

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica

Tatiany de Araújo Fonseca

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DA 1ª TURMA DE RESIDENTES EM
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EEUFMG

Belo Horizonte
2016

Tatiany de Araújo Fonseca

**PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DA 1ª TURMA DE RESIDENTES EM
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EEUFMG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Ministério da Saúde e Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Santos Felisbino Mendes

Belo Horizonte

2016

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal, que analisou dados referente a produção das residentes em enfermagem obstétrica que cursaram o programa no período de Março de 2013 a Março de 2015. O curso constitui a primeira oferta de formação na modalidade pela EEUFMG e teve como objetivo geral descrever e analisar a produção assistencial da 1ª Turma de Residentes em Enfermagem Obstétrica EEUFMG. Além disso, os objetivos específicos foram descrever a produção assistencial, por procedimentos; estratificar a produção assistencial pelos serviços de saúde (atenção básica e atenção hospitalar) no qual as residentes integraram e atuaram no referido período e calcular indicadores a partir da assistência prestada. Observou-se uma atuação diversificada, em diferentes atividades e níveis de atenção à saúde, durante o período de 2 anos de formação. Também foi possível observar uma prioridade à assistência hospitalar, o que condiz com o objetivo principal da formação dessa especialidade, além de uma atuação menor, porém significativa na atenção primária à saúde. Observou-se um paradoxo: uma alta contribuição na assistência ao puerpério, apesar de pouca atuação na promoção do aleitamento materno. Ainda destaca-se a baixíssima incidência de episiotomias em relação ao total de partos assistidos. Este trabalho contribui para avaliação do desenvolvimento do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, na EEUFMG, considerando a necessidade de reformular a distribuição da carga horária nos campos de atuação, para as próximas turmas. Expõe, mesmo que indiretamente, que as residentes realizaram atividades que contribuíram para mudança de modelo de atenção, por meio de práticas baseadas em evidências, promovendo a melhoria da assistência prestada à saúde da mulher e do recém-nascido durante o ciclo gravídico puerperal.

Descritores: Enfermagem Obstétrica. Internato não Médico. Acreditação de Programas.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study, which analyzed data concerning the production of midwifery residents who attended the program in the period March 2013 to March 2015. The course is the first offer by EEUFMG and aimed generally describe and analyze the care productivity of the 1st Class of Residents in Obstetric EEUFMG. Moreover, the specific objectives were to describe the care production by procedures; stratify care productivity by healthcare services (primary care and hospital care) in which residents joined and worked in that period; calculate indicators from the assistance and discuss the training and the contribution of residents in services during the course. There was a diversified operations of residents in different activities and health care levels, during the two years of training. It was also possible to observe a priority to hospital care, which is consistent with the main objective of the formation of this specialty, and a smaller role but significant in primary health care. There was a paradox: a high contribution in the postpartum care, despite little action in the promotion of breastfeeding. Still there is the very low incidence of episiotomies in relation to the total of assisted deliveries. This work contributes to evaluate the development of the Residency Program in Obstetric in EEUFMG considering the need to reformulate the distribution of workload in the fields of activity for the next classes and exhibits, even indirectly, the residents held activities contributed to changing model of care through evidence-based practice, promoting the improvement of assistance to women's health and newborn during pregnancy and childbirth.

Keywords: Obstetric Nursing. Internship Nonmedical. Program Accreditation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento materno
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DP	Desvios-padrão
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HSF	Hospital Sofia Feldmam
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
Max	Valor máximo
Min	Valor mínimo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
RN	Recém-nascido
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intemediários Neonatais
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Rodízio das Residentes em Enfermagem Obstétrica da EEUFMG, 2013-2015.....	12
GRÁFICO 1	Proporção dos atendimentos hospitalares durante o Ciclo Gravídico Puerperal.....	17
GRÁFICO 2	Proporção das atividades desenvolvidas na Atenção Primária.....	17
GRÁFICO 3	Proporção das consultas de enfermagem realizada as mulheres na Atenção Primária.....	19
GRÁFICO 4	Proporção de ações educativas realizada as mulheres na Atenção Primária.....	20

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Atendimentos, cuidados e procedimentos realizados na assistência hospitalar das mulheres. Residência Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.....	16
TABELA 2	Assistência geral realizada as mulheres na Atenção Primária. Residência Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.....	18
TABELA 3	Assistência detalhada realizada as mulheres na Atenção Primária. Residência Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.....	19
TABELA 4	Atividades realizadas com as equipes. Residência Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.....	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Objetivo Geral.....	12
2.2	Objetivos Específicos.....	12
3	METODOLOGIA.....	13
4	RESULTADOS.....	16
4.1	Assistência Hospitalar.....	16
4.2	Assistência na Atenção Primária à Saúde.....	18
4.3	Atividades com Equipes.....	21
5	DISCUSSÃO.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27
	ANEXOS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas esforços governamentais e não governamentais têm sido realizados no sentido de mudar o panorama perinatal no Brasil. Os altos índices de partos cirúrgicos conferem ao país o título de campeão mundial de cesáreas. Somam-se a este fato os dados de mortalidade materna e neonatal, que apesar da melhoria, estão ainda longe do que se considera aceitável e desejável (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Diante desse cenário, o paradigma humanista, centrado na mulher, fundamentado na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologia (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Sob a perspectiva do modelo humanizado, uma das possibilidades para redução da mortalidade materna está exatamente em reduzir as taxas de cesarianas. Para isto, uma das estratégias necessária é a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência à mulher, para incentivar o parto vaginal, implantando práticas baseadas em evidências científicas, o que gerou muitos conflitos no campo obstétrico, principalmente na classe médica (CAMACHO; PROGIANTI, 2013; WINCK; BRÜGGEMANN; MOTICELLI, 2012).

Neste contexto, foram sendo criadas, diversas ações voltadas à promoção da melhoria da atenção à saúde da mulher e do recém-nascido (RN), dentre as quais podemos destacar a assinatura dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2001, e a criação da Rede Cegonha, em 2011 (BRASIL, 2011 a; CAMACHO; PROGIANTI, 2013; WINCK; BRÜGGEMANN; MOTICELLI, 2012). Paralelamente, desenvolveram-se estratégias para a formação de Enfermeiros Obstetras, profissionais com habilitação legal para assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, incluindo a assistência ao parto normal sem distócia, e cuja atuação está diretamente relacionada à melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, no que diz respeito à diminuição da morbimortalidade materna (CAMACHO; PROGIANTI, 2013; WINCK; BRÜGGEMANN; MOTICELLI, 2012).

Em 1998 o Ministério da Saúde (MS) publicou duas Portarias que regulamentavam a assistência obstétrica prestada por enfermeiras. A Portaria Nº

2815 de 29/05/1998 que incluía na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), os procedimentos para o parto normal sem distócia realizados por enfermeiras obstétricas e a Portaria GM Nº 163 de 22/09/1998, que regulamentou a realização do parto normal sem distócia por enfermeira obstétrica nas Organizações de Saúde Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), além de conferir ao enfermeiro a possibilidade da emissão de laudo de internação e a inclusão deste profissional na tabela de pagamento do SUS (CAMACHO; PROGIANTI, 2013; WINCK; BRÜGGEMANN; MOTICELLI, 2012; BRASIL, 1998a, 1998b).

Em 2012, o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) foi instituído pelos Ministérios da Saúde e Educação, constituindo-se como a mais recente estratégia para qualificação de profissionais, com o objetivo de promover a melhora da assistência prestada à saúde da mulher e do RN durante o ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2012).

O PRONAENF tem como finalidade incentivar a formação de especialistas na modalidade residência, visando a inserção qualificada dos enfermeiros para atuar no cuidado à saúde da mulher nos processos de saúde reprodutiva, pré-natal, parto, nascimento e puerpério, orientados pelas boas práticas e evidências científicas, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, pelos princípios e diretrizes da Rede Cegonha e do SUS (LIMA et al., 2015).

O PRONAENF teve início em março de 2013, com a entrada de 156 enfermeiros residentes, divididos em 18 turmas em 13 Unidades da Federação.

Trata-se de uma nova modalidade na formação de enfermeiros obstetras, o que requer uma relação ensino-serviço ativa, fortalecida, que permite constante troca de conhecimentos, bem como a discussão da prática baseada em evidências. Também é uma oportunidade de promover melhorias e mudanças no modelo assistencial obstétrico nos serviços de saúde parceiros. Em Minas Gerais, essa formação ocorre na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) e a primeira turma contou com 24 residentes, inseridas em quatro diferentes cenários de prática: três maternidades que atendem ao SUS e a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) (UFMG, 2013).

Diante do exposto, e com esta nova modalidade de formação nos serviços de saúde que a EEUFMG também adotou, este trabalho buscou descrever e analisar a produção assistencial da 1ª Turma de Residentes em Enfermagem Obstétrica da

Escola de Enfermagem de Minas Gerais, no intuito de não somente avaliar a qualidade da formação das residentes, como também de apontar as contribuições dessas profissionais nos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar a produção assistencial da 1ª Turma de Residentes em Enfermagem Obstétrica EEUFMG, que cursou o programa no período de Março de 2013 a Março de 2015.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a produção assistencial, por procedimentos;
- Estratificar a produção assistencial pelos serviços de saúde (atenção básica e atenção hospitalar) no qual as residentes integraram e atuaram no referido período;
- Calcular indicadores a partir da assistência prestada;

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, que analisou dados referente a produção assistencial das residentes em enfermagem obstétrica, que cursaram o programa no período de Março de 2013 a Março de 2015, que constitui a primeira oferta de formação na referida modalidade pela EEUFMG.

A 1ª turma constituiu-se de 24 residentes, que foram divididas em dois grupos com 12 residentes cada, para revezarem nos 4 campos de atuação a cada seis meses. A figura 1 a seguir, demonstra-se em fluxograma um caminho padrão que as residentes percorreram durante a residência.

Período	03/2013 a 08/2013	09/2013 a 02/2014	03/2014 a 08/2014	09/2014 a 02/2015
Grupo 1	HSF	HRTN	HSF	HC/UBS
Grupo 2	HSF	HC/UBS	HSF	HRTN
Grupo 3	HRTN	HSF	HC/UBS	HSF
Grupo 4	HC/UBS	HSF	HRTN	HSF

Figura 1: Rodízio das Residentes em Enfermagem Obstétrica da EEUFMG, 2013-2015.

Fonte: Elaborado pela autora

Assim, enquanto um grupo atuava no Hospital Sofia Feldman (HSF), o outro se subdividia para atuar no Hospital das Clínicas (HC), Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e na Atenção Básica, garantido a presença da residente em todos esses serviços durante os 24 meses do programa. Cabe ainda ressaltar, que durante a atuação no HC, um plantão semanal era reservado para atuação na atenção primária, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 24 plantões durante a formação.

O HSF assiste a uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte. Possui 150 leitos: 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), 36 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), e 13 de outras clínicas. São assistidos cerca de 900 partos ao mês. Presta assistência materno-infantil, exclusivamente ao SUS, com todas as internações feitas através da Central de Internações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Neste hospital a atuação do enfermeiro obstétrico já é estabelecida como essencial para o acompanhamento do trabalho de parto, parto, pós-parto e assistência ao RN (HSF, 2015).

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) é um hospital universitário, público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de Saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade. Unidade Especial da UFMG, o HC é campo de ensino para os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Gestão em Saúde e Tecnologia em Radiologia. No ano de 2010, o Serviço de Neonatologia foi totalmente reformado e ampliado, elevando o número de leitos de 24 para 32. A maternidade e o Banco de Leite também tiveram o espaço físico reestruturado. (HC/UFMG, 2015). Neste hospital o enfermeiro obstétrico não é reconhecido como membro essencial para assistência direta à mulher e RN, e até Março de 2015 ainda não havia integrado esse profissional às equipes que prestam assistência na maternidade. No entanto, se constituiu em campo de atuação, principalmente no pré-parto, alojamento conjunto, banco de leite, bem como no Ambulatório Jenny Faria. Neste ambulatório, as residentes realizavam consultas de enfermagem e ações educativas com as gestantes.

O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), é uma instituição 100% inserida na rede pública de saúde, sendo responsável pela assistência aos pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica de uma população de cerca de 1,1 milhão de habitantes no Eixo Norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte (que engloba os municípios de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas, Contagem e São José da Lapa). A maternidade do HRTN foi inaugurada em 30 de julho de 2007 e funciona desde o início com os princípios de uma assistência humanizada, ressaltando o trabalho em equipe e um ambiente que proporciona a mulher um atendimento diferenciado e com total segurança. Nesta maternidade observa-se o processo de inserção e atuação gradual do enfermeiro obstétrico (HRTN, 2016).

Em todos os campos de atuação as residentes cumpriam uma carga horária 60 horas semanais, divididas em plantões diurnos e noturnos, como exemplo a escala do HSF (ANEXO A). Em cada campo a residente preencheu formulários específicos para registro da produção diariamente, que ao final foram consolidados conforme Anexo B, que totaliza todos eles. Ao final do período de 2 anos, foi constituído um banco de dados com a produção total de cada uma (ANEXO C).

Cabe ressaltar que cinco residentes não informaram oficialmente sua produção até o momento da análise dos dados deste trabalho, e, portanto, não foram incluídas. Além disso, durante os 24 meses da residência duas residentes tiveram licenças-maternidade por 6 meses, e completaram os 24 meses de formação após Março de 2015, porém suas respectivas produções foram contabilizadas e incluídas neste trabalho.

O consolidado da produção das 19 residentes passou por conferência de todas as planilhas individuais de produção, e constituiu-se na base de dados deste trabalho. Procedeu-se em seguida, a análise dos dados, por meio do cálculo de médias com seus respectivos desvios-padrão (DP), valor mínimo (Min), valor máximo (Max) e total. Além disso, também foram calculadas as frequências absolutas e relativas dos indicadores de produção assistencial. Em relação aos indicadores, calculou-se a relação episiotomia/parto, avaliando a porcentagem que as episiotomias realizadas representam no total de partos ($28 \text{ episiotomias} / 3000 \text{ partos} \times 100 = 0,93\%$), o que significa que essa intervenção aconteceu em menos de 1% dos casos. A produção assistencial foi analisada separadamente para a assistência hospitalar e para a assistência na atenção básica. A análise estatística dos dados foi realizada através do Programa Estatístico *Statistical Software* (STATA), versão 12.1.

4 RESULTADOS

4.1 Assistência Hospitalar

Os resultados referentes à produção assistencial no ambiente hospitalar prestada pelas residentes mostra que em média (\pm DP), cada uma assistiu aproximadamente 160 (\pm 32.0) partos. Este número está incluso no número de parturientes assistidas, que é um pouco maior, uma vez que nem toda parturiente assistida durante o trabalho de parto teve o parto assistido pela residente. Ressalta-se ainda que o número de partos assistidos foi no mínimo 108 e no máximo 221 (TABELA 1).

Em relação a episiotomia, esta prática esteve presente em menos de 1% dos partos e evidenciou-se ainda que algumas residentes não realizaram este procedimento durante a residência. Além disso, nota-se a rafia de laceração em pouco mais da metade dos partos (53,5%), o que caracteriza 46,5% de períneos íntegros.

A prática na atenção hospitalar também propiciou avaliação do binômio mãe-filho no puerpério, não necessariamente no mesmo momento, sendo que a avaliação das puérperas constituiu no maior número do total de práticas (média \pm DP, 747.8, \pm 370.8), com o mínimo 180 e o máximo 1407 avaliações. Por outro lado, o aleitamento materno (AM) não acompanha a mesma magnitude, apresentando como média 110.7 (\pm 206.5) atendimentos.

TABELA 1

Atendimentos, cuidados e procedimentos realizados na assistência hospitalar das mulheres. Residência Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.

Assistência	Total/%	Min	Max	Média (±DP)
Acolhimento/Admissão	6852	6	669	360.6 (154.7)
Parturientes assistidas	4526	104	371	238.2 (71.0)
Partos	3000	108	221	157.9 (32.0)
Episiotomia	28	0	6	1.5 (1.7)
Episiorrafia	31	0	8	1.6 (1.9)
Rafia Laceração	1606	36	169	84.5 (33.0)
Assistência RN em Sala de Parto	1246	0	120	65.6 (29.1)
Avaliação em Enfermaria de Alto Risco	6738	76	679	354.6 (139.9)
Aleitamento Materno	2103	0	85	110.7 (206.5)
Avaliação Puérperas	14208	180	1407	747.8 (370.8)
1° Exame RN	1826	0	343	96.1 (78.4)
Total	42164			
Relação episiotomia/partos	0,9%			
Relação rafia de laceração/partos	53,5%			

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Nota: DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo;

Assim, ao agrupar os atendimentos realizados nas maternidades em grupos principais de assistência observa-se maior quantidade de atendimentos direcionados ao puerpério (34%) (GRÁFICO 1). O aleitamento materno e a assistência ao RN aparecem em menos de 10% dos atendimentos.

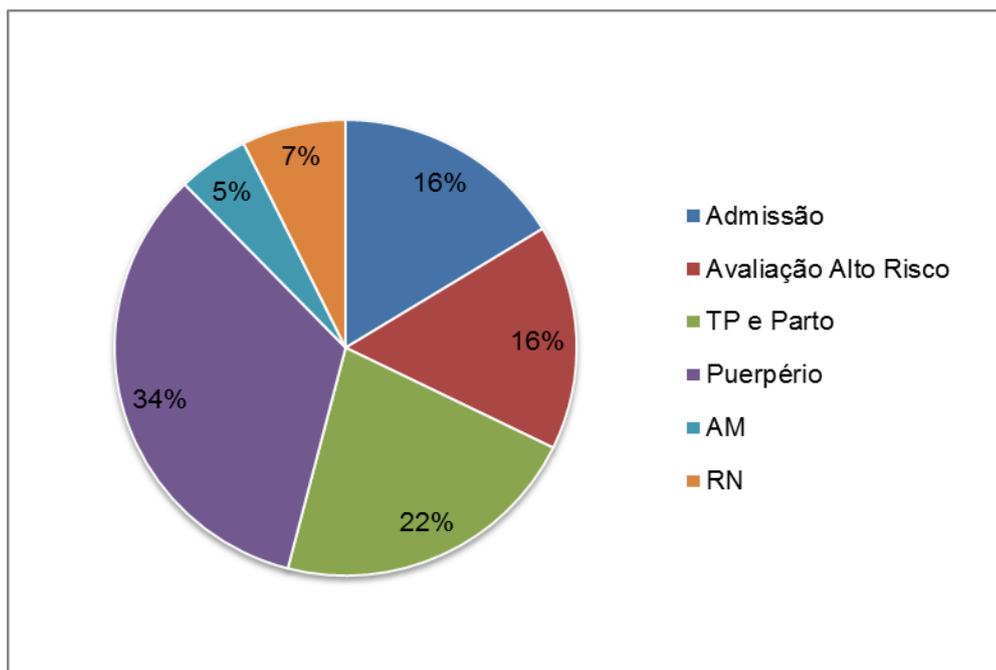


Gráfico 1 – Proporção dos atendimentos hospitalares durante o Ciclo Gravídico Puerperal.

Nota: TP=Trabalho de Parto; AM= Aleitamento Materno; RN= Recém-nascido.

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

4.2 Assistência na Atenção Primária à Saúde

Do total de práticas realizadas na Atenção primária à Saúde, observa-se que 76% dos atendimentos foram Consultas de Enfermagem (GRÁFICO 2).

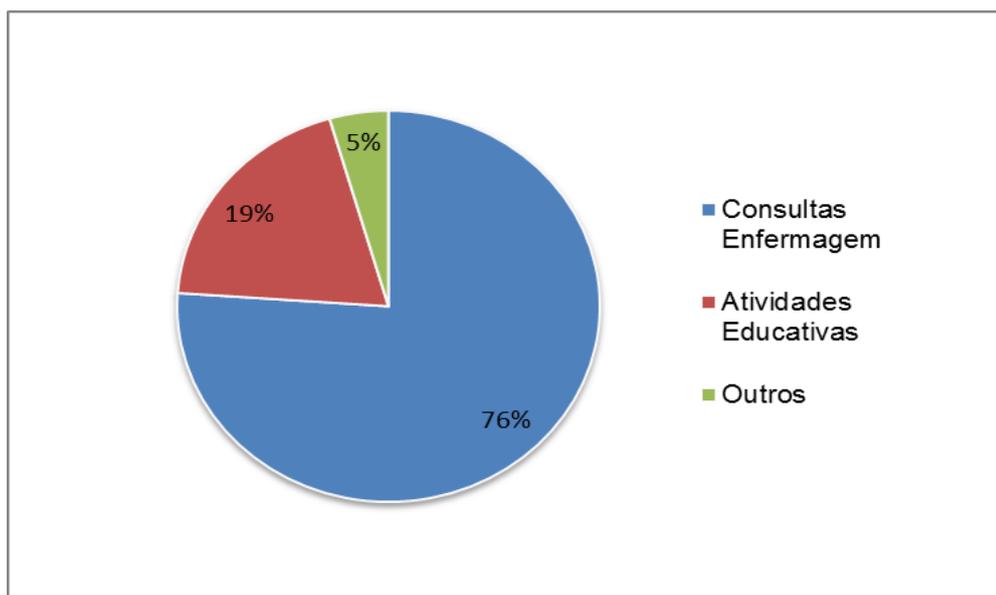


Gráfico 2 - Proporção das atividades desenvolvidas na Atenção Primária

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Em relação às frequências absolutas da produção assistencial na atenção primária à saúde, a média (\pm DP) das consultas de enfermagem por residente foi 128,9 (\pm 101,4), sendo que o número mínimo foi de 43 e máxima de 394 (TABELA 2). A mesma variabilidade foi encontrada para as ações educativas.

Os procedimentos relacionados à categoria outros se constituíram em atividades menos frequentes, como: atendimento do 5º dia, visita domiciliar à puérpera, atuação em sala de vacina e atendimento demanda espontânea.

TABELA 2
Assistência geral realizada as mulheres na Atenção Primária. Residência
Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.

Assistência	Total	Min	Max	Média (\pmDP)
Consulta de Enfermagem	2450	43	394	128.9 (101.4)
Ações Educativas	625	3	105	32.9 (30.7)
Outros	145	0	60	7.6 (14.1)
Total	3220			

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Nota: DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo;

O maior detalhamento das atividades realizadas pelas residentes na atenção primária à saúde mostra que a maior quantidade de consultas de enfermagem estão relacionados a prevenção de câncer (43%), com média (\pm DP) de 55,6 (\pm 57.1). Em seguida teve-se as consultas ginecológicas e as consultas de pré-natal. Essas últimas representam 20%, com média (\pm DP) de 25,1 (\pm 19.8).

As ações educativas destacam aquelas direcionadas à gestação (42%), média de 13,9 (\pm 13.7), seguidas pelas direcionadas ao puerpério (30%), média de 9,7 (\pm 10.0) e planejamento reprodutivo (22%), média de 7,4 (\pm 7.5). (TABELA 3, GRÁFICO 3, GRÁFICO 4).

Destaca-se ainda que as consultas de enfermagem voltadas para o puerpério foram as de menor número, com máximo de 10 consultas, seguidas das ações do 5º dia, máximo 8 e visita domiciliar a puérpera, máximo 7 (TABELA 3).

TABELA 3

Assistência detalhada realizada as mulheres na Atenção Primária. Residência
Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.

Assistência	Total	Min	Max	Média (\pm DP)
Consultas Pré-Natal	476	5	70	25.1 (19.8)
Consultas Prevenção Câncer	1057	1	244	55.6 (57.1)
Consultas Puerpério	58	0	10	3.1 (2.8)
Consultas Ginecológicas	753	2	130	39.6 (38.2)
Consultas Climatério	106	0	31	5.6 (8.5)
Ações Educativas Gestação	264	2	45	13.9 (13.7)
Ações Educativas Puerpério	185	0	33	9.7 (10.0)
Ações Educativas Climatério	36	0	6	1.9 (2.1)
Ações Educativas Planejamento Reprodutivo	140	0	21	7.4 (7.5)
Atendimento do 5º dia	26	0	8	1.4 (2.5)
Visita Domiciliar à Puérpera	32	0	7	1.7 (2.0)
Atuação em Sala de Vacina	26	0	12	1.4 (2.9)
Atendimento Demanda Espontânea	61	0	37	3.2 (8.4)
Total	3220			

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Nota: DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo;

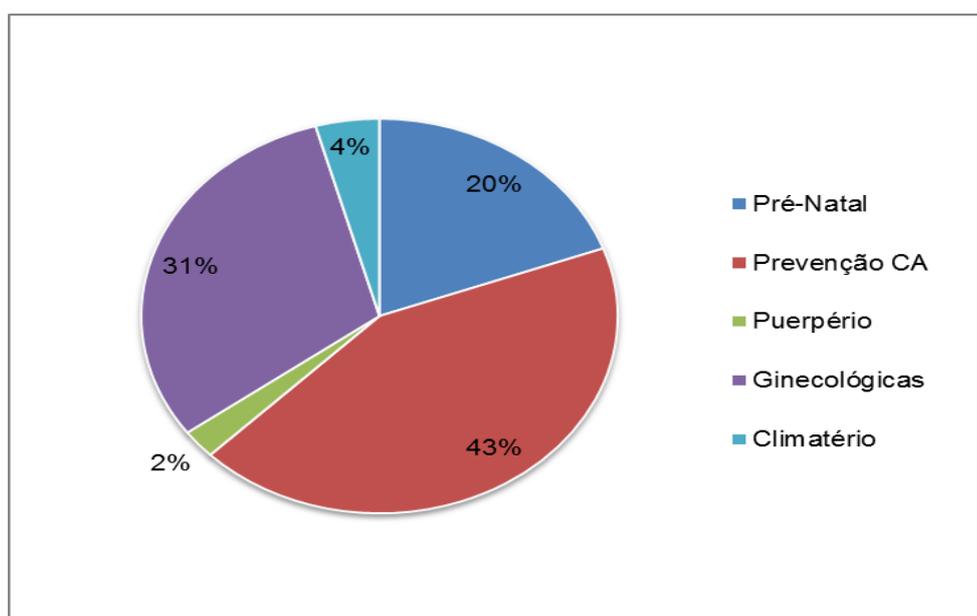


Gráfico 3 - Proporção das consultas de enfermagem realizadas às mulheres na Atenção Primária.

Nota: CA= Câncer.

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

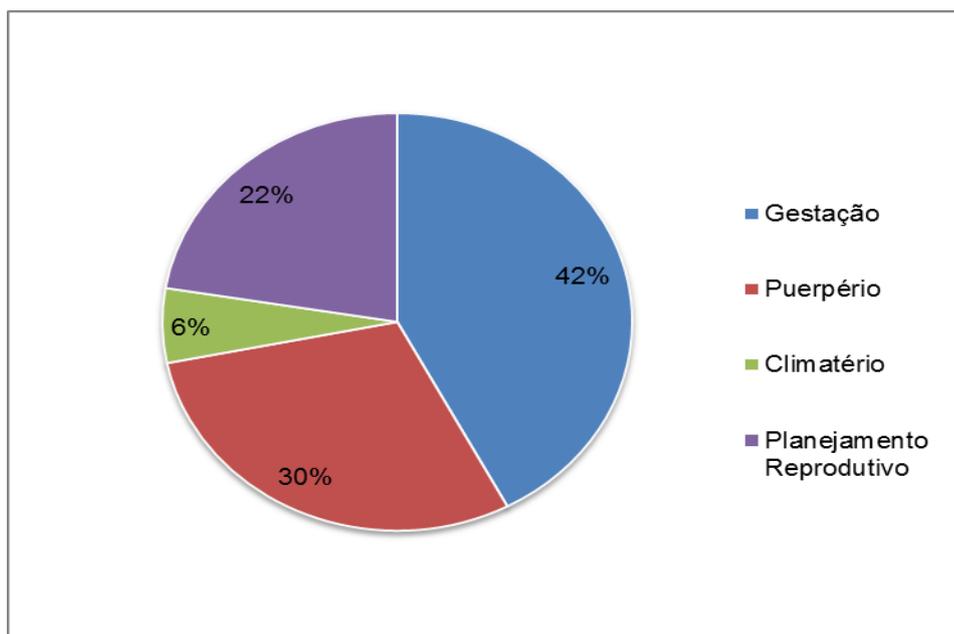


Gráfico 4 - Proporção de ações educativas realizadas as mulheres na Atenção Primária.

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

4.3 Atividades com Equipes de Saúde

A tabela 4 apresenta as ações desenvolvidas pelas residentes com as equipes, divididas em reuniões e capacitações. Ressalta-se que para ambas modalidades, duas residentes não desenvolveram esta atividade.

TABELA 4

Atividades realizadas com as equipes. Residência Enfermagem Obstétrica EEUFMG, Belo Horizonte, 2013-2015.

Atividade	Total	Min	Max	Média (\pm DP)
Reuniões Equipe	237	0	38	12.5 (11.3)
Capacitação equipe	64	0	13	3.4 (4.1)
Total	301			

Fonte: Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Nota: DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo;

5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou descrever e analisar a produção assistencial da 1ª turma de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem de Minas Gerais. Observou-se uma atuação diversificada das residentes, em diferentes atividades e níveis de atenção à saúde, durante o período de 2 anos de formação. Também foi possível observar uma prioridade a assistência hospitalar, além de uma atuação menor, porém significativa na atenção primária à saúde. Observou-se um paradoxo: uma alta contribuição na assistência ao puerpério, apesar de pouca atuação na promoção do AM. Ainda destaca-se a baixíssima incidência de episiotomias em relação ao total de partos assistidos.

Considerando as recomendações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os critérios mínimos de qualificação exigidos para obtenção do Título de Enfermeiro Obstetra são a realização de no mínimo 15 consultas de pré-natal, 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto e 15 atendimentos ao recém-nascido na sala de parto (COFEN, 2015). Observou-se que a produção assistencial média das residentes, nesses indicadores específicos superaram significativamente o recomendando, com destaque a assistência ao parto. No entanto, para a consulta de pré-natal e o atendimento ao RN na sala de parto, algumas residentes não desenvolveram o mínimo exigido. Nessas duas assistências específicas, acredita-se que esta insuficiência esteja relacionada à ausência e inadequação dos registros, uma vez que muitas residentes, ao registrar a assistência ao parto, consideravam também a assistência ao RN, esvaziando esse item da produção. Em relação ao pré-natal, muitas contabilizaram como 1 pré-natal o acompanhamento completo das 9 consultas à mulher durante a gestação. Esse achado aponta para a necessidade de padronização e melhora da qualidade dos registros, proporcionando uma avaliação mais adequada da formação. Cabe ainda ressaltar que as residentes desenvolveram várias outras atividades que não são especificadas/exigidas pelo COFEN e conseqüentemente não tem número mínimo preconizado.

Em relação ao indicador episiotomia/parto, observou-se que as residentes desenvolveram uma assistência baseada em evidências científicas, humanizada e com a mulher como protagonista do parto. Uma vez que, ao avaliar o item episiotomia, esta esteve presente em menos de 1% dos partos. De acordo com as

recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas, desenvolvidas pela OMS, o uso liberal e rotineiro de episiotomia é uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado. Esta organização considera como taxa ideal de episiotomia nos serviços de saúde em torno de 10% (BRASIL, 2011b; OMS, 1996). Acredita-se que esta pode ser uma medida indireta de contribuição da residência nos serviços. Uma possível explicação para a diferença encontrada entre os valores de episiotomia e episiorrafia é a condução dos preceptores, que em alguns casos realizam a episiotomia e o residente realiza somente a episiorrafia.

Em relação à assistência do binômio no puerpério, nota-se que apesar de avaliação de puérperas constituir o maior número do total de práticas, as avaliações específicas relacionadas ao AM não acompanharam a mesma magnitude. Esta discrepância pode estar relacionada a escala reduzida em bancos de leite e ausência de registro sobre AM durante as avaliações de puérperas, uma vez que durante as avaliações, normalmente este tema é abordado. Este achado portanto aponta novamente para a necessidade de padronizar e melhorar a qualidade do registro da produção assistencial, o que pode proporcionar uma avaliação mais próxima da realidade.

Em relação à assistência ao RN percebe-se pouco desempenho das residentes, caracterizada por apenas 7% do total de práticas hospitalares, o que pode trazer insegurança para atuação com esse público, principalmente ao término da Residência, quando essas profissionais atuarem como especialista. Entretanto, os registros apresentaram fragilidades, gerando dúvidas sobre essa produção. De qualquer forma, aponta para a necessidade durante a organização das escalas, que as residentes atuem em setores e serviços nos quais possam desenvolver mais atividades e assistência com este grupo, seja durante o nascimento ou durante as primeiras 24 horas de vida.

Embora na assistência hospitalar a avaliação das puérperas caracteriza-se como maior número de prática, na atenção primária o caminho é inverso, caracterizando o menor número de consultas de enfermagem na assistência após o parto. Percebe-se que nesse nível de atenção a maior atuação das residentes ocorreu na consulta de enfermagem voltada para a prevenção do câncer de colo do útero e que as consultas de pré-natal representaram somente 20% da assistência. Por outro lado, as ações educativas tiveram como maior foco a gestação, seguida do

puerpério. Em relação às consultas à mulher com enfoque na prevenção de câncer de colo do útero, ressalta-se a oportunidade de discutir planejamento familiar, realizar avaliação e estabelecer cuidados pré-concepcionais, dentro outras demandas da mulher, além de orientações e esclarecimento de dúvidas diversas.

Considerando que a mulher permanece a maior parte do ciclo gravídico puerperal na atenção primária, pensa-se que seja importante e necessário ampliar um pouco mais a carga horária das residentes neste campo de atuação, de 10 para 20%, por exemplo, com um plantão semanal durante os 12 meses de aprendizado, ao invés de 6 meses ou até mesmo durante os 24 meses. Esta ampliação implicaria em um maior reconhecimento das necessidades das mulheres, por meio de um diagnóstico situacional, com desenvolvimento de atividades centradas, eficazes e específicas. Além disso, teria tempo hábil pra avaliar as intervenções realizadas.

Outras atividades realizadas na atenção primária como a atuação em sala de vacina e atendimento à demanda espontânea também se fizeram importantes para integrar as residentes à equipe, compartilhando experiências e aprendizado. Esta troca também esteve presente nas reuniões de equipe, que mesmo em menor número foram essenciais para o reconhecimento das residentes como membro daquela equipe. Algumas residentes tiveram sua atuação na atenção primária prejudicada devido à mudança de Centros de Saúde, o que limitou o vínculo com a equipe e comunidade. Essas mudanças foram necessárias, principalmente no início da oferta do programa devido à não compreensão do serviço da participação dessa profissional em formação, bem como da pouca abertura de alguns profissionais.

Este trabalho apresenta algumas limitações. A primeira, se constitui na ausência de informação da assistência prestada por 5 residentes (20,83%), o que implica em um número total avaliado de todos os itens da produção assistencial aquém do que foi realmente realizado. Outra limitação já discutida é a falta de padronização dos registros o que pode ter subestimado vários itens avaliados da produção assistencial. Observou-se em algumas tabelas o zero, indicando que aquele procedimento ou prática não foi realizado pelas residentes. Esse número pode ser tanto por ausência de registro, registro em outra prática ou que não foi realizado, que é o menos provável. Isso indica a necessidade de melhora do registro de coleta e reforço das orientações às residentes sobre a importância da qualidade dos registros. Além disso, é necessário acompanhamento desses registros durante toda formação e não somente no final. Apesar dessas limitações, acredita-se que o

presente estudo permitiu mostrar a contribuição da inserção dessas profissionais nos serviços de saúde parceiros no que tange à assistência e a qualidade dessas, e também da qualidade da formação, considerada aqui superior às recomendações mínimas preconizadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho contribui para avaliação do desenvolvimento do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, na EEUFMG, considerando a necessidade de reformular a distribuição da carga horária nos campos de atuação, para as próximas turmas. Além disso, este trabalho expõe, mesmo que indiretamente, que as residentes realizaram atividades que contribuíram para mudança de modelo de atenção, por meio de práticas baseadas em evidências, promovendo a melhoria da assistência prestada à saúde da mulher e do RN durante o ciclo gravídico puerperal.

Pode-se concluir que a modalidade de residência para a formação, permite não somente melhorar a qualidade da assistência, como também o vínculo do especializando com os profissionais e com os serviços de saúde.

Por fim, não resta dúvida da relevância dessa formação tanto para a mudança do modelo de assistência obstétrica que se tem buscado, quanto para o fortalecimento das relações ensino-serviço com os serviços de saúde parceiros. Também aponta para a possibilidade de formar enfermeiras obstétricas com olhar integral e humanizado para a mulher e suas demandas em saúde, com capacidade de contribuir para a melhoria da assistência mesmo no momento da formação específica e para a necessidade de revisar os registros da produção assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alguns documentos introdutórios sobre a Rede Cegonha**: distribuição na oficina sobre rede cegonha no seminário do CONASEMS. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_RED_E_CEGONHA.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 27 Jun 2011a, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 163, de 22 de setembro de 1998. Dispõe sobre as atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetriz. **Diário Oficial da União**, Brasília, (DF), setembro de 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, (DF), 02 de junho de 1998a, Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 94.406, de 8 de julho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de junho de 1987.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 21, de 5 de setembro de 2012. Processo Seletivo destinado à oferta de bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de setembro de 2012.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 648-655, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>>. Acesso em: 9 dez 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 479/2015 Estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetriz no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 abr. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015_30971.html. Acesso em: 05 abr. 2016.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Hospital das Clínicas completa 87 anos**. Belo Horizonte: HC/UFMG, 2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/pt/web/hc-ufmg/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/549707/2015-08-hospital-das-clinicas-completa-87-anos>. Acesso em: 05 abr. 2016.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Maternidade**. Belo Horizonte: HRTN, 2016. Disponível em: <http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=view&id=173&Itemid=88http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>. Acesso em: 05 abr. 2016.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. O hospital. Belo Horizonte: HSF, 2015. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

LIMA, G. P. V. et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 593-599, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e nascimento**. Genebra: OMS, 1996.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. **Programa de residência em enfermagem obstétrica**: regulamento. Belo Horizonte: EEUFMG, 2013.

WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN, O. M.; MOTICELLI, M. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16; n, 2, p. 363-370, abr./jun. 2012.

ANEXO A – Modelo de Escala HSF

		Especialização em Enfermagem Obstétrica / M.S. / UFMG					
ESCALA DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM POR SETOR - Junho 2013							
NOMES:	03/jun	04/jun	05/jun	06/jun	07/jun	08/jun	09/jun
Residente 1	UGAR(D)	S.P.(D)	UGAR(D)		x	C.G(D)	
Residente 2	C.C(D)		C.C(D)	S.P.(D)	x	C.C(D)	
Residente 3	S.P.(N)		S.P.(D)	S.P.(D)	x		S.P.(D)
Residente 4	P.A.(D)	S.P.(D)	S.P.(N)		x	S.P.(N)	
Residente 5	CPN(N)		CPN(D)		x	CPN(D)	CPN(N)
Residente 6	P.A.(N)		P.A.(D)	S.P.(D)	x	P.A.(N)	
Residente 7	A.C.(D)		A.C.(D)	CPN(N)	x		S.P.(N)
Residente 8	C.G(D)		C.G(D)		x	S.P.(D)	C.G(D)
Residente 9	P.P.I(D)	S.P.(N)	P.A.(N)		x		P.A.(N)
Residente 10	S.P.(D)		S.P.(D)		S.P.(N)		S.P.(D)
Residente 11	S.P.(N)		P.P.I(D)	P.I(D)	P.P.I(N)		
Residente 12	CPN(D)	CPN(N)		CPN(D)	x	CPN(N)	
NOMES:	10/jun	11/jun	12/jun	13/jun	14/jun	15/jun	16/jun
Residente 1	UGAR(D)		UGAR(D)	S.P.(D)	x	UGAR(D)	
Residente 2	C.C(D)		C.C(D)	S.P.(D)	x	C.C(D)	
Residente 3	S.P.(N)		S.P.(D)		S.P.(N)		S.P.(D)
Residente 4	S.P.(D)	S.P.(D)	S.P.(D)		x		S.P.(N)
Residente 5		P.A.(D)	P.A.(N)	S.P.(D)	x	P.A.(N)	
Residente 6	CPN(N)		CPN(D)		x	CPN(D)	CPN(D)
Residente 7		A.C.(D)	A.C.(D)	A.C.(D)	x	S.P.(N)	
Residente 8	P.P.I(D)		P.P.I(D)		x	P.P.I(D)	P.P.I(D)
Residente 9		P.A.(N)		P.A.(N)	x	S.P.(D)	P.A.(N)
Residente 10	C.G(D)		C.G(D)	S.P.(N)	x		C.G(D)
Residente 11	A.C.(D)	P.P.I(D)		A.C.(N)	x	P.P.I(D)	
Residente 12	CPN(D)	CPN(N)		CPN(D)	x	CPN(N)	
NOMES:	17/jun	18/jun	19/jun	20/jun	21/jun	22/jun	23/jun
Residente 1	A.C.(D)		A.C.(D)		S.P.(N)		A.C.(N)
Residente 2	S.P.(N)		S.P.(D)	S.P.(N)	x		S.P.(D)
Residente 3	S.P.(D)		S.P.(D)	S.P.(D)	x	S.P.(N)	
Residente 4		P.A.(N)		P.A.(D)	x	P.A.(D)	S.P.(N)
Residente 5	UGAR(D)	S.P.(D)	UGAR(D)	UGAR(D)	x		
Residente 6	P.A.(D)		P.A.(D)	P.A.(N)	x	S.P.(D)	
Residente 7	CPN(N)		CPN(D)	CPN(D)	CPN(N)		
Residente 8	C.C(D)		C.C(D)	C.C(D)	x	S.P.(D)	
Residente 9		P.A.(D)	P.P.I(D)	S.P.(N)	x		P.A.(N)
Residente 10	C.G(D)		C.G(D)	S.P.(N)	x	C.G(D)	
Residente 11	P.P.I(D)	P.P.I(D)	S.P.(N)		x		P.P.I(D)
Residente 12	CPN(D)	CPN(D)	CPN(N)		x		CPN(D)
NOMES:	24/jun	25/jun	26/jun	27/jun	28/jun	29/jun	30/jun
Residente 1		P.I(D)	S.P.(D)	S.P.(D)	x	S.P.(N)	
Residente 2	S.P.(D)		S.P.(D)		S.P.(N)		S.P.(N)
Residente 3	A.C.(D)	S.P.(N)	A.C.(D)	A.C.(N)	x		
Residente 4	P.A.(D)		P.A.(D)		P.A.(N)		S.P.(N)
Residente 5	UGAR(D)		UGAR(D)	UGAR(D)	x	S.P.(N)	
Residente 6	S.P.(D)		P.A.(N)		x	S.P.(D)	P.A.(N)
Residente 7	CPN(D)		CPN(D)	CPN(D)	x	CPN(N)	
Residente 8	C.C(D)		C.C(D)	C.C(D)	x		S.P.(D)
Residente 9		CPN(D)	CPN(N)		x	CPN(D)	CPN(N)
Residente 10	C.G(D)		C.G(D)		S.P.(N)		C.G(D)
Residente 11	P.P.I(D)		P.P.I(D)	S.P.(N)	x		P.P.I(D)
Residente 12	P.P.I(N)		P.P.I(N)		x	P.P.I(D)	P.A.(D)

Nota: AC= Alojamento Conjunto; CC= Casos Clínicos; CG= Casa da Gestante;
 CPN= Centro de Parto Normal; PPI= Pré Parto de Indução; SP= Sala de Parto;
 UGAR= Unidade de Gestação de Alto Risco.

**ANEXO B - Formulário Oficial para registro da produção do Programa de
Residência em Enfermagem Obstétrica EEUFMG**

RESIDENTE:				
PERÍODO	RODÍZIO 1	RODÍZIO 2	RODÍZIO 3	RODÍZIO 4
SERVIÇOS DE SAÚDE	HSF	HC-UBS	HSF	HRTN
Assistência ao Trabalho de Parto e Parto				
Nº Acolhimento/ Admissão				
Nº de Parturientes assistidas				
Nº de Partos assistidos				
Nº de Epsiotomia realizadas				
Nº de Epsiorrafia realizadas				
Nº de Rafia Laceração				
Nº de atendimento ao RN em Sala de Parto				
Outros- Nº de atendimento em Práticas Integrativas				
Assistência à Gestante, Puérpera e Recém- Nascido - HOSPITALAR				
Nº de Gestantes/ Puérperas em Enf. de Alto Risco				
Nº de atendimentos relacionados ao Aleit. Materno				
Nº de Puérperas e RN admitidos/ avaliados em A.C				
Nº de altas Puérpera				
Outros- Reunião de puérperas e acompanhantes				
UBS: Especificar				
Assistência Gestante, Puérpera e Recém- Nascido - UBS				
Nº de Ações Educativas GESTAÇÃO				
Nº de Ações Educativas PUERPÉRIO				
Nº de Consultas Pré- Natal				
Nº de Consultas para prevenção de câncer				
Nº de Ações Educativas no Climatério				
Nº de Ações Educativas em Planejamento Reprodutivo				
Nº de Consultas de Puerpério				
Nº de Atendimento do 5º dia				
Nº de Visita Domiciliar à Puérpera				
Outros-				
Assistência à Mulher - UBS				
Nº de consultas Ginecológicas				
Nº de consultas Climatério				
Atuação em sala de Vacina				
Atend. Demanda espontânea (Mulher quiexa ginecológica)				
Outros-				
Reuniões Equipe/Rede Cegonha/Perinatal e outras				
Ações Educativas para Capacitar a Equipe da Unidade				
Participação em eventos científicos/cursos				

ANEXO C - Banco de dados com a produção total das residentes

RESIDENTES	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	TOTAL										
Assistência ao Trabalho de Parto e Parto TPP											
Nº Acolhimento/ Admissão A-TPP		378	354	372	582	307		425	138	669	277
Nº de Parturientes assistidas PA-TPP		287	233	301	284	149		270	166	201	201
Nº de Partos assistidos PT-TPP		115	129	180	181	129		157	148	146	157
Nº de Epsiotomia realizadas ET-TPP		0	6	0	2	0		2	2	0	1
Nº de Epsiorrafia realizadas ER-TPP		0	8	0	2	0		2	2	0	1
Nº de Rafia Laceração R-TPP		93	87	113	79	44		36	38	82	92
Nº de atendimento ao RN em Sala de Parto ARN-TPP		70	68	105	61	50		6	75	0	66
Outros-		0	0		6	0			0	0	0
Assistência à Gestante, Puérpera e Recém- Nascido GPRN											
Nº de Gestantes/ Puérperas em Enf. de Alto Risco AR-GPRN		338	298	306	452	451		332	490	252	310
Nº de atendimentos relacionados ao Aleit. Materno AM-GPRN		89	169	110	238	100		239	40	0	85
Nº de Puérperas admitidas/ avaliadas em A.C P-GPRN		1203	298	180	522	742		428	745	530	1023
Nº de altas Puérpera		X	20	261	X	336		X	X	X	114
Outros- 1º Exame RN ERN-GPRN		78	83	135	103	48		343	241	108	129
UBS: (especificar)											
Assistência Gestante, Puérpera e Recém- Nascido UBS											
Nº de Ações Educativas GESTAÇÃO AEG-UBS		3	20	20	6	8		6	6	2	20
Nº de Ações Educativas PUERPÉRIO AEP-UBS		0	13	13	3	0		0	0	8	10
Nº de Consultas Pré- Natal PN-UBS		30	17	17	7	16		7	7	25	11
Nº de Consultas para prevenção de câncer P-UBS		22	26	26	35	29		1	35	129	38
Nº de Ações Educativas no Climatério AEC-UBS		0	0	0	1	4		3	0	0	3
Nº de Ações Educativas em Planejamento Reprodutivo AEPR-UBS		0	0	0	3	8		1	3	3	20
Nº de Consultas de Puerpério CP-UBS		2	0	0	1	0		0	1	4	3
Nº de Atendimento do 5º dia A5D-UBS		0	0	0	0	0		0	0	1	1
Nº de Visita Domiciliar à Puérpera VD-UBS		0	0	0	0	0		0	0	0	1
Outros-		0	0	0	0	0		0	0	0	14
Assistência à Mulher											
Nº de consultas Ginecológicas CG-UBS		22	26	22	35	29		35	35	129	3
Nº de consultas Climatério CC-UBS		5	0	5	0	0		0	0	0	3
Atuação em sala de Vacina ASV-UBS		1	0	0	2	0		2	0	0	0
Atend. Demanda espontânea (Mulher quiexa ginecológica) ADE-UBS		1	0	0	0	0		0	0	0	2
Outros-		0	0	0	0	0		0	0	0	0
E											
Reuniões Equipe RE-E		1	8	8	38	7		38	0	12	0
Ações Educativas para Capacitar a Equipe da Unidade CE-E		0	13	13	6	2		6	0	0	1
OUTRAS ATIVIDADES		0	0	0	0	0		0	0	0	3

R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	TOTAL	MEDIA
TOTAL														
425			6	342	482		220	469	488	212	414	292	6852	360,6315789
270			126	371	236		284	104	214	209	344	276	4526	238,2105263
181			128	177	196		215	142	221	108	140	150	3000	157,8947368
1			0	1	1		3	5	1	0	1	2	28	1,473684211
2			0	1	1		1	5	2	1	1	2	31	1,631578947
94			71	44	125		169	69	114	67	104	85	1606	84,52631579
87			74	120	70		76	0	97	68	75	78	1246	65,57894737
0			0	0	0		0	0	0	0	18	0	24	1,411764706
													0	#DIV/0!
													0	#DIV/0!
493			278	551	267		679	76	381	267	346	171	6738	354,6315789
40			93	469	31		228	3	0	54	103	12	2103	110,6842105
1359			1407	876	519		488	445	1004	911	1175	353	14208	747,7894737
X			153	238	60		290						1472	184
56			0	42	73		83	77	85	42	29	71	1826	96,10526316
													0	#DIV/0!
													0	#DIV/0!
													0	#DIV/0!
4			8	45	4		2	11	20	31	45	3	264	13,89473684
12			8	33	8		1	14	10	19	33	0	185	9,736842105
20			70	64	19		22	5	15	30	64	30	476	25,05263158
35			244	74	42		24	130	25	46	74	22	1057	55,63157895
2			4	6	4		1	0	2	0	6	0	36	1,894736842
5			8	21	5		8	3	15	16	21	0	140	7,368421053
2			10	6	3		3	2	5	6	8	2	58	3,052631579
0			0	8	2		6	2	0	0	6	0	26	1,368421053
4			0	6	3		7	1	3	3	4	0	32	1,684210526
0			0	0	3		7	365	0		0	0	389	21,61111111
													0	#DIV/0!
													0	#DIV/0!
35			70	84	2		24	130	2	46	2	22	753	39,63157895
2			4	25	9		5	31	2	8	2	5	106	5,578947368
0			0	12	0		2	1	0	0	5	1	26	1,368421053
0			0	37	4		7	0	5	0	4	1	61	3,210526316
0			0	3	0		0	0	0	0	0	0	3	0,157894737
													0	#DIV/0!
20			16	12	19		12	0	20	8	17	1	237	12,47368421
2			8	4	2		4	0	2	0	1	0	64	3,368421053
0			0	10	0		0	0	0	0	3	0	16	0,842105263

