas também por concordar com a afirmativa de que *“o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”* (MS, FIOCRUZ,1998, p.23).

#### **4.7 Tratamento e Análise dos Dados**

O tratamento dos dados foi realizado em três momentos: primeiro as respostas foram digitadas em uma máscara de tela confeccionada por um software denominado Visual FoxPro 9.0 (Figura 2).

**Figura 2 : Máscara de tela confeccionada com o software Visual FoxPro em 2009**

No segundo momento, logo após a digitação dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences 10.0 for windows) como ferramenta para gerenciar e preparar os dados para a análise (Figura 3). Foram utilizados os recursos do programa que analisam a frequência simples ( $f$ ), a porcentagem (%), média (M), mediana (Md), moda (Mo), desvio padrão ( $\sigma$ ), o qui-quadrado ( $\chi^2$ ), a razão de chances (OR) e a construção de histograma.

**Figura 3: Organização dos dados no Programa Estatístico SPSS em 2009**

	numquest	a1	a2	a3	a4	a5	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	c1a
1	5,00	57	11	2	2	4	1	48	48	22	30,0	22	3280	0	600	1000	
2	6,00	52	14	2	5	3	1	36	36	14	11,0	3	200	0	1	15	
3	7,00	31	15	1	2	5	1	30	60	1995	13,0	3	100	0	5	50	
4	8,00	30	15	1	4	4	1	40	40	1997	8,0	4	530	5	5	96	
5	9,00	51	15	1	6	6	1	36	36	1979	30,0	15	300	0	50	100	
6	10,00	38	15	2	1	4	1	36	73	2000	5,0	1	200	6	6	4	
7	11,00	38	17	3	4	3	1	36	36	1997	12,0	2	240	100	10	320	
8	12,00	36	13	3	2	8	1	36	73	2003	5,0	1	350	0	15	10	
9	13,00	48	10	1	1	3	1	30	30	1989	20,0	20	9900	0	100	100	
10	14,00	42	14	4	2	8	1	30	30	1987	9,0	1	360	0	50	8	
11	15,00	45	12	2	5	4	1	36	36	1990	15,0	10	500	0	200	400	
12	16,00	52	22	2	3	8	1	36	48	1977	22,0	20	1500	0	20	500	
13	17,00	46	18	2	2	6	1	32	32	1989	25,0	20	9200	0	50	700	
14	18,00	50	10	2	1	0	1	32	32	1987	22,0	5	100	50	5	15	
15	19,00	56	17	2	2	10	1	30	60	1986	30,0	22	8000	0	800	0	
16	20,00	35	17	0	1	6	1	32	65	2001	8,0	3	1000	0	200	0	
17	21,00	48	14	4	2	8	1	32	32	1991	18,0	3	600	0	0	0	
18	25,00	32	14	0	1	8	1	32	32	2003	4,0	3	0	1650	3	100	
19	27,00	50	13	1	1	2	1	32	32	1987	30,0	22	6600	0	50	3000	
20	28,00	44	16	2	2	10	1	32	60	1987	20,0	1	36	0	0	36	
21	29,00	39	10	1	4	4	1	32	56	1997	11,0	2	1000	0	0	1000	
22	30,00	40	16	0	1	5	1	65	89	1987	20,0	14	6000	0	5	4000	
23	32,00	53	13	2	6	0	1	32	32	1978	30,0	21	4000	0	500	3000	
24	33,00	34	17	1	4	6	1	32	42	1986	10,0	7	400	200	20	100	
25	34,00	59	10	3	2	9	1	32	65	1976	20,0	15	5000	0	300	2000	
26	35,00	46	22	1	1	12	1	32	72	1983	19,0	19	9000	2	60	1200	
27	36,00	45	15	2	6	10	1	32	65	1987	21,0	21	8000	0	20	4000	
28	37,00	44	13	2	2	4	1	32	32	1985	22,0	20	6000	0	60	2000	
29	38,00	52	10	0	6	3	1	32	32	1988	20,0	20	9000	0	20	1000	
30	39,00	49	15	2	4	13	1	32	32	1985	23,0	23	8800	0	150	3500	
31	40,00	45	10	3	1	4	1	32	80	1987	20,0	13	5200	0	3	50	
32	41,00	45	12	0	1	3	1	32	80	1987	21,0	15	8000	0	100	150	
33	42,00	48	13	2	4	5	1	32	32	1985	23,0	23	9200	0	4	4000	
34	43,00	38	11	3	4	15	1	32	65	1993	13,0	7	1000	0	3	1000	
35	44,00	40	13	0	2	10	1	30	72	1993	16,0	8	4400	0	6	2810	
36	45,00	46	12	0	1	3	1	32	72	1989	19,0	10	4000	0	3	20	
37	46,00	49	14	2	2	20	1	32	56	1997	12,0	11	5500	0	4	3000	
38	59,00	40	12	2	2	4	1	32	60	1990	19,0	1	600	0	0	180	
39	60,00	48	16	2	2	4	1	32	65	1995	30,0	30	9000	0	10	6000	
40	61,00	32	16	2	6	3	1	32	62	1994	14,0	1	90	0	0	30	
41	62,00	28	16	2	4	5	1	32	32	1997	11,0	1	160	0	0	24	
42	63,00	52	16	1	2	4	1	32	64	20	20,0	6	1800	0	4	300	
43	64,00	33	14	1	4	3	1	32	64	1995	13,0	1	160	0	0	40	
44	65,00	42	17	1	5	3	1	32	32	1998	10,0	7	2800	0	20	1400	

No terceiro momento os resultados foram organizados e apresentados em: 1) dados sócio-econômicos e profissionais; 2) Conhecimentos Básicos dos profissionais de enfermagem sobre o parto fisiológico com quatro categorias; 3) Habilidades Básicas e adicionais dos profissionais de enfermagem sobre o parto fisiológico com quatro categorias; e 4) Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais no conhecimento, na habilidade e na atitude da equipe de enfermagem.

Os dados sócio-econômicos trabalhados na caracterização da população estudada foram: idade agrupada pelo ponto de corte do escore estabelecido pelo quartil em três faixas etárias (24 a 35 anos, 36 a 45 anos e 46 ou mais anos); a situação conjugal foi agrupada em: sem parceiro que corresponde aos solteiros, separados, divorciados e viúvos; e com parceiro que engloba os casados e a união consensual; número de filhos foi dividido em três grupos

(sem filho, com um filho e dois ou mais filhos), anos de estudos foram agrupados observando-se os pontos a divisão na escala de pontos percentis em grupos de 25%, ou seja, pelo quartil, em até 13 anos, 14 a 20 anos, 21 ou mais anos, a renda familiar foi estabelecida em números de salários mínimos, sendo o salário mínimo vigente de R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais), assim foram feitos os grupos de até 6, 7 a 15, 16 ou mais salários mínimos. Na caracterização profissional foram utilizadas as seguintes variáveis: carga horária semanal (até 40 horas, 41 a 60 horas, 61 ou mais horas); tempo de atuação na enfermagem (até 3 anos, 4 a 10 anos, 11 ou mais anos); tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico (até 3 anos, 4 a 10 anos, 11 ou mais anos); três variáveis que foram partos fisiológicos auxiliados, partos cesários auxiliados e partos fisiológicos assistidos tiveram o mesmo agrupamento (nenhum parto, 1 a 200 partos, 201 a 500 partos, 501 a 999 partos e 1000 ou mais), partos assistidos em “situação de emergência” (nenhum, 1 a 10, 11 a 60, 61 ou mais partos) e qualificação profissional (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, graduação em enfermagem, especialização em obstetrícia, mestrado, doutorado e pós-doutorado).

A relação entre as características sócio-econômicas e laborais com a categoria profissional foram trabalhadas com auxílio de um teste de significância denominado qui-quadrado ( $<0,05$ ), com o qual foi feito um estudo relacional entre variáveis, determinando assim, se as diferenças encontradas foram devidas ao acaso e não há diferenças entre os dois grupos, e isso é provado quando a probabilidade é alta, ou seja, igual ou maior que 0,05, e assim não há diferenças estatisticamente significativas.

Os conhecimentos necessários para o alcance da competência profissional para assistir as mulheres em trabalho de parto definidas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM), para uma melhor análise, foram divididos nas categorias de auxiliar de enfermagem e enfermeiros, por se tratar de categorias que tem formação e ações legalmente diferenciadas no Brasil (Lei No. 7.498/86) e, portanto, ao ser comparado o auxiliar com os

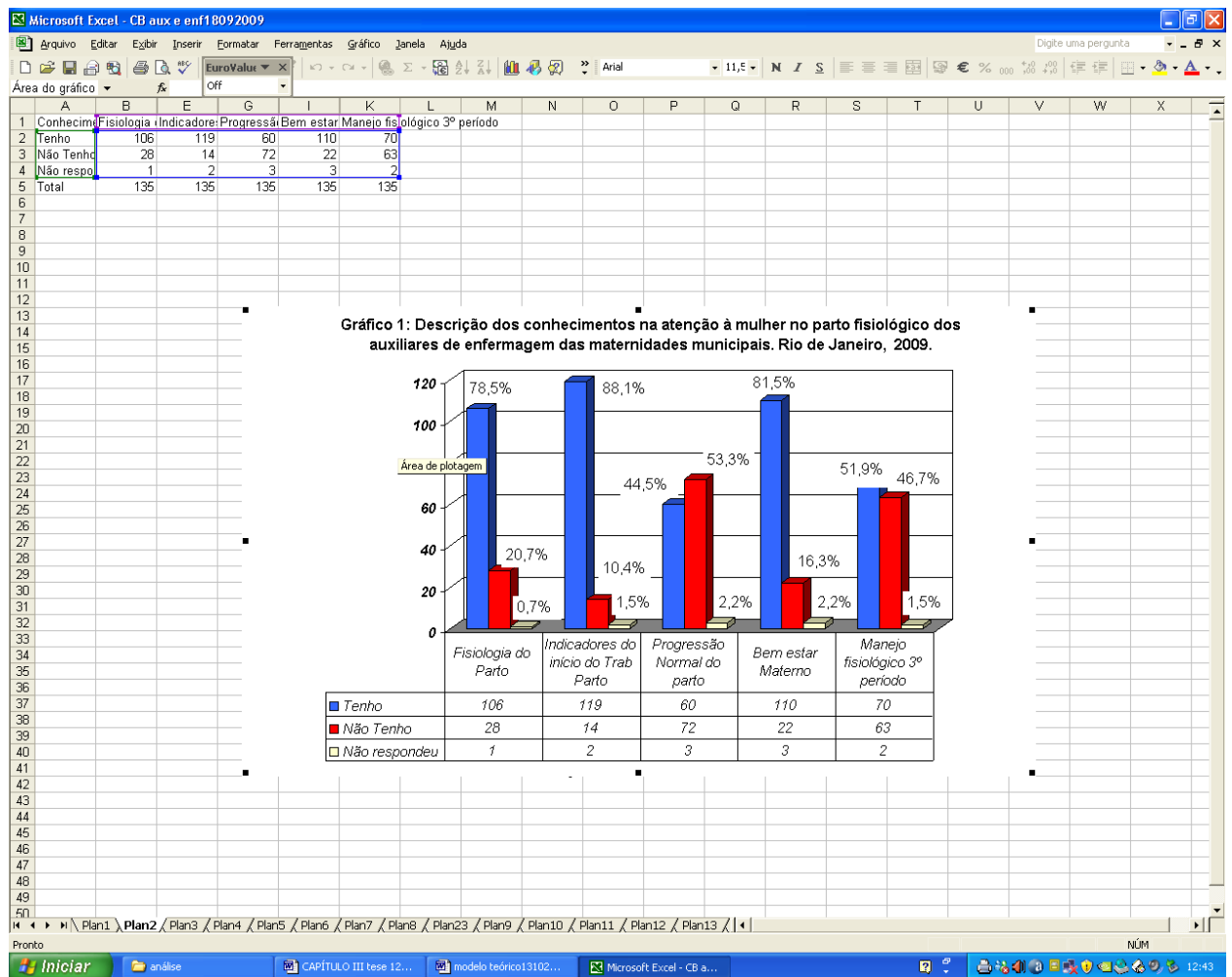
enfermeiros deve-se levar em conta o saber e o fazer de cada categoria mediante a competência legal.

Além disso, os conhecimentos foram agrupados em quatro categorias:

- 1) Conhecimentos na atenção à mulher no parto fisiológico: fisiologia do parto, indicadores do início do trabalho de parto, progressão normal do parto, bem-estar materno e manejo fisiológico do 3º período.
- 2) Conhecimentos na atenção ao feto/recém-nascido no parto fisiológico: anatomia crânio-fetal, bem-estar fetal, descida fetal, transição recém-nascido (RN) e cuidados RN.
- 3) Conhecimentos nos cuidados de conforto e promoção no parto fisiológico: aspectos psicológicos, medidas de conforto, promoção contato pele-a-pele e apoiar e promover o aleitamento.
- 4) Conhecimentos nos cuidados de emergência: indicações para medidas de emergência, indicações de parto cirúrgico, indicadores de complicação no parto e manejo ativo do 3º período .

Após esta divisão os dados quantitativos foram transformados em gráficos de barra, com auxílio do programa EXCEL para uma melhor visualização dos resultados achados.

**Figura 4: Confeção dos gráficos no Programa Excel em 2009.**



As habilidades básicas e adicionais sobre a atenção à mulher no parto definidos pela ICM, para uma melhor análise, foram divididas em duas categorias profissionais: de auxiliar de enfermagem e de enfermeiros; e, agrupados em quatro blocos de habilidades descritas a seguir:



## **1) Habilidades e Treinamento na Assistência Técnica à Mulher no Parto Fisiológico:**

### *a) Fase de dilatação:*

- Realiza exame físico direcionado na parturiente;
- Faz exploração/palpação abdominal completa para determinar apresentação, posição e situação fetal;
- Avalia a frequência e efetividade das contrações uterinas;
- Realiza um exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve;
- Realiza toque para avaliar dilatação;
- Realiza toque para avaliar apagamento;
- Acompanha a evolução do trabalho de parto, usando um partograma.;
- Controla os Batimentos Cardíacos Fetais (BCF).

### *b) Fase de expulsão:*

- Executa manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida;
- Protege Períneo no período expulsivo.

### *c) Fase de dequitação:*

- Apóia o processo fisiológico do 3º período do parto;
- Previne a inversão uterina durante o 3º período do parto;
- Inspecciona a placenta e membranas para verificar se estão íntegras;
- Verifica consistência uterina pós-parto;

- Inspecciona se ocorreu laceração na vagina e na cérvix;.
- Identifica e sutura lacerações da cérvix (HA);
- Verifica sangramento no pós-parto imediato.

d) *Todas as fases do parto:*

- Conhece a história obstétrica da parturiente, controla os sinais vitais maternos e avalia;
- Proporciona cuidado com a bexiga;
- Estima a perda materna de sangue;
- Registra os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

**2) Habilidades e Treinamento na Assistência de Emergência à Mulher no Parto:**

a) *Fase de dilatação:*

- Realiza amniotomia com indicação;
- Identifica e manejar um prolapso de cordão umbilical (HA).

b) *Fase de expulsão:*

- Maneja uma circular de cordão no parto;
- Realiza Manobra de Kristeller com indicação;
- Injeta anestesia local (HA);
- Pratica episiotomia, se for necessário.

*c) Fase de dequitação:*

- Conduz ativamente o 3º período do parto incluindo, administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão, tração controlada do cordão;
- Sutura as lacerações da vagina e períneo;
- Sutura episiotomia;
- Maneja a hemorragia no pós-parto.

*d) Todas as fases do parto:*

- Identifica prontamente anormalidades no parto, com intervenção e/ou encaminhamento apropriado e oportuno;
- Punciona veia, colhe sangue para fazer testes de hematócrito e hemoglobina (HA);
- Administra ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto (HA);
- Transfere a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência. (HA).

**3) Habilidades e Treinamento na Assistência de Conforto e Promoção à Mulher no Parto:**

- Proporciona apoio psicológico para mulher e sua família;
- Proporciona hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto;
- Proporciona um ambiente seguro para promover o vínculo mãe/filho;
- Inicia a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoia o aleitamento exclusivo.

#### **4) Habilidades e Treinamento na Assistência ao Feto e ao Bebê no Parto e**

##### **Nascimento:**

- Realiza exame físico específico no recém-nascido;
- Utiliza Sistema de APGAR para avaliar condições imediatas do recém-nascido;
- Reanima o recém-nascido.

##### **4.7.1 Medidas de Associação pela Razão de Chances não Ajustada (OR)**

Na avaliação da Razão de chances foram observadas as influências das variáveis sócio-econômicas e laborais no conhecimento, na habilidade e na atitude. A mesma avaliação foi feita para as categorias dicotômicas conhecimento e habilidade em relação à atitude. Estas categorias dicotômicas, conhecimento e habilidade, foram construídas com base na média de respostas afirmativas, assim o ponto de corte foi estabelecido entre os que estão na média ou baixo e os que estão acima da média, ou seja, a média de profissionais que disseram ter conhecimento sobre os 18 itens perguntados foi de 13 itens, então de 13 para baixo não tem conhecimento e 14 para cima tem conhecimento. Na habilidade, dos 36 itens perguntados a média foi de 14, então de 14 para baixo não foram treinados e de 15 para cima foram treinados. E para a construção da categoria atitude, utilizando-se o mesmo critério da média, foi observado que dos 36 itens, 18 itens foi a média, portanto o ponto de corte foi 18 itens para baixo não realiza e de 19 para cima realiza.

Para o esclarecimento do termo habilidade e atitude nesta pesquisa é relevante explicar que para observar a habilidade do profissional foi perguntado sobre as oportunidades de

treinamentos para a aquisição das habilidades descritas pela ICM. E a atitude foi observada perguntando se o profissional realiza as técnicas referentes à assistência à mulher no parto fisiológico.

Os resultados foram analisados à luz de documentos que subsidiam a atenção qualificada ao parto. Neste estudo, os documentos utilizados foram: 1) Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia (2002), elaborado pela Confederação Internacional das Parteiras, 2) Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada (MS, 2003), 3) Assistência ao Parto Normal: um guia prático programas do Ministério da Saúde (MS, 2000) e 4) Urgências e Emergências Maternas: um guia para diagnóstico e conduta em situação de risco e morte materna (MS, 2000), estes três últimos são programas do Ministério da Saúde. Além disso, a discussão foi permeada pela legislação da enfermagem.

#### **4.8 Limites do Estudo**

Como se tratou de uma pesquisa de campo com dados auto-referidos, é possível que tenha havido respostas imprecisas pelo viés de memória e por haver superestimação ou subestimação nas respostas de alguns entrevistados.

Os dados sobre a qualificação e competência do profissional de enfermagem não serão generalizados para o Município do Rio de Janeiro, ou seja, serão dados que irão representar as maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro. Apesar disto estes representaram uma boa parte da realidade do Município do Rio de Janeiro que assistem à mulher no parto normal, já que dos 948 leitos disponíveis no Município 361, aproximadamente 38,29% estão nestas 7 instituições.

É válido ressaltar que, apesar de haver dois estudos que tratam das competências, estes estudos tiveram uma população bem menor e não trabalharam a razão de chances (OR) por

este estudo ter este caráter ampliado e inovador não foi possível comparar as OR com outros estudos, sendo realizada uma análise baseada na experiência própria. Assim, recomenda-se que outros estudos poderão ser feitos no sentido de compreender melhor estas categorias.

## CAPÍTULO V

### 5. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo de apresentação dos resultados foi dividido em cinco momentos básicos, a saber: o primeiro apresenta a caracterização dos cenários do estudo quanto: a) localização; b) classificação do porte da instituição pelo número de partos atendidos; c) existência de atendimento pelo enfermeiro na assistência ao parto; e d) existência de unidade de tratamento intensivo para a mulher.

No segundo momento, são descritas as características sócio-econômicas e laborais da população do estudo em tabelas nas quais são demonstradas a frequência, a porcentagem e o qui-quadrado das variáveis. A seguir os maiores percentuais em cada variável são comparados entre os auxiliares e enfermeiros, utilizando-se o histograma para uma melhor visualização da distribuição das variáveis contínuas.

Em sequência, no terceiro momento, se apresentam os conhecimentos básicos dos profissionais em quatro categorias: 1) Os conhecimentos dos profissionais de enfermagem na atenção à mulher no parto fisiológico, 2) Os conhecimentos dos profissionais de enfermagem na atenção ao feto/recém-nascido no parto fisiológico, 3) Os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados de conforto e promoção no parto fisiológico e 4) Os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados de emergência.

No quarto momento, tem-se a apresentação das habilidades básicas e adicionais agrupadas em quatro categorias: 1) Atitudes e habilidades dos profissionais de enfermagem na assistência técnica à mulher no parto fisiológico, 2) Atitudes e habilidades dos profissionais de enfermagem na assistência de emergência à mulher no parto, 3) Atitudes e habilidades dos profissionais de enfermagem na assistência de conforto e promoção à mulher no parto

fisiológico, 4) Atitudes e habilidades dos profissionais de enfermagem na assistência ao bebê no nascimento.

No quinto e último momento da apresentação dos resultados, foi feito um teste estatístico com as variáveis sócio-econômicas e laborais utilizando-se a Razão de Chance (OR) para avaliar a associação com o conhecimento, com a habilidade e com a atitude. E com as variáveis dicotômicas, conhecimento e habilidade, para avaliar a associação com a atitude.

### **5.1 Caracterização dos Cenários**

A caracterização das sete maternidades municipais do Rio de Janeiro estudadas apresentaram quatro características fundamentais:

a) Quanto à localização, encontram-se nas seguintes áreas de planejamento respectivamente: I1 -3.2 (Lins de Vasconcelos), I2- 1.0 (São Cristovão), I3 - 1.0 (Madureira), I4- 5.1 (Praça XV), I5- 4.0 (Marechal Hermes), I6-3.3 (Barra da Tijuca) e I7-3.3 (Realengo), conforme ilustrado a seguir:



Figura 5 - Mapa de localização do cenário do estudo



b) Na classificação das maternidades quanto ao porte, pelo número de partos realizados, foi observado que seis delas se enquadram no porte 4, isto significa que tem capacidade e realizam mais de 2.000 partos ano. E, somente a instituição nº 7 se enquadra no porte 1, que corresponde a uma capacidade de atendimento de 1 a 499 partos ano. Assim, é importante registrar que nestas sete instituições, em 2008, foram realizados 28.263 partos, correspondendo a 32,33% dos partos realizados no município do Rio de Janeiro que totalizou 87.415 partos. É interessante observar que além destas maternidades há somente dois hospitais particulares, um Estadual e um Federal, enquadradas nas instituições de porte 4.

c) Quanto a existência de atendimento ao parto pelo enfermeiro, se constatou que em quase todas as maternidades os enfermeiros assistiam os partos normais de baixo risco, somente na instituição nº 4 eles não conseguiam atuar.

d) A maioria das maternidades estudadas não dispunha de Unidade de Tratamento Intensivo Materna, até mesmo aquelas que recebem gestantes de alto risco; pois somente identificamos que a instituição nº 2 dispunha este nível de atenção.

## 5.2 Caracterização da População do Estudo

O Perfil sócio-econômico e laboral dos profissionais de enfermagem, que abrangem os enfermeiros e auxiliares de enfermagem entrevistados, apresentam as seguintes características que se segue:

### 5.2.1 Característica sócio-econômica da equipe de enfermagem

Quanto ao perfil sócio-econômico dos 135 **auxiliares de enfermagem** entrevistados pode-se identificar que a idade variou de 26 a 66 anos com uma média de 43 anos, no agrupamento das idades os auxiliares em sua maioria tinham 46 anos ou mais (42,2%), seguido da faixa de idade 36 a 45 anos (37%) e por último de 24 a 35 anos (20,7%).

Quanto à presença ou não de um parceiro, uma auxiliar não respondeu, por isso foi observado que dos 134 que responderam, 53% tinham parceiros e 47% não tinham parceiros. A maior parte dos auxiliares (47,4%) tinham dois ou mais filhos, 28,9% tinham um filho e 23,7% não tinham filhos.

A média de anos de estudo foi de 14 anos, variando entre 6 a 22 anos, sendo que 48,9% tinham até 13 anos de estudos, 45,2% tinham entre 14 a 20 anos de estudos e 5,9% tinham 21 ou mais anos de estudo.

A renda familiar variou de 2 a 20 salários mínimos com uma média de 6 salários, sendo que 69,6% estavam na faixa salarial de até 6 salários mínimos, 29,6% na faixa salarial de 7 a 15 salários mínimos e somente um auxiliar (0,7%) relatou ter renda familiar de 16 ou mais salários mínimos (Tabela 1).

As questões que permitiram observar o perfil sócio-econômico dos **enfermeiros** foram respondidas por 56 entrevistados. A idade variou de 24 a 63 anos com uma média de 39 anos. No agrupamento das idades, mais da metade dos enfermeiros tinham entre 36 a 45 anos

(46,4%), seguido da faixa de idade 24 a 35 anos (32,1%) e por último de 46 anos ou mais (21,4%).

A situação conjugal dos enfermeiros foi de 58,9% sem parceiro e 41,1% com parceiro. Em relação ao número de filhos o quantitativo foi de 46,4% dos entrevistados sem filhos, 37,5% com dois ou mais filhos e 16,1% com 1 filho.

A média de anos de estudo foi de 20 anos, variando de 12 a 38 anos, sendo que 62,5% tinham entre 14 a 20 anos de estudos, 35,7% tinham 21 ou mais anos de estudos e 1,8% tinham até 13 anos de estudos.

A renda familiar variou de 4 a 29 salários mínimos com uma média de 11, sendo que 67,9% estavam na faixa salarial de 7 a 15 salários mínimos, 17,9% estão no grupo de até 6 salários mínimos de renda familiar, 14,3 % se incluem no grupo de 16 ou mais salários mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1: Distribuição das características sócio-econômicas da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009 (continua).**

Variáveis sócio-econômicas	Auxiliares		Enfermeiros		Valor de <i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<b>Idade</b>					,021
24-35	28	20,7	18	32,1	
36-45	50	37	26	46,4	
46 ou mais anos	57	42,2	12	21,4	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	43		39		
<b>Desvio Padrão</b>	9		9		
<b>Situação Conjugal</b>					,563
com parceiro	71	53	33	58,9	
sem parceiro	63	47	23	41,1	
Total	134	100	56	100	

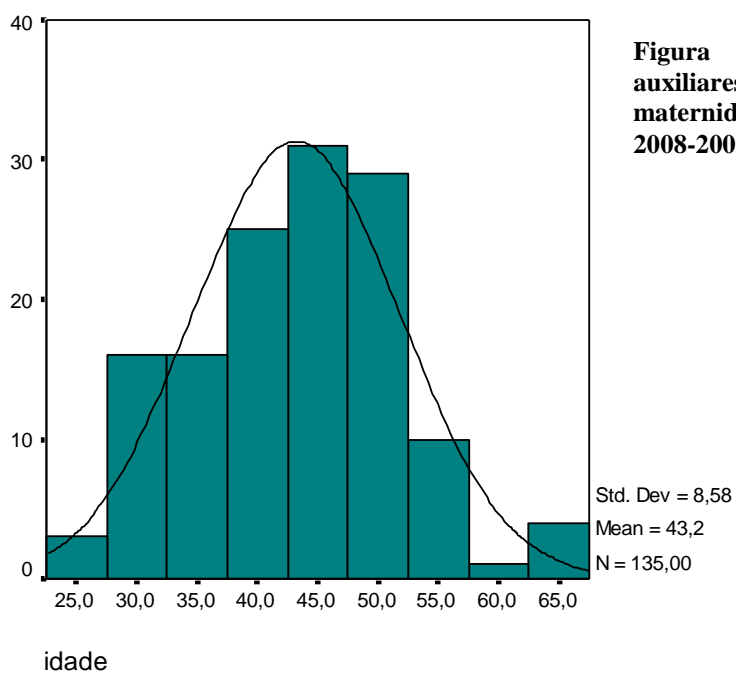
**Tabela 1: Distribuição das características sócio-econômicas da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009 (conclusão).**

Variáveis sócio-econômicas	Auxiliares		Enfermeiros		Valor de <i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<b>Número de filhos</b>					,006
Sem filhos	32	23,7	26	46,4	
Um filho	39	28,9	9	16,1	
Dois ou mais filhos	64	47,4	21	37,5	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	1,5		1,0		
<b>Desvio Padrão</b>	1,25		1,14		
<b>Anos de Estudo</b>					,000
Até 13 anos	66	48,9	1	1,8	
14-20 anos	61	45,2	35	62,5	
21 ou mais anos	8	5,9	20	35,7	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	14		20		
<b>Desvio Padrão</b>	3		4		
<b>Renda Familiar</b>					,000
Até 6 salários mínimos	94	69,6	10	17,9	
7-15 salários mínimos	40	29,6	38	67,9	
16 ou mais salários mínimos	1	0,7	8	14,3	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	6		11		
<b>Desvio Padrão</b>	3		5		

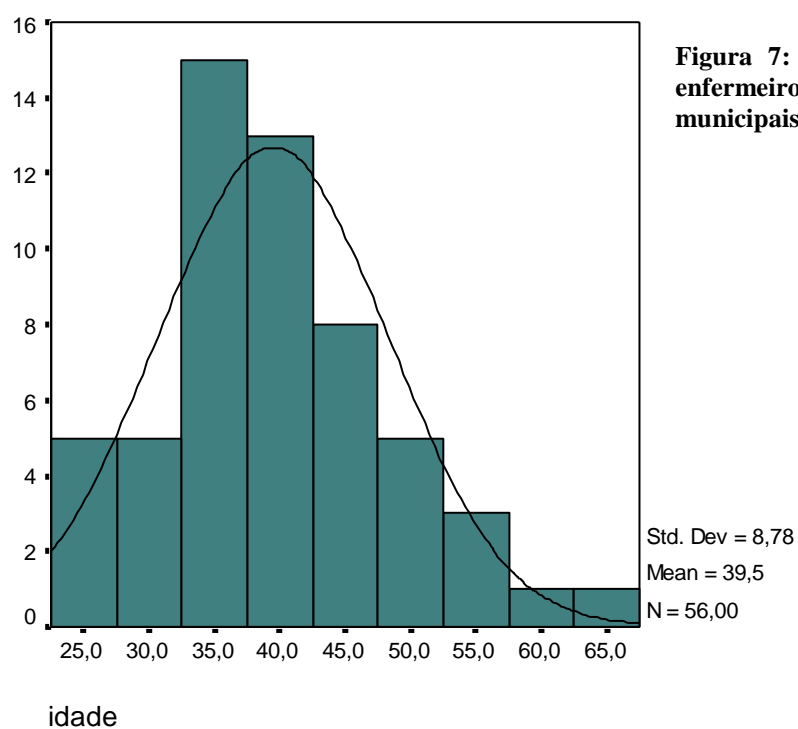
Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

O valor de *p* das variáveis número de filhos ( $p = ,006$ ), anos de estudo ( $p = ,000$ ) e renda familiar ( $p = ,000$ ) e idade ( $p = ,021$ ) demonstraram ser significativos considerando o valor de  $p < 0,05$ . E não foi observada diferença significativa entre os auxiliares e enfermeiros na variável situação conjugal ( $p = ,563$ ). Assim, o valor de *p* demonstrou ser significativo para quase todas as variáveis sócio-econômicas, exceto para a situação conjugal, demonstrando haver diferença das variáveis analisadas entre o grupo de auxiliar e o grupo de enfermeiro.

Na comparação entre as duas categorias foi observada uma faixa etária de auxiliares com idade mais avançadas do que a de enfermeiros, assim os auxiliares estão concentrados na faixa etária de 46 ou mais anos (42,2%) e os enfermeiros na faixa etária de 36 a 45 anos (46,4%).

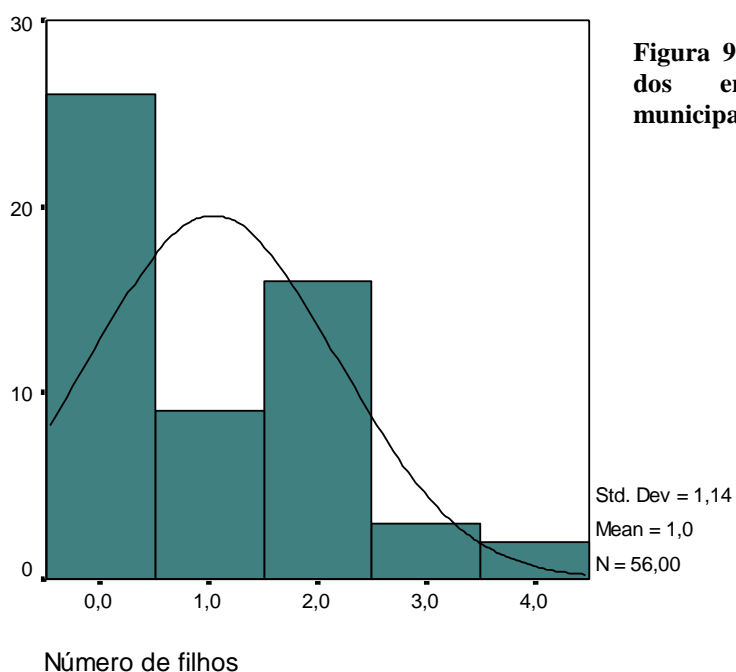
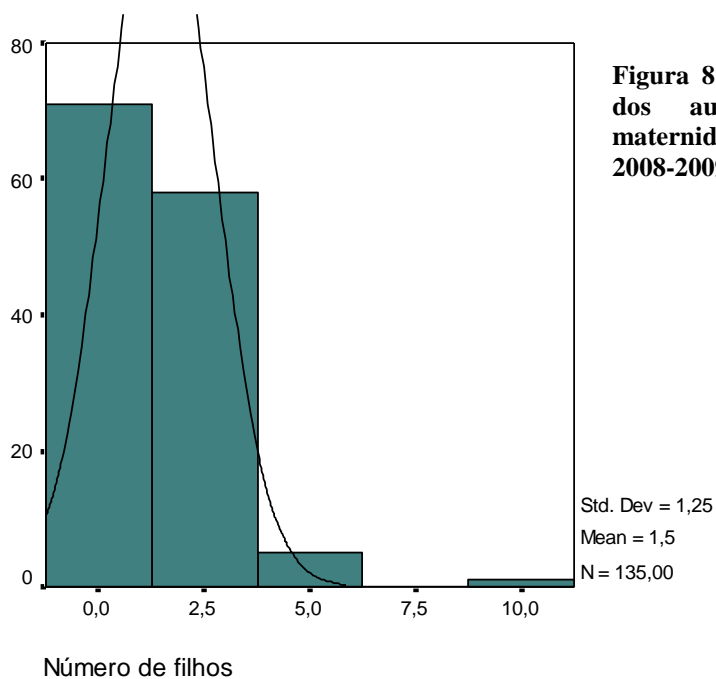


**Figura 6: Histograma da idade dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**

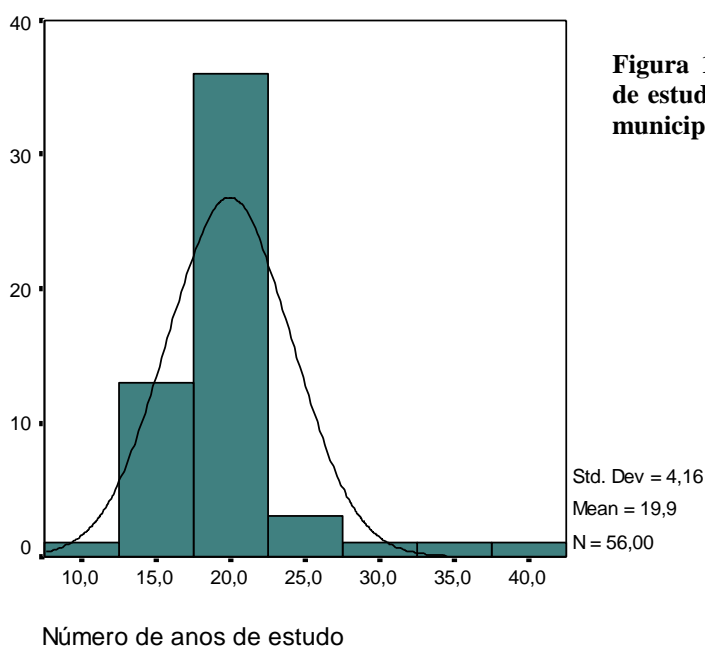
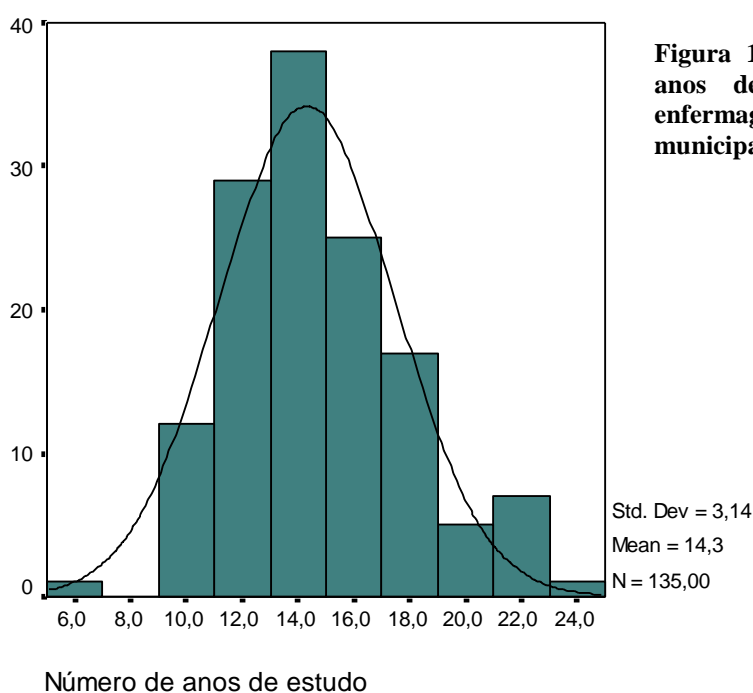


**Figura 7: Histograma da idade dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**

Quanto ao número de filhos, 47,4% dos auxiliares tinham dois ou mais filhos, enquanto 46,4% dos enfermeiros não tinham filhos.



Em relação à escolaridade, a maior parte dos auxiliares tinham até 13 anos de estudo (48,9%) e os enfermeiros tinham entre 14 e 20 anos de estudo (62,5%).



A renda familiar dos enfermeiros se apresentou maior que as dos auxiliares, deste modo, a renda familiar da maioria dos auxiliares se concentrou na faixa de até 6 salários mínimos (69,6%) enquanto dos enfermeiros a maioria foi de 7 a 15 salários mínimos (67,9%).

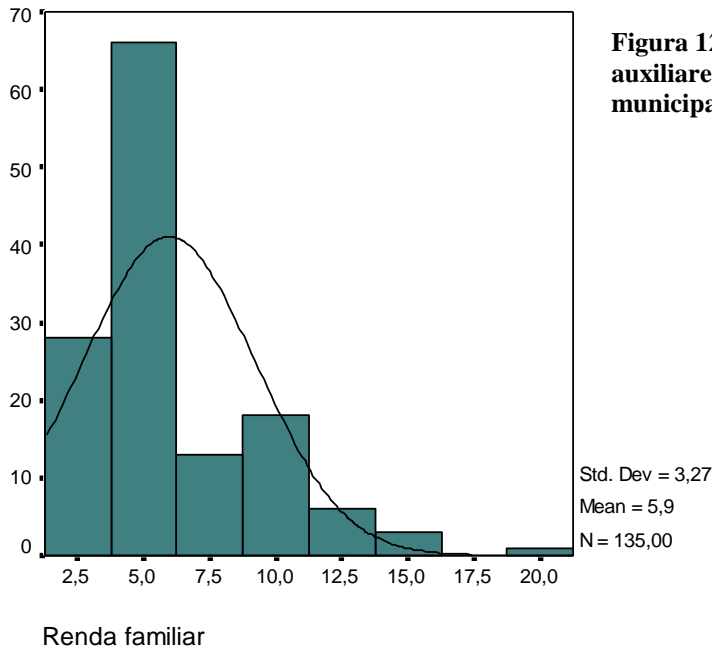


Figura 12: Histograma da renda familiar dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

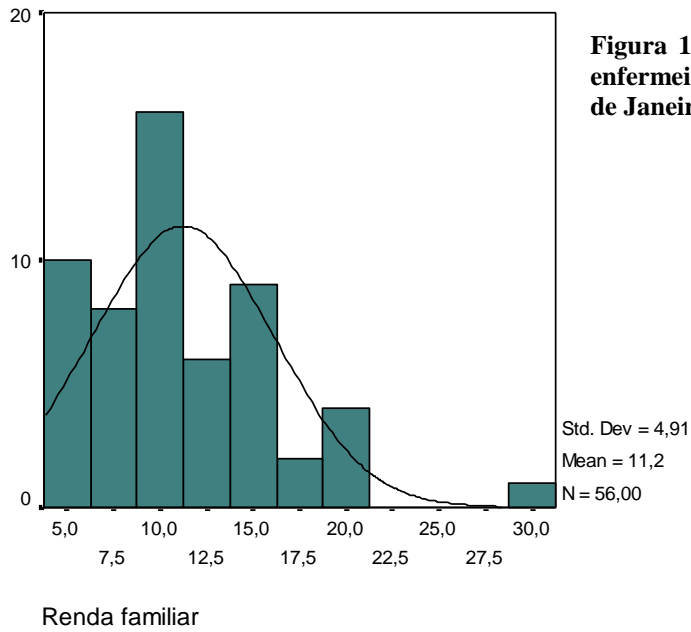


Figura 13: Histograma da renda familiar dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.



## 5.2.2 Características laborais dos profissionais de enfermagem

Em relação aos dados laborais dos **auxiliares de enfermagem**, a pesquisa demonstrou que a média de carga horária semanal de trabalho, somando todos os empregos, foi de 50 horas. No agrupamento de horários estabelecidos, pode-se perceber que 45,9% cumpriam uma carga horária de até 40 horas semanais, 36,3% trabalhavam 61 ou mais horas e 17,8% tinham entre 41 a 60 horas de trabalho semanal.

O tempo de atuação na enfermagem variou de menos de 1 até 41 anos, com uma média de 16 anos, 72,6% estão no grupo que atuam há 11 ou mais anos, 25,2% no grupo de 4 a 10 anos de atuação, 2,2% no grupo de até 3 anos na prática profissional. Em relação ao tempo de atuação na assistência ao parto foi observada uma variação de menos de 1 até 33 anos, com uma média aproximada de 9 anos, o maior grupo dos auxiliares ficou no tempo de atuação de até 3 anos com 34,1%, 11 anos ou mais com 33,3% e em seguida de 4 a 10 anos com 32,6%.

A média de partos auxiliados foi de 2.815, sendo que 66,7% auxiliaram 1000 ou mais partos, logo de 1 a 200 partos auxiliados com 14,8%, a seguir de 201 a 500 com 13,3% e somente um (0,7%) não havia auxiliado nenhum parto. Foi observada uma média de 35 partos assistidos, 85,9% nunca assistiram a um parto, 11,1% assistiram entre 1 a 200 partos, 2,2% assistiram 1000 ou mais partos e 0,7% assistiu de 201 a 500. Os partos assistidos em situação de emergência tiveram uma média de aproximadamente 43 partos, 40% assistiram de 1 a 10 partos, 25,9% assistiram de 11 a 60 partos, 17,8% assistiram 61 ou mais partos e 16,3% nunca assistiram a um parto nesta situação. Em relação aos partos cirúrgicos auxiliados teve-se uma média de 947 partos, 9,6% auxiliaram 201 a 500 ou mais partos, 7,4% nunca auxiliaram partos cirúrgicos e por último 5,2% auxiliaram 501 a 999 partos cirúrgicos.

A formação dos auxiliares de enfermagem indicou que: 7,5% tinham o curso de auxiliar de enfermagem, 68,7% tinham o curso técnico de enfermagem, 20,9% tinham a

graduação em enfermagem, 2,2% tinham especialização em enfermagem obstétrica, 0,7% tinha mestrado e nenhum fez doutorado e/ou pós-doutorado.

Já em relação aos dados laborais dos **enfermeiros**, a pesquisa demonstrou que eles trabalham uma média de carga horária semanal, somando todos os empregos, de 60 horas, No agrupamento de horários estabelecidos, pode-se perceber que 50% cumpriam uma carga horária de 61 ou mais horas semanais, 32,1% tinham uma jornada semanal de 41 a 60 horas semanais, 17,9% desempenhavam até 40 horas de trabalho.

O tempo de atuação na prática profissional variou de menos de 1 até 31 anos, com uma média de 15 anos, 71,4% estão no grupo que atuam 11 ou mais anos, 19,6% se encontram no grupo de 4 a 10 anos de atuação, 8,9% dos enfermeiros estão com até 3 anos do tempo de atuação. No que se refere ao tempo de atuação na assistência ao parto variou entre menos de 1 até 26 anos, com uma média aproximada de 10 anos, de 4 a 10 anos foram 42,9% dos enfermeiros, de 11 ou mais anos com 37,5%, até 3 anos de atuação na assistência ao parto obteve-se 19,6%.

A média de partos auxiliados foi de 1650 sendo que, 42,9% auxiliaram 1000 ou mais partos, 21,4% de 1 a 200 partos, 16,1% nunca auxiliaram partos, 14,3% auxiliaram de 201 a 500 partos e com menor percentual, 5,4%, de 501 a 999 partos auxiliados. A média de partos assistidos foi de aproximadamente 914. Dos 56 enfermeiros, 44,6% assistiram 1000 ou mais partos, 28,6% assistiram de 1 a 200 partos, 10,7% foram os que nunca assistiram a um parto, 8,9% assistiram de 201 a 500 partos e 7,1% assistiram de 501 a 999 partos. A média foi de 85 partos assistidos em situações de emergências. Neste tipo de assistência ao parto, 41,1% assistiram 61 ou mais partos, 23,2% nunca assistiram a um parto nesta situação, 19,6% assistiram de 11 a 60 partos, 16,1% assistiram de 1 a 10 partos. Em relação aos partos cirúrgicos auxiliados, teve-se uma média de 354 partos, sendo que 41,1% dos enfermeiros não auxiliaram nenhum parto cirúrgico, 39,3% auxiliaram de 1 a 200 partos, 10,7% auxiliaram

1000 partos cirúrgicos, 7,1% auxiliaram 201 a 500 partos cirúrgicos e 1,8% auxiliou 501 a 999 partos cirúrgicos.

Os dados de qualificação mostraram que 3,6% tinham o curso de auxiliar de enfermagem, 8,9% tinham o curso técnico de enfermagem, 100% tinham a graduação em enfermagem, 82,1% tinham especialização em enfermagem obstétrica, 14,3% tinham mestrado, 1,8% tinha doutorado e nenhum fez pós-doutorado (Tabela: 2)

**Tabela 2 : Distribuição das características laborais da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (continua)**

Variáveis laborais	Auxiliares		Enfermeiros		Valor de p
	f	%	f	%	
<b>Carga horária laboral semanal</b>					,001
Até 40 horas	62	45,9	10	17,9	
41-60 horas	24	17,8	18	32,1	
61 ou mais horas	49	36,3	28	50	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	50		60		
<b>Desvio Padrão</b>	17		15		
<b>Tempo de Atuação na Enfermagem</b>					,092
Até 3 anos	3	2,2	5	8,9	
4-10 anos	34	25,2	11	19,6	
11 ou mais anos	98	72,6	40	71,4	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	16		15		
<b>Desvio Padrão</b>	8		8		
<b>Tempo de Atuação na Assistência ao Parto Fisiológico</b>					,127
até 3 anos	46	34,1	11	19,6	
4-10 anos	44	32,6	24	42,9	
11 ou mais anos	45	33,3	21	37,5	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	9		10		
<b>Desvio Padrão</b>	8		7		
<b>Partos Fisiológicos Auxiliados</b>					,000
Nenhum parto	1	0,7	9	16,1	
1-200	20	14,8	12	21,4	
201-500	18	13,3	8	14,3	
501-999	6	4,4	3	5,4	
1000 ou mais	90	66,7	24	42,9	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	2811		1650		
<b>Desvio Padrão</b>	2815		2363		

**Tabela 2: Distribuição das características laborais da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (conclusão)**

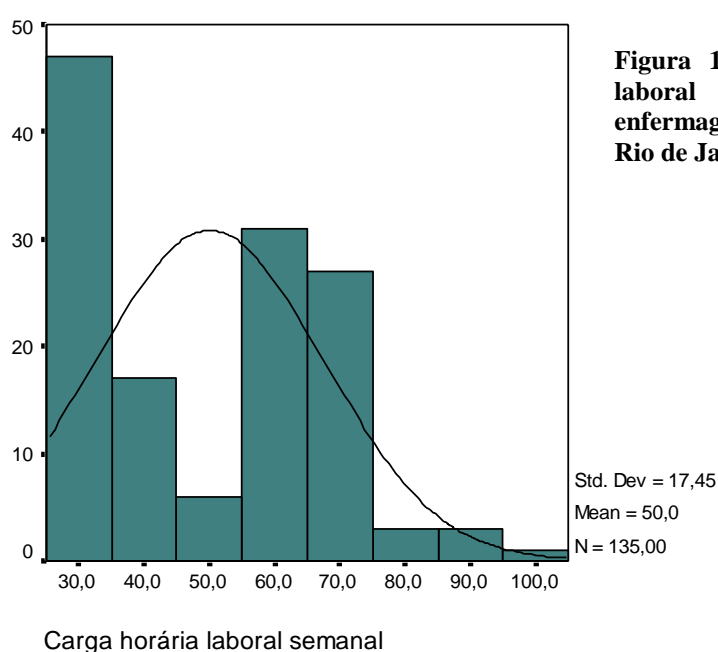
Variáveis laborais	Auxiliares		Enfermeiros		Valor de <i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<b>Partos Cirúrgicos Auxiliados</b>					,000
Nenhum parto	10	7,4	23	41,1	
1-200	48	35,6	22	39,3	
201-500	13	9,6	4	7,1	
501-999	7	5,2	1	1,8	
1000 ou mais	57	42,2	6	10,7	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	947		354		
<b>Desvio Padrão</b>	1234		1024		
<b>Parto Fisiológicos Assistidos</b>					,000
Nenhum parto	116	85,9	6	10,7	
1-200	15	11,1	16	28,6	
201-500	1	0,7	5	8,9	
501-999	0	0	4	7,1	
1000 ou mais	3	2,2	25	44,6	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	35		914		
<b>Desvio Padrão</b>	191		1007		
<b>Partos Assistidos em “situação de emergência”</b>					,001
Nenhum parto	22	16,3	13	23,2	
1-10	54	40	9	16,1	
11-60	35	25,9	11	19,6	
61 ou mais	24	17,8	23	41,1	
Total	135	100	56	100	
<b>Média</b>	43		85		
<b>Desvio Padrão</b>	90		126		
<b>Qualificação Profissional</b>					
Auxiliar de enfermagem	104	77,6	2	3,6	
Técnico de enfermagem	92	68,7	5	8,9	
Graduação em enfermagem	28	20,9	56	100	
Especialização em Obstetrícia	3	2,2	46	82,1	
Mestrado	1	0,7	8	14,3	
Doutorado	0	0	1	1,8	
Pós-doutorado	0	0	0	0	

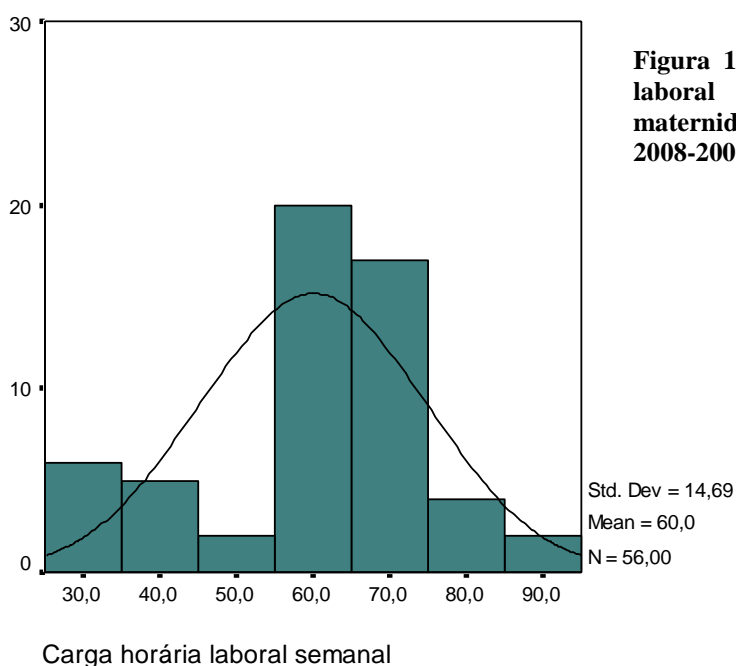
Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

O valor de *p* foi significativo na carga horária semanal ( $p= ,001$ ), nos partos fisiológicos auxiliados ( $p=,000$ ), nos partos cirúrgicos auxiliados ( $p=,000$ ), nos partos fisiológicos assistidos ( $p= ,000$ ) e ao número de partos assistidos em situação de emergência ( $p= ,001$ ) considerando o valor de  $p < 0,05$ , assim demonstrou haver diferença destas variáveis entre as duas categorias de enfermagem estudadas. Em relação ao tempo de atuação na

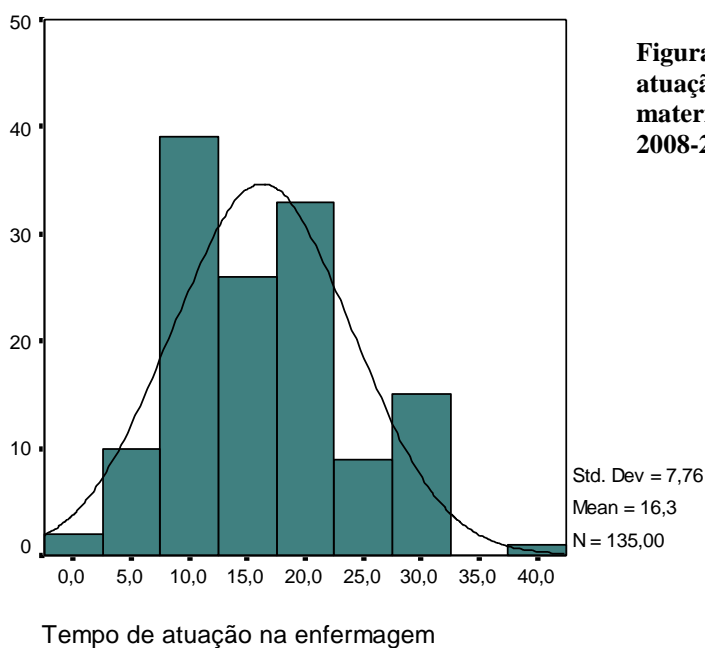
enfermagem ( $p= ,092$ ) e ao tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico ( $p=,127$ ), o valor de  $p$  não foi significativo.

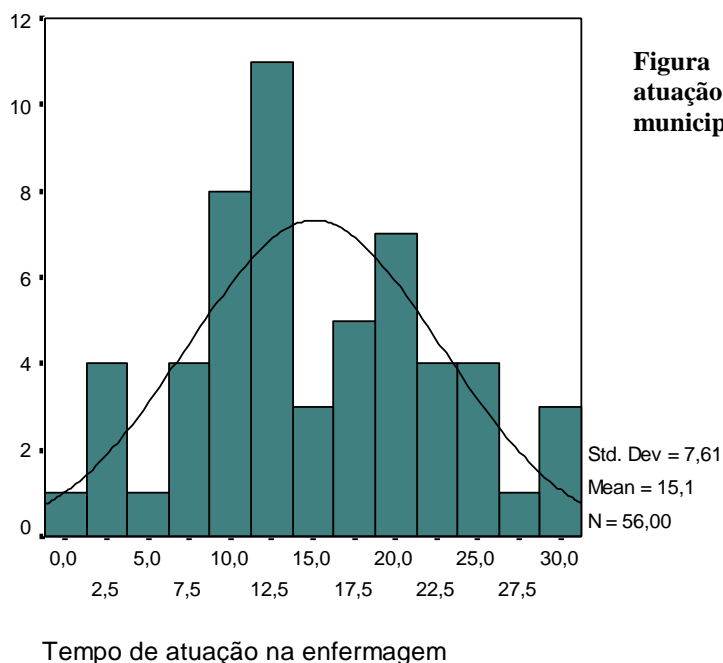
Na carga horária laboral semanal pode-se observar que a maior parte dos auxiliares se encontram na faixa de até 40 horas semanais (45,9%) e os enfermeiros na faixa de 61 ou mais horas (50%), o valor médio foi de 50 horas para o auxiliar de enfermagem e de 60 horas para o enfermeiro.





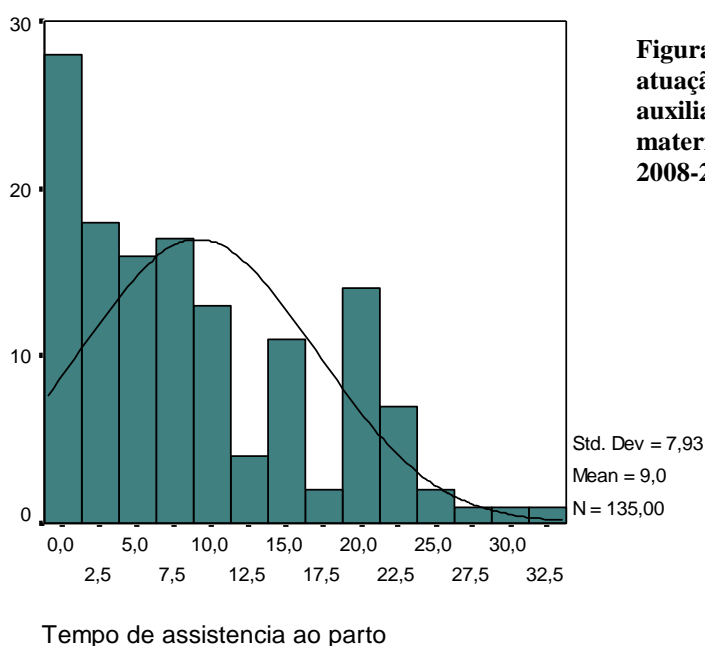
O tempo de atuação na enfermagem foi semelhante para as duas categorias, auxiliar e enfermeiro, ficando ambos com o maior percentual de tempo de atuação na faixa de 11 ou mais anos, respectivamente 72,6% e 71,4%.



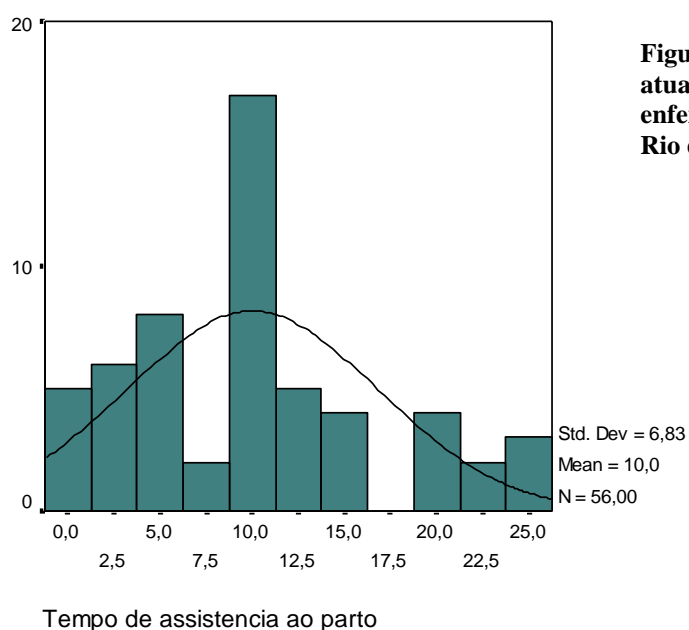


**Figura 17: Histograma do tempo de atuação dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**

No tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico, os auxiliares (72,6%) e os enfermeiros (71,4%) também se concentraram mais no tempo de 11 ou mais anos. A média de atuação foi bem próxima, os auxiliares com uma média de 9 anos e os enfermeiros com 10 anos de atuação na assistência ao parto fisiológico.

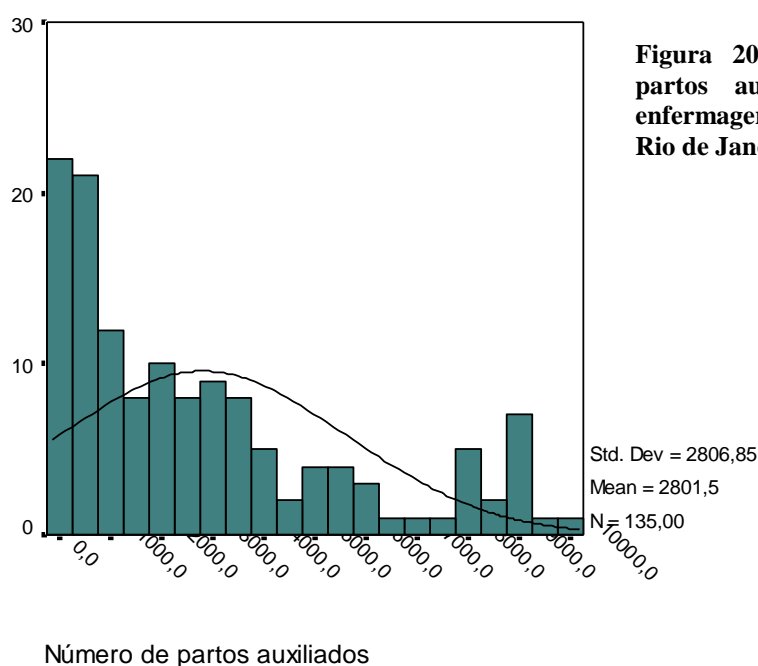


**Figura 18: Histograma do tempo de atuação na assistência ao parto dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**



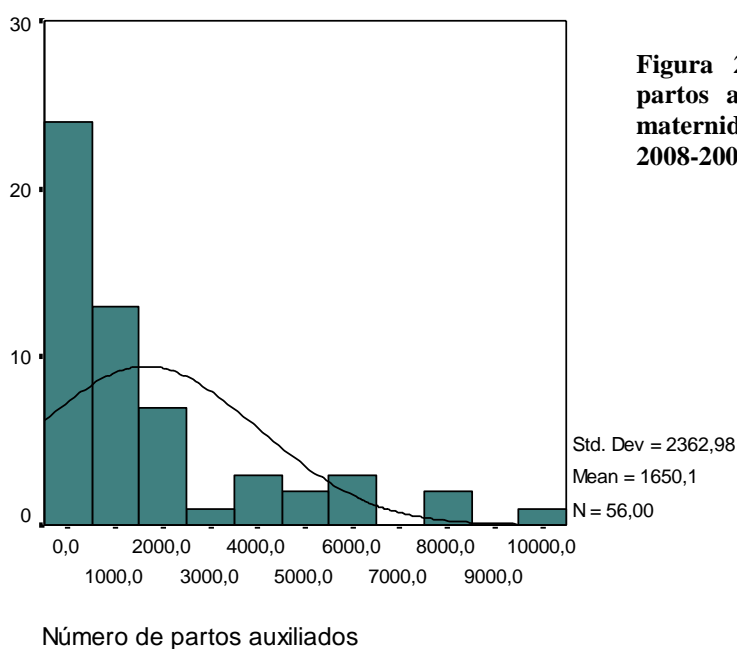
**Figura 19: Histograma do tempo de atuação na assistência ao parto dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**

No quantitativo de partos auxiliados, identificou-se que os enfermeiros atuam com menos frequência do que os auxiliares de enfermagem. Assim, a maioria dos auxiliares ficou no grupo que já auxiliaram 1000 partos ou mais (66,7%) e apesar dos enfermeiros também se concentrarem mais neste grupo de 1000 partos ou mais o percentual foi menor (42,9%).



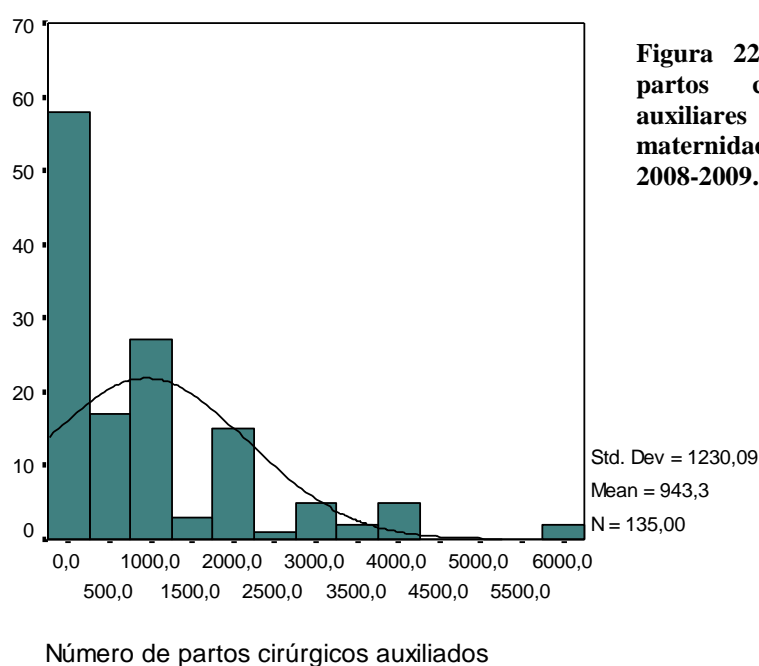
**Figura 20: Histograma do número de partos auxiliados pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**



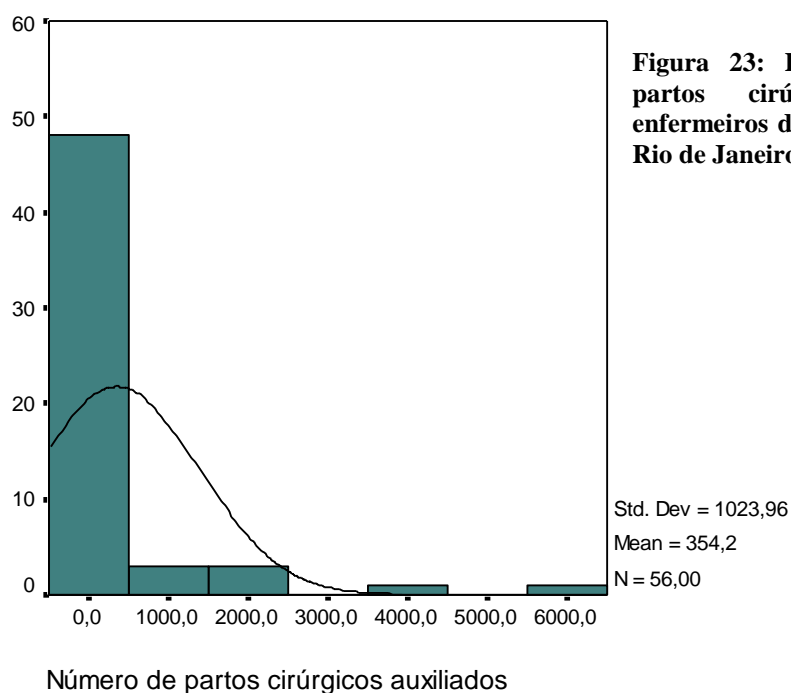


**Figura 21: Histograma do número de partos auxiliados pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**

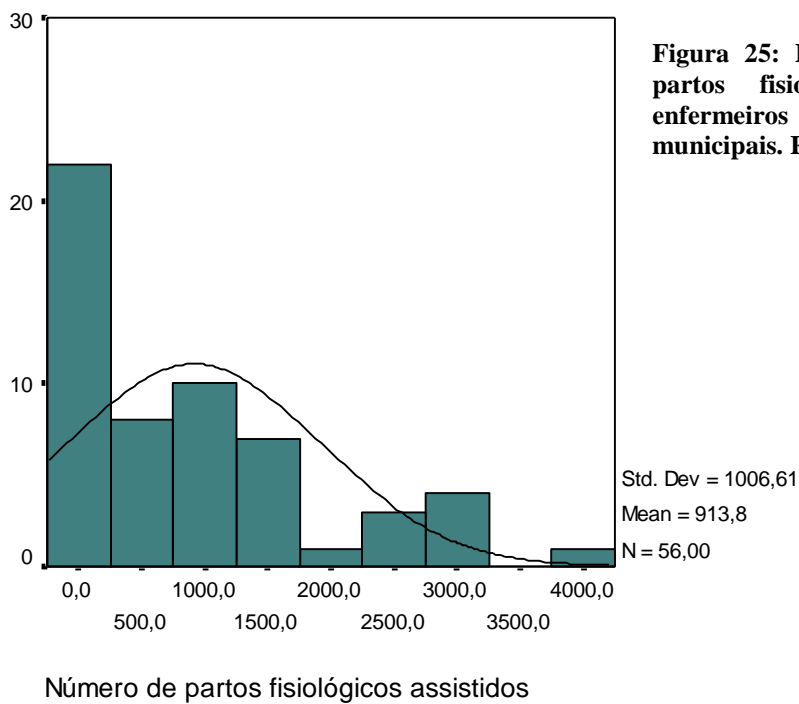
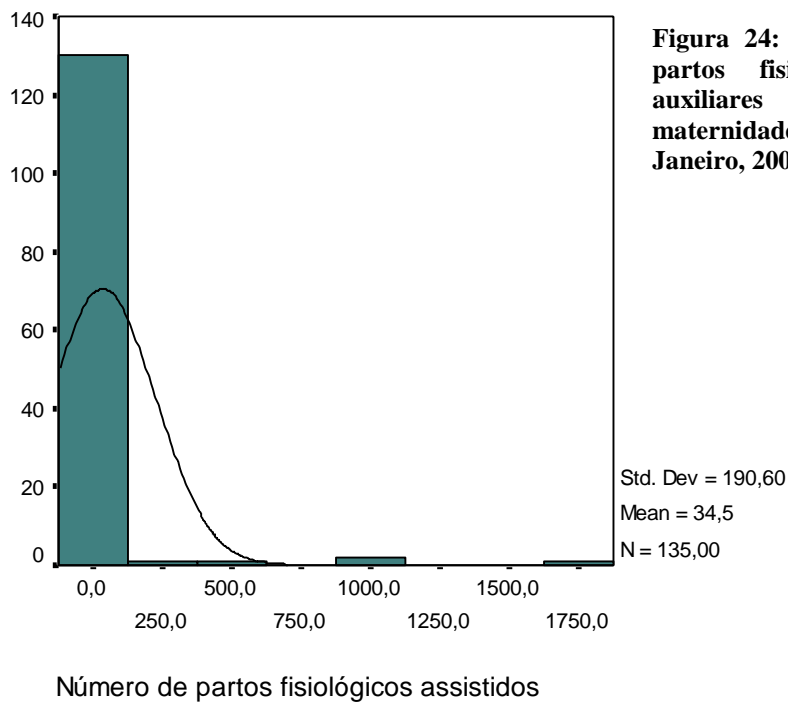
Em relação aos partos cirúrgicos, os auxiliares de enfermagem ficaram em sua maior parte no agrupamento de 1000 ou mais partos auxiliados (42,2%) e os enfermeiros se concentraram mais no grupo de 1 a 200 partos auxiliados (39,3%), a média de partos cirúrgicos auxiliados também foi maior para a categoria de auxiliares de enfermagem com 947 partos do que de enfermeiros com 354.



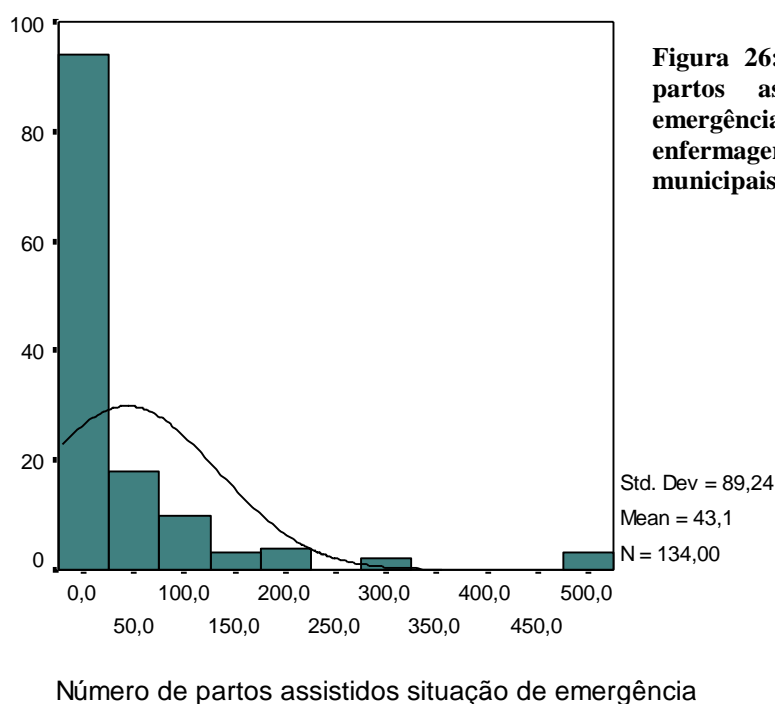
**Figura 22: Histograma do número de partos cirúrgicos auxiliados pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**

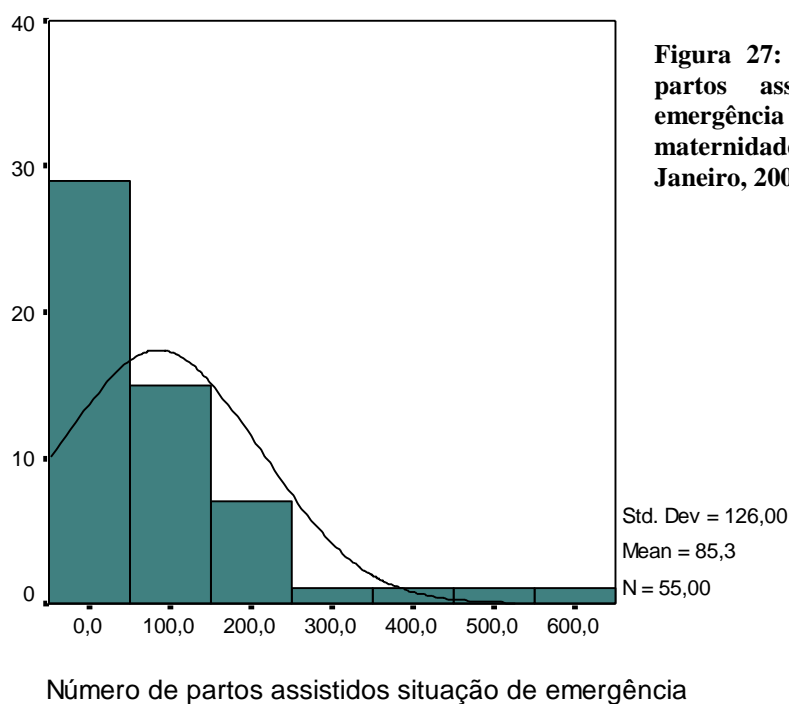


Na experiência de assistir à mulher no parto fisiológico, identificou-se que é uma prática realizada em maior parte pelo enfermeiro do que pelo auxiliar de enfermagem. A maioria dos auxiliares ficaram no grupo dos que nunca assistiram a um parto fisiológico (85,9%) e os enfermeiros no grupo dos que assistiram de 1000 ou mais partos (44,6%). A média de partos assistidos por estas duas categorias, que foi de 35 para os auxiliares e 914 para os enfermeiros, percebe-se a diferença quantitativa de procedimentos realizados, coerentes com a disposição legal do exercício profissional.



Os partos assistidos em “situação de emergência” são aqueles partos que os enfermeiros ou médicos acompanham e que por alguma razão, não se apresentam no local para assistir ao parto no período expulsivo e assim, o profissional que está próximo acaba assistindo ao parto nesta “situação de emergência”. Nesta categoria os enfermeiros atuam mais que os auxiliares. Os auxiliares tiveram um maior percentual no grupo que assistiu de 1 a 10 partos (40%) e os enfermeiros no grupo que assistiu de 61 ou mais partos (41,1%).

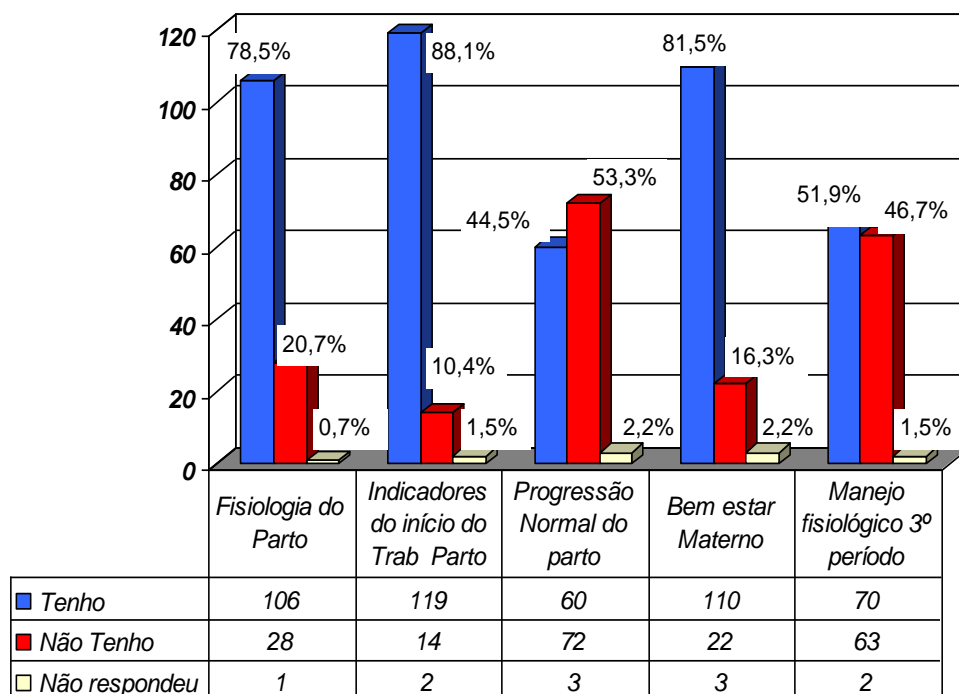




### 5.3 Os Conhecimentos Básicos dos Profissionais de Enfermagem sobre o Parto Fisiológico

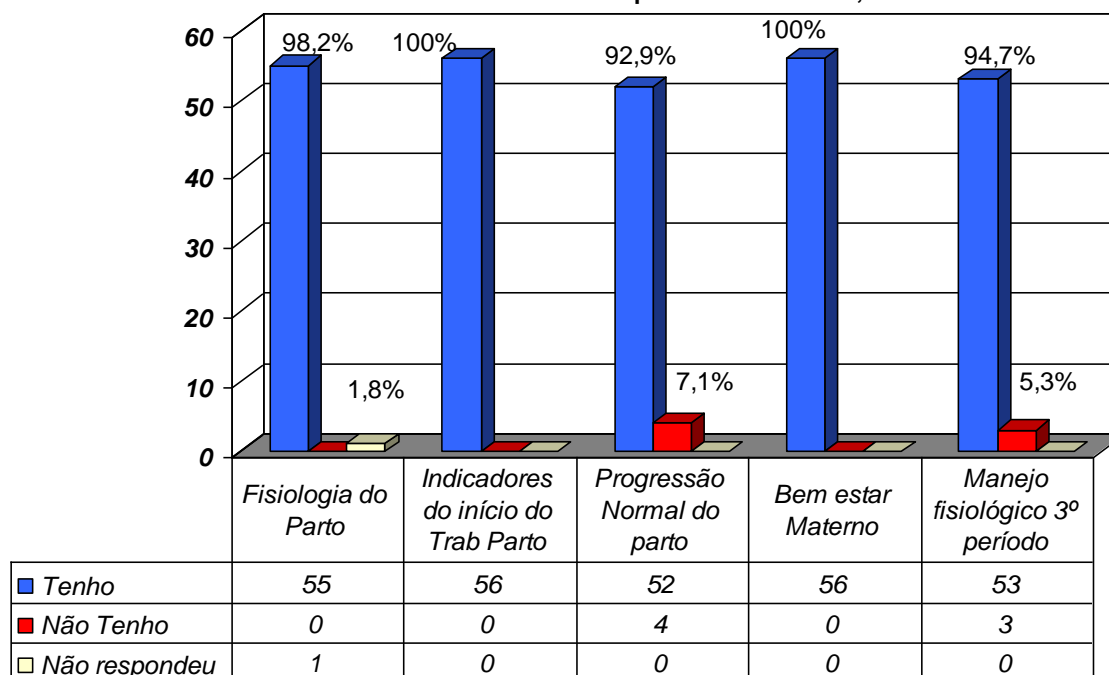
Os Gráficos 1 e 2, objetivam os conhecimentos dos profissionais de enfermagem na atenção à mulher no parto fisiológico: fisiologia do parto, indicadores do início do trabalho de parto, progressão normal do parto, bem estar materno e manejo fisiológico do 3º período.

**Gráfico 1: Distribuição dos conhecimentos na atenção à mulher no parto fisiológico dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**



Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

**Gráfico 2: Distribuição dos conhecimentos na atenção à mulher no parto fisiológico dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**

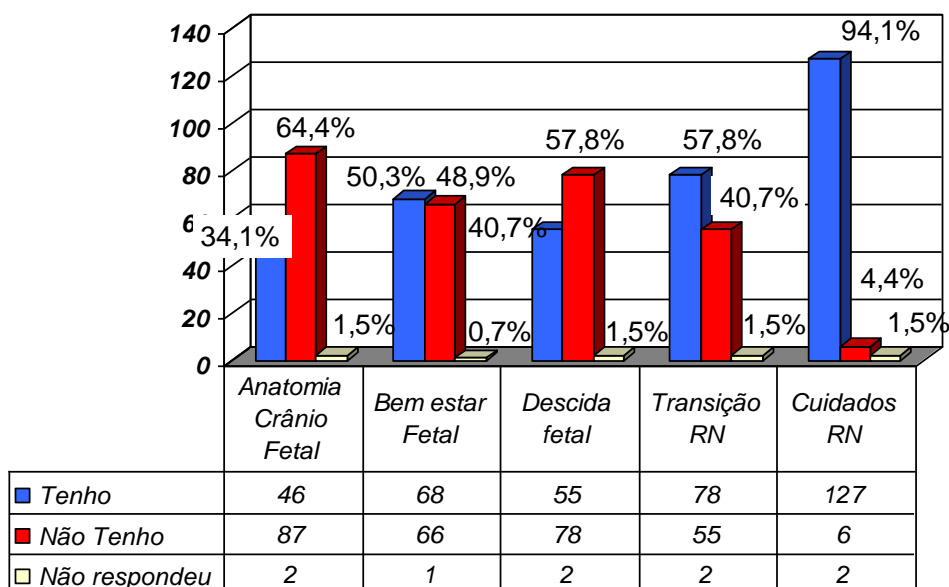


Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Observa-se que, quanto à fisiologia do parto, referiram ter este conhecimento 78,5% dos auxiliares e 98,2% dos enfermeiros; 88,1% dos auxiliares e 100% dos enfermeiros conhecem os indicadores do início do trabalho de parto; 44,5% dos auxiliares e 92,9% dos enfermeiros conhecem a progressão normal do parto; 81,5% dos auxiliares e 100% dos enfermeiros conhecem as medidas para avaliar o bem-estar materno 51,9% dos auxiliares e 94,7% dos enfermeiros conhecem sobre o manejo fisiológico do 3º período do parto.

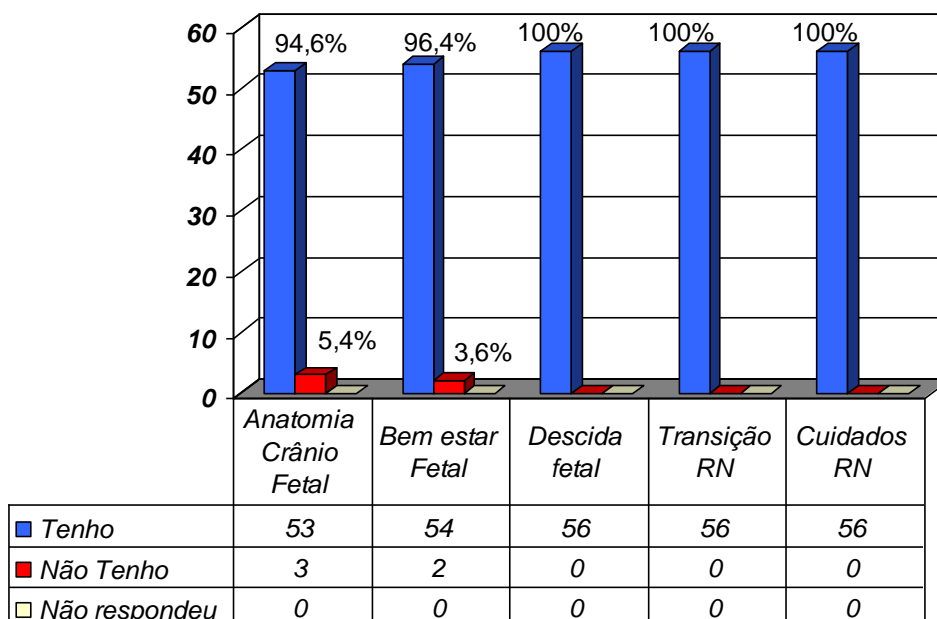
Já os Gráficos 3 e 4 demonstram os conhecimentos dos profissionais na atenção ao feto/recém-nascido no parto fisiológico: anatomia crânio-fetal, bem estar fetal, descida fetal, transição recém-nascido (RN) e cuidados RN.

**Gráfico 3: Distribuição dos conhecimentos na atenção ao Feto/Recém-Nascido no parto fisiológico dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**



Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

**Gráfico 4: Distribuição dos conhecimentos na atenção ao Feto/Recém-Nascido no parto fisiológico dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**



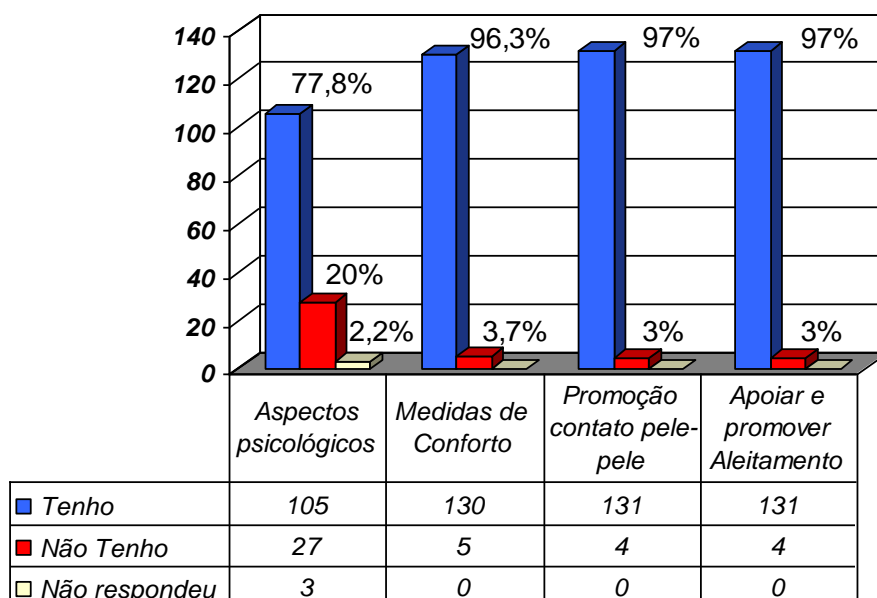
Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

O estudo verificou que tinham conhecimentos sobre anatomia crânio fetal 34,1% dos auxiliares e 94,6% dos enfermeiros; sobre o bem estar fetal, 50,3% dos auxiliares e 96,4% dos enfermeiros tinham este conhecimento; em relação aos conhecimentos sobre a descida fetal, 40,7% dos auxiliares e 100% dos enfermeiros detinham este saber; 57,8% dos auxiliares e 100% dos enfermeiros tinham conhecimentos sobre a transição do recém-nascido e 94,1% dos auxiliares e 100% dos enfermeiros conheciam sobre os cuidados prestados ao recém-nascido.

Os Gráficos 5 e 6 objetivam os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados de conforto e promoção no parto fisiológico: aspectos psicológicos, medidas de conforto, promoção do contato pele-a-pele e apoiar e promover o aleitamento.

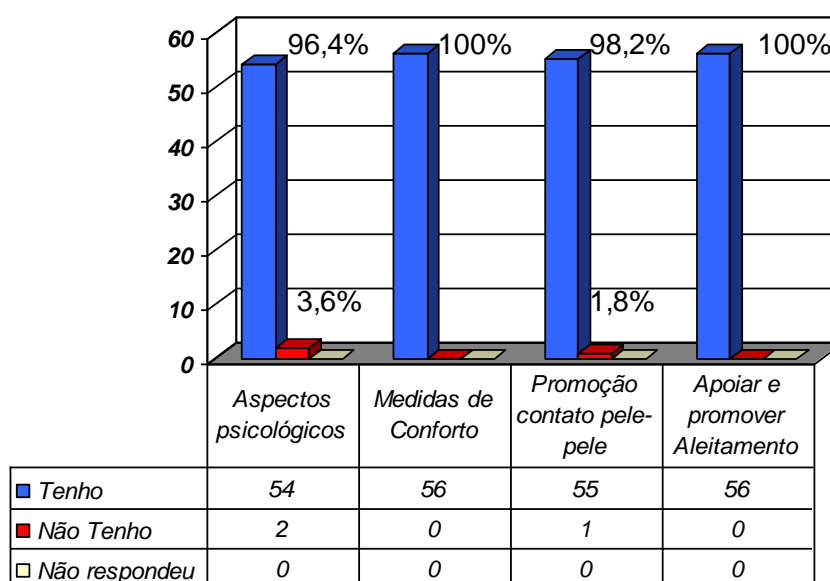


**Gráfico 5: Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de conforto e promoção no parto fisiológico dos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**



Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

**Gráfico 6: Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de conforto e promoção no parto fisiológico dos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**

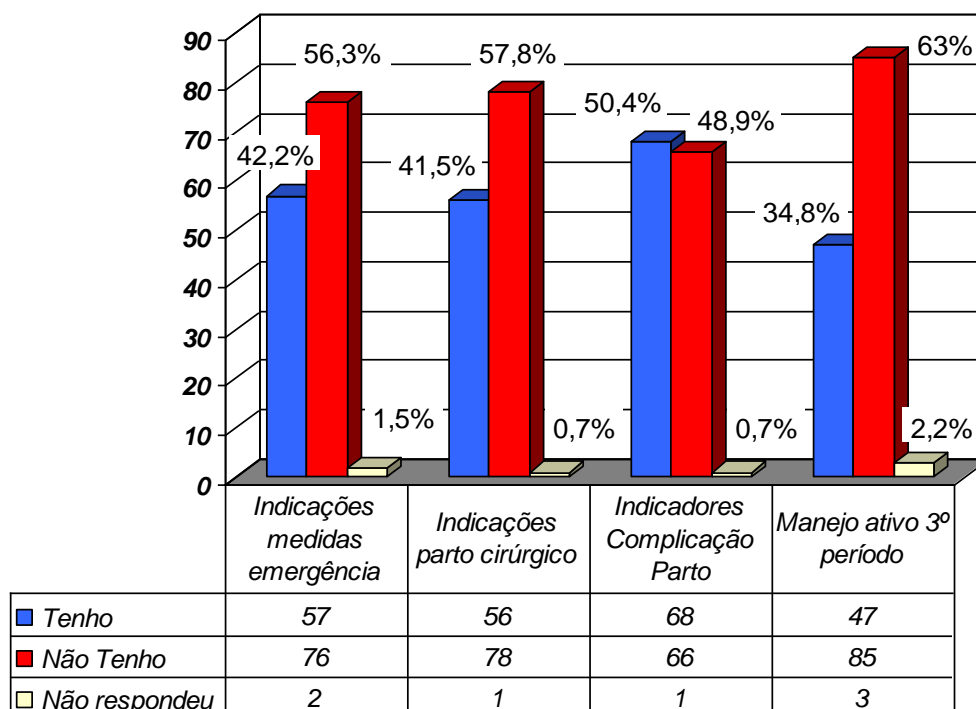


Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Em relação aos conhecimentos nos aspectos de conforto e promoção, possuíam conhecimentos sobre os aspectos psicológicos 77,8% dos auxiliares e 96,4% dos enfermeiros; as medidas de conforto eram conhecidas por 96,3% dos auxiliares e 100% dos enfermeiros; possuíam os conhecimentos sobre a promoção do contato pele-a-pele 97% dos auxiliares e 98,2% dos enfermeiros; e sobre apoiar e promover o aleitamento materno 97% dos auxiliares e 100% dos enfermeiros tinham este conhecimento.

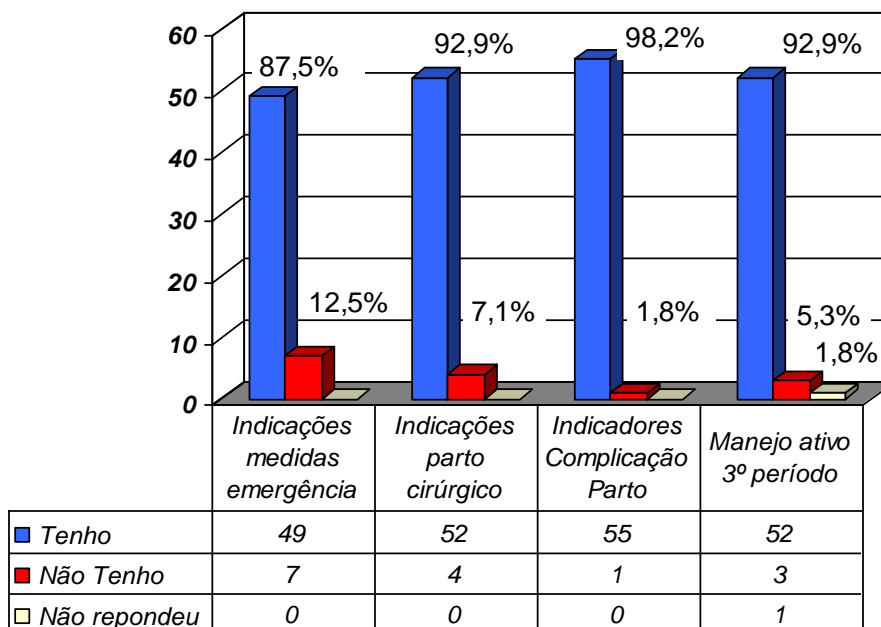
Os Gráficos 7 e 8 apresentam os conhecimentos sobre os cuidados de emergência no parto: indicações para medidas de emergência, indicações parto cirúrgico, indicadores de complicação no parto e manejo ativo do 3º período.

**Gráfico 7: Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de emergência no parto dos auxiliares de enfermagem nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**



Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

**Gráfico 8: Distribuição dos conhecimentos nos cuidados de emergência no parto dos enfermeiros nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.**



Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Sobre os conhecimentos dos profissionais de enfermagem em relação às indicações para medidas emergenciais, 42,2% correspondem aos auxiliares e 87,5% aos enfermeiros; sobre as indicações do parto cirúrgico 41,5% dos auxiliares e 92,9% dos enfermeiros tinham este conhecimento; conheciam os indicadores de complicação no parto 50,4% dos auxiliares e 98,2% dos enfermeiros; e conheciam o manejo ativo do 3º período do parto 34,8% dos auxiliares e 92,9 % dos enfermeiros.

## **5.4 Habilidades Básicas e Adicionais dos profissionais de enfermagem na Assistência ao Parto Fisiológico**

A assistência à mulher no parto fisiológico, apesar de ser um processo contínuo, é dividida didaticamente, para uma melhor compreensão no ensino e para colaborar com os profissionais que assistem à mulher, pois possibilita definir em cada período clínico as principais habilidades necessárias na assistência. Assim, as habilidades e atitudes foram divididas em 4 momentos: fase de dilatação, fase de expulsão, fase de dequitação e em todas as fases quando o cuidado for necessário, ou seja, em todo o decorrer do parto.

Neste agrupamento, consideraram-se os procedimentos de assistência à mulher que são pertinentes a cada fase clínica do parto. Assim, pode-se visualizar a frequência e a porcentagem da realização dos procedimentos e do treinamento recebido pelos profissionais de enfermagem na assistência à mulher no parto fisiológico em cada fase.

### **5.4.1 Atitudes e Habilidades dos profissionais de enfermagem na Assistência Técnica à Mulher no Parto Fisiológico**

#### **5.4.1.1 Fase de Dilatação**

A Tabela 3 revela a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem bem como o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência à mulher, na fase de dilatação do trabalho de parto.

Tabela 3: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher na fase de dilatação do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas e Adicionais	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Realiza exame físico direcionado a parturiente	30	22,2	50	89,3	31	23	52	92,9
Faz exploração/palpação abdominal completa para determinar apresentação, posição e situação fetal	12	8,9	46	82,1	17	12,6	50	89,3
Avalia a frequência e efetividade das contrações uterinas	56	41,5	47	83,9	35	25,9	49	87,5
Realiza exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estados das membranas e a adequação da pelve.	6	4,4	40	71,4	7	5,2	46	82,1
Realiza toque para avaliar dilatação	8	5,9	39	69,6	6	4,4	43	76,8
Realiza toque para avaliar apagamento	3	2,2	40	71,4	3	2,2	42	75
Acompanha evolução do trabalho de parto, usando um partograma	57	42,2	39	69,6	24	17,8	42	75
Controla os Batimentos cardio fetais	23	17	46	82,1	18	13,3	48	85,7

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

A habilidade de realizar o exame físico direcionado à parturiente foi identificada em 22,2% dos auxiliares e 89,3% dos enfermeiros e quanto ao treinamento para a realização deste procedimento, 23% dos auxiliares e 92,9% dos enfermeiros foram treinados respectivamente.

Na técnica de exploração/palpação abdominal completa para determinar a apresentação, posição e situação fetal observa-se que 8,9% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros fazem esta prática e os profissionais treinados para aquisição desta habilidade foram 12,6% dos auxiliares e 89,3% dos enfermeiros.

Em relação à avaliação da frequência e efetividade das contrações uterinas, 41,5% dos auxiliares e 83,9% dos enfermeiros executam esta técnica e 25,9% dos auxiliares e 87,5% dos enfermeiros tiveram o treinamento para obtenção desta habilidade.

O exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve é

efetuado por 4,4 % dos auxiliares e 71,4% dos enfermeiros e 5,2% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros receberam o treinamento para conquista desta habilidade.

Já a realização do toque vaginal para avaliar a dilatação do colo uterino é executada por 5,9% dos auxiliares e 69,6% dos enfermeiros, o treinamento para realização desta técnica foi concedido a 4,4% dos auxiliares e 76,8% dos enfermeiros.

A realização do toque vaginal para avaliação do apagamento do colo uterino é praticado por 2,2% dos auxiliares e 71,4% dos enfermeiros, o treinamento desta técnica foi realizado por 2,2% dos auxiliares e 75% dos enfermeiros.

No acompanhamento da evolução do trabalho de parto usando um partograma, observa-se que 42,2% dos auxiliares e 69,6% dos enfermeiros fazem uso deste procedimento e a capacitação foi realizada em 17,8% dos auxiliares e 75% dos enfermeiros.

O controle dos batimentos cardio fetais durante o trabalho de parto é praticado por 17% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros e 13,3% dos auxiliares e 85,7% dos enfermeiros tiveram o treinamento para a realização desta habilidade.

#### 5.4.1.2 Fase de expulsão

A Tabela 4 demonstra a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência à mulher, na fase de expulsão, do trabalho de parto.

Tabela 4: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher na fase de expulsão do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Executa manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida	19	14,1	31	55,4	9	6,7	35	62,5
Protege períneo no período expulsivo	50	37	45	80,4	20	14,8	45	80,4

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Na execução de manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida 14,1% dos auxiliares e 55,4% dos enfermeiros realizam este procedimento, e o treinamento para a prática desta técnica foi efetuado com 14,8% dos auxiliares e 62,5% dos enfermeiros.

A proteção do períneo no período expulsivo é uma prática realizada por 37% dos auxiliares e 80,4% dos enfermeiros e receberam treinamento desta técnica 14,8% dos auxiliares e 80,4% dos enfermeiros.

#### 5.4.1.3 Fase de Dequitação

A Tabela 5 apresenta a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizados por estas duas categorias na assistência à mulher, na fase de dequitação, do trabalho de parto.

Tabela 5: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher na fase de dequitação do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas e Adicionais	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Apóia o processo fisiológico do 3º período do parto	63	46,7	51	91,1	30	22,2	48	85,7
Previne inversão uterina durante o 3º período do parto	9	6,7	38	67,9	6	4,4	38	67,9
Inspeciona placenta e membranas para verificar se estão íntegras	33	24,4	46	82,1	27	20	45	80,4
Verifica consistência uterina pós-parto	56	41,5	51	91,1	32	23,7	50	89,3
Inspeciona se ocorreu laceração na vagina e na cérvix	28	20,7	47	83,9	14	10,4	46	82,1
Identifica e sutura lacerações da cérvix (HA)	7	5,2	29	51,8	6	4,4	30	53,6
Verifica Sangramento no pós-parto imediato	120	88,9	53	94,6	77	57	49	87,5

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

O apoio no 3º período do parto fisiológico é realizado por 46,7% dos auxiliares e 91,1% dos enfermeiros e o treino para o alcance desta habilidade foi feito por 22,2% dos auxiliares e 85,7% dos enfermeiros.

A prevenção da inversão uterina durante o 3º período do parto é praticada por 6,7% dos auxiliares e 67,9% dos enfermeiros e 4,4% dos auxiliares e 67,9% dos enfermeiros tiveram capacitação para realizar esta técnica.

Na habilidade de inspecionar a placenta e membranas para verificar se estão íntegras, foi observado que 24,4% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros aplicam esta técnica em sua assistência e foram treinados para esta prática 20% dos auxiliares e 80,4% dos enfermeiros.

A verificação da consistência uterina no pós-parto é um procedimento que tem atuação de 41,5% dos auxiliares e 91,1% dos enfermeiros e receberam capacitação para esta técnica 23,7% dos auxiliares e 89,3% dos enfermeiros.

Em relação à inspeção da vagina e cérvix para verificar a ocorrência de laceração, são atuantes 20,7% dos auxiliares e 83,9% dos enfermeiros e foram treinados para esta prática 10,4% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros.

Na identificação e sutura das lacerações da cérvix, que é uma habilidade adicional, identificou-se que 5,2% dos auxiliares e 51,8% dos enfermeiros fazem esta prática e receberam capacitação para este procedimento 4,4% dos auxiliares e 53,6% dos enfermeiros.

É verificado o sangramento no pós-parto imediato por 88,9% dos auxiliares e 94,6% dos enfermeiros e foi recebida a orientação para esta prática por 57% dos auxiliares e 87,5% dos enfermeiros.



#### 5.4.1.4 Todas as Fases do Parto

A Tabela 6 expõe a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência à mulher em todas as fases do trabalho de parto.

Tabela 6: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência técnica à mulher nem todas as fases do parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Conhece a história obstétrica da parturiente, controla sinais vitais maternos e avalia.	115	85,2	53	94,6	62	45,9	51	91,1
Proporciona cuidado com a bexiga	71	52,6	46	82,1	49	36,3	38	67,9
Estima perda materna de sangue	85	63	47	83,9	39	28,9	36	64,3
Registra achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento	91	67,4	49	87,7	72	53,3	48	85,7

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Os profissionais de enfermagem identificados que conhecem a história obstétrica da parturiente, controla os sinais vitais e os avalia, corresponde a 85,2% dos auxiliares e 94,6% dos enfermeiros e que receberam treinamento para esta prática foram 45,9% dos auxiliares e 91,1% dos enfermeiros.

Já os que proporcionam cuidados com a bexiga, foram 52,6% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros e foram capacitados para este procedimento 36,3% dos auxiliares e 67,9% dos enfermeiros.

A estimativa de perda materna de sangue é praticada por 63% dos auxiliares e 83,9% dos enfermeiros e foram treinados para a realização desta habilidade 28,9% dos auxiliares e 64,3% dos enfermeiros.

O registro dos achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento, é aplicado na prática por 67,4% dos auxiliares e 87,7% dos enfermeiros e foi identificado que 53,3% dos auxiliares e 85,7% dos enfermeiros receberam capacitação para este procedimento.

#### 5.4.2 Atitudes e Habilidades dos Profissionais de Enfermagem na Assistência de Emergência à Mulher no Parto

##### 5.4.2.1 Fase de dilatação

A Tabela 7 revela a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência de emergência à mulher, na fase de dilatação, do trabalho de parto.

Tabela 7: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher na fase de dilatação do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas e Adicionais	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Realiza amniotomia com indicação	1	0,7	34	60,7	1	0,7	38	67,9
Identifica e maneja um prolapso de cordão umbilical (HA)	27	20	38	67,9	16	11,9	37	66,1

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Na presença de alguma intercorrência no trabalho de parto que necessite da realização da amniotomia, foi identificado que 0,7% dos auxiliares e 60,7% dos enfermeiros executam esta técnica e os que receberam treinamento de capacitação para este procedimento foram 0,7% dos auxiliares e 67,9% dos enfermeiros. Na habilidade de identificar e manejar um

prolapso de cordão umbilical 20% dos auxiliares e 67,9% dos enfermeiros realizam este procedimento e foram treinados para a aplicação desta prática 11,9% dos auxiliares e 66,1% dos enfermeiros.

#### 5.4.2.2 Fase de Expulsão

A Tabela 8 demonstra a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência de emergência à mulher, na fase de expulsão, do trabalho de parto.

Tabela 8: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher na fase de expulsão do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas e Adicionais	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Maneja uma circular de cordão no parto	39	28,9	46	82,1	11	8,1	44	78,6
Realiza Manobra de Kristeller com indicação	45	33,3	35	62,5	21	15,6	27	48,2
Injeta anestesia local (HA)	2	1,5	42	75	2	1,5	43	76,8
Pratica episiotomia, se for necessário	4	3	41	73,2	5	3,7	43	76,8

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Na habilidade de manejar uma circular de cordão umbilical no parto, 28,9% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros realizam esta atividade e 8,1% dos auxiliares e 78,6% dos enfermeiros tiveram treinamento para aquisição desta habilidade.

A manobra de Kristeller é realizada com as devidas indicações por 33,3% dos auxiliares e 62,5% dos enfermeiros e tiveram a capacitação para esta prática 15,6% dos auxiliares e 48,2% dos enfermeiros.

A habilidade adicional de injetar anestesia local é praticada por 1,5% dos auxiliares e 75% dos enfermeiros e o treinamento para esta atuação foi realizado com 1,5% dos auxiliares e 76,8% dos enfermeiros.

Na prática da episiotomia, em situações de necessidade, foi identificado que 3% dos auxiliares e 73,2% dos enfermeiros realizavam este procedimento e foram treinados para realizar esta técnica 3,7% dos auxiliares e 76,8% dos enfermeiros.

#### 5.4.2.3 Fase de Dequitação

A Tabela 9 apresenta a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência de emergência à mulher, na fase de dequitação, do trabalho de parto.

Tabela 9: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher na fase de dequitação do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas e Adicionais	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Conduz Ativamente o 3º período do parto incluindo administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão, tração controlada do cordão	26	19,4	38	69,1	14	10,7	44	81,5
Sutura as lacerações da vagina e períneo	3	2,3	40	74,1	2	1,5	43	81,1
Sutura episiotomia	2	1,5	42	76,4	3	2,3	43	79,6
Maneja Hemorragia no pós-parto	56	41,8	49	90,7	29	22,8	42	79,2

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Na condução ativa do 3º período do parto, na atuação da administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão umbilical, foi observado que 19,4% dos auxiliares e 69,1% dos enfermeiros atuam e receberam treinamento para esta prática 10,7% dos auxiliares e 81,5% dos enfermeiros.

A sutura das lacerações da vagina e períneo é praticada por 2,3% dos auxiliares e 74,1% dos enfermeiros e foram treinados para este procedimento 1,5% dos auxiliares e 81,1% dos enfermeiros.

A sutura da episiotomia é uma habilidade realizada por 1,5% dos auxiliares e 76,4% dos enfermeiros e obtiveram treinamento para esta prática 2,3% dos auxiliares e 79,6% dos enfermeiros.

No manejo da hemorragia no pós-parto foi identificado que 41,8% dos auxiliares e 90,7% dos enfermeiros realizam esta assistência e foram preparados para atuar 22,8% dos auxiliares e 79,2% dos enfermeiros.

#### 5.4.2.4 Todas as fases

A Tabela 10 expõe a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência de emergência à mulher em todas as fases do trabalho de parto.

Tabela 10: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de emergência à mulher em todas as fases do parto nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas e Adicionais	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Identificar prontamente anormalidades no parto, com intervenção e/ou encaminhamento apropriado e oportuno	49	36,3	46	82,1	22	16,3	43	76,8
Punciona veia, colhe sangue para fazer testes de hematócrito e hemoglobina (HA)	126	93,3	50	89,3	108	80	48	85,7
Administra ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto	109	80,7	49	87,5	78	57,8	46	82,1
Transfere a Mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência (HA)	74	54,8	42	75	56	41,5	36	64,3

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

Na identificação imediata de anormalidades no parto, com as intervenções e/ou encaminhamentos oportunos foram identificados 36,3% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros que realizam este procedimento e foram treinados para esta atividade 16,3% dos auxiliares e 76,8% dos enfermeiros.

A punção de veia para colher sangue e fazer testes de hematócrito e hemoglobina, considerados pela ICM como uma habilidade adicional, teve a atuação de 93,3% dos auxiliares e 89,3% dos enfermeiros e o alcance desta habilidade através de treinamento foi observado em 80% dos auxiliares e 85,7% dos enfermeiros.

Em relação à administração adequada de ocitócicos para induzir o parto ou no tratamento de hemorragia no pós-parto, foi identificado que 80,7% dos auxiliares e 87,5% dos enfermeiros realizam este procedimento e receberam treinamento para esta atuação 57,8% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros.

Os profissionais que transferem a mulher que necessita de cuidado adicionais ou de emergência, que é considerado pela ICM uma habilidade adicional, foram 54,8% dos auxiliares e 75% dos enfermeiros e a capacitação para esta atividade foi propiciada a 41,5% dos auxiliares e 64,3% dos enfermeiros.

#### **5.4.3 Atitudes e Habilidades dos profissionais de enfermagem na Assistência de conforto e promoção à Mulher no Parto fisiológico**

A Tabela 11 apresenta a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência de conforto e promoção à mulher em todo o trabalho de parto.

Tabela 11: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência de conforto e promoção à mulher no parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Proporcionar apoio psicológico para mulher e sua família	124	91,9	55	98,2	64	47,4	47	83,9
Proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto	125	92,6	51	91,1	89	65,9	46	82,1
Proporcionar ambiente seguro para promover vínculo mãe/filho	129	95,6	53	94,6	96	71,1	51	91,1
Inicia amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo	133	98,5	53	94,6	113	83,7	50	89,3

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

A habilidade de proporcionar apoio psicológico para mulher e sua família é praticada por 91,9% dos auxiliares e 98,2% dos enfermeiros e receberam treinamento para realizar esta assistência 47,4% dos auxiliares e 83,9% dos enfermeiros.

Já a assistência oferecida com a finalidade de proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto é realizada por 92,6% dos auxiliares e 91,1% dos enfermeiros e foram capacitados para realizarem este cuidado 65,9% dos auxiliares e 82,1% dos enfermeiros.

O cuidado de proporcionar um ambiente seguro para promover vínculo entre mãe e filho é oferecido por 95,6% dos auxiliares e 94,6% dos enfermeiros e tiveram treinamento para esta prática 71,1% dos auxiliares e 91,1% dos enfermeiros.

Os que ajudam e orientam a mulher a iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento e apoiam o aleitamento materno exclusivo foram 98,5% dos auxiliares e 94,6% dos enfermeiros e os profissionais que tiveram capacitação para este cuidado foram 83,7% dos auxiliares e 89,3% dos enfermeiros.

#### 5.4.4 Atitudes e Habilidades dos profissionais de enfermagem na Assistência ao bebê no nascimento

A Tabela 12 demonstra a frequência e a porcentagem das habilidades realizadas pelos 56 enfermeiros e 135 auxiliares de enfermagem e o treinamento, também realizado por estas duas categorias na assistência ao bebê no nascimento.

Tabela 12: Distribuição das habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na assistência ao feto e ao bebê no parto fisiológico nas maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.

Habilidades Básicas	Realiza				Foi treinado			
	Auxiliar		Enfermeiro		Auxiliar		Enfermeiro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Realiza exame físico específico no recém-nascido	29	21,6	31	59,6	21	16	44	81,5
Utiliza sistema de APGAR para avaliar condições imediatas do recém-nascido	20	15	37	68,5	12	9,3	43	81,1
Reanima o recém-nascido	31	23,8	35	67,3	16	12,4	43	82,7

Fonte: coleta de dados nas maternidades municipais, em estudo, do Rio de Janeiro 2008/2009.

O exame específico no recém-nascido é realizado por 21,6% dos auxiliares e 59,6% dos enfermeiros e receberam treinamento para esta assistência 16% dos auxiliares e 81,5% dos enfermeiros.

O sistema de APGAR para avaliar condições imediatas do recém-nascido é utilizado por 15% dos auxiliares e 68,5% dos enfermeiros e tiveram treinamento para realizar esta avaliação 9,3% dos auxiliares e 81,1% dos enfermeiros.

A técnica de reanimação do recém-nascido é feita por 23,8% dos auxiliares e 67,3% dos enfermeiros e a capacitação para este procedimento foi adquirida por 12,4% dos auxiliares e 82,7% dos enfermeiros.



Apresentamos no Capítulo VI a discussão dos resultados encontrados, à luz de documentos que subsidiam a atenção qualificada ao parto, como: as Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia (2002), elaborado pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM), Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada (MS, 2003), Assistência ao Parto Normal: um guia prático programas do Ministério da Saúde (MS, 2000) e Urgências e Emergências Maternas: um guia para diagnóstico e conduta em situação de risco e morte materna (MS, 2000), estes três últimos são programas do Ministério da Saúde. A discussão também foi permeada pela legislação da enfermagem no Brasil.

### **5.5 Avaliação da Razão de chances das variáveis sócio-econômica, laborais e das categorias dicotômicas conhecimento e habilidade**

A competência é um conjunto de conhecimentos, habilidade e atitudes que as pessoas podem mobilizar em situações reais de trabalho (Boch, 2001 apud Cunha, 2007). Neste sentido, avaliaram-se as possíveis associações que as variáveis sócio-econômicas, laborais possam ter na mobilização do conhecimento (Tabela 13), da habilidade (Tabela 14) e da atitude profissional (Tabela 15) através do teste estatístico denominado Razão de Chances (OR). As influências das categorias dicotômicas conhecimento e habilidade na atitude também foram avaliadas pela Razão de Chances (Tabela 16).

**Tabela 13 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais no conhecimento da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (continua)**

Variáveis sócio-econômicas e laborais	CONHECIMENTO			
	<i>f</i>	%	OR	IC95%
<b>Idade</b>				
24-35	46	24,1	0,51	0,24 – 1,09
36-45	76	39,8	0,59	0,30 – 1,13
46 ou mais anos	69	36,1	1	
Total	191	100		
<b>Situação Conjugal</b>				
sem parceiro	86	45	1,12	0,63 – 1,99
com parceiro	104	54,5	1	
Não respondeu	1	0,5		
Total	191	100		
<b>Número de filhos</b>				
Sem filhos	58	30,4	0,61	0,31 – 1,20
Um filho	48	25,1	1,10	0,54 – 2,24
Dois ou mais filhos	85	44,5	1	
Total	191	100		
<b>Anos de Estudo</b>				
Até 13 anos	67	35,1	24,9	7,36 – 84,4
14-20 anos	96	50,3	3,44	1,10 – 10,7
21 ou mais anos	28	14,7	1	
Total	191	100		
<b>Renda Familiar</b>				
Até 6 salários mínimos	104	54,5	12,80	1,54 – 106,21
7-15 salários mínimos	78	40,8	4,48	0,53 – 37,69
16 ou mais salários mínimos	9	4,7	1	
Total	191	100		
<b>Carga horária laboral semanal</b>				
Até 40 horas	72	37,7	2,62	1,35 – 5,09
41-60 horas	42	22	0,91	0,42– 1,97
61 ou mais horas	77	40,3	1	
Total	191	100		
<b>Tempo de Atuação na Enfermagem</b>				
Até 3 anos	8	4,2	0,34	0,07 – 1,76
4-10 anos	45	23,6	1,08	0,55 – 2,11
11 ou mais anos	138	72,3	1	
Total	191	100		
<b>Tempo de Atuação na Assistência ao Parto Fisiológico</b>				
até 3 anos	57	29,8	2,03	0,99 – 4,18
4-10 anos	68	35,6	0,95	0,48 – 1,88
11 ou mais anos	66	34,6	1	
Total	191	100		

**Tabela 13 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais no conhecimento da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (conclusão)**

Variáveis sócio-econômicas e laborais	CONHECIMENTO			
	f	%	OR	IC95%
<b>Partos Fisiológicos Auxiliados</b>				
Nenhum parto	10	5,2	0,10	0,12 - 0,79
1-200	32	16,8	0,77	0,35 - 1,68
201-500	26	13,6	0,74	0,32 - 1,75
501-999	9	4,7	0,69	0,18 - 2,72
1000 ou mais	114	59,7	1	
Total	191	100		
<b>Partos Cirúrgicos Auxiliados</b>				
Nenhum parto	33	17,3	0,14	0,05 - 0,38
1-200	70	36,6	0,61	0,31 - 1,23
201-500	17	8,9	0,55	0,19 - 1,61
501-999	8	4,2	1,03	0,22 - 4,68
1000 ou mais	63	33	1	
Total	191	100		
<b>Partos Fisiológicos Assistidos</b>				
Nenhum parto	122	63,9	23,04	5,22 - 101,74
1-200	31	16,2	9,39	1,88 - 46,76
201-500	6	3,1	1,08	0,97 - 1,19
501-999	4	2,1	1,08	0,97 - 1,19
1000 ou mais	28	14,7	1	
Total	191	100		
<b>Partos Assistidos em “situação de emergência”</b>				
Nenhum parto	35	18,3	1,10	0,45 - 2,68
1-10	63	33	2,39	1,10 - 5,19
11-60	46	24,1	1,13	0,50 - 2,58
61 ou mais	47	24,6	1	
Total	191	100		

Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

Nas 12 variáveis observadas, 7 tiveram significância estatística de associação (5 de risco e 2 de proteção) e 5 não tiveram associação significativa. As que tiveram associação significativa com o conhecimento foram: anos de estudo, renda familiar, carga horária laboral semanal no extrato de até 40 horas, partos fisiológicos assistidos, e partos assistidos em situação de emergência no extrato de 1 a 10 partos. Assim, quanto menos anos de estudo, menor renda familiar, menor carga horária laboral, menos partos fisiológicos assistidos,

menos partos assistidos em situação de emergência, maiores são as chances dos profissionais de enfermagem não terem o conhecimento. As variáveis partos fisiológicos auxiliados e partos cirúrgicos auxiliados, no extrato de nenhum parto auxiliado, apresentaram fator de proteção.

As variáveis: idade, situação conjugal, número de filhos, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico, não mostraram associação significativa com o conhecimento.

**Tabela 14 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais na habilidade da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (continua)**

Variáveis sócio-econômicas e laborais	HABILIDADE			
	<i>f</i>	%	OR	IC95%
<b>Idade</b>				
24-35	46	24,1	0,63	0,29 – 1,40
36-45	76	39,8	0,66	0,33 – 1,33
46 ou mais anos	69	36,1	1	
Total	191	100		
<b>Situação Conjugal</b>				
sem parceiro	104	54,5	1,13	0,62 – 2,06
com parceiro	86	45	1	
Não respondeu	1	0,5		
Total	191	100		
<b>Número de filhos</b>				
Sem filhos	58	30,4	0,57	0,29 – 1,14
Um filho	48	25,1	1,13	0,52 – 2,45
Dois ou mais filhos	85	44,5	1	
Total	191	100		
<b>Anos de Estudo</b>				
Até 13 anos	67	35,1	25,42	7,87 – 82,12
14-20 anos	96	50,3	3,35	1,34 – 8,37
21 ou mais anos	28	14,7	1	
Total	191	100		
<b>Renda Familiar</b>				
Até 6 salários mínimos	104	54,5	8,40	1,93 – 36,50
7-15 salários mínimos	78	40,8	1,80	0,42 – 7,74
16 ou mais salários mínimos	9	4,7	1	
Total	191	100		

**Tabela 14 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais na habilidade da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (conclusão)**

Variáveis sócio-econômicas e laborais	HABILIDADE			
	<i>f</i>	%	OR	IC95%
<b>Carga horária laboral semanal</b>				
Até 40 horas	72	37,7	2,36	1,15 – 4,84
41-60 horas	42	22	0,74	0,35 – 1,58
61 ou mais horas	77	40,3	1	
Total	191	100		
<b>Tempo de Atuação na Enfermagem</b>				
Até 3 anos	8	4,2	0,33	0,08 – 1,44
4-10 anos	45	23,6	1,35	0,65 – 2,82
11 ou mais anos	138	72,3	1	
Total	191	100		
<b>Tempo de Atuação na Assistência ao Parto Fisiológico</b>				
até 3 anos	57	29,8	2,94	1,32 – 6,55
4-10 anos	68	35,6	1,27	0,63 – 2,52
11 ou mais anos	66	34,6	1	
Total	191	100		
<b>Partos Fisiológicos Auxiliados</b>				
Nenhum parto	10	5,2	0,05	0,01 - 0,42
1-200	32	16,8	1,18	0,50 – 2,80
201-500	26	13,6	0,74	0,30 – 1,79
501-999	9	4,7	0,92	0,22 – 3,90
1000 ou mais	114	59,7	1	
<b>Total</b>	191	100		
<b>Partos Cirúrgicos Auxiliados</b>				
Nenhum parto	33	17,3	0,16	0,06 - 0,39
1-200	70	36,6	0,60	0,28 – 1,28
201-500	17	8,9	0,75	0,23 – 2,47
501-999	8	4,2	2,19	0,25 – 19,24
1000 ou mais	63	33	1	
Total	191	100		
<b>Parto Fisiológicos Assistidos</b>				
Nenhum parto	122	63,9	42,50	11,70– 54,38
1-200	31	16,2	10,12	2,52 – 40,66
201-500	6	3,1	4,17	0,52 – 33,26
501-999	4	2,1	1,12	0,98 – 1,27
1000 ou mais	28	14,7	1	
Total	191	100		
<b>Partos Assistidos em “situação de emergência”</b>				
Nenhum parto	35	18,3	2,02	0,83 – 4,93
1-10	63	33	6,38	2,67 – 15,24
11-60	46	24,1	2,76	1,20 – 6,50
61 ou mais	47	24,6	1	
Total	191	100		

Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

Na avaliação quanto à significância estatística destas 12 variáveis, em relação à habilidade, identificou-se que 8 variáveis apresentaram associação significativa (6 para o risco e 2 para proteção) e 4 não apresentaram associação significativa. As variáveis: anos de estudo, renda familiar, carga horária laboral semanal no extrato de 40 horas, tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico, partos fisiológicos assistidos, e partos assistidos em situação de emergência, no extrato de 1 a 10 partos, apresentaram associação significativa com a habilidade. Assim, quanto menos anos de estudo, menor renda familiar, menor carga horária laboral, menos partos fisiológicos assistidos, menos partos assistidos em situação de emergência, maiores são as chances dos profissionais de enfermagem não terem habilidade. As variáveis, partos fisiológicos auxiliados e partos cirúrgicos auxiliados, apresentaram um fator de proteção no extrato nenhum parto auxiliado. As variáveis: idade, situação conjugal, número de filhos, tempo de atuação na enfermagem não mostraram associação significativa com a habilidade.

**Tabela 15 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais na atitude da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (continua)**

Variáveis sócio-econômicas e laborais	ATITUDE			
	<i>f</i>	%	OR	IC95%
<b>Idade</b>				
24-35	46	24,1	0,78	0,35 – 1,77
36-45	76	39,8	0,52	0,26 – 1,05
46 ou mais anos	69	36,1	1	
Total	191	100		
<b>Situação Conjugal</b>				
sem parceiro	86	45	0,99	0,54 – 1,80
com parceiro	104	54,5	1	
Não respondeu	1	0,5		
Total	191	100		
<b>Número de filhos</b>				
Sem filhos	58	30,4	0,55	0,27 – 1,11
Um filho	48	25,1	0,83	0,39 – 1,78
Dois ou mais filhos	85	44,5	1	
Total	191	100		

**Tabela 15 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais na atitude da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (continua)**

Variáveis sócio-econômicas e laborais	ATITUDE			
	<i>f</i>	%	OR	IC95%
<b>Anos de Estudo</b>				
Até 13 anos	67	35,1	25,42	7,87 – 82,12
14-20 anos	96	50,3	3,50	1,40 - 8,74
21 ou mais anos	28	14,7	1	
Total	191	100		
<b>Renda Familiar</b>				
Até 6 salários mínimos	104	54,5	35,79	4,22 – 303,44
7-15 salários mínimos	78	40,8	8,00	0,95 – 67,03
16 ou mais salários mínimos	9	4,7	1	
Total	191	100		
<b>Carga horária laboral semanal</b>				
Até 40 horas	72	37,7	2,43	1,20 – 4,92
41-60 horas	42	22	1,22	0,56 – 2,63
61 ou mais horas	77	40,3	1	
Total	191	100		
<b>Tempo de Atuação na Enfermagem</b>				
Até 3 anos	8	4,2	0,35	0,08 – 1,53
4-10 anos	45	23,6	2,05	0,94 – 4,49
11 ou mais anos	138	72,3	1	
Total	191	100		
<b>Tempo de Atuação na Assistência ao Parto Fisiológico</b>				
até 3 anos	57	29,8	3,68	1,59 – 8,52
4-10 anos	68	35,6	1,19	0,60 – 2,37
11 ou mais anos	66	34,6	1	
Total	191	100		
<b>Partos Fisiológicos Auxiliados</b>				
Nenhum parto	10	5,2	0,05	0,01 - 0,44
1-200	32	16,8	1,72	0,68 – 4,33
201-500	26	13,6	0,65	0,27 – 1,57
501-999	9	4,7	1,68	0,33 – 8,49
1000 ou mais	114	59,7	1	
Total	191	100		
<b>Partos Cirúrgicos Auxiliados</b>				
Nenhum parto	33	17,3	0,12	0,05 - 0,31
1-200	70	36,6	0,64	0,30 – 1,37
201-500	17	8,9	1,02	0,29 – 3,59
501-999	8	4,2	1,31	1,14 – 1,51
1000 ou mais	63	33	1	
Total	191	100		

**Tabela 15 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis sócio-econômicas e laborais na atitude da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009. (conclusão)**

Variáveis sócio-econômicas e laborais	ATITUDE			
	<i>f</i>	%	OR	IC95%
<b>Parto Fisiológicos Assistidos</b>				
Nenhum parto	122	63,9	51,47	13,99 – 189,35
1-200	31	16,2	6,86	1,71 – 27,58
201-500	6	3,1	4,17	0,52 – 33,26
501-999	4	2,1	2,78	0,21 – 35,95
1000 ou mais	28	14,7	1	
Total	191	100		
<b>Partos Assistidos em “situação de emergência”</b>				
Nenhum parto	35	18,3	2,09	0,86 – 5,13
1-10	63	33	4,76	2,06 – 11,01
11-60	46	24,1	2,83	1,21 – 6,63
61 ou mais	47	24,6	1	
Total	191	100		

Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

No exame da significância estatística destas 12 variáveis, em relação à atitude, identificou-se que 8 variáveis tiveram uma associação significativa (6 para risco e 2 para proteção) e 4 não tiveram uma associação significativa. As variáveis que apresentaram associação significativa com a atitude foram: anos de estudo, renda familiar, carga horária laboral semanal no extrato de até 40 horas, tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico, partos fisiológicos assistidos e partos assistidos em situação de emergência no extrato de 1 a 10 partos assistidos. Assim, quanto menos anos de estudo, menor renda familiar, menor carga horária laboral, menos partos fisiológicos assistidos, menos partos assistidos em situação de emergência, maiores são as chances dos profissionais de enfermagem não terem habilidade. As variáveis, partos fisiológicos auxiliados e partos cirúrgicos auxiliados, tiveram um fator de proteção no extrato de nenhum parto auxiliado. As variáveis que não mostraram associação significativa com a atitude foram: idade, situação conjugal, número de filhos e tempo de atuação na enfermagem.



**Tabela 16 : Distribuição da medida de associação por razão de chance (OR) da exposição das variáveis conhecimento e habilidade na atitude da equipe de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008-2009.**

Variáveis conhecimento e habilidade	ATITUDE			
	<i>f</i>	%	OR	IC95%
<b>Conhecimento</b>				
Não tem conhecimento	93	48,7	12,98	5,85-28,76
Tem conhecimento	98	51,3	1	
<b>Total</b>	191	100		
<b>Habilidade</b>				
Não Treinado	124	64,9	38,77	16,58-90,63
Treinado	67	35,1		
<b>Total</b>	191	100		

Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

As variáveis dicotômicas criadas, conhecimento e habilidade apresentaram associação significativa com a atitude. Assim, a ausência de conhecimento e a falta de treinamento aumentam as chances dos profissionais de enfermagem não terem atitude.

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 6.1 Características sócio-econômicas e laborais dos profissionais de enfermagem

A equipe de enfermagem que assiste à mulher no trabalho de parto fisiológico nas maternidades municipais é composta por 27,9% de enfermeiros (74) e por 72,1% de auxiliares de enfermagem (191), devido as exclusões e perdas o quantitativo de entrevistados foi menor, no entanto a proporção de enfermeiros e auxiliares entrevistados ficou bem próxima da totalidade, 29,3% de enfermeiros (56) e 70,7% de auxiliares (135). Esta composição da força de trabalho na enfermagem é quantitativamente maior em número de enfermeiros em relação aos de auxiliares do que o percentual calculado para esta composição no Brasil que é de 16,2% de enfermeiros e 83,8% de auxiliares (OPAS, 2005)

A média de idade dos profissionais deste estudo foi de 43 anos para os auxiliares e 39 anos para os enfermeiros. As pesquisas realizadas em uma maternidade de São Paulo (Vorpagel, 2008) e em Rio Branco (Dotto, 2006) demonstraram, respectivamente, uma idade média de 33,6 e 41,8 anos da equipe de enfermagem. No estudo de Vorpagel (2008) os profissionais eram mais jovens e no estudo de Dotto (2006) os profissionais tinham mais anos vividos e com o perfil mais próximo do encontrado neste estudo. Com este perfil da maioria terem anos mais vividos, de conviverem com parceiro e a vivência de terem filhos pode-se inferir que tenham maior maturidade pessoal. Apesar disto, o quantitativo de enfermeiros que não possuem filhos chamou a atenção e foi de 46,4%. Esta característica vai ao encontro às mudanças provocadas pela inserção da mulher no mercado de trabalho, a busca pela sua independência e realização profissional. Fonseca (1996) acrescenta que contribuíram ainda

para atrair as mulheres para o mercado de trabalho as profundas transformações nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao seu papel social, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas, como por exemplo, o aumento da escolaridade e o acesso às universidades, além disso, a intensa queda da fecundidade facilitaram a oferta de trabalhadoras.

Os enfermeiros, em sua maioria, possuem mais anos de estudos que os auxiliares, o que já poderia ser esperado devido aos anos de estudos necessários para a formação de nível superior exigido para atuar como enfermeiro. No entanto, alguns auxiliares possuem maior escolaridade, devido a realização do curso de graduação em enfermagem (20,9%), especialização em obstetrícia (2,2%) e até mesmo a realização de cursos de pós-graduação strictu-sensu, como o mestrado (0,7%), embora continuem sem mobilidade de ascensão ocupacional nas instituições pesquisadas. A busca dos auxiliares por maior grau de escolaridade pode indicar a aspiração por uma mobilidade social, que segundo Lourenço (1988, p.161) a “posição social está diretamente relacionada ao nível de instrução: quanto mais elevado o nível de instrução mais elevada será a classe social”. O mesmo ocorre com os enfermeiros quando os dados demonstram que 82,1% possuem especialização em enfermagem obstétrica, 14,3 % possuem mestrado e 1,8% o doutorado em enfermagem.

A renda familiar dos auxiliares é mais baixa do que dos enfermeiros, o que indica a relação da escolaridade com o valor de sua força de trabalho de acordo com a divisão técnica e social no processo do trabalho. A busca por mais horas de trabalho pelos auxiliares deve-se aos baixos salários e à necessidade de complementação salarial. Em 2002, foi demonstrado pela OPAS (2005), que os enfermeiros do Brasil recebem em média 830,00 dólares e os auxiliares 280,00 dólares.

Apesar do ganho econômico do enfermeiro ser maior que o auxiliar, foi observado também que o enfermeiro detêm uma elevada carga horária semanal já que 50% deles

realizam 61 horas ou mais de trabalho. Pode-se inferir que esta elevada carga horária semanal desgasta o profissional, reduz a qualidade dos cuidados prestados, compromete a segurança do paciente e diminui as possibilidades de qualificação profissional. A qualificação profissional, além de muitas vezes requerer um investimento financeiro, exige tempo e concentração do profissional para o estudo. Neste sentido, a aprovação do projeto de Lei 2295/2000 que reduz de 40 para 30 horas de trabalho semanais na Câmara Legislativa do parlamento foi um grande ganho para os profissionais de enfermagem, que em sua maioria são mulheres e exercem duplas e até triplas jornadas de trabalho. Faltando ainda ser aprovado pelo plenário da Câmara de Deputados, logo pelo plenário da Câmara do Senado e por fim ser sancionada pelo Presidente da República Federativa do Brasil.

Os auxiliares e enfermeiros entrevistados também demonstraram ter uma maturidade profissional tanto pelo seu tempo de atuação na enfermagem, que foi em média respectivamente de 16 e 15 anos e na assistência à mulher no parto, em média foi de 9 e 10 anos, quanto pelas experiências práticas referidas no número de partos assistidos ou auxiliados. A diferença da experiência profissional entre as duas categorias está no quantitativo de partos assistidos e auxiliados. Os enfermeiros tem uma experiência maior na assistência à mulher no parto fisiológico do que os auxiliares, enquanto os auxiliares de enfermagem tem uma maior experiência no auxílio dos profissionais que estão assistindo à mulher no parto fisiológico. Dos 135 auxiliares, 19 assistiram a mulher no trabalho de parto fisiológico com uma média de 35 partos, apesar de ocuparem a função de auxiliar, apenas 5 destes tinham a formação de auxiliar, o restante tinha um maior nível de qualificação, sendo 8 formados como técnico de enfermagem, 4 que fizeram a graduação em enfermagem e 2 que possuem a especialização em enfermagem obstétrica. E dos 56 enfermeiros, 50 assistiram à mulher no trabalho de parto com uma média de 914 partos. É válido ressaltar, no que tange a legislação de enfermagem no Brasil, na resolução COFEN-223/1999 que dispõe sobre a

atuação do enfermeiro na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, o enfermeiro obstetra é o único da categoria de enfermagem que pode assistir à mulher no parto fisiológico e realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando houver necessidade. Assim, os auxiliares de enfermagem que realizaram esta assistência sem a devida qualificação não estavam legalmente respaldados para fazê-lo, contudo, a realidade implica na atuação dos auxiliares na assistência ao parto fisiológico, como verificado neste estudo.

Os partos realizados em situação de emergência, ou seja, a assistência à mulher em trabalho de parto no período expulsivo por outros membros da equipe de saúde devido à ausência do profissional que estava acompanhando o parto, foram mais observadas na prática do enfermeiro, com uma média de 85 partos, do que dos auxiliares, com uma média de 43 partos. Esta atuação demonstra uma possível sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, em número insuficiente para a demanda do serviço.

A ocorrência de partos realizados pelos auxiliares sem os devidos conhecimentos, de acordo com sua formação técnica e sem o respaldo legal, ocorre em consequência das condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde, devido também aos fenômenos de superlotação das maternidades e do número insuficientes de enfermeiros e médicos para assistir devidamente à mulher no parto.

## 6.2 Conhecimentos Básicos da equipe de enfermagem

Os conhecimentos básicos definidos pelo ICM estabelecem saberes e práticas que orientam os profissionais que atendem à mulher no parto e que, portanto deveriam estar devidamente qualificados para um atendimento seguro. Assim, pode-se observar que os conhecimentos sobre o parto, quando avaliados por cada assunto questionado, obtinham um grande percentual de enfermeiros que detinham este saber, no mínimo de 87,5% dos enfermeiros tinham conhecimento sobre o assunto questionado, isso pode ser explicado pela pesquisa ter sido realizada numa cidade com 4 instituições públicas de ensino superior em enfermagem (graduação e pós-graduação) reconhecidas por sua qualidade no ensino, na formação do enfermeiro que prevê um processo de ensinar/ cuidar de ações de baixa, média e alta complexidade, condizente com sua prática profissional e pelas características de formação e experiência profissional dos enfermeiros entrevistados.

O reflexo da facilidade de acesso à continuidade da qualificação pode ser observado no quantitativo de 82,1% dos enfermeiros serem especialistas em “Enfermagem Obstétrica”, que foi propiciado também pela oferta de cursos de especialização em enfermagem obstétrica financiados pelo Ministério da Saúde em parceria com as universidades públicas desde 2001.

A atuação em média de 10 anos dos enfermeiros na assistência ao parto e principalmente a média de 914 partos assistidos, revelam uma bagagem de experiência profissional que para Benner (1984) estes profissionais são considerados proficientes devido ao aprendizado adquirido na prática. Assim, estes profissionais já sabem que eventos típicos esperar e quando os planos precisam ser modificados, porque reconhecem as situações como um todo e sabem quando um evento normal esperado não se concretiza.

No entendimento da ICM, os profissionais devem ter todos os conhecimentos básicos para serem considerados capacitados para assistir à mulher no parto fisiológico. Neste item de conhecimento, 43 dos 56 enfermeiros, o que representa 76,8% deles, se enquadram nos parâmetros desejados de possuir todos os conhecimentos básicos.

Os conhecimentos dos auxiliares de enfermagem apresentam importantes variações. Alguns tópicos de conhecimentos questionados eram conhecidos por menos de 35% dos auxiliares. Em relação aos conhecimentos dos auxiliares sobre aspectos psicológicos, medidas de conforto, promoção contato pele-a-pele e apoiar e promover o aleitamento, apresentaram um percentual elevado em torno de 77 a 97%. Isto condiz com a atual formação e a lei do exercício profissional que não garante a esta categoria o cuidado de alta complexidade e, portanto estes conhecimentos, por muitas vezes, não representam a capacitação e a produção deste nível de qualificação. Assim, foram somente 9 auxiliares responderam ter todos os conhecimentos básicos perguntados, representando 6,7% dos entrevistados.

O elevado conhecimento sobre a assistência à mulher no pré-parto e parto de alguns auxiliares, pode ser justificado por: aproximadamente 21% deles possuem a graduação em enfermagem e 2% especialização em enfermagem obstétrica; atuação média na assistência ao parto de 9 anos, com uma média de 35 partos assistidos e com uma média de 43 partos assistidos em “situação de emergência”, ou seja, quando a mulher está no período expulsivo e não há tempo de chamar o enfermeiro obstetra ou o médico obstetra.

Os conhecimentos diversificados pelos profissionais de enfermagem podem ser explicados pela autonomia das Universidades e dos cursos profissionalizantes em delimitar os conteúdos que serão abordados em nível médio, Graduação e Especialização, sem, na maioria deles, a definição de conteúdos essenciais para o reconhecimento do curso como de qualidade pela Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO).

Assim, se verificou que alguns conhecimentos não foram apreendidos, como as atividades técnico-assistenciais menos conhecidas pelos profissionais de enfermagem sobre “os cuidados de emergência no parto.” Esta constatação não deve permanecer estática em evidências, como resultados de pesquisa, porque uma das medidas necessárias para redução da mortalidade materna no Brasil, definida no Manual de Emergência e Urgências Maternas do Ministério da Saúde (2000), é a assistência às urgências e emergências maternas com um atendimento pronto e eficaz. Esta assistência necessita de uma equipe treinada e cooperativa, com especial atenção para os profissionais de enfermagem. E de ser incluída urgentemente nos currículos de enfermagem.

### **6.3 Atitudes e habilidades dos profissionais de enfermagem**

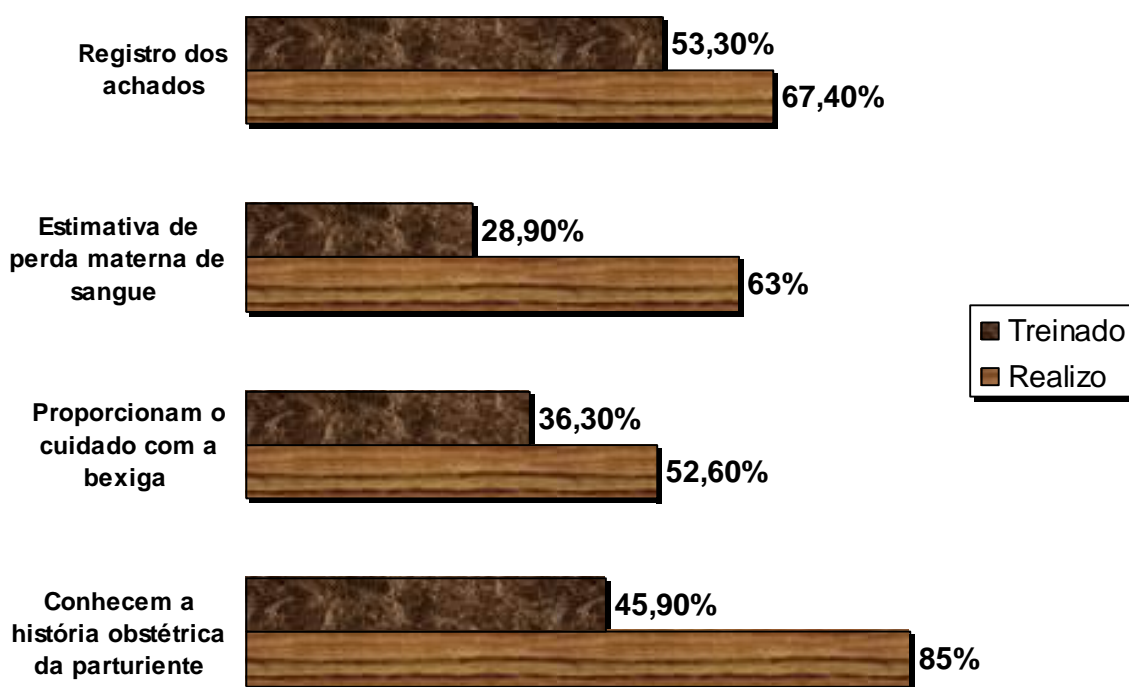
Na análise dos dados sobre as atitudes e habilidades dos profissionais, foi dado enfoque diferente para os enfermeiros e para os auxiliares. Na análise dos dados obtidos a partir dos auxiliares foram evidenciadas as práticas assistenciais que mais da metade destes profissionais realizam. E na análise das respostas dos enfermeiros foram evidenciadas as práticas que estavam abaixo da porcentagem de enfermeiros especialistas em obstetrícia identificados neste estudo (82,1%).

As habilidades mais realizadas pelos auxiliares de enfermagem na assistência prestada em todas as fases do parto foram: conhecem a história obstétrica da parturiente, controlam os sinais vitais e os avaliam (85,2%) e receberam treinamento para esta prática 45,9% deles;



52,6% dos auxiliares proporcionam o cuidado com a bexiga e foram capacitados para este procedimento 36,3%; 63% dos auxiliares estimavam a perda materna de sangue e 28,9% foram treinados para a realização desta habilidade; 67,4% registram os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento, sendo identificado que 53,3% dos auxiliares receberam capacitação para este procedimento (Gráfico 9).

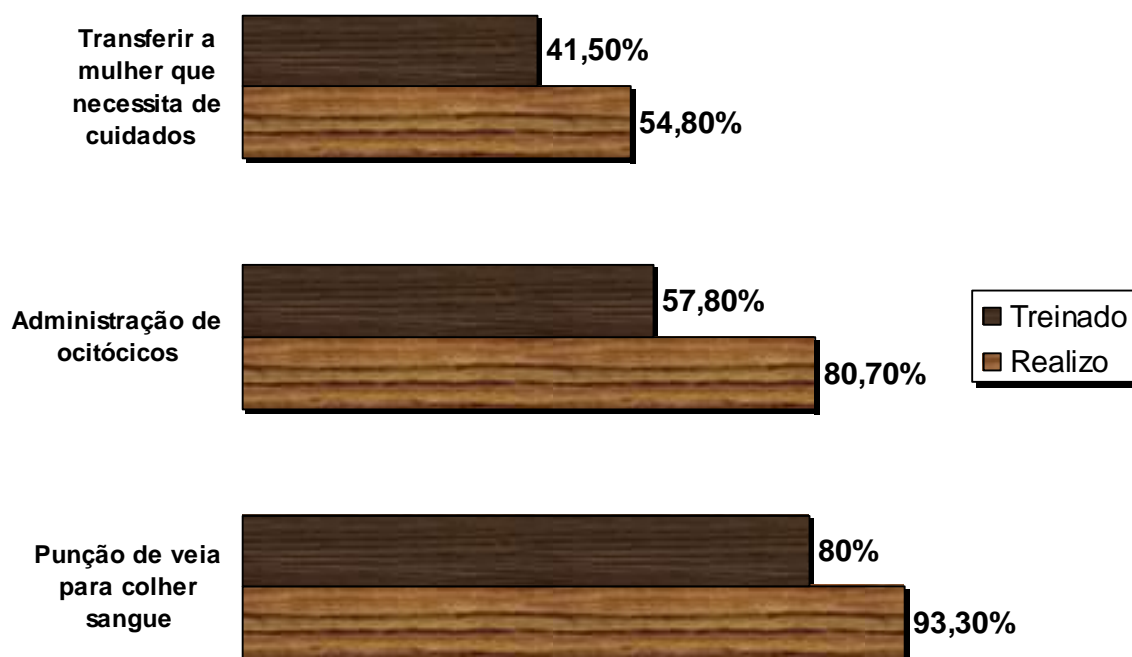
Gráfico 9: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em todas as fases do parto fisiológico mais aplicadas pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

As habilidades realizadas em todas as fases do parto na situação de emergência por mais da metade dos auxiliares foram: a habilidade adicional de punção de veia para colher sangue e fazer testes de hematócrito e hemoglobina (93,3%) e o alcance desta habilidade através de treinamento foi observado em 80% dos auxiliares; a administração adequada de ocitócicos para induzir o parto ou no tratamento de hemorragia no pós-parto (80,7%) e receberam treinamento para esta atuação 57,8% dos auxiliares; 54,8% realizam a habilidade adicional de transferir a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência e a capacitação para esta atividade foi propiciada a 41,5% dos auxiliares (Gráfico 10).

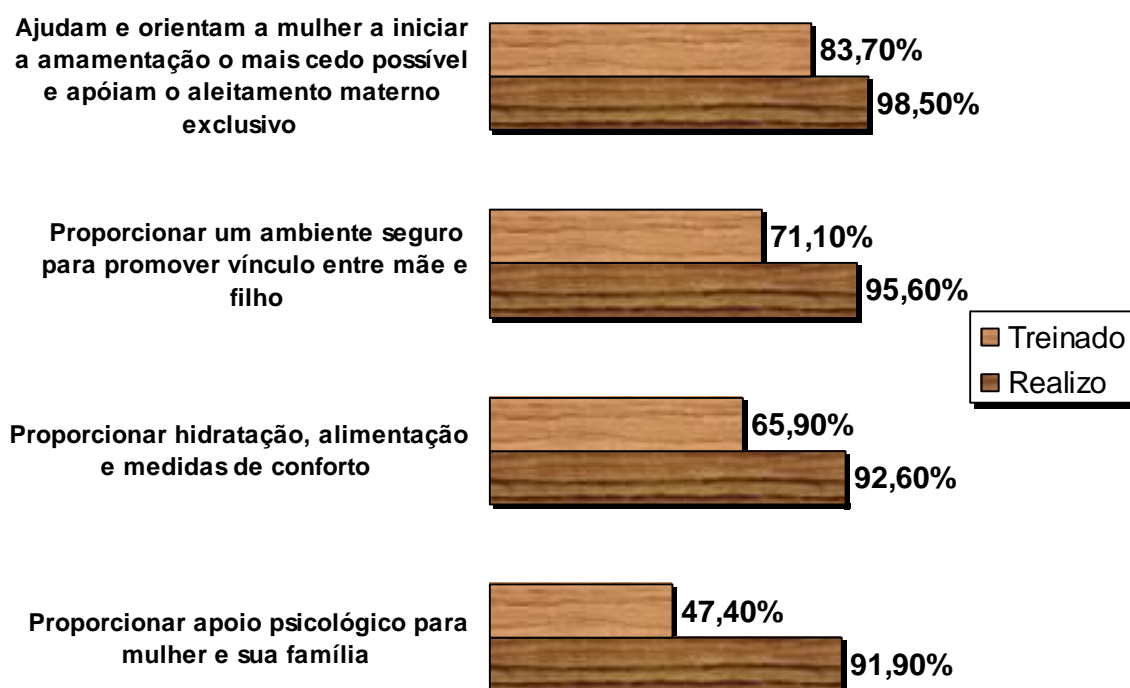
Gráfico 10: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência mais aplicadas pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

As habilidades de conforto e promoção de maior atuação dos auxiliares foram: a habilidade de proporcionar apoio psicológico para mulher e sua família (91,9%) e receberam treinamento para realizar esta assistência 47,4% dos auxiliares; a assistência oferecida com a finalidade de proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto é realizada (92,6%) e foram capacitados para realizarem este cuidado 65,9% dos auxiliares; proporcionar um ambiente seguro para promover vínculo entre mãe e filho (95,6%) e tiveram treinamento para esta prática 71,1% dos auxiliares; ajudam e orientam a mulher a iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento e apóiam o aleitamento materno exclusivo (98,5%) e os profissionais que tiveram capacitação para este cuidado foram 83,7% dos auxiliares.

Gráfico 11: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias para o conforto e promoção do parto fisiológico mais aplicadas pelos auxiliares de enfermagem das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

As condutas mais realizadas pelos auxiliares são aquelas que fazem parte das atribuições definidas na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem para esta categoria. Apesar de ser em menor percentual, foram identificados auxiliares executando atividades não condizentes com o cargo que ocupam na instituição, mesmo que alguns tenham qualificação escolar superior e sintam-se seguros para realizar alguns procedimentos, não deveriam estar executando atribuições que não tem cobertura legal para a categoria que ele está pertencendo naquela instituição. As implicações legais são sérias em caso de um erro assistencial, inclusive para o enfermeiro responsável pela equipe. Contudo, essas práticas caracterizam a realidade da assistência obstétrica ofertada às mulheres nas instituições estudadas.

Nestas habilidades observou-se que apesar de um grande percentual de auxiliares de enfermagem realizarem os procedimentos identificados, poucos deles foram treinados para tal prática. Assim, a ausência de treinamento destes profissionais pode implicar em condutas inadequadas e agravar situações na prática que trazem conseqüências não benéficas principalmente para a mulher e o bebê, mas também para o enfermeiro enquanto chefe de equipe e para a instituição. Como exemplo, pode-se destacar a ausência de treinamento para avaliar o sangramento. As mortes obstétricas diretas por causas hemorrágicas ocupam o segundo lugar no Brasil e está diretamente relacionada à má qualidade da assistência, por inexperiência do profissional e pela demora em admitir a gravidade do caso (TANAKA,2009).

Na França, um estudo demonstrou que 66% dos óbitos ocorridos eram evitáveis, sendo que 54,1% foram devidos a inadequação da assistência, 10,8% à negligência da paciente e 2,7% à má prática (BOUVIER-COLLE ET ALL, 1995 apud TANAKA, 2009).

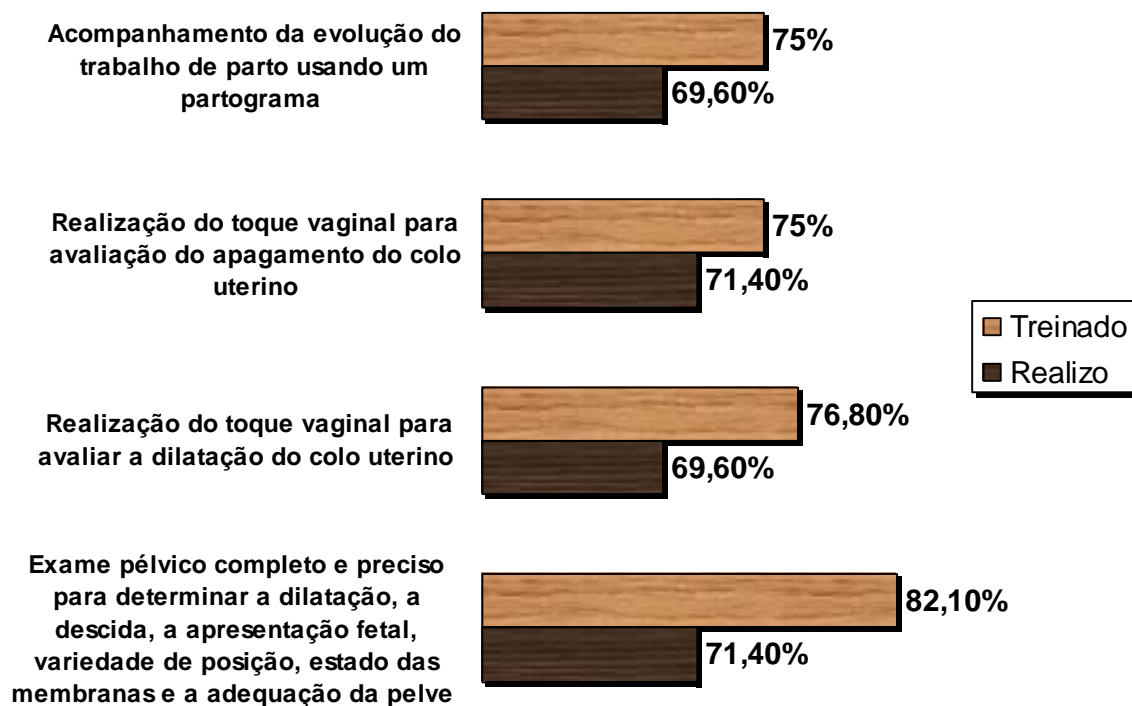
É relevante destacar que as habilidades identificadas como as mais frequentemente realizadas pelos auxiliares são aquelas que, pela experiência assistencial, são observadas

também na prática e ocorrem sob supervisão do enfermeiro, não são atividades de alta complexidade e os auxiliares possuem amparo legal para realizarem.

Na identificação realizada de que 81,2% dos enfermeiros entrevistados são especialistas em obstetrícia, a expectativa era de que o percentual dos profissionais que tivessem as atitudes e as habilidades seria de no mínimo 80% de enfermeiros. No entanto, em algumas habilidades se observou um percentual menor de enfermeiros que realizam e/ou foram treinados quando comparado aos 81,2% de enfermeiros qualificados através do curso de especialização em obstetrícia..

As habilidades utilizadas pelos enfermeiros na fase de dilatação que tiveram um percentual abaixo do quantitativo de profissionais especialistas em obstetrícia foram: o exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve (71,4%), no entanto, 82,1% dos enfermeiros receberam o treinamento para realizar esta habilidade; a realização do toque vaginal para avaliar a dilatação do colo uterino (69,6%), o treinamento para realização desta técnica foi concedido a 76,8% dos enfermeiros; a realização do toque vaginal para avaliação do apagamento do colo uterino (71,4%), sendo o treinamento desta técnica realizado por 75% dos enfermeiros; o acompanhamento da evolução do trabalho de parto usando um partograma (69,6%) e a capacitação foi realizada em 75% dos enfermeiros (Gráfico 12).

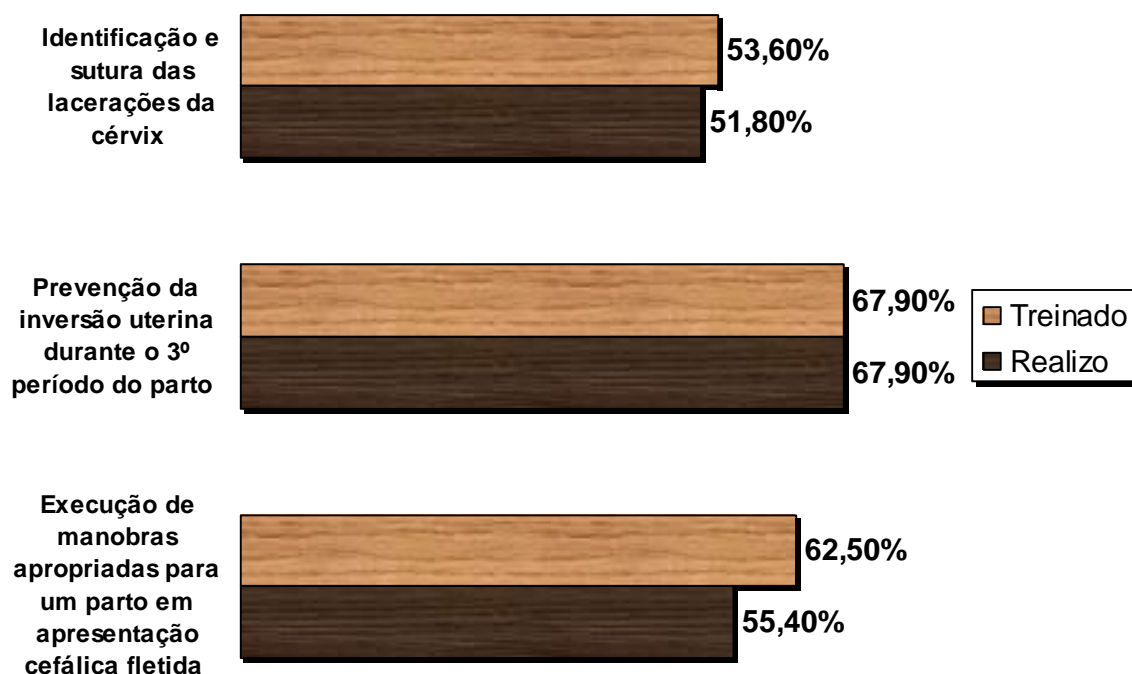
Gráfico 12: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias na fase de dilatação do parto fisiológico menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

Na fase de expulsão foram identificados que 55,4% executavam as manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida, e o treinamento para a prática desta técnica foi efetuado com 62,5% dos enfermeiros. Já na fase de dequitação 67,9% dos enfermeiros previnem a inversão uterina durante o 3º período do parto e 67,9% deles tiveram capacitação para realizar esta técnica; 51,8% suturam as lacerações da cérvix, que é uma habilidade adicional, e receberam capacitação para este procedimento 53,6% dos enfermeiros (Gráfico 13).

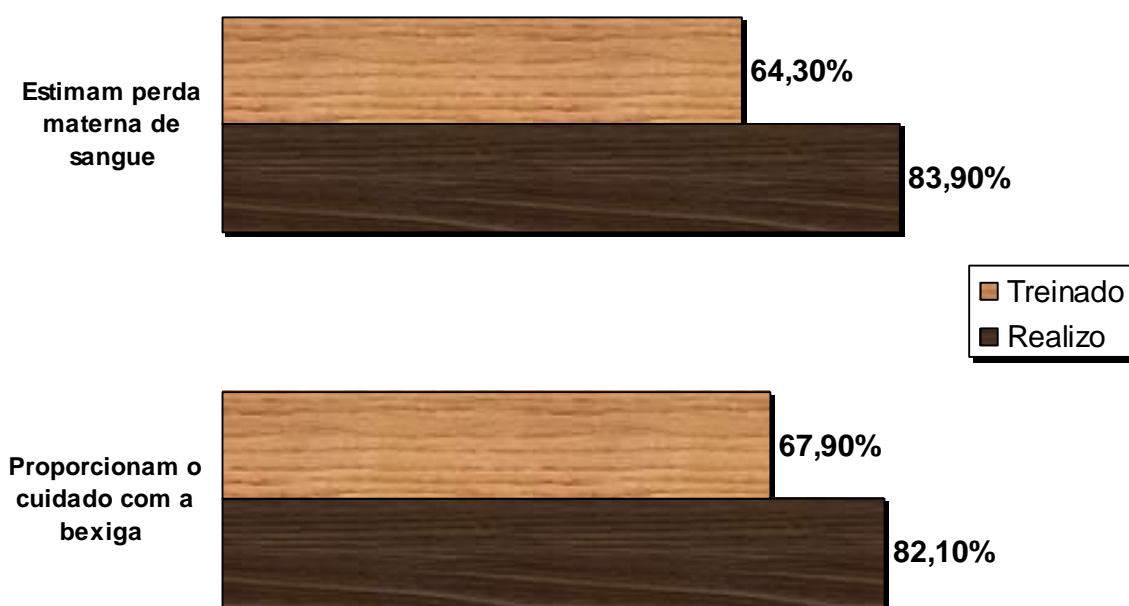
Gráfico 13: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias na fase de expulsão e dequitação do parto fisiológico menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

No grupo de cuidado referente a todas as fases do parto 82,1% dos enfermeiros proporcionam o cuidado com a bexiga e foram capacitados para este procedimento 67,9% deles; 83,9% estimam a perda materna de sangue e 64,3% dos enfermeiros foram treinados para a realização desta habilidade (Gráfico 14).

Gráfico 14: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em todas as fases do parto fisiológico menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.

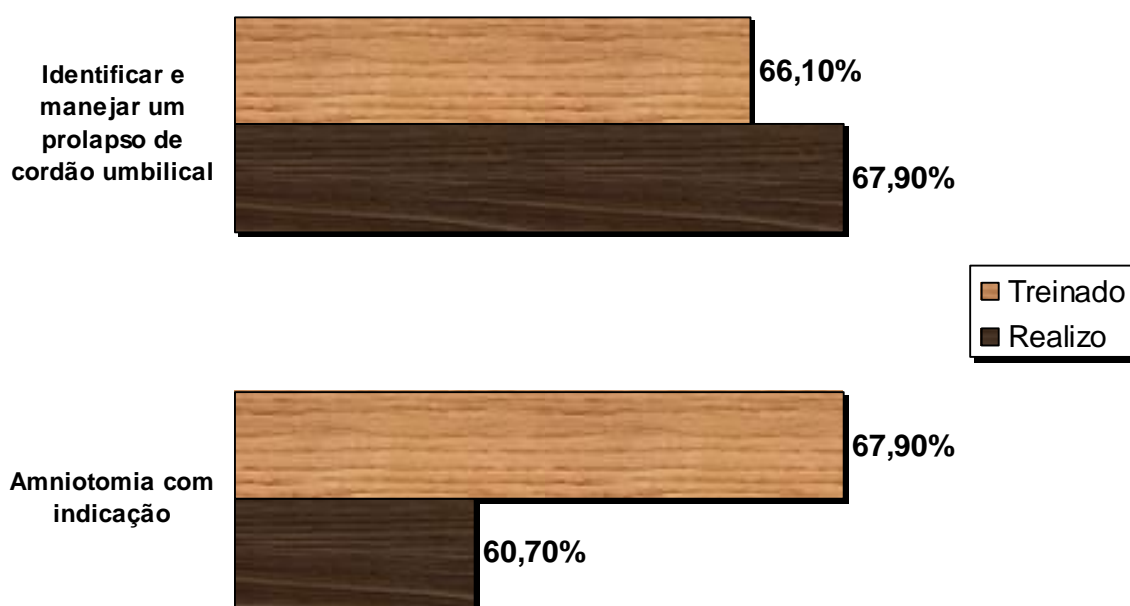


Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

Na assistência à mulher no parto em situação de Emergência observou-se que na fase de dilatação os procedimentos menos realizados pelos enfermeiros foram: realização da amniotomia com indicação (60,7%) e os que receberam treinamento de capacitação para este procedimento foram 67,9% dos enfermeiros; identificar e manejar um prolapso de cordão umbilical (67,9%) e foram treinados para a aplicação desta prática 66,1% dos enfermeiros (Gráfico 15).



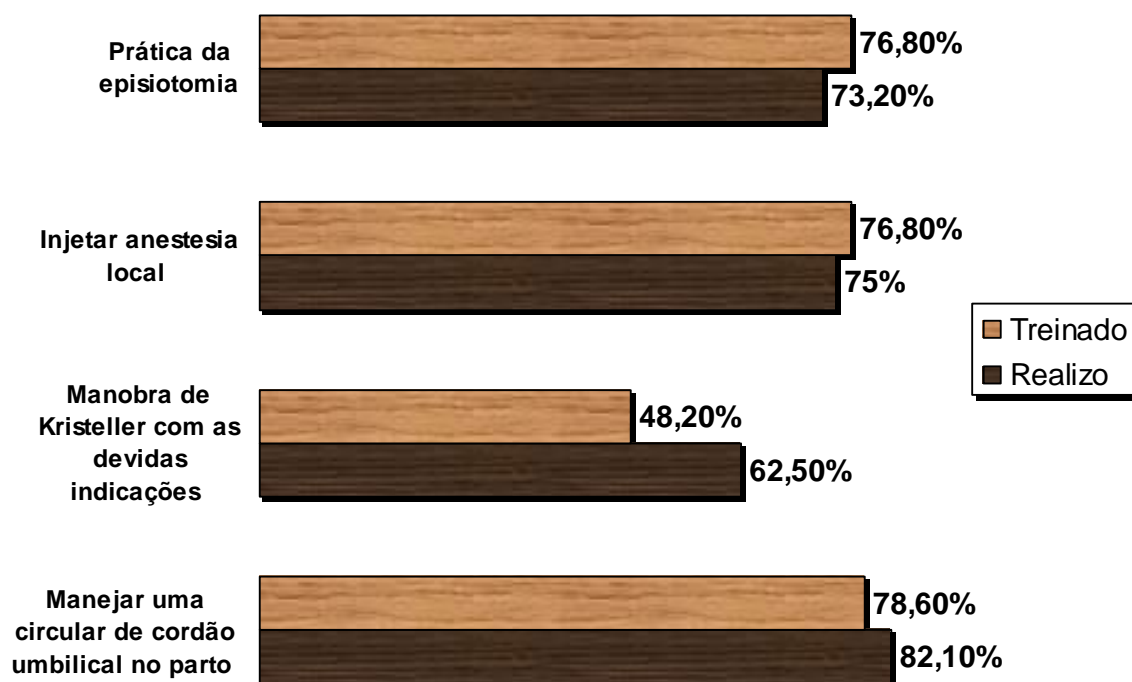
Gráfico 15: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência da fase de dilatação do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

Em situação de emergência na fase de expulsão foram: a habilidade de manejar uma circular de cordão umbilical no parto (82,1%) e 78,6% dos enfermeiros tiveram treinamento para aquisição desta habilidade; a manobra de Kristeller com as devidas indicações (62,5%) e tiveram a capacitação para esta prática 48,2% dos enfermeiros; a habilidade adicional de injetar anestesia local (75%) e o treinamento para esta atuação foi realizado com 76,8% dos enfermeiros; a prática da episiotomia, em situações de necessidade (73,2%) e foram treinados para realizar esta técnica 76,8% dos enfermeiros (Gráfico 16).

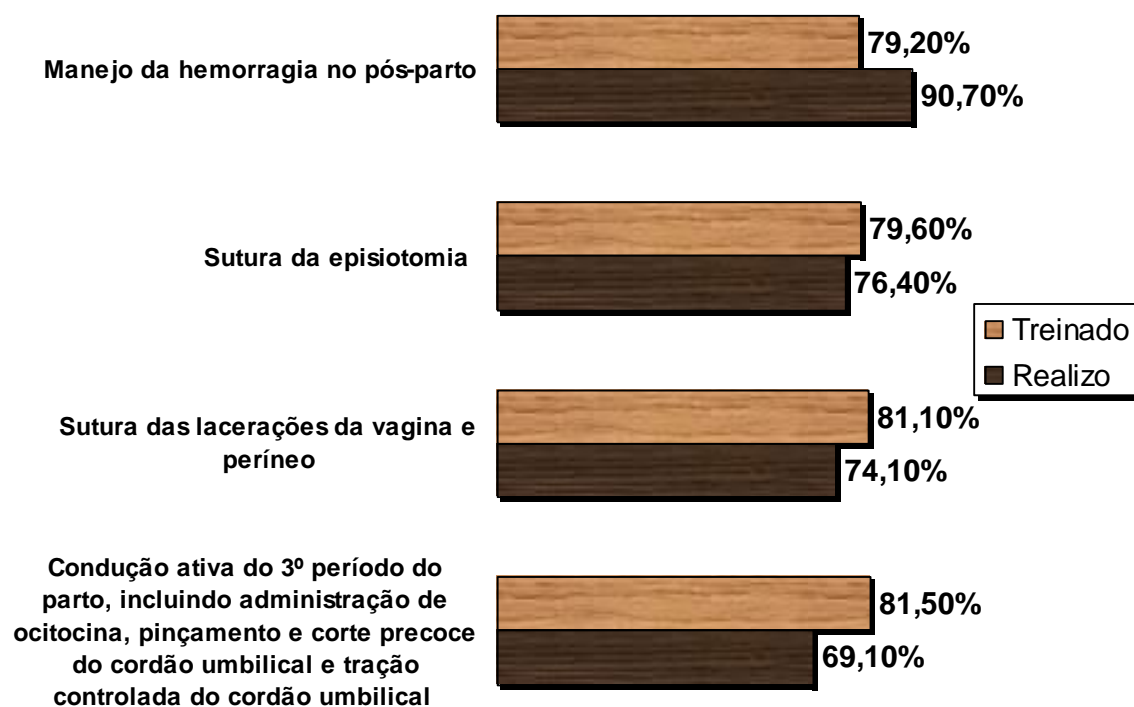
Gráfico 16: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência da fase de expulsão do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

As assistências realizadas em situações de emergência na fase de dequitação foram: a condução ativa do 3º período do parto, incluindo administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão umbilical (69,1%) e receberam treinamento para esta prática 81,5% dos enfermeiros; a sutura das lacerações da vagina e períneo (74,1%) e são treinados para este procedimento 81,1% dos enfermeiros; a sutura da episiotomia (76,4%) e obtiveram treinamento para esta prática 79,6% dos enfermeiros; o manejo da hemorragia no pós-parto foi maior que o esperado (90,7%), no entanto foram preparados para atuar nesta situação 79,2% dos enfermeiros (Gráfico 17).

Gráfico 17: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência da fase de dequitação do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

Na situação de emergência em todas as fases do parto foram: a identificação imediata de anormalidades no parto, com as intervenções e/ou encaminhamentos oportunos foi maior do que a expectativa (82,1%), mas foram treinados para esta atividade 76,8% dos enfermeiros; a habilidade adicional de transferir a mulher que necessita de cuidado adicionais ou de emergência (75%) e a capacitação para esta atividade foi propiciada a 64,3% dos enfermeiros (Gráfico 18).

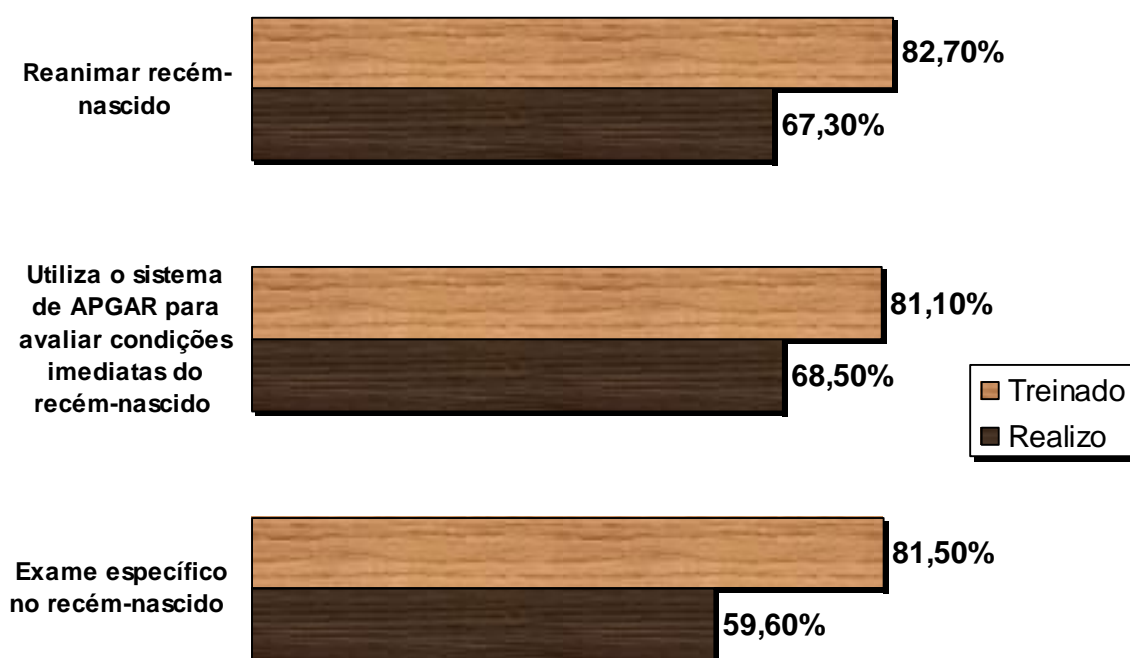
Gráfico 18: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias em situações de emergência em todas as fases do parto menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

Na assistência ao recém-nascido as habilidades menos realizadas pelos enfermeiros, embora fossem treinados foram: realizam o exame específico no recém-nascido (59,6%) e receberam treinamento para esta assistência 81,5% dos enfermeiros; utiliza o sistema de APGAR para avaliar condições imediatas do recém-nascido (68,5%) e tiveram treinamento para realizar esta avaliação 81,1% dos enfermeiros; 67,3% realiza a técnica de reanimação do recém-nascido é feita por e a capacitação para este procedimento foi adquirida por 82,7% dos enfermeiros.

Gráfico 19: Comparação entre a realização e o treinamento das habilidades necessárias para o cuidado do recém-nascido menos aplicadas pelos enfermeiros das maternidades municipais. Rio de Janeiro, 2008/2009.



Fonte: coleta de dados nas maternidades estudadas em 2008 e 2009

As habilidades não realizadas, apesar do profissional ter o treinamento, são também uma consequência da ausência de apoio institucional para a prática da assistência à mulher no parto fisiológico pelo enfermeiro obstetra. Isto acontece apesar do amparo legal ser legítimo, e do ensino tratar desta situação, muitas vezes não foi legitimado no campo da prática, como ocorre em uma das sete maternidades que fez parte do estudo. E no caso da assistência ao recém-nascido, nas maternidades em estudo, há a presença do médico neonatologista que

cumpra seu papel de assistir o bebê, somente na instituição 7 o enfermeiro atende a mulher no parto fisiológico e ao seu recém-nascido.

Como preceitua o ICM todas as habilidades básicas devem ser de domínio do profissional que assiste à mulher no parto, no entanto constatou-se neste estudo que somente 21,4% dos enfermeiros e 0,7% dos auxiliares conhecem e possuem treinamento de todas as habilidades básicas. E ainda que 25% dos enfermeiros e nenhum auxiliar realizam todas as habilidades básicas. E apenas 14,3% dos enfermeiros e nenhum auxiliar possuem o conhecimento, o treinamento e a realização de todas as habilidades.

Apesar de que todas as habilidades básicas avaliadas serem inerentes à prática legal dos enfermeiros obstetras no Brasil e da maioria destes profissionais possuírem a especialização em obstetrícia, tem-se ciência de dois fatos contraditórios. Um deles se refere a algumas instituições formadoras que contemplam os conhecimentos e habilidades básicas no planejamento dos seus currículos escolares e os serviços não dispõem de condições institucionais para esta prática; e um outro se relaciona a algumas instituições formadoras que não incluem todos os conhecimentos e habilidades requeridas para a qualificação da assistência à mulher no parto e alguns serviços os requerem.

#### **6.4 Influência das variáveis sócio-econômicas, laborais e dos conhecimentos e habilidades na atitude do profissional de enfermagem.**

As variáveis sócio-econômicas e laborais que tiveram associação significativa com o conhecimento, a habilidade e a atitude foram quase todas iguais. A única diferença foi que na habilidade e na atitude, a variável, tempo de atuação na assistência ao parto, teve associação significativa e para o conhecimento não.

Os anos de estudo e a renda familiar tiveram uma forte relação com a categoria profissional, assim, os que tem mais estudos e maior renda familiar são os enfermeiros e estes geralmente apresentam uma maior qualificação profissional sendo portanto, compreensível que esta associação exista.

A carga horária laboral semanal, o número de partos fisiológicos assistidos e o número de partos assistidos em situação de emergência, apresentaram associação significativa com o conhecimento, com a habilidade e com a atitude, provavelmente porque permite uma maior quantidade de experiências práticas que irão fortalecer estas três áreas da competência profissional de assistir à mulher no parto. O tempo de atuação na assistência ao parto fisiológico teve associação significativa com a habilidade e com a atitude. Quanto maior o tempo de atuação, o profissional pode ter oportunidades de experiências repetitivas e inovadoras que fortalecerão o seu treinamento e sua confiança em realizar os procedimentos. Assim, quanto menos anos de estudo, menor renda familiar, menor carga horária laboral, menos partos fisiológicos assistidos, menos partos assistidos em situação de emergência, maiores são as chances dos profissionais de enfermagem não terem a importante tríade da competência profissional que é o conhecimento, a habilidade e a atitude.

Os fatores de proteção encontrados no extrato, nenhum parto fisiológico auxiliado e nenhum parto cirúrgico auxiliado, não devem estar associados ao fato de que não realizar estes procedimentos os profissionais tem mais chances de ter conhecimento, habilidade e

atitude. Esta proteção ocorreu porque nestes extratos ficaram concentrados os enfermeiros que pouco realizam nas suas atribuições diárias a função de auxiliar os partos, sejam eles fisiológicos ou cirúrgicos. O fato é que, geralmente, quem auxilia os procedimentos são os auxiliares de enfermagem e estes, em geral, tem menos anos de estudo, uma menor qualificação e não tem respaldo legal.

Foi observada também, associação significativa da variável conhecimento com a atitude e da variável habilidade com atitude. Assim, a ausência de conhecimento e a falta de treinamento, aumentam as chances dos profissionais de enfermagem não terem atitude, ou seja, não realizam os procedimentos necessários para assistir à mulher no parto fisiológico. É compreensível que o profissional que não se sinta capacitado para realizar um procedimento não o faça, mesmo sendo uma atribuição legal. No entanto, é relevante que as oportunidades de capacitação sejam ofertadas e que cada profissional tenha um compromisso com o seu desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na assistência à mulher no parto fisiológico. Esta postura profissional aumentará o atendimento de qualidade às mulheres e fortalecerá a prática dos profissionais de enfermagem nesta assistência e na sociedade.



## CAPÍTULO VII

### 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Rio de Janeiro (Brasil), a força de trabalho de enfermagem, nas instituições estudadas, é proporcionalmente maior em número de enfermeiros em relação aos auxiliares, visto que ela é composta por 29,3% de enfermeiros (56) e 70,7% de auxiliares (135), ao passo que o estimado para o restante do país é uma proporção de 20% de enfermeiros e 80% de auxiliares, traduzindo-se assim, em uma quantidade de mão de obra qualificada na equipe de enfermagem maior do que a média nacional.

Os profissionais pesquisados possuem maturidade pessoal, pois apresentaram características em seu perfil social-demográfico tais como: mais anos de vida (média de 43 anos para auxiliares e 39 para enfermeiros); possuírem parceiros e terem filhos. Também apresentaram maturidade profissional, já que a média de prática na área da enfermagem obstétrica foi de 10 (dez) anos.

Quanto à qualificação e competência, apesar de no Rio de Janeiro este fator ser facilitado por termos 4 (quatro) Faculdades/Escolas de Enfermagem de Universidades públicas, 3 (três) localizadas no município do Rio de Janeiro e 1 (uma) em Niterói, além das inúmeras Faculdades e Escolas de Enfermagem de Universidades particulares, perfazendo um total de 24 (vinte e quatro), observou-se que a hipótese inicial do estudo de que a mulher é assistida no trabalho de parto e parto, neste Município, por profissionais de enfermagem com qualificação e competências distintas, foi confirmada. Nesse particular, a qualificação se dá pela capacitação (por meio de cursos ou não) que é oferecida aos profissionais, a mesma que é

diversificada. Este fenômeno é explicado também pela autonomia das Escolas/Faculdades/Cursos de Enfermagem em organizar os conteúdos teóricos, práticos e experiências teórico-práticas de estágio, próprias dos papéis e funções a serem desempenhadas por cada profissional. Esta diversidade torna-se um problema quando os conteúdos teóricos e práticos não dão conta de capacitar o profissional de enfermagem para atuar na assistência à mulher no parto fisiológico numa perspectiva de inserção do profissional no atual mercado de trabalho e nas unidades de saúde do SUS.

Dotto (2006), em estudo realizado sobre a mencionada temática, explica como possível razão para um reduzido número de pessoal qualificado no município de Rio Branco (região Norte do Brasil), as dificuldades de acesso do profissional (principalmente enfermeiros) para continuidade dos estudos básicos de graduação e especialização, já que na região há apenas um órgão formador em enfermagem no Estado, que é a Universidade Federal do Acre (UFA). O curioso nesta reflexão é observar que no estudo de Vorpagel (2008), realizado em São Paulo, onde existe o maior centro universitário do país, foi identificada também uma ausência de pessoal qualificado para o parto, sendo neste caso, o resultado relacionado pela autora ao modelo assistencial vigente, ao processo de trabalho adotado e à ausência de incentivo por parte da instituição estudada. Assim, no estudo de Vorpagel (2008) vemos que a oferta de cursos de capacitação não é o único elemento capaz de determinar a qualificação. Os incentivos institucionais e pessoais são elementos que unidos à oferta de cursos de capacitação propiciam a motivação necessária para a busca da qualificação profissional.

Evidenciamos neste estudo, que de 82,1% dos enfermeiros com especialização em enfermagem obstétrica, 14,3% e 1,8% detêm o mestrado e doutorado respectivamente, demonstrando assim uma preocupação dos enfermeiros pela sua carreira de qualificação. Os auxiliares de enfermagem demonstraram seu desejo de progredir na carreira profissional

procurando realizar cursos técnicos de enfermagem, graduação em enfermagem, e inclusive de pós-graduação. Contudo, cabe ainda enfatizar a constatação de que, para ambas as categorias, existia a ausência de um processo de mobilidade de ascensão ocupacional e com isto, o impedimento de obter a elevação econômico-social desejada. Isto implica em reconhecer na prática profissional a diferença salarial entre as categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem, marcando desta forma a divisão técnica e social no processo de trabalho em enfermagem em particular fazendo com que a maioria deles recorra a mais de um trabalho para garantir sua sobrevivência.

A assertiva de que os enfermeiros têm qualificação e de que foram treinados, mas não colocam em prática o conhecimento adquirido, na maioria das situações, faz suscitar questionamentos que nos parecem procedentes: quais seriam os motivos desta atitude? Insegurança por um quantitativo de práticas insuficientes? Ausência de apoio institucional? Desconhecimento do respaldo legal para o exercício das funções da profissão? Assédio moral? Portanto, a qualificação não garante por si só a prática e a competência profissional. Além da qualificação que deve ser adquirida em uma escola de excelência, o profissional e a instituição assistencial, necessitam investir no desenvolvimento teórico e prático dos conhecimentos e das habilidades técnicas apreendidas na sua formação básica. Também é relevante que nos planos curriculares de graduação seja contemplada a disciplina de legislação e em especial nos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) enfocando as leis, resoluções, normas e pareceres que respaldam a atuação do enfermeiro obstetra nas unidades de saúde com o objetivo de transmitir e enfatizar aos profissionais o poder legal de sua prática.

No estudo constatou-se que na prática profissional, os enfermeiros detêm uma maior experiência “na assistência ao parto fisiológico” e os auxiliares possuem maior experiência

no auxílio aos profissionais” que assistem à mulher no parto fisiológico; isto, em concordância com as determinações legais do exercício profissional que determina que o Enfermeiro realize esta prática. Contudo, muitos dos auxiliares registraram que também realizam a assistência ao parto fisiológico, demonstrando coerência com a realidade do cotidiano da prática das unidades de saúde, onde o quantitativo de enfermeiras é insuficiente para as necessidades decorrentes da prática profissional.

Em relação aos conhecimentos básicos avaliados nos parâmetros da Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002), o estudo identificou que 76,8% dos enfermeiros têm todos os conhecimentos avaliados. Este parâmetro quando aplicado aos auxiliares de enfermagem demonstrou que 6,7% tinham todos os conhecimentos básicos avaliados. Estes indicadores podem estar fundamentados também na média de anos de atuação prática que é de 10 anos; no registro de uma média de 914 partos assistidos; e em 82,1% terem o título de Especialistas em Enfermagem Obstétrica.

Nesta constatação de atributos que o enfermeiro detém e segundo Benner (1984) estes profissionais são “proficientes”. Na tradução de Carvalho (1989), sobre os estudos de Florence Nightingale, já parecia defender a necessidade de profissionais proficientes dizendo que: “(...) a enfermeira deve ser uma pessoa na qual se possa contar (...) a mais preciosa dádiva de Deus, é posta literalmente em sua mãos; deve ser uma observadora minuciosa, fiel, rápida (...)”. Ou seja, são profissionais que já se depararam com diversas experiências práticas, que conseguem perceber a situação como um todo e identificam quando um panorama normal não se concretiza, atuando antes do agravamento do paciente.

Assim mesmo, constatamos que com base nos conhecimentos e habilidades básicas estabelecidos pelo ICM, 21,04% dos enfermeiros tinham as competências essenciais para a prática da assistência à mulher no parto fisiológico. Para os auxiliares de enfermagem, que apesar dos 2,2 % que possuíam graduação em enfermagem e a especialização em obstetrícia,

somente 0,7% atendem aos requisitos do ICM, e isto justifica que a prática desta categoria seria de auxiliar a outros profissionais na assistência ao parto.

No estudo de Dotto (2006), das 9 (nove) enfermeiras entrevistadas, foi identificado que 7 (sete) assistiam à mulher em trabalho de parto fisiológico e ao nascimento, mas que somente 28% destes atendiam aos atributos definidos pelo ICM.

A análise feita na perspectiva comparada entre o quantitativo de profissionais treinados, que em tese, deveriam ter habilidade para realizar os procedimentos, e a realização do procedimento, ou seja, demonstrar atitude, revelou que os enfermeiros são mais treinados e realizam menos atividades para as quais foram treinados do que os auxiliares que são menos treinados e realizam maior número de atividades. Esta constatação merece um estudo qualitativo aprofundado, a rigor, especialmente para clarificar o porquê deste fenômeno.

Uma das maiores dificuldades comuns a todas as categorias dos profissionais de enfermagem identificadas na assistência à mulher no parto fisiológico, foi o insuficiente conhecimento sobre conteúdos e práticas de emergência. Aqui, há que considerar que a falta de pronto atendimento é uma das consequências de morte materna e neonatal, ficando evidente que esses conhecimentos/habilidades precisam ser contemplados em cursos de qualificação e treinamentos, urgentemente.

Em suma, a sugestão para que os requisitos mínimos dos profissionais de Enfermagem Obstétrica, nos CEEOs, sejam alcançados é que a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) reconheça, por certificação dos mesmos, como cursos de qualidade aqueles que: 1) revisitarem os critérios mínimos estabelecidos juntamente ao Ministério da Saúde, para a realização dos CEEOs; 2) Promoverem um estudo especial de validação das competências estabelecidas pelo ICM nas cinco regiões do Brasil, consideradas as diversas realidades sócio-político-econômicas e 3) Apoiarem a publicação de pesquisas que visem a qualificação dos Profissionais de Enfermagem e da qualidade da gestão dos serviços.

Essa sugestão proposta vai ao encontro do Estatuto da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras aprovado em 07/11/2004, durante o IV Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (IV COBEON). Este Estatuto, em seu Capítulo II, define no artigo 4º, as finalidades relacionadas com as recomendações previstas nos incisos: II – promover o desenvolvimento técnico-científico, cultural e profissional que favoreça o avanço da profissão; IV – realizar concurso público de provas e títulos para outorga do título de especialista na área de enfermagem obstétrica, de enfermagem neonatal e de enfermagem ginecológica, estes com base específicos para este fim e; V- realizar cursos de treinamento para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que favoreçam a melhoria da assistência no pré-natal, parto e nascimento em particular e à saúde da mulher e do recém-nascido em geral.

Em relação aos auxiliares de enfermagem, é sabido que nem todos os itens das habilidades que foram verificados neste estudo, se aplicam à base legal de seu exercício profissional (nº 7498/86) definindo que este profissional deve exercer atividade de nível médio, de natureza repetitiva, sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, considerando o que cabe a este profissional. A sugestão seria a criação de um curso de treinamento e capacitação de nível técnico, como o que já existe para os Técnicos em Enfermagem do Trabalho (Resolução COFEN-238/2000), utilizando também como base as competências definidas pelo ICM incluindo os seguintes conhecimentos e habilidades a adquirir dentro das atribuições desta categoria: **a)** observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas: na fisiologia do parto; nos indicadores do início do trabalho de parto; nas medidas para avaliar o bem estar materno; nas indicações para medidas de emergência; no registro dos achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento; **b)** executar ações e tratamentos simples: nos cuidados físicos ao RN; no conhecimento da história obstétrica e verificar sinais vitais maternos; na realização do exame físico “simplificado”

direcionado à parturiente (SV, coloração de mucosas e sangramento); na proporção da hidratação, alimentação e medidas de conforto, adequados durante o parto; na promoção dos cuidados com a bexiga; na estimativa da perda materna de sangue; na proteção do períneo no período expulsivo “em situações de emergência”; na aferição da consistência uterina pós-parto; na aferição do sangramento no pós-parto imediato; na punção de veia para colher sangue e fazer testes de hematócrito e hemoglobina quando “solicitados”; na administração de ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto “quando prescrito”; na transferência, “quando indicada”, da mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência; no início da amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e no apoio ao aleitamento exclusivo; **c)** prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente quanto: aos aspectos psicológicos e culturais do parto e nascimento; às medidas de conforto durante o parto; à promoção do contato pele-a-pele do RN com a mãe, quando apropriado; aos meios de apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo; à proporcionar apoio psicológico (emocional) para a mulher e sua família; à proporcionar ambiente seguro para promover vínculo mãe/filho e **d)** participar da equipe de saúde.

Ainda vale enfatizar que com base na resolução COFEN-353/2009 que confere aos Conselhos Regionais de Enfermagem atribuições para promover estudos e campanhas para o aperfeiçoamento profissional, também cabe ao COREN/RJ fomentar cursos de capacitação para qualificar aos profissionais de enfermagem na atenção qualificada à mulher no parto e nascimento.

É ainda de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), no artigo 200 da Constituição Brasileira, a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, e em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi definido que o SUS deve capacitar a todos os profissionais que obtiverem aprovação em concurso público. No entanto,

esta atribuição não tem se traduzido em uma prática. Na tentativa de uma capacitação mais condizente com a realidade do SUS, a portaria interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005, oficializa a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde para a formação e desenvolvimento de profissionais na saúde, e traz uma proposta de ensino articulado com as necessidades do SUS em relação ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) (ALMEIDA E FERRAZ, 2007) e os Pactos de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (MS).

Essas também poderiam ser recomendações do tão desejado fortalecimento da prática da enfermagem obstétrica, já que no estudo foi observada a associação entre a ausência de conhecimento e de treinamento na atitude dos profissionais de enfermagem e destes na qualidade da gestão dos serviços e da assistência na área.

Estabelecer e descrever as competências da prática profissional em enfermagem obstétrica é um primeiro passo para congregar uma linguagem única das atividades práticas da enfermeira (o) obstetra, mas o segundo passo é a reflexão e a discussão de como este perfil vai ser operacionalizado na prática e validado nas realidades dos diferentes estados do país. Considerando que as mulheres têm sofrido as consequências com suas vidas ceifadas, sendo desrespeitadas no maior dos direitos humanos, que é o direito à vida. A mortalidade materna tem uma amplitude maior do que somente a competência da assistência dos profissionais de saúde, ela também envolve aspectos sociais, econômicos e culturais. Desta forma é fundamental que melhorias nas condições de vida da população sejam feitas e que haja uma maior valorização das queixas das mulheres para que este indicador chegue aos níveis dos países desenvolvidos.

No entanto, se o incremento de profissionais competentes salvar uma vida, valerá a pena estarmos fazendo a parte que cabe aos profissionais de saúde. Assim, rever a quantidade e qualidade de profissionais para atender a mulher no parto e nascimento com segurança, e



também, assegurar que os profissionais capacitados sejam respeitados com o respaldo legal se torna urgente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luciana Pavanelli Von Gal de; FERRAZ, Clarice Aparecida. **Políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília: 2008. jan-fev; 61 (1):31-35.

ARRUDA, Maria da Conceição Calmon. **Qualificação Versus Competência**. Disponível em: <http://www.senac.br/informativo/BTS/262/boltec262b.htm> Acesso em: 08 ag. 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2000.

BENNER, Patrícia. **From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice**. San Francisco: Addison-Wesley Publishing Company, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Coleção Saraiva de Legislação. 22ª edição. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade de governo**. Série direitos sexuais e reprodutivos. Caderno nº1. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. **Política de recursos humanos**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2ª edição. P. 75 Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm, RUTHES, Rosa Maria. **Entendendo as competências para aplicação na enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. V.61 n.1. Brasília. Jan/Fev. 2008.

COFEN. Resolução 223/1999 de 03 de dezembro de 1999. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à mulher no Ciclo Gravídico Puerperal**. In: Portal COFEN. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 02 nov. 2009.

COFEN. Resolução 238/2000 de 30 de agosto de 2000. **Dispõe sobre a qualificação para técnico em enfermagem do trabalho.** In: Portal COFEN. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 02 nov. 2009.

COFEN. Resolução 353/2009 de 28 de agosto de 2009. **Confere aos Conselhos Regionais atribuições para promover estudos e campanhas para o aperfeiçoamento profissional.** In: Portal COFEN. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 02 nov. 2009.

DEMO, Pedro. **Pesquisa: princípio científico e educativo.** 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1992.

DOTTO, Leila Maria Geromel. **Atenção Qualificada ao Parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco-AC.** 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, [2006].

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** São Paulo: Difusão, 2004.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **Mulher e Cidadania na nova ordem social.** São Paulo: NEMGE/USP, 1996.

HADDAD, Nagib. **Metodologia e Estudos em Ciências da Saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico.** São Paulo: Roca, 2004.

ICM. Confederação Internacional das Parteiras. **Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia.** ICM/OMS/FIGO: 2002.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica.** 2ª edição. São Paulo: Atlas, 1994.

LAPPONI, Juan Carlos. **Estatística usando Excel.** 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LARGURA, Marília. **A Assistência ao Parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais.** São Paulo: 1998.

LEVIN, Jack. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2ª edição. São Paulo: Harbra, 1987.

LINS, F. Estellita. **O Parto Natural: a mais nova, ou mais antiga forma de dar a luz**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Bloch, 1988.

LOURENÇO, Lucia Helena Silva Corrêa. **Mobilidade social na enfermagem: a questão das lutas simbólicas**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, [1998].

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da Gravidez**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.

MACDONALD, Mia. STARRS, An. **A Atenção Qualificada Durante o Parto: um caderno informativo para salvar a vida das mulheres e melhorar a Saúde do Recém-Nascido**. Family Care Internacional. P.30. New York:2003.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 12ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Rio de Janeiro: 1998.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez, 1989.

NOTÍCIAS DAS EMPRESAS ASSOCIADAS. **Saúde Entrega Cinco Prêmios no Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna**. Disponível em: [http://www.mre.gov.br/informe\\_cim.htm](http://www.mre.gov.br/informe_cim.htm). Acesso em: 10 jun. 2000.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Panorama de la fuerza de trabajo em Enfermería em América Latina**. Série Desarrollo de Recursos Humanos, N° 39. Washington, DC: 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimento**: recomendações da OMS – 1985.

PEREIRA, Isabel Brasil. RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as Competências desde a Escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, Philippe. **10 Novas Competências para Ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PERRENOUD, Philippe, THURLER, Mônica Gather, MACEDO, Lino de, MACHADO, Nilson José, ALLESSANDRINI, Cristina Dias. **As Competências para Ensinar no Século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PERRENOUD, Philippe. **Escola e Cidadania: o papel da escola na formação para democracia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, Cristiane Rodrigues da. **Programas de Ensino da Assistência à Mulher no Parto Normal: currículos dos cursos de graduação de enfermagem de escolas governamentais do Estado do Rio de Janeiro**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, [2002].

SACRAMENTO, Maria Tita Portal, TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **Vivências das Enfermeiras nos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica**. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, V.3, n.3, p.425-433, jul/set.2006.

SILVIA, Maria Manfredi. **Trabalho, qualificação e competência profissional das dimensões conceituais e políticas**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 08 ag. 2006.

TOMASI, Antônio. **Da qualificação à Competência: pensando o século XXI**. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

UERJ. Projeto **Maternidade Segura: Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Disponível em: <http://www.lampada.uerj.br/obst/matseg.html>. Acesso em: 21 jun. 2000.

VORPAGEL, Márcia Gomes Barcellos. **A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira-SP: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao parto.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, [2008].



## APÊNDICE B

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pseudônimo \_\_\_\_\_

Conhecimentos Básicos		Tenho	Não Tenho	Observações
1	Fisiologia do parto			
2	Anatomia do crânio fetal, diâmetros críticos e pontos anatômicos importantes			
3	Aspectos psicológicos e culturais do parto e nascimento			
4	Indicadores do início do trabalho de parto			
5	Progressão normal do parto e como usar o partograma ou ferramenta semelhante			
6	Medidas para avaliar o bem-estar fetal durante o parto			
7	Medidas para avaliar o bem-estar materno durante o parto			
8	Processo de decida fetal através da pelve durante o parto e nascimento			
9	Medidas de conforto durante o parto: ex: presença/ajuda da família, posicionamento, hidratação, apoio emocional, métodos não farmacológicos de alívio da dor;			
10	Transição do recém-nascido para a vida extra-uterina			
11	Cuidados físicos do recém-nascido – respiração, calor, alimentação;			
12	Promoção de contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, quando apropriado			
13	Meios para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo			
14	Manejo fisiológico do 3º período do parto			
15	Indicações para medidas de emergência: ex: placenta retida, distócia de ombro, sangramento uterino por atonia, asfixia neonatal			
16	Indicações para o parto cirúrgico: sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica			
17	Indicadores de complicações no parto: sangramento, parada na evolução do parto, distócia de apresentação, eclampsia, sofrimento materno, sofrimento fetal, infecção, prolapso de cordão			
18	Princípios de manejo ativo do 3º período do parto.			

Você foi treinada/realiza os seguintes procedimentos durante o parto e nascimento:

**Realizo**  
Sim/Não

**Fui treinada**  
Sim/Não



Procedimentos (HB)		Realizo	Fui Treinada	Observações
1	Conhece a história obstétrica da parturiente e avalia			
	controlar os sinais vitais maternos			
2	Realizar exame físico direcionado na parturiente			
3	Fazer exploração/palpação abdominal completa para determinar apresentação, posição a situação fetal.			
4	Avaliar a frequência e efetividade das contrações uterinas.			
5	Realizar um exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve.			
6	Acompanhar a evolução do trabalho de parto, usando um partograma .			
7	Proporcionar apoio psicológico para mulher e sua família.			
8	Proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto.			
9	Proporcionar cuidado com a bexiga.			
10	Identifica prontamente anormalidades no parto, com intervenção e/ou encaminhamento apropriado e oportuno.			
11	Executa manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida.			
12	Maneja uma Circular de cordão no parto			
13	Pratica episiotomia, se for necessário.			
14	Sutura episiotomia			
15	Apóia o processo fisiológico do 3º período do parto.			
16	Conduz ativamente o 3º período do parto incluindo, administração de ocitocina, pinçamento e corte precoce do cordão, tração controlada do cordão.			
17	Preveni a inversão uterina durante o 3º período do parto.			
18	Inspecionar a placenta e membranas para verificar se estão íntegras.			
19	Estima a perda materna de sangue.			
20	Inspeciona se ocorreu laceração na vagina e na cérvix.			
21	Sutura as lacerações da vagina e períneo.			
22	Manejar a hemorragia no pós-parto.			
23	Proporciona um ambiente seguro para promover o vínculo mãe/filho.			
24	Inicia a amamentação o mais cedo			

	possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo.			
25	Realiza exame físico específico no recém-nascido.			
26	Registra os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.			
<b>ITENS ADICIONADOS</b>				
27	Realiza toque para avaliar dilatação			
28	Realiza toque para avaliar apagamento			
29	Realiza amniotomia com indicação			
30	Realiza Manobra de Kristeller com indicação.			
31	Controla os Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)			
32	Protege Períneo no período expulsivo			
33	Verifica consistência uterina pós-parto			
34	Verifica sangramento no pós-parto imediato.			
35	Utiliza Sistema de APGAR para avaliar condições imediatas do recém-nascido.			
36	Reanima o recém-nascido			

Obs: Adicionados 10 itens que fazem parte da atuação da enfermeira no Brasil e não contam na ICM.

Você foi treinada/realiza os seguintes procedimentos durante o parto e nascimento: **Realizo** Sim/Não **Fui treinada** Sim/Não

Procedimentos (HA)	Realizo	Fui Treinada	Observações
2	Injeta anestesia local.		
5	Identifica e manejar um prolapso de cordão umbilical		
7	Identifica e sutura lacerações da cérvix		
9	Puncionar veia, colher sangue, para fazer testes de hematócrito e hemoglobina.		
11	Administrar ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto.		
12	Transferir a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência.		

OBS: suprimidos itens 1, 3,4, 6, 8 e 10 por serem atividades médicas no Brasil.

## APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER

**Carta de solicitação de autorização ao Comitê de Ética para realização da Coleta de Dados**

De: Cristiane R. da Rocha<sup>1</sup>

Para: \_\_\_\_\_

Maria Antonieta Rubio Tyrrell<sup>2</sup>

Solicitamos a avaliação e autorização ao Comitê de Ética desta renomada instituição para desenvolver uma das etapas da pesquisa intitulada: "As Competências Técnicas dos Profissionais de Enfermagem na Assistência ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro". Esta etapa constitui-se na coleta de dados que se realizará mediante o preenchimento de um formulário. A entrevista ocorrerá com os enfermeiros. A data para realização da atividade será agendada posteriormente, segundo a disponibilidade voluntária do entrevistado. A participação dos enfermeiros desta instituição é de grande valia, pois fornecerá dados fundamentais à pesquisa, que tem como objetivos: Mapear o perfil profissional da equipe de enfermagem que atua na assistência à mulher no trabalho de parto e parto nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro, Identificar as atividades técnico-assistenciais realizadas pelos profissionais de enfermagem que atuam na atenção à mulher no trabalho de parto e parto nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro, Analisar as competências essenciais e adicionais dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro.

O compromisso é com a qualidade da assistência materno-infantil. Os resultados, se desejarem, lhes serão proporcionados. Desde já, agradecemos sua compreensão, nos colocando à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Maria Antonieta Rubio Tyrrell (Orientadora)

Cristiane R. da Rocha

---

<sup>1</sup> Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Mestre em Enfermagem. Doutoranda, autora da Pesquisa.

<sup>2</sup> Diretora e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Orientadora da Pesquisa.

## APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER

**Consentimento Livre e Esclarecido. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada "As Competências Técnicas dos Profissionais de Enfermagem na Assistência ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro", que tem como objetivos: Mapear o perfil profissional da equipe de enfermagem que atua na assistência à mulher no trabalho de parto e parto nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro, Identificar as atividades técnico-assistenciais realizadas pelos profissionais de enfermagem que atuam na atenção à mulher no trabalho de parto e parto nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro, Analisar as competências essenciais e adicionais dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto nas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro. A pesquisa, da construção do projeto até os resultados finais, terá duração de 03 anos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados e publicados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um formulário de perguntas.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. É válido ressaltar que esta pesquisa não oferece risco de qualquer natureza.

O benefício relacionado com a sua participação será desenvolver metas e estratégias para uma atenção qualificada, pelos enfermeiros, na saúde materno-infantil. Você

receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/email e o endereço do pesquisador principal, e o e-mail da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Cristiane R. da Rocha<sup>8</sup>

Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta Rubio Tyrrell<sup>9</sup>

Telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa SMS/RJ – (21) 2293-5549

Data, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

---

Sujeito da pesquisa

---

<sup>8</sup> End: Rua do Couto, nº 29, Bl. 01, aptº 110 – Bairro: Penha – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21020-410. e-mail: [crlica.rocha@ig.com.br](mailto:crlica.rocha@ig.com.br) Tel:3885-0743. Cel:8741-0743. CEP SMS – Rua Affonso Cavalcante, 455, bloco I, 7º andar, sala 701. (21) 2293-5549

<sup>9</sup> Orientadora. E-mail: [tyrrelldirecao@eean.ufrj.br](mailto:tyrrelldirecao@eean.ufrj.br)

## APÊNDICE E

## Cronograma de Atividades

Ano	2007	2008		2009		2010
	II Sem	I Sem	II Sem	I Sem	II Sem	I Sem
<b>Elaborar o Projeto de Tese</b>	X					
<b>Avaliação e Ajustes no projeto com auxílio das disciplinas</b>	X					
<b>Defesa do Projeto</b>		X				
<b>Avaliar se as modificações requerem entrada novamente no CEP</b>		X				
<b>Pesquisa de Campo</b>			X	X		
<b>Envio de Artigo para Publicação</b>			X			
<b>Organização dos Dados</b>					X	
<b>Análise Preliminar dos dados</b>					X	
<b>Qualificação</b>					X	
<b>Envio de Artigo para Publicação</b>					X	
<b>Análise final/conclusões/Defesa</b>					X	
<b>Entrega do Relatório Final</b>						X

## ANEXO

**RIO****Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 216A/2008

Rio de Janeiro, 15 de setembro de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Marta Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p><b>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 170/08</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> A competência técnica dos profissionais de enfermagem na assistência ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Cristiane Rodrigues Rocha.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> Gerência da Saúde da Mulher.</p> <p><b>DATA DA APECIAÇÃO:</b> 15/09/2008.</p> <p><b>PARECER: APROVADO</b></p>
--	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

  
**Salésia Felipe de Oliveira**  
 Vice-Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 - Cidade Nova - Rio de Janeiro  
 CEP: 20211-901  
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
 IRB nº: 00005577