



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Zanon Narchi, Nádia

Análise do Exercício de Competências dos não Médicos para Atenção à Maternidade

Saúde e Sociedade, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 147-158

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263681012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Análise do Exercício de Competências dos não Médicos para Atenção à Maternidade¹

Analysis of Non-Physicians' Exercise of Competences for Midwifery Care

Nádia Zanon Narchi

Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Endereço: Alameda Jaú, 186, apto. 21, Jd Paulista, CEP 01420-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: nzn@usp.br

¹ Financiamento: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp)

Resumo

Estudo descritivo e exploratório realizado com o objetivo de analisar o exercício das competências para atenção à maternidade por profissionais não médicos que atuavam em serviços públicos de saúde de uma região da cidade de São Paulo. Para isso, foi realizada caracterização dos serviços e dos profissionais, identificação das atividades que desempenhavam e sua frequência, e possíveis obstáculos ou dificuldades. O campo de pesquisa foi composto de 59 unidades básicas de saúde e seis hospitais com leitos obstétricos. A amostra foi constituída de 131 enfermeiros que atuavam no pré-natal e 42 enfermeiros dos hospitais, dos quais seis eram dirigentes de enfermagem e 38 assistiam diretamente as mulheres durante o parto. Os dados foram coletados por meio de formulário para caracterizar a atenção hospitalar e questionários para descrever a caracterização e verificar a frequência de atividades desenvolvidas e os obstáculos referidos. Os principais resultados mostraram que os não médicos não exercem as competências essenciais para a atenção qualificada à maternidade devido às barreiras pessoais e institucionais com que se defrontam em seu trabalho, bem como pela inexistência de protocolos baseados nas melhores práticas para a aplicação de modelo de cuidado humanizado e centrado na mulher. Conclui-se ser necessário que estruturas públicas de São Paulo revisem suas políticas de modo a garantir a implementação das diretrizes do SUS, no que se refere à melhoria da atenção à saúde materno-infantil e à destinação de recursos humanos e financeiros nessa direção.

Palavras-chave: Competência clínica; Políticas públicas; Mortalidade materna; Mortalidade perinatal; Humanização da assistência.

Abstract

Descriptive and exploratory research carried out from October, 2006 to December, 2007 with the analyzing the exercise of midwifery competences by non-physicians working in the public healthcare services of the municipality of São Paulo. This was achieved by means of the characterization of the services of the professionals, the identification of the activities they performed during such assistance and their frequency, as well as any possible obstacles or difficulties they faced to exercise their functions. The field of study was all the public health institutions with midwifery care provided by non-physicians in the east zone of the city of São Paulo, that is, 59 primary care units and six hospitals. The sample was composed of 131 nurses that worked in the prenatal assistance of the primary care units and 42 nurses who worked in the hospitals: six nursing coordinators and 38 nurses who provided care directly for women during labor. The data were collected through a form for the coordinators and two questionnaires, one for antenatal and post-delivery caregivers and another for delivery caregivers. The results showed that the non-physicians who assist women during pregnancy, delivery and post-delivery do not put into practice the essential competences for midwifery care because they met institutional and personal resistances and also due to the of protocols based on best practices to the application of the humanized, woman-centered care model. The conclusions show that the public structures of São Paulo need to review their policies, so as to assure the improvement in maternal and child care .

Keywords: Clinical Competence; Public Policies; Maternal Mortality; Perinatal Mortality; Humanization of Assistance.

Introdução

Estudos mostram que a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal depende do investimento e reestruturação da assistência à gestante e ao recém-nascido, de forma a melhorar sua qualidade, e da formação e capacitação de médicos e não médicos para a promoção da maternidade segura (Lansky e col., 2002).

Para isso, os profissionais de saúde devem possuir competências para manejar tanto a gestação, o trabalho de parto, o parto e o nascimento normais quanto situações de risco ou de complicações das mulheres e/ou dos recém-nascidos (WHO, 2004).

Segundo orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2004), os não médicos devem realizar todos os procedimentos para os quais tenham sido capacitados, recomendando que os Países, Estados e/ou Municípios forneçam respaldo legal e normativo que subsidie a participação desses profissionais na melhoria da atenção à maternidade.

Para promover atenção qualificada, os não médicos devem manter sua destreza atualizada e oferecer atenção que satisfaça as necessidades das mulheres a que assistem, possuir acesso a equipamentos, medicamentos essenciais e sistema de referência e contrarreferência em funcionamento, e fazer parte de um programa de educação e de saúde que incentivem o pensamento crítico, a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades pessoais e de comunicação eficazes (Dotto, 2006).

Tendo em vista a relevância dessa temática, a Confederação Internacional de Obstetristas (ICM, 2002) definiu quais devem ser as competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, ou seja, que conhecimentos e habilidades as obstetristas devem possuir para proporcionar atenção qualificada à mulher em todas as fases do ciclo reprodutivo.

Na determinação dessas competências a referida Confederação, em conjunto com a OMS e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, buscou definir, também, como as obstetristas devem prestar atenção efetiva e baseada nas melhores e mais atualizadas evidências em seu trabalho de supervisão, assistência e assessoramento necessários às mulheres durante a gravidez, trabalho de parto e

pós-parto, de realização de partos de baixo risco e de prestação de assistência ao recém-nascido e ao lactente, o que deve incluir medidas de prevenção e detecção de transtornos à saúde materna e perinatal, de assistência obstétrica direta e de execução de medidas de urgência na ausência de ajuda médica (ICM, 2002; WHO, 2004).

Para Furllerton e Thompson (2005) a prática da obstetrícia é compreendida como uma arte baseada em bom senso, tradição e cuidado centrado na pessoa e, como a maioria das mulheres que buscam a atenção obstétrica é saudável e requer apenas cuidados básicos de promoção à saúde, a definição de competências essenciais, baseadas na melhor e mais atualizada evidência, auxilia a clarificar o trabalho das obstetrizes e fundamenta a construção de um novo modelo assistencial, ou seja, um campo do saber na área da ciência.

A OMS também recomenda que todos os implicados no sistema de saúde, incluindo o aparelho formador, devem reconhecer as competências das obstetrizes e permitir que sejam colocadas em prática, a bem das mulheres, dos sistemas de saúde e dos indicadores de qualidade assistencial (WHO, 2004).

A esse respeito e no que tange ao Brasil, há quase meio século a formação exclusiva de obstetrizes deixou de existir, pois os cursos de Obstetrícia foram absorvidos pelos de Enfermagem, primeiramente em nível de graduação e, depois, de pós-graduação *lato sensu* ou de especialização.

Consequentemente, desde 1971, enfermeiras obstétricas são formadas e atuam em mercado de trabalho que, de forma especial a partir dos anos 1980 e segundo Carvalho (2000) e Narchi (2001), tornou-se limitado, o que de certa forma as marginalizou e impediu de atuar com autonomia, competência e qualidade, fator que contribuiu para a diminuição substantiva do número de cursos oferecidos na área e para a formação de quantitativo inexpressivo de especialistas.

A partir de 1998, iniciou-se mudança nessa situação graças aos diversos dispositivos legais, programas e pactos promulgados pelo governo brasileiro. Também, por reconhecer o valor das enfermeiras obstétricas na promoção da maternidade segura, o Ministério da Saúde (MS) tem oferecido apoio finan-

ceiro para a formação de um maior número dessas profissionais, bem como desenvolvido estratégias de inclusão e valorização como, por exemplo, o estímulo e apoio à criação dos centros de parto normal intra ou extra-hospitalares e o investimento na qualificação das maternidades e na capacitação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde materna e perinatal (Brasil, 2004; Porto e col., 2002; Schirmer, 2001).

Mesmo com esse incentivo, que assegura e legitima a devida autonomia das enfermeiras obstétricas, ressaltando seu significativo papel na atenção ao pré-natal e ao parto de baixo risco, elas têm encontrado dificuldade para atuar pelos aspectos já ressaltados.

Nesse contexto, é que a formação de obstetrizes, como alternativa à exclusiva especialização de enfermeiras, voltou a ser discutida e defendida por diversos fóruns, entidades e corporações empenhadas na promoção da maternidade segura em nosso país. Foi esse um dos motivos que levou a Universidade de São Paulo a implantar, em 2005, o Curso de Obstetrícia que, em 2008, forma sua primeira turma.

Segundo Gualda (2002), essa formação deve contribuir para a melhoria da atenção à maternidade, especialmente pelas competências que se espera das obstetrizes quanto a desenvolver atividades preventivas e educativas e a resgatar o nascimento como processo sociocultural. A perspectiva é que elas juntem esforços com as enfermeiras, especialistas em obstetrícia ou não, para contribuir com os outros profissionais, especialmente os médicos, na construção de melhores indicadores de saúde materno-infantil no Brasil.

Pela importância dos não médicos na promoção da saúde materna e perinatal e considerando que eles devem possuir conhecimentos e habilidades para o exercício qualificado da profissão, define-se como objeto deste estudo o delineamento de suas competências para a atenção à maternidade, ou seja, àquela prestada à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto.

Ao delinear o exercício das competências pelos não médicos, esta pesquisa poderá fornecer subsídios para que os serviços de saúde coloquem em prática os programas governamentais já existentes, que reconhecem o merecido papel dos não médicos

na promoção da maternidade segura, bem como crie políticas públicas de maior inserção e valorização profissional das enfermeiras obstétricas e obstetrias na atenção materna e perinatal.

Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi analisar o exercício das competências para atenção à maternidade por profissionais não médicos que atuavam em serviços públicos de saúde de uma região da cidade de São Paulo por meio da caracterização dos serviços e dos profissionais e da identificação das atividades que desempenhavam e sua frequência e os possíveis obstáculos ou dificuldades encontrados na realização dessas atividades. A região escolhida foi a Zona Leste da cidade de São Paulo por nela estar estabelecida a unidade da Universidade de São Paulo em que o Curso de Obstetrícia é oferecido e por essa região possuir a segunda maior razão de mortalidade materna, 58,4 mortes por 100.000 nascidos vivos, e o maior coeficiente de mortalidade infantil neonatal precoce do município de São Paulo, 6,2 mortes por 1.000 nascidos vivos, ambos indicadores de má qualidade de atenção obstétrica (São Paulo, 2005).

Método

O estudo foi descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, enquadrando-se no projeto de mapeamento dos serviços de obstetrícia das Américas, recomendado em 2004 pela Organização Pan-americana de Saúde (PAHO, 2004a, 2004b) para promover ações de melhoria da qualidade que resultem em redução dos índices de morbi-mortalidade em toda a América Latina e Caribe.

O campo em que a pesquisa se realizou foi composto de todas as instituições públicas de saúde da região em que à época de coleta de dados ocorria atenção à maternidade por profissionais não médicos, ou seja, 59 unidades básicas de saúde (UBS) e seis hospitais com leitos obstétricos exclusivamente destinados ao SUS.

A população foi composta de 204 não médicos que realizavam pré-natal nas UBS, seis dirigentes de enfermagem dos hospitais e 62 não médicos que assistiam as mulheres no processo de parto e nascimento. A amostra foi constituída por todos aqueles que participaram da pesquisa, o que correspondeu

a 6 (100%) dirigentes, 38 (61%) dos sujeitos dos hospitais e 131 (64%) dos não médicos das UBS.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2006 a dezembro de 2007, sendo utilizado um formulário para os dirigentes de enfermagem dos hospitais, que tinha como propósito melhor compreender a sistemática da atenção obstétrica naqueles locais, bem como identificar os não médicos que nela atuavam diretamente. Para os enfermeiros foram utilizados dois questionários distintos, um para os das UBS e outro para os dos hospitais, ambos com listagem de atividades específicas acompanhada de escala ordinal com os atributos de frequência **nunca**, **quase nunca**, **quase sempre** ou **sempre**, na qual os sujeitos podiam assinalar para cada uma das ações quais desempenhavam e com que regularidade. Os questionários continham também questões relativas à caracterização dos profissionais e espaço para que indicassem acontecimentos, fatos ou eventos de ordem profissional ou institucional que interferissem ou servissem de obstáculo para sua atuação.

Na confecção desses instrumentos foram utilizados documentos relacionados à promoção à maternidade segura e às práticas obstétricas comumente utilizadas, bem como as recomendadas pelas evidências científicas (Brasil, 2001, 2005; Di Mario e col., 2005; ICM, 2002; OMS, 1996; OPS, 2004; WHO, 2001, 2004).

Como se tratou de pesquisa na qual a veracidade das informações coletadas era muito importante, ambos os questionários foram submetidos à avaliação de quatro especialistas na área de Enfermagem Obstétrica, todos com experiência docente-assistencial reconhecida. Depois, foi realizado pré-teste com profissionais que não faziam parte do estudo, três que atuavam na assistência pré-natal e três na assistência ao processo de parto e nascimento. Ambas as etapas contribuíram para ampliar a validade e a precisão do instrumento.

O formulário foi aplicado diretamente pelo pesquisador aos dirigentes e os questionários foram entregues a todos os sujeitos, sendo-lhes solicitado que os preenchessem e devolvessem pelo correio ou pessoalmente ao pesquisador, que contou com ajuda de bolsistas e monitores do Curso de Obstetrícia para a sensibilização dos sujeitos e a coleta do material.

Todos os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e as indicações de obstáculos foram categorizadas por similaridade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo, Pareceres nº. 0188 e 0218/CEP/SMS/2006, e todos os sujeitos receberam informações sobre a relevância da pesquisa, sendo a participação livre, de acordo com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

No que se refere à atenção ao pré-natal, obteve-se participação de enfermeiros de 93% das UBS, das quais 75% já adotavam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de cuidado, no qual os enfermeiros assistiam gestantes e puérperas em conjunto com médicos, agentes comunitários e outros profissionais da atenção básica, além de exercerem outras atribuições administrativas e de promoção e vigilância em saúde para grupos específicos, de acordo com as prioridades da ESF e as particularidades do território de abrangência da UBS.

A caracterização dos sujeitos que assistiam o pré-natal mostrou média de idade de 42,8 anos, com maior distribuição (38%) na faixa etária jovem, dos 23 aos 32 anos; 66% eram graduados em Enfermagem há dez anos ou menos e 72% já haviam realizado pelo menos um curso de especialização, dos quais o de Obstetrícia foi um dos menos frequentes (10%); 66% assinalaram não haver participado de cursos de atualização ou de longa duração nos últimos cinco anos; 88% indicaram não trabalhar em outros locais; e 90% atuavam no pré-natal há oito anos ou menos.

A maior parte das atividades (76%) listadas no questionário e que compõem a atenção pré-natal foi assinalada pelos sujeitos em porcentagens iguais ou superiores a 75% como **sempre** ou **quase sempre** realizadas. Abaixo desse índice, ou seja, entre 50% e 74%, foram indicadas 16% de ações que deveriam ser revistas pela sua importância, tais como exame físico-ginecológico durante as consultas, avaliação e acompanhamento do estado nutricional pelo índice de massa corporal, realização de visitas domiciliares para trabalho educativo com acompanhantes e/ou familiares das mulheres ou para acompanhamento

de adolescentes grávidas, acompanhamento no pós-parto dos problemas de saúde não tratados durante a gestação, entre outros.

Apenas 8% das atividades foram assinaladas pelos enfermeiros como **nunca** ou **quase nunca** realizadas, destacando-se também algumas que deveriam ser revistas pela sua importância, como a avaliação pré-concepcional de mulheres e/ou casais da comunidade, a manutenção de intercâmbio com os serviços de atenção especializada para o risco obstétrico e/ou perinatal e a obtenção de garantia de vaga para o parto no hospital de referência.

Verificou-se que 71% dos sujeitos descreveram obstáculos para seu trabalho. A análise dessas descrições mostrou que:

- 42% dos obstáculos estavam relacionados à dificuldade de operacionalização do atendimento de gestantes e puérperas, por falta de conhecimento, capacitação ou treinamento, por exigência institucional de produtividade no número de atendimentos, por recursos materiais escassos ou por inadequação das instalações físicas das unidades de saúde;
- 29% à falta de referência e contrarreferência adequadas para o parto, exames, contracepção ou atendimento médico especializado;
- 12% à qualidade do serviço prestado pelos médicos;
- 10% ao processo de trabalho na atenção básica, o que acarreta sobrecarga decorrente da precariedade de recursos humanos e do excesso de funções assistenciais e administrativas dos enfermeiros;
- 7% às precárias características socioeconômicas e culturais da população que, por esse motivo, não adere à assistência ou não valoriza o serviço público.

Quanto à atenção obstétrica dos hospitais públicos, verificou-se que realizavam em média 300 partos por mês, dos quais 27% eram cesáreas. Em quatro instituições, a atenção à mulher durante o trabalho de parto e parto ocorria exclusivamente em centros obstétricos tradicionais, ou seja, leitos de pré-parto, salas de parto e macas para transporte e recuperação. Nas outras duas, em centros de parto normal, casa de parto anexa a um dos hospitais, e em centros cirúrgicos ou obstétricos na eventualidade de intervenções cirúrgicas.

Os centros de parto e a casa de parto possuíam quartos privativos, com banheiro e material neces-

sário para a assistência tanto da mulher quanto do recém-nascido nos quatro períodos do parto,.

Todos os hospitais contavam com alojamentos conjuntos, havendo berçários apenas para os casos de médio ou alto risco neonatal. Nos quatro hospitais com assistência convencional, sem centro de parto ou casa de parto, as enfermeiras também respondiam pelo atendimento no alojamento conjunto, no pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Em apenas um hospital as mulheres eram assistidas unicamente por profissionais médicos durante todo o trabalho de parto e parto, ficando para as enfermeiras o gerenciamento do cuidado. Nessa instituição, que não é referência para o risco obstétrico, o índice médio de cesáreas ao mês atingia 32%. Nas demais entidades, as enfermeiras eram responsáveis pela assistência em todo o processo, realizando de 80% a 100% dos partos, ficando para os médicos a supervisão e resolução das intercorrências, a admissão das parturientes e o acompanhamento das puérperas e dos recém-nascidos.

Apenas os dois hospitais com centro de parto e casa de parto eram credenciados pela Iniciativa Hospital Amigos da Criança e mostraram estrutura física e organizacional que possibilitasse a assistência integral por enfermeiras obstétricas, exclusivas desses setores, e a implementação de intervenções humanizadas, como a presença de acompanhantes durante todo o processo, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a restrição do uso rotineiro de indução do parto e de episiotomia, a escolha de posição não litotômica para o parto, o contato pele a pele e o aleitamento na primeira hora do nascimento.

Em relação à caracterização dos enfermeiros que atuavam nesses hospitais, a média de idade foi de 42,3 anos, com maior distribuição (40%) na faixa etária dos 32 aos 41 anos; 58% eram formados em Enfermagem há mais de 10 anos; 84% haviam realizado especialização em Obstetrícia, ou seja, eram enfermeiras obstétricas; 55% referiram ter participado de cursos de longa duração ou de atualização na saúde materna e perinatal nos últimos cinco anos; 60% trabalhavam em outros locais, especialmente em maternidades; e 84% acompanhavam diretamente as mulheres em trabalho de parto e realizavam os partos de baixo risco.

Somente 43% das atividades que compõem a atenção ao parto no instrumento de coleta de dados foram assinaladas pelos sujeitos em porcentagens iguais ou maiores a 75% como **sempre** ou **quase sempre** realizadas. Abaixo desse índice, ou seja, entre 50% e 74%, foram indicadas 28% de ações que, por sua importância, deveriam ser realizadas em maior porcentagem como, por exemplo, o registro de admissão da parturiente com anamnese, exame clínico-obstétrico e prescrição de condutas de enfermagem e/ou de cuidados em impresso próprio, a prescrição e utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, a avaliação e o controle da eliminação urinária das parturientes e a promoção de posição não litotômica para o parto normal.

No rol de atividades indicadas como **sempre** ou **quase sempre** realizadas, observou-se também que os sujeitos assinalaram utilizar ações desaconselhadas pelas evidências, tais como a instalação de infusões intravenosas rotineiras na admissão das parturientes (53%), a prescrição e controle da aceleração do parto com ocitocina (53%), a orientação à realização de “puxos” quando a dilatação está completa ou quase completa (71%) ou ao esforço de “puxo” prolongado e dirigido durante o parto normal (76%) e o uso de posição litotômica com ou sem estribos para o parto normal (63%).

As atividades que foram assinaladas 29% das vezes como **nunca** ou **quase nunca** realizadas referem-se a práticas desaconselhadas por serem prejudiciais ou ineficazes, o que mostra um processo em evolução para tornar a atenção mais humanizada. No entanto, comparando-se as indicações dos enfermeiros com as informações dos dirigentes, observou-se que ainda eram rotineiros o uso de tricotomia no momento da admissão (12%) e a aspiração de recém-nascidos pelos neonatologistas logo após o nascimento (32%), independentemente do seu estado de saúde ou Apgar.

Verificou-se que 71% dos sujeitos listaram obstáculos para o trabalho na atenção ao parto. A análise das descrições mostrou que:

- 50% dos obstáculos estavam relacionados a dificuldades na operacionalização da atenção, sendo apontados: sobrecarga de trabalho, maior número de médicos do que enfermeiros por plantão, falta de

apoio ou de valorização, baixa remuneração, salário não diferenciado para a especialidade, pagamento de produtividade ou de número de partos somente aos médicos obstetras, inadequação da estrutura física para a atenção humanizada, falta de material, de impressos e de protocolos assistenciais, proibições institucionais à atenção humanizada, falta de divulgação do trabalho, de atualização e de preparo pessoal ou da categoria;

- 24% a problemas de relacionamento com os médicos obstetras e neonatologistas que, pelo relato dos sujeitos, não respeitam, não aceitam ou não consideram o trabalho das enfermeiras obstétricas, utilizam condutas de forma arbitrária, não aceitam mudanças e insistem em procedimentos sem base científica, proíbem a presença de acompanhantes e não participam da assistência como deveriam; nessa categoria, também foram incluídos problemas de relacionamento com os demais enfermeiros da instituição, por não reconhecerem o papel profissional da enfermeira obstétrica ou não compreenderem os princípios da atenção humanizada;
- 20% à sobrecarga ocasionada pela precariedade de recursos humanos e pelo remanejamento para outras áreas do hospital, bem como pelo desgaste físico e emocional resultante das más condições de trabalho;
- 6% à inadequação da atenção pré-natal e às precárias características socioeconômicas e culturais das mulheres e acompanhantes, que não compreendem a atenção humanizada.

Discussão

Os dados de caracterização dos enfermeiros do pré-natal mostraram que eles são majoritariamente jovens, com pouca experiência nessa atenção e com formação complementar em diversas áreas, menos em obstetrícia. Essas informações, somadas ao relato de falta de preparo pessoal ou de conhecimento, revelam a necessidade de educação permanente desses profissionais para que sejam capazes de prestar assistência humanizada e solidamente alicerçada pela competência em obstetrícia, o que exige conhecimentos e habilidades específicos, tanto da fisiopatologia obstétrica quanto dos aspectos

socioculturais dessa fase da vida da mulher, nem sempre contemplados pelos cursos de graduação em Enfermagem, cujo foco no Brasil ainda é a atenção hospitalar e a administração dos serviços (Gualda, 2002; Narchi, 2001).

A despeito de algumas atividades importantes da assistência pré-natal não terem sido assinaladas em porcentagens significativas, o que indica a necessidade de reorientação de algumas práticas, observou-se que os não médicos qualificam essa atenção, principalmente por colocarem em prática ações que excedem o fazer biomédico. Verificou-se, também, que eles referiram não conseguir prestar a devida assistência por problemas institucionais, relativos à inadequada estrutura física e organizacional das UBS, pela falta de integração entre os próprios membros da equipe e pela inexistência de sistema estruturado e em funcionamento de referência e contrarreferência para exames, para o parto ou para o atendimento do risco obstétrico.

A difícil interlocução entre os serviços de atenção básica, ambulatorial e hospitalar para a atenção materna e perinatal mostrou-se como um dos maiores problemas da região pesquisada. Dessa maneira, a concentração de esforços para melhorar a qualidade da atenção à maternidade, com consequente repercussão positiva nos índices de morbi-mortalidade materna e perinatal, deve levar em conta a necessidade dessa integração.

Para atender as mulheres de maneira mais digna e humana em qualquer situação, de risco ou não, com real implementação das diretrizes do SUS, faz-se imperioso valorizar a contribuição dos não médicos na promoção da maternidade segura e investir em sua qualificação. Nesse sentido, Calderon e colaboradores (2006), Costa e colaboradores (2005) e Di Mario e colaboradores (2005) afirmam que enfermeiras obstétricas e obstetras podem auxiliar na ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços por serem plenamente capacitadas a participar do processo de promoção e de vigilância à saúde das mulheres durante todo o período gravídico-puerperal.

A descrição das características das instituições hospitalares públicas pesquisadas mostrou que a maior parte delas possui estrutura física e organizacional que impede a execução de intervenções humanizadas ou baseadas em evidências científicas.

Essas intervenções só podem ser colocadas em prática nas duas instituições que contam com centros de parto normal e casa de parto, locais que respeitam os direitos e asseguram assistência mais segura, confortável e digna às mulheres, conforme preconizado nacional (Brasil, 2001; Cecatti e Calderón, 2005) e internacionalmente (Enkin e col., 2005; Hofmeyr, 2005; NICE, 2007; OMS, 1996; WHO, 2001).

A caracterização dos profissionais não médicos que atuam nesses hospitais, por sua vez, mostrou que eles majoritariamente já atingiram a maturidade pessoal, possuem longa experiência na atenção ao parto, extensa carga de trabalho e baixos salários. Pelas condições descritas, supõe-se que muitos não conseguiram complementar sua formação para acompanhar os avanços e as transformações que ocorreram na atenção ao parto nas duas últimas décadas, de forma especial as recomendações da OMS e do MS para a maternidade segura, os princípios da humanização da assistência e as intervenções baseadas em evidências, conforme todos os textos anteriormente citados.

Os conjuntos de atividades assinaladas pelos não médicos também qualificam e dão valor ao seu trabalho, sendo possível prever que sem sua participação a atenção ao parto os indicadores de qualidade assistencial materna e perinatal seriam piores, como, por exemplo, altos índices de intervenções e de partos cirúrgicos, haja vista o elevado percentual de cesáreas no único hospital em que as enfermeiras obstétricas não assistem diretamente as mulheres em trabalho de parto e durante o parto.

No entanto, é mister apontar a necessária revisão no uso de práticas desaconselhadas pelas evidências e que são utilizadas pelos sujeitos na atenção ao parto por desconhecimento, impossibilidade estrutural ou imposição institucional. Além disso, a análise da atenção descrita em cada um dos hospitais pesquisados e das atividades assinaladas pelos não médicos mostrou que eles também são responsáveis pela medicalização do parto na medida em que utilizam, segundo diversos autores (Brasil, 2001; Cecatti e Calderón, 2005; Enkin e col., 2005; Hofmeyr, 2005), práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas.

Pelos obstáculos apontados, verificou-se que os enfermeiros muitas vezes não conseguem prestar

assistência humanizada e baseada em evidências, tanto pela resistência à mudança quanto pela inadequada estrutura física e organizacional em que ocorre a atenção ao parto na maior parte das instituições hospitalares. Além disso, a falta de trabalho em equipe, respeito e valorização entre os profissionais impedem melhorias na atenção.

Nesse sentido, faz-se imprescindível distinguir a forçosa alteração das estruturas hospitalares, campo deste estudo, que necessitam investir na remodelação dos ambientes existentes ou na construção de centros de parto normal, locais muito mais propícios ao controle social sobre a morbi-mortalidade materna e perinatal, na medida em que privilegiam a presença de acompanhantes e respeitam os direitos das mulheres à privacidade, ambiente seguro e confortável, movimentação e posição, além de contarem com enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizas para o cuidado.

Considera-se que o conflito entre categorias profissionais distintas também seja alimentado pela administração pública, haja vista, por exemplo, as considerações feitas pelos sujeitos quanto ao pagamento de “prêmios de incentivo” somente aos médicos obstetras que autorizam as internações hospitalares das parturientes e se responsabilizam pelos partos realizados pelos enfermeiros. Pela legislação em vigor (São Paulo, 1997), esses prêmios visam ao incremento da produtividade e ao aprimoramento da qualidade dos serviços prestados na área da saúde. Entretanto, conforme exposto, essa política de gratificações pode gerar distorções que aprofundam as desigualdades entre médicos e não médicos que executam a prestação de serviços públicos de saúde à população. Além disso, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) e, conseqüentemente, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), não permitem informar que tipo de profissional assistiu o parto, tornando mais invisível o trabalho desses enfermeiros nos dados oficiais sobre a natalidade.

O sentimento de desvalor referido por muitos sujeitos poderia ser abolido caso houvesse redefinição do papel do médico na assistência ao parto e nascimento, ou seja, por menos intervenção ou por apoio às condutas de suporte físico e emocional às mulheres, estimulando e compreendendo sua

adoção, por maior foco na atenção às gestantes de risco e às urgências e emergências obstétricas e por trabalho em equipe, o que resultaria em melhora substantiva nos indicadores de saúde materna e perinatal (Brasil, 2001; Dias e Domingues, 2005; OMS, 1996; WHO, 2001).

A despeito disso, o que infelizmente se constata é que as evidências científicas não são suficientes para a mudança de um modelo assistencial intervencionista e medicalizado. A atenção humanizada ao parto, que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (Brasil, 2001), exige fundamentalmente respeito e promoção dos direitos das mulheres. Para que isso ocorra, é fundamental que as rotinas assistenciais, as instalações físicas e o uso de recursos tecnológicos sejam adequadas ao que é cientificamente comprovado como eficiente e benéfico.

Segundo Diniz e Chacham (2006), grande parte da população no Brasil não tem noção de seus direitos e por isso não se defende de práticas utilizadas no dia a dia da assistência à saúde materna e perinatal. Nessa perspectiva, analisa-se que os direitos a acompanhante de escolha, à liberdade de movimentação, à escolha de posição, a métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, bem como a eliminação de práticas prejudiciais e ineficazes, estejam sujeitos às características de gerenciamento das instituições pesquisadas, bem como a preferências, experiências e treinamento dos profissionais médicos e não médicos, ao invés de seguir as recomendações dos programas de promoção da maternidade segura.

Não pode ser admissível, também, que os serviços públicos justifiquem intervenções para a liberação mais rápida de leitos obstétricos. Sob essa ótica, a indução do parto, o rompimento artificial de membranas, a manobra de pressão fúndica ou de Kristeller no parto ou a episiotomia rotineira são procedimentos sem base em evidência científica, rotineiramente utilizados para que não falem vagas nas maternidades, queixa frequente das mulheres que utilizam o SUS, de acordo com Diniz e Chacham (2006) e, neste estudo, reiterada por muitos enfermeiros que assistem o pré-natal e o parto ao descreverem os obstáculos que encontram no seu trabalho.

Como o exercício de competências não se limita ao âmbito de sua aplicabilidade, exige profundidade de conhecimentos, saberes e, principalmente, exercício reflexivo, por meio do qual os sujeitos mobilizam um conjunto de valores, aprendizagens e habilidades em favor das situações (Ramos, 2002), para que os não médicos coloquem em prática as competências essenciais para a atenção qualificada à maternidade, eles devem contar não só com estruturas favoráveis, mas principalmente com capacidade intelectual para aplicar um modelo de cuidado qualificado e centrado na mulher.

Por não ser essa a assistência priorizada nas instituições da região pesquisada, principalmente as hospitalares, os não médicos acabam por não possuir qualificação para aplicação desse modelo devido às barreiras pessoais e institucionais com que se defrontam cotidianamente em seu trabalho, como também à inexistência de protocolos baseados nas melhores práticas e nas competências essenciais para o exercício eficaz da atenção à maternidade.

Conforme trabalho que valoriza e prioriza a atenção à maternidade por não médicos na promoção da maternidade segura, publicado pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA, 2007), o exercício das competências essenciais demanda fortalecimento da identidade profissional, não sendo essa infelizmente a condição descrita pelos sujeitos participantes deste estudo.

O referido documento indica que as barreiras que impedem o desenvolvimento da atenção qualificada à maternidade por não médicos se relacionam ao desconhecimento de sua capacidade pelos sistemas de saúde, seu número insuficiente, sua falta de atualização teórica e clínica, falta de fundos para sua capacitação ou educação permanente, sua baixa remuneração, conflitos e rivalidades que enfrentam com os médicos, falta de incentivo e de políticas de incremento de recursos humanos que os impedem de trabalhar de forma segura, falta de união e fortalecimento profissional, e, principalmente, ao não estabelecimento, por eles, de parcerias com as mulheres, a fim de gozar de maior reconhecimento.

Praticamente todos esses problemas foram citados pelos participantes desta pesquisa. Parece claro que mudar esse quadro demanda apoio político, pois enfermeiras obstétricas e obstetritztes podem

contribuir de fato para reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Entende-se, no entanto, que sua capacitação por si só não basta, ela deve vir acompanhada da valorização de sua profissão e da motivação que devem possuir para estar com as mulheres e por elas advogar durante o pré-natal, parto e pós-parto.

Conclusões

De acordo com os achados descritos, conclui-se que a forma como a organização do trabalho se estabelece nas instituições de saúde da região pesquisada parece estar muito mais relacionada à categoria ou ao *status* profissional do que à própria qualificação e desempenho, ou seja, o modelo de cuidado se constrói muito mais pelas posições hierárquicas do que pelas competências profissionais ou recomendações da comunidade científica.

Mesmo com a limitação de não serem avaliados desempenhos profissionais, a identificação das ações relacionadas a eles e os obstáculos impostos à sua execução possibilitaram visualizar o panorama da atenção à maternidade em uma região da cidade de São Paulo, principalmente porque os não médicos se mostraram disponíveis. Considera-se que as mais relevantes conclusões deste estudo apontam a necessidade de as estruturas públicas de São Paulo revisarem suas políticas de modo a garantir, de fato, a implementação dos programas já existentes e das diretrizes do SUS no que se refere tanto à melhoria da atenção materno-infantil quanto à destinação de recursos humanos e financeiros nessa direção, o que seguramente conduzirá a melhores resultados maternos e perinatais e economia significativa de verbas hoje empregadas em programas meramente assistencialistas ou na manutenção de instituições desumanizadas.

Nesse contexto, faz-se imprescindível ressaltar que, do modo como se operacionaliza a atenção materna e perinatal no município de São Paulo, parece haver espaço suficiente para a introdução de um maior número de profissionais qualificados, especialmente enfermeiras obstétricas e obstetrizes, o que é devidamente comprovado pelas evidências científicas que indicam quais intervenções são benéficas durante a gestação, parto e pós-parto para a

prevenção da mortalidade materna, entre as quais a promoção e a vigilância da saúde materno-infantil pelos não médicos.

Espera-se, por fim, que o produto desta pesquisa subsidie ações que objetivem tanto melhorar a qualidade assistencial como também incluir maior número de não médicos na atenção à maternidade.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: assistência qualificada e humanizada*. Brasília, DF, 2005.
- CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006.
- CARVALHO, V. Qualidade na formação da enfermeira para atuação na área perinatal: considerações substantivas e adjetivas do perfil profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 2., 2000, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras, 2000. p. 15-25.
- CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 357-365, 2005.
- COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

- DI MARIO, S. et al. *What is effectiveness of antenatal care? (Supplement)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2005.
- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.
- DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 89-91, 2006.
- DOTTO, L. M. G. *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 da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- ENKIN, M. et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- FURLLERTON, J. T.; THOMPSON, J. B. Examining the evidence for the International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery*, London, v. 21, n. 1, p. 2-13, 2005.
- GUALDA, D. M. R. Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas: aspectos culturais e organizacionais. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe, 2002. p. 171-186.
- HOFMEYR, G. J. Evidence-based intrapartum care. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, London, v. 19, n. 1, p. 103-115, 2005.
- ICM - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. *Essential competencies for basic midwifery practice 2002*. The Hague, 2002. Disponível em: < http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf>. Acesso em: 2 maio 2006.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p.759-772, 2002.
- NARCHI, N. Z. Aspectos legais do ensino e exercício profissional da enfermeira obstétrica: transformações e perspectivas. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 3., 2001, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras Seção São Paulo; Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001. p. 93-101.
- NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. Disponível em: < <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf> >. Acesso em: 14 mar. 2007.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra, 1996.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe*. Whashington, DC, 2004.
- PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Protocol for selected case studies in the Americas*. Washington, DC, 2004a.
- PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Mapping of midwifery services in the Americas*. Washington, DC, 2004b.
- PORTO, F.; MORAES, N. A.; NASCIMENTO, M. A. L. Impacto de uma portaria ministerial: aspectos da concretude social e política da Enfermagem Obstétrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 440-443, 2002.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 41.794, de 19 de maio de 1997. Dispõe sobre a concessão do Prêmio de Incentivo aos servidores em exercício na Secretaria da Saúde e autarquias a ela vinculadas e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 20 maio 1997. Seção I, p.1.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Diagnóstico mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde*. São Paulo, 2005.

SCHIRMER, J. *Formação da enfermeira obstetra: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento*. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

UNFPA - UNITED NATIONS POPULATION FOUND. *Maternal mortality update 2006: expectation and delivery: investing in midwives and others with midwifery skills*. New York, 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe motherhood needs assessment*. Geneva, 2001.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Makingp safer: the critical role of the skilled attendant*. Geneva, 2004.

Recebido em: 26/08/2008

Reapresentado em: 03/08/2009

Aprovado em: 10/09/2009