



## Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: Condições para o funcionamento de Maternidades

Solicitado à Ordem dos Enfermeiros parecer relativo a recursos mínimos das unidades de saúde privadas onde decorram nascimentos de baixo risco, definindo as condições em matéria de recursos humanos e materiais, que permitam garantir nascimento seguro.

Dada a natureza do assunto, este Parecer explicita a posição das Comissões de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEESMO) e de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CESIP), reunidas e com aprovação do Conselho de Enfermagem.

É objectivo constituir um suporte para análise do Ministério da Saúde com vista à elaboração de disposições legislativas nacionais que regulamentem as Unidades de Saúde Privadas, de forma a proteger o cidadão de práticas não seguras e assegurar a qualidade dos serviços, tornando visível ao público o tipo de serviços oferecidos.

### I. DA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Numa primeira parte, explicitam-se os fundamentos e as premissas que justificam as opções tomadas considerando o enquadramento no contexto nacional e internacional. Na segunda parte, descrevem-se os recursos que se entende fundamental existirem nas unidades de saúde privadas que pretendam prestar cuidados de saúde à mulher durante o trabalho de parto.

#### 1. ENQUADRAMENTO NACIONAL E INTERNACIONAL

Assinando o tratado de adesão em 1986, Portugal fica obrigado a assegurar que o acesso à formação e à actividade de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica cumpre os requisitos, de modo a permitir a livre circulação de profissionais pelos vários estados membros, suportada no reconhecimento automático dos diplomas e outros títulos.

Pelo que há mais de duas décadas que, na União Europeia, a profissão de parteira/Enfermeira Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica é regulada por directivas sectoriais<sup>1</sup>, tal como um conjunto de outras profissões consideradas relevantes para garantir a saúde da população.

A aprovação e publicação a 7 de Setembro de 2005 da DIRECTIVA 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, que se encontra em fase de transposição para o ordenamento jurídico interno, mantém e reforça as áreas de exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica<sup>2</sup>, determinando que “Os Estados-Membros assegurarão que as parteiras estejam habilitadas, pelo menos, para o acesso e o exercício das seguintes actividades:

(...) c) Prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico mais precoce possível da gravidez de risco;

<sup>1</sup> Directiva 80/155/CEE do Conselho, de 21 de Janeiro (Jornal Oficial nº L 033 de 11/02/1980) tem por objectivo a coordenação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas relativas ao acesso às actividades de parteira e ao seu exercício. Esta disposição regulamentar da Comunidade Europeia surge, por razões de saúde pública, no sentido de se avançar para uma definição comum do campo de actividade dos profissionais em causa e da sua formação; fixando normas mínimas, transposta para o ordenamento jurídico interno pelo Decreto-Lei nº 322/87 de 28 de Agosto alterado pelo Decreto-Lei nº 15/92 de 4 de Fevereiro.

Directiva 80/154/CEE do Conselho, de 21 de Janeiro (Jornal Oficial nº L 033 de 11/02/1980), que tem por objectivo o reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos de parteira e que inclui medidas destinadas a facilitar o exercício efectivo do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços, transposta para o ordenamento jurídico interno pelo Decreto-Lei nº 333/87 de 1 de Outubro alterado pelo Decreto-Lei nº 15/92 de 4 de Fevereiro.

Directiva 2005/36/CE, de 7 de Setembro, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao reconhecimento das qualificações com a finalidade de permitir a livre circulação de profissionais, revoga todas as anteriores e estabelece as regras segundo as quais qualquer Estado-Membro deve subordinar o acesso às profissões regulamentadas e ao respectivo exercício no seu território.

<sup>2</sup> Directiva 2005/36/CE, de 7 de Setembro, Capítulo III, Secção 6, Artigo 42º.

- d) Estabelecer programas de preparação para a paternidade e de preparação completa para o parto, incluindo o aconselhamento em matéria de higiene e de alimentação;
- e) Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in utero pelos meios clínicos e técnicos apropriados;
- f) Fazer o parto normal quando se trate de apresentação de cabeça incluindo, se for necessário, a episiotomia, e, em caso de urgência, do parto em caso de apresentação pélvica;
- g) Detectar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção de um médico e auxiliar este último em caso de intervenção; tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extracção manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual;
- h) Examinar e assistir o recém-nascido; tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;
- i) Cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos necessários para tratar do recém-nascido, garantindo-lhe as melhores condições de evolução; (...).

Em 1996, o quadro legislativo nacional aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e assume que a Enfermagem é a profissão autónoma "(...) que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível". Este documento explicita que o Enfermeiro Especialista é o indivíduo "(...) habilitado com um curso (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade".

A criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998<sup>3</sup>, resultou do reconhecimento, da sociedade portuguesa e do Estado, do relevante papel que os enfermeiros desempenham no sistema de saúde, constituindo um corpo profissional idóneo no que concerne à regulamentação e controlo do exercício profissional, nos seus aspectos deontológicos e disciplinares, de modo a garantir aos cidadãos a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo portanto a Ordem dos Enfermeiros (OE) a autoridade competente para a emissão do Título Profissional de Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, o reconhecimento da habilitação e autorização do exercício profissional<sup>4</sup>, em conformidade com as Directivas Comunitárias e acordos internacionais aplicáveis.

A mesma disposição legislativa assegura aos Enfermeiros uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

Assim, o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é dirigido aos projectos de saúde da Mulher a vivenciar processos de saúde/ doença no âmbito da sexualidade e da reprodução<sup>5</sup>, incluindo o produto de concepção durante o período de gestação e neonatal, em todos os contextos de vida, assegurando os cuidados nas áreas de actividade para que está habilitado e autorizado. Ou seja, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade:

- Prestação e gestão dos cuidados de enfermagem à mulher a vivenciar processos de saúde/doença, nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido até ao 28º dia;
- Concepção, implementação e avaliação de dispositivos de saúde no âmbito da Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública.

---

3 Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.

4 Despacho conjunto nº 473/2001, de 28 de Maio

5 ICM/WHO/FIGO (1992/2002)

- Concepção, implementação e avaliação de dispositivos no domínio da gestão, da investigação, da docência, da formação e da assessoria, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Neste enquadramento, consideraram-se várias áreas de intervenção próprias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, das quais destacamos:

- GRAVIDEZ - Assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal.
- PARTO - Assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto.
- PUERPÉRIO - Assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal.

O Plano Nacional de Saúde 2004/10 publicado pelo Ministério da Saúde e contemplado no Programa do Governo, estabelece orientações estratégicas com vista a obter ganhos em saúde, utilizar instrumentos adequados centrando a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à efectivação do mesmo. O mesmo documento salienta a necessidade de uma abordagem integradora e facilitadora na coordenação e inter-colaboração dos múltiplos sectores da saúde e não exclusivamente dos cuidados médicos.

A INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM), considera que a parteira<sup>6</sup> é reconhecida, após obter as qualificações académicas exigidas para o exercício legal da actividade, pela entidade reguladora do seu país como o profissional responsável, autónomo, que trabalha em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, no sentido de alcançar bons resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher. Isto significa que a Parteira promove o auto-cuidado na assistência à adolescente e à mulher antes, durante e após a gravidez efectuando a supervisão, o aconselhamento e os cuidados necessários, mas também assumindo a responsabilidade pela condução do trabalho de parto, do parto e dos cuidados ao recém-nascido e lactente nas situações de baixo risco.

A actividade profissional das Parteiras pode ser exercida nos diferentes contextos, nomeadamente no domicílio, na comunidade, nos hospitais, em unidades de saúde públicas e privadas. Deve incluir a educação para a saúde ante, pré e pós-natal, a preparação para o parto e parentalidade, abrangendo a saúde sexual e reprodutiva.

As Parteiras são responsáveis não somente pelos cuidados que prestam directamente às mulheres, mas também pela identificação atempada das que devem beneficiar de outros níveis de cuidados, estando habilitadas a detectar complicações e a aplicar medidas de emergência.

A prática clínica da Parteira caracteriza-se pela intervenção própria na gestão de cuidados de Saúde à Mulher no seio da Família, pelo enfoque na promoção da saúde e prevenção da doença, considerando a gravidez como um acontecimento natural na vida da Mulher.

Enquanto profissionais de saúde autónomos comprometem-se a contribuir para a melhoria das condições de acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade e risco controlado.

## 2. RECURSOS

A reorganização dos serviços de saúde disponibilizados ao cidadão e as mudanças de atitude relativamente ao parto e nascimento demandam importantes impactos nas alterações do ambiente físico destinado a prover o atendimento da mulher e do recém-nascido. A grande variedade de projectos arquitectónicos e concepções referentes a centros obstétricos e demais ambientes de atenção ao parto têm proliferado, reflectindo, de alguma forma, as mudanças filosóficas e práticas de abordagem do nascimento com ênfase na humanização (BITENCOURT, 2003<sup>7</sup>; ODENT, 2003<sup>8</sup>).

<sup>6</sup> Em Portugal a actividade profissional de Parteira é exercida pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme Decreto-Lei nº 333/87, de 1 de Outubro.

<sup>7</sup> BITENCOURT, Fábio. *Conforto no ambiente de nascer: reflexões e recomendações projetuais*. 2003. 126 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Área de Concentração Conforto Ambiental e Eficiência Energética) – PROARQ/FAU/UFRJ, Rio de Janeiro.

<sup>8</sup> ODENT, Michel. *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. São Paulo: Editora Ground, 2003. 189 p.

As características exigidas para a melhoria de atenção ao parto e ao nascimento propostas pela CEESMO, procuram simplificar a demanda pela complexidade tecnológica e evidentemente medicalizada que o desenho dos centros cirúrgicos e obstétricos de unidades como Hospitais de Apoio Perinatal ou Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado propõem e, conseqüentemente exigem ao nível arquitectónico e de serviços de apoio.

### *Recursos Humanos*

O ambiente que envolve o nascimento, exige a todo o momento, a necessidade de adequar os cuidados e intervenções de enfermagem à situação de saúde da parturiente e feto, bem como ao tipo de trabalho de parto e/ou parto, sendo a avaliação do risco um procedimento sistemático.

Muitos factores podem interferir nos mecanismos naturais do parto e a qualquer momento se podem manifestar complicações, que implicam a tomada de decisão de actuar ou de encaminhar a grávida/parturiente e/ou recém-nascido para outro nível de assistência. Esta realidade transforma estes contextos de actuação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica instáveis, imprevisíveis, e pouco padronizados o que exige juízo clínico experiente e protocolos de referência que garantam a remoção da gestante ou RN, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas.

Entendemos que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica constituirá um recurso indispensável, em todas as unidades de saúde, públicas e privadas, que pretendam assumir-se como locais de nascimento, uma vez que, Unidades de atendimento à grávida, parturiente e puérpera pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, concentra riscos de dimensão variada, tornando a manutenção da saúde e segurança da Mulher/Criança um imperativo dos Cuidados de Enfermagem Especializados, implicando, por isso, competência científica, técnica e humana que requerem um nível de conhecimentos e habilidades, que possibilitem a tomada de decisão no pleno exercício da autonomia dos cuidados de enfermagem especializados e traduzam ganhos em saúde para a população.

Na promoção do exercício profissional de qualidade e atendimento dos clientes em tempo útil e nas melhores condições de eficiência e eficácia, a CEESMO lembra que a responsabilidade dos enfermeiros aumenta em contextos clínicos nos quais haja infra-estruturas e dotações inadequadas, pelo que "o Bloco de Partos deverá dispor, em permanência, de 2 parteiras por cada 1000 partos/ano (...)"<sup>9</sup>.

As unidades de atendimento ao parto e nascimento devem ter como referência os rácio enfermeira especialista /cliente, considerados como adequados pela American Academy of Pediatrics e The American College of Obstetricians and Gynecologists in Guidelines for perinatal care (1997). Ou seja, em situação:

- Intra parto:
  - 1º Estádio trabalho de parto: 1:2
  - 2º Estádio trabalho de parto: 1:1
  - Com complicações:1:1
  
- Ante e Pós parto:
  - 1:6 sem complicações
  - 1.3 com complicações mas estável
  - 1:2 recobro pós-operatório
  - 1:3/4 Mães e RN em alojamento conjunto

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica não deve ser entendido como um conjunto de intervenções focalizadas em aspectos em que o Obstetra reconhece o

interesse da sua actuação, como na educação para a saúde ou na preparação para o parto, mas traduzir-se num efectivo acompanhamento continuado da grávida da concepção ao nascimento prolongando-se ao puerpério, promovendo o direito da mulher à autodeterminação.<sup>10</sup>

Logo, todas as unidades de saúde privadas onde ocorram partos, deverão dispor em permanência, nas 24 horas, de pelo menos um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cumprindo os rácios acima apresentados.

### *Estruturais e equipamentos*

A organização perinatal e o programa de Saúde Materna e Neonatal português está centrado nos cuidados médicos e nos objectivos assistenciais, por isso assente em intervenções humanas directivas e tecnológicas excessivas, não tendo em conta, muitas vezes, as efectivas necessidades do cidadão, o que implica ambientes de parto com grandes estruturas físicas e vasto material técnico sofisticado.

Embora se verifique a necessidade da existência destas unidades hospitalares para grávidas de médio e alto risco, a premissa de que a gravidez e o parto são acontecimentos naturais na vida da Mulher possibilita o desenvolvimento de projectos arquitectónicos de novos serviços que determinem uma revisão de conceitos mais cristalizados, com base em propostas recentes de humanização da assistência ao parto e nascimento, onde o foco das acções deve considerar a construção dos elementos que possam propiciar o devido conforto ambiental para os diferentes actores desse processo, particularmente as parturientes<sup>11</sup>, o recém-nascido e a equipe de saúde.

Estes projectos devem estar dinamicamente adequados, evoluindo e adaptando-se às modificações determinadas pelas diferentes demandas envolvidas no processo e, também, às alterações da legislação que vierem a ocorrer. A planta física deve:

- Atender aos requisitos quanto à estrutura física previstos em códigos, leis ou normas pertinentes, em especial às normas do Ministério da Saúde, específicas para projectos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- Adoptar as exigências técnicas das normas para colheita, separação, rejeição, acondicionamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Com referência às instalações prediais deve atender às exigências técnicas das normas de funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde do Ministério da Saúde e dos códigos de obras locais;
- Ser adequada ao acesso da gestante possuindo:
  - Sala de avaliação e admissão de parturientes, dispensável quando na unidade só existam quartos individuais;
  - Quarto ou box individualizada para pré-parto/ parto/ pós-parto, devendo ter arejamento e iluminação naturais e exposição directa ao sol, em condições satisfatórias, e, simultaneamente, permitir o seu completo obscurecimento;
  - Área para lavagem das mãos;
  - Sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes;
  - Área para assistência ao RN, com instalação de oxigénio e vácuo adaptado a RN;
- Ter os seguintes ambientes de apoio:
  - Instalações sanitárias para parturientes, preferencialmente individual, com lavatório, sanita e chuveiro ou banheira com água quente;
  - Copa/cozinha;
  - Instalações sanitárias para acompanhantes;

<sup>10</sup> "[...] As mudanças na oferta de serviços e no acesso a eles não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos - incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto - sejam respeitados." (WHO, 1998.3-1).

<sup>11</sup> Ambientes acolhedores que permitam maior liberdade à parturiente e família e elevada flexibilidade de adaptação aos desejos individuais e necessidades da parturiente.

- Instalações sanitárias para funcionários. Sempre que não forem centralizados, devem ser considerados vestiários de pessoal com instalações sanitárias próprias;
- Depósito de material de limpeza;
- Depósito de equipamentos e materiais de consumo;
- Sala administrativa;
- Rouparia / armário;

Como unidade intra-hospitalar pode compartilhar os ambientes de apoio com outros sectores do hospital, desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a necessidade de serviços a serem prestados.

As unidades de nascimento podem oferecer a sofisticação do centro obstétrico, a compatibilidade tecnológica a serviço da medicina e da saúde, os parâmetros formais que o ambiente estéril exige, as adequações às exigências para o controle de infecção hospitalar, além dos aspectos de conforto ambiental, que devem ter como foco principal o usuário do serviço. Por isso o equipamento técnico e geral assim como o equipamento médico deverão ser ajustados ao nível de cuidados evidenciados pelos clientes que cada unidade de saúde assiste, uma vez que para garantir segurança e qualidade não é necessário cuidar de todas as gestantes como se fossem de risco, nem vigiar todos os trabalhos de parto como patológicos.

Assim, as unidades de saúde privadas que pretendam assistir apenas partos de baixo risco, devem possuir no mínimo o seguinte equipamento:

- Equipamento geral de apoio;
- Uma cama de parto, por unidade destinada a partos;
- Equipamento de apoio à aplicação de medidas de conforto e alívio da dor (bola, cadeira, etc)
- Tomadas de corrente eléctrica, quatro por unidade destinada a partos;
- Mesas de reanimação de recém-nascidos, uma a duas por 1 000 partos/ano;
- Aparelho de auscultação fetal, três por 1 000 partos/ano;
- Aparelho de determinação de pressão arterial, de preferência com leitura automática, um unidade destinada a partos;
- Bomba de perfusão, uma unidade destinada a partos;
- Cardiotocógrafo, um por 1 000 partos/ano;
- Carro de emergência, apetrechado com desfibrador e equipamento de ventilação manual.
- Autoclave a vapor de capacidade adequada à dimensão da unidade e incluindo ciclo com pré-vácuo;
- Máquina de lavagem de ferros

Oferecer ambientes de parto mais humanizados evitando intervenções nos processos fisiológicos, otimizando os recursos humanos e tecnológicos utilizando-os nas situações que efectivamente deles necessitam, pode permitir a diminuição do tempo de internamento desde que seja assegurada a visita domiciliar e condições de apoio familiar no domicílio. Mais uma vez, recomendamos que deve ser garantida a segurança com base em critérios pré-estabelecidos pela equipa multiprofissional, que regulamentem a referenciação para outro nível de cuidados sempre que as condições da cliente ou do recém-nascido assim o determinem ou a parturiente manifeste esse desejo.

Potenciando sinergias, conseguiremos melhorar a organização e articulação das respostas em cuidados de saúde à mulher e RN.

## II. DA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Atendendo ao campo de intervenção, apresentam-se os recursos humanos e materiais ligados à neonatologia, independentemente dos contextos da maternidade onde são requeridos.

A valorização humana, a realização do cuidado individualizado e a ética pós-moderna do trabalho estão a ser reavaliadas. O profissional de saúde tem respostas a dar sobre o valor de seu trabalho, não somente pela remuneração, mas por um saber/poder socialmente edificado e por subjectividades que percebem, imaginam,

simbolizam e criam através de posturas e atitudes reais, uma condição de cuidar particular, sendo o cliente percebido como um ser merecedor de respeito e consideração.

A qualidade do trabalho de enfermagem em perinatologia deverá passar por:

- Promover um relacionamento único, uma ligação afectiva entre RN e família, pelo apoio e promoção de condições para que os pais possam ver e tocar seu bebê, proporcionando um ambiente acolhedor (Rolim e Cardoso, 2006);
- Conhecimento, responsabilidade, segurança e competência no cuidado prestado, cruzando a tecnologia sofisticada com a adequada humanização na assistência a bebês gravemente doentes. Aqui, além da competência, são exigidos da enfermeira integração de informações, construção de julgamentos clínicos ajustados e estabelecimento de prioridades, promovendo condições para a manutenção da homeostasia na assistência de natureza quer biológica quer psicológica (idem; Rolim e Cardoso, 2006 a). São reconhecidos que acontecimentos diversos ou traumáticos, stressantes físicos ou psicológicos, aumentam o nível de cortisol, podendo afectar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro do bebê. Quando o cortisol afecta o cérebro, este torna-se mais vulnerável à destruição de neurónios e à redução de sinapses nalgumas regiões do cérebro, tornando o bebê mais susceptível a desenvolver e apresentar atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social (Shore, 2000 *apud* Rolim e Cardoso, 2006 a);
- Promover plenamente Cuidados Humanizados na sua prática clínica, nomeadamente a preocupação com a separação precoce e prolongada de mãe-bebê, com os procedimentos dolorosos e/ou desconfortáveis, a excessiva manipulação, o ruído constante, a alimentação enteral, a baixa prevalência de aleitamento materno, a maior exposição a complicações que cursam com graves sequelas com maior exigência de atenção especial ao RN e sua família (Henning, Gomes e Gianini, 2006);
- Acentuar a presença e participação dos pais nos cuidados no sentido de promover a adequação do papel parental, bem como o desenvolvimento de programas individualizados de promoção do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (NIDCAP), salientando-se que o bebê pré-termo necessita de uma manipulação segura para que conquiste as aquisições do período inicial da vida, crítico para o desenvolvimento. São elas: coordenação entre sucção, deglutição e respiração, regulação dos ritmos de alimentação, sono/vigília/actividade/, consolabilidade, modulação do tónus muscular, organização da postura e do movimento contra a gravidade, pois neste período as experiências negativas ou a falta de estimulação apropriada tornam o bebê mais susceptível a apresentar distúrbios emocionais e de comportamento (Pêgo e Maia, 2007).

#### DOTAÇÕES DE ENFERMEIROS

O grau de responsabilidade pelos serviços de saúde e o conceito de prestação de cuidados de qualidade estão na linha da frente da maior parte das discussões políticas e entre profissionais da saúde. No entanto, a responsabilidade torna-se difícil quando há uma dotação inadequada de prestadores de cuidados, tal como no caso dos enfermeiros (Enf). Actualmente há uma melhor compreensão do impacto das dotações de enfermeiros na segurança, morbidade (asfixia, aspiração, encharcamento em secreções, erros de medicação, infecções de feridas e urinárias, úlceras de pressão, anquiloses, etc), e mortalidade dos utentes (Blegen & Vaughn 1998; Kovner and Gergen 1998; Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000; Amaravadi, Dimick, Pronovost & Lipsett 2000; Dimick, Swoboda, Pronovost e Lipsett, 2001; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski e Silber, 2002; Cho, Ketefian, Barkauskas e Smith, 2003; Lankshear, Sheldon e Maynard, 2005, citados por ICN, 2006).

O que também está clarificado é que, quando as cargas de trabalho dos enfermeiros são intensas, apenas lhes deixam tempo para se ocuparem das intervenções relacionadas com as necessidades biofísicas, enquanto as psicossociais e espirituais não são satisfeitas (Baumann, 2007).

No âmbito dos cuidados perinatais, a assistência adequada à mãe e ao bebê implica atender as suas necessidades mínimas de ambiente físico e de recursos humanos para um cuidado de qualidade (Rolim e Cardoso, 2006).

O Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCDGDCE), implementado em Portugal desde 1987, resulta na melhor ferramenta disponível para desenvolver a medição das necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem e permitir a afectação de Enfermeiros de forma mais racional (IGIF, 1995).

Num documento da ACSS (2007) sobre este sistema, são-lhe apontados os seguintes benefícios: Ao nível sócio-económico - a melhoria da autonomia e o aumento da responsabilidade da equipa de saúde – a normalização de conceitos e da linguagem de enfermagem, facilitando a comunicação e a comparação de resultados; ao nível organizacional – a optimização na gestão de recursos e a produção de indicadores de gestão, de qualidade, e de eficiência, de forma a criar incentivos para aumentar a produtividade sem aumento de custos e sem colocar em risco a qualidade dos cuidados.

O SCDGDE foi validado para Portugal cumprindo todos os passos necessários à sua validade e fiabilidade e é único que permite adequar real e continuamente a dotação de Enf. às necessidades variáveis dos clientes; existindo quadros de classificação para pediatria e para cuidados intensivos.

Neste enquadramento, é obrigatório considerar os recursos em matéria de enfermeiros de acordo com os considerandos seguintes:

– Cálculo de enfermeiros para a Unidade de Neonatologia

– Segundo a Circular Normativa Nº 1 de 2006, da Secretaria-geral do Ministério da Saúde, as Horas de Cuidados Necessárias (HCN) para Neonatologia são **9,87** horas/Recém-nascido/dia, o que deve ser aplicado na fórmula de cálculo recomendada pela mesma secretaria (que considera erradamente as horas que cada enfermeiro trabalha anualmente):

$$\text{Enfermeiros Necessários (EN)} = \frac{\text{Lotação} \times \text{Taxa de ocupação} \times 9,87 \times 365 \text{ dias}}{1398\text{H de trabalho (ano)}}$$

Ao cálculo deve ser adicionado um enfermeiro chefe, para assegurar a gestão eficaz e eficiente da unidade.

Independentemente da pequena dimensão da unidade de neonatologia existente, **o mínimo para assegurar resposta contínua às necessidades dos Recém-Nascidos (RNs), será um enfermeiro por cada turno** (tendo como resultado um mínimo total de 7 enfermeiros mais um chefe, mesmo que se trate de uma unidade de pequenas dimensões e baixa taxa de ocupação).

Tratando-se efectivamente de um serviço de pequenas dimensões, só com um Enf. por turno a neonatologia tem de dispor da colaboração pronta de um Enf. da sala de partos ou do bloco operatório para situações de reanimação.

▪ Nos Blocos operatórios e Urgências, deve recorrer-se ao cálculo por Postos de Trabalho (PT)

$$\text{EN} = \frac{\text{PT} \times \text{HF (nºhoras de funcionamento)} \times \text{Nº dias/Ano}}{1398\text{H de trabalho}}$$

É de notar que é obrigatório deter Bloco operatório disponível 24 horas por dia para resposta a qualquer urgência, logo HF é 24.

PT no bloco = 3 Enf. x nº de salas operatórias mais um para os cuidados ao recém-nascido, que ainda terá de receber ajuda de um dos Enf. de apoio à intervenção cirúrgica, caso o RN necessite de reanimação.

Na Urgência: PT dependem da organização dos serviços (triagem, sala de observação, sala de partos urgentes, nº gabinetes de consulta - 0,5 Enf x Nº de gabinetes de consulta, etc)

A questão estrutural para a qualidade dos cuidados situa-se para além do número de enfermeiros, coloca-se, inevitavelmente também, no tipo de Enf., ou seja, **nas suas qualificações**.

Nesse contexto, convém clarificar que se requerem competências quanto ao título profissional e à experiência regular de todos os Enf. envolvidos.



Em termos conceptuais o “Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-lei nº 161/96).

De acordo com a concepção actual, o “enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (...) uma vez que “demonstra níveis elevados de juízo clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (...) O enfermeiro especialista, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis – ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e inter-profissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos.”

O enfermeiro especialista deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p16).

“Ao enfermeiro especialista (nível 2) compete (...) a) Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui; b) Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência; c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias (...) (enquadramento explicitado pelo Decreto-lei nº 437/91, Artigo 7º, n.º 2).

Com a clarvidência que resulta do enquadramento efectuado e tendo em conta a elevada exigência em termos de resposta de enfermagem, a unidade de neonatologia **tem de ter presente em todos os turnos um Enf. especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, se a sua dimensão permite deter apenas um por turno, esse tem de ser especialista.

A questão da especialização e da experiência e treino específico dos enfermeiros é advogada também pela Society of Pediatric Nurses ([www.pedsnurses.org](http://www.pedsnurses.org)) e é explicitado para todos os serviços de pediatria da seguinte forma por Scott, C. (2003, publicado pelo Royal College of Nursing): “Há pelo menos dois enfermeiros especialistas (Registered Sick Children’s Nurses) 24 horas por dia em todos os serviços e departamentos de pediatria do hospital.

Para poder efectuar a gestão regular das situações complexas, optimizando o processo de tomada de decisão dos enfermeiros generalistas, e promovendo a qualidade de cuidados, é igualmente necessário deter **um Enf. especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica** de manhã nas unidades de puerpério e consultas de puericultura.

#### Experiência em reanimação

Um em cada 10 RN necessita de assistência para iniciar a respiração ao nascer. Um em cada 100 RN necessita de intubação e/ou massagem cardíaca. Um em cada 1000 RN necessita de entubação, massagem cardíaca e medicação (Guinsburg e Almeida, 2006), como alguns RNs vão necessitar deste tipo de intervenção salvadora de modo inesperado, é obrigatório que toda a equipa detenha experiência regular de reanimação neonatal, que mantenha as competências para um agir sem falhas ao nível da correcção técnica individual e da sincronia dos gestos da equipa (Philips, et al, sd). O que implica que todos os médicos e enfermeiros da unidade de neonatologia e da sala de partos, devam ser obrigados a fazer prova de experiência regular de reanimação neonatal pelo menos cada seis meses, tendo essa prática de ser em humanos, mortos ou vivos (Baskett, Steen e Bossaert, 2005; Baskett, et al, 2005).

Para além das precauções estruturantes neste domínio, tem de existir um programa contínuo formal de avaliação registo e formação interna, incluindo auditorias dos óbitos, integrando obstetras, pediatras e enfermeiros (CNSMN, 2006).

## DOTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E REQUISITOS MÍNIMOS EM MATÉRIA DE INSTALAÇÕES

Qualquer hospital ou maternidade que pretenda prestar apoio perinatal (mesmo com menor diferenciação), deve dispor de equipamento essencial à garantia da assistência de qualidade à grávida e ao RN.

A Unidade de Neonatologia tem de dispor de monitorização cardio-respiratória, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva em todas as incubadoras (sendo que não pode funcionar sem dispor de pelo menos uma incubadora de utilização regular e uma de substituição) e pelo menos 1 detector de apneias por berço, de um ventilador neonatal sempre funcional, pelo menos 2 aparelhos de fototerapia (mínimo aconselhável 1 para cada 3 leitos), circuito independente de limpos e sujos e um mínimo de 10 metros quadrados de espaço à volta de cada incubadora.

Equipamento mínimo do Bloco de Partos: deverá ter uma sala de operações permanentemente disponível, com acesso directo da sala de partos; um monitor fetal por cada cama de partos; um ecógrafo sempre disponível; instalação central de gases e vácuo, pelo menos um oxímetro de pulso, 2 bombas infusoras ou perfusoras por sala, uma fonte de calor radiante nas boxes dos RNs ou uma incubadora aberta, duas mesas com equipamento adequado para a reanimação do recém-nascido\*, uma incubadora de transporte funcional e um circuito independente de limpos e sujos.

O Bloco operatório da obstetrícia tem de dispor de monitorização cardio-respiratória, oximetria de pulso, pressão arterial, capnografia, espirometria e temperatura cutânea por suite operatória e uma sala de reanimação para recém-nascidos com o equipamento necessário (CNSMN, 2006).

\* Equipamento imprescindível funcional das mesas ou carros de reanimação:

- Drogas de emergência, com tabelas de pré-cálculo,
- Tubos endotraqueais dos vários tamanhos,
- Laringoscópios e lâminas curvas e rectas de vários tamanhos,
- Pinça de Maguil;
- Sondas de aspiração CH5 e CH6
- Ressuscitador manual com máscaras de vários tamanhos,
- Monitor cardio-respiratório com oxímetro e pressão arterial não invasiva,
- Cateteres endovenosos e umbilicais dos vários tamanhos,
- 2 Bombas perfusoras de seringa com os Soros e sistemas apropriados,
- Sondas nasogástricas CH6 (Sigrest, 2003).

Para além das medidas já explicitadas em matéria de instalações e equipamentos, prevendo nomeadamente circuitos de limpos e sujos e dimensões de unidades, a política de controlo da infecção deve ser uma prioridade, desde a lavagem das mãos à das superfícies ao estudo da epidemiologia infecciosa para proporcionar o combate à infecção nosocomial.

EM SÍNTESE:

- a) Os requisitos, em termos de condições de estrutura, que quer o Decreto-Lei 63/94, quer a CNSMN (2006), estabelecem para as maternidades privadas são muito inferiores aos requeridos aos hospitais de apoio perinatal, os menos diferenciados do SNS, sendo manifestamente insuficientes para garantir a qualidade de cuidados, com riscos para a vida e qualidade de vida das grávidas e RNs. Consideramos que deverão ser aplicados com o mesmo rigor e exigência os critérios de qualidade e segurança definidos para aqueles hospitais na regulação da actividade das maternidades do sector privado.
- b) Quanto às **DOTAÇÕES DE ENFERMEIROS** é necessário efectuar o cálculo dos Enfermeiros Necessários utilizando as fórmulas da Secretaria-geral do Ministério da Saúde (2006), com recurso às HCN

actualizadas de acordo com a evolução das dependências, e que a ACSS fornece regularmente às instituições. **O mínimo para assegurar resposta contínua às necessidades dos Recém-Nascidos, será um enfermeiro por cada turno** em unidades de pequena dimensão.

Após a aplicação das fórmulas, é necessário adicionar enfermeiros em função das condições de trabalho, como por exemplo, a arquitectura das instalações, a tecnologia existente e o trabalho acrescido em função de peculiaridades dos clientes, entre outros aspectos considerados relevantes para a carga de trabalho.

A unidade de neonatologia tem de ter presente em todos os turnos pelo menos um Enf. especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

- c) Nas unidades de puerpério e consulta de puericultura deve existir pelo menos um Enf. especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.
- d) Todos os enfermeiros e médicos da sala de partos e unidade de neonatologia devam ser obrigados a fazer prova de experiência regular de reanimação neonatal pelo menos cada seis meses, tendo essa prática de ser em humanos, mortos ou vivos.
- e) São requisitos materiais indispensáveis os seguintes:

A Unidade de Neonatologia tem de dispor de monitorização cardio-respiratória, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva em todas as incubadoras (sendo que não pode funcionar sem dispor de pelo menos uma incubadora de utilização regular e uma de substituição) e pelo menos 1 detector de apneias por berço, de um ventilador neonatal sempre funcional, pelo menos 2 aparelhos de fototerapia (mínimo aconselhável 1 para cada 3 leitos), circuito independente de limpos e sujos e um mínimo de 10 metros quadrados de espaço à volta de cada incubadora.

Equipamento mínimo do Bloco de Partos: deverá ter uma sala de operações permanentemente disponível, com acesso directo da sala de partos; um monitor fetal por cada cama de partos; um ecógrafo sempre disponível; instalação central de gases e vácuo, pelo menos um oxímetro de pulso, 2 bombas infusoras ou perfusoras por sala, uma fonte de calor radiante nas boxes dos RNs ou uma incubadora aberta, duas mesas com equipamento adequado para a reanimação do recém-nascido\*, uma incubadora de transporte funcional e um circuito independente de limpos e sujos.

O Bloco operatório da obstetrícia tem de dispor de monitorização cardio-respiratória, oximetria de pulso, pressão arterial, capnografia, espirometria e temperatura cutânea por suite operatória e uma sala de reanimação para recém-nascidos com o equipamento necessário (CNSMN, 2006).

## REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2007). Projectos Implementados. Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCD/E). Acedido em 23/4/2008 em, [http://www.acss.min-saude.pt/projectos/proj\\_implem/scd-e.htm](http://www.acss.min-saude.pt/projectos/proj_implem/scd-e.htm)*
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2006). *Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCD/E)*.
- Baskett, P.; Steen, P.; Bossaert, L.. (2005). The ethics of resuscitation and end-of-life decisions . *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005*: S176.
- Baskett, P.; et al (2005). Principles of training in resuscitation. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005*: S181
- Baumann A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = Cuidados de qualidade – Instrumentos de Informação e acção*. Genebra: International Council of Nurses.
- Casey, A.; Mobbs, S. (1998). Partnership in practice. *Nursing Times*. November, 2.V.84. N°44.
- Circular Normativa nº1 de 12/01/2006. Ministério da saúde, Secretaria Geral. Regime de trabalho de horário acrescido. Acedido em 22/4/2008, em [www.sg.min-saude.pt/F45401E3-62A5-Horarioacrescido](http://www.sg.min-saude.pt/F45401E3-62A5-Horarioacrescido).
- Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Guinsburg, R; Almeida, F. (2006). *Novas Normas de Reanimação Neonatal*. Acedido em 30 /6/ 2008, em: <http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=%22equipamento+em+neonatalogia%22&btnG=Pesquisa+do+Google&meta>
- Henning, M.; Gomes, M.; Gianini, N. (2006), Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 6 (4): 427-435, Recife. Acedido a 28/6/2008 em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/10.pdf>.
- IGIF (1995). *Manual de Normas de Classificação de Doentes e Auditoria*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- International Council of Nurses (ICN) (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumentos de Informação e acção*. Genebra.
- Ministério da Saúde (1993). *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*. Lisboa.
- Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (2006). Organização perinatal nacional – programa nacional de saúde materna e neonatal. Acedido em 30 /6/ 2008, em: [http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/11BC1174-31D8-4571-A83D-D0808E52E4E2/0/Org\\_Perinatal\\_Nacional.pdf](http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/11BC1174-31D8-4571-A83D-D0808E52E4E2/0/Org_Perinatal_Nacional.pdf)
- Ordem dos enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados Gerais*. Grafinter. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2003). *Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Um Olhar sobre a Criança*. Acedido em 30 /4/ 2008, em: [www.ordemenfermeiros.pt/](http://www.ordemenfermeiros.pt/)
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Desenvolvimento Profissional - Certificação de Competências – Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*; ROE, Suplemento da Revista Nº 26, p4-20.
- Pêgo, J.; Maia, S. (2007), A importância do ambiente no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. *Distúrb Comum.* 19(1): 39-50, São Paulo. Acedido a 28 /6/2008, em: [http://www.pucsp.br/revistadisturbios/artigos/Artigo\\_506.pdf](http://www.pucsp.br/revistadisturbios/artigos/Artigo_506.pdf).
- Philips, B. et al (sd). Recomendações 2000 do European Resuscitation Council para o suporte de vida no recém-nascido. Acedido a 28/6/2008, em: [www.erc.edu/index.php/docLibrary/en/viewDoc/114/3](http://www.erc.edu/index.php/docLibrary/en/viewDoc/114/3)
- Rolim, K.; Cardoso, M., (2006 a), A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração oro-traqueal e coleta de sangue. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(4):515-523. São Paulo. Acedido a 28/6/2008, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a09.pdf>.
- Rolim, K.; Cardoso, M., (2006 a), A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração oro-traqueal e coleta de sangue. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(4):515-523. São Paulo. Acedido a 28/6/2008, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a09.pdf>.
- Scott, C. (2003). *Setting safe nurse staffing levels*. Acedido em 28/6/2008, Royal College of Nursing, em: [www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk)
- Sigrest, T.(2003) Facilities and Equipment for the Care of Pediatric Patients in a Community Hospital. *PEDIATRICS*, Vol. 111 No. 5 May 2003, p 1120-1122.
- The Society Of Pediatric Nurses, Position Statement: Safe Staffing for Pediatric Patients. Acedido em 30 /6/ 2008, em: [www.pedsnurses.org](http://www.pedsnurses.org)