Validação de escala para mensurar a carga de trabalho das parteiras

Validation of a scale to measure the workload of midwives

Validación de escala para medir la carga de trabajo de las parteras

Lorena Gómez García[1] https://orcid.org/0000-0002-3625-6054
Maria Dolores Roldan Valcarcel[1] https://orcid.org/0000-0003-1087-0264
Ana Myriam Seva Llor[1] https://orcid.org/0000-0002-0531-9227
Maria Fuensanta Hellín Gil[2] https://orcid.org/0000-0003-0402-0888
Guadalupe Ruiz Merino[1] https://orcid.org/0000-0002-5265-1935
Francisco Javier Navarro Guerrero[3] https://orcid.org/0000-0002-9131-5766
Esperanza De La Iglesia Cano[4] https://orcid.org/0000-0002-8969-2909

Como citar:
García LG, Valcarcer MD, Llor AM, Gil MF, Merino GR, Guerrero FJ, et al. Validação de escala para mensurar a carga de trabalho das parteiras. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE02632.

DOI
http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024A00002632

CC BY

Descritores
Tocologia; Trabalho de parto; Carga de trabalho; Terminologia padronizada em enfermagem; Gestão de recursos humanos

Keywords
Midwifery; Labor obstetric; Workloads; Standardized nursing terminology; Personnel management

Descriptors
Partería; Trabajo de parto; Carga de trabajo; Terminología normalizada de enfermería; Administración de personal

Submetido
22 de Novembro de 2022

Aceito
10 de Outubro de 2023

Autor correspondente
Lorena Gómez García
E-mail: lorenagomez_20@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):
Kelly Pereira Coca
(https://orcid.org/0000-0002-3604-852X)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brazil.

Resumo

Objetivo: Validar a elaboração de uma escala para mensurar a carga de trabalho das parteiras com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) por meio da sua aplicação multicêntrica em diferentes unidades de parto.

Métodos: Estudo quantitativo, longitudinal, de caráter multicêntrico, realizado em três hospitais universitários gerais da rede pública de saúde. A amostra foi composta por cinquenta parteiras, que examinaram a validade de construto da escala elaborada, com um total de 370 partos. A coleta de dados iniciou-se por meio da escala elaborada *ad hoc* pela equipe de pesquisa, contabilizando o tempo e o número médio de intervenções NIC, realizadas a cada nascimento.

Resultados: As parteiras do estudo estão sujeitas a um aumento na sua carga de trabalho quanto ao número e ao tempo médio gasto na realização das NIC em cada parto atendido. Em sua jornada de trabalho (turno de 12 horas), elas destinam 960,61 minutos (16 horas no turno diurno) e 840,29 minutos (14 horas no turno noturno) para executar suas funções na assistência ao parto.

Conclusões: Os dados indicam a validade da escala elaborada *ad hoc*, pois esse instrumento reflete a real carga de trabalho vivenciada pelas parteiras do estudo.

Abstract

Objective: To validate the design of a scale to measure the workload of the midwives based on Classification of Nursing Interventions (NIC), through their multicentric application in different delivery units.

Methods: Quantitative, longitudinal, study multicentric character, conducted in three general university hospitals of the public system of health. The sample consisted of fifty midwives, who examined the validity of the construct of the designed scale, for a total of 370 births. Data collection began through the scale designed ad hoc by the research team, accounting for the time and average number of NIC interventions, performed at each birth.

Results: The midwives of the study, are subject to an increase in their workload regarding the number and average time spent conducting interventions NIC in each attended delivery. In their working day (12-hour shift) they allocate 960.61 minutes (16 hours in day shift) and 840.29 minutes (14 hours in night shift), to execute their roles in childbirth attendance.

Conclusion: The data indicate the validity of the scale designed ad hoc, as this instrument reflects the actual workload experienced by the midwives of the study.

[1] *Universidad de Murcia*, Murcia, Espanha.
[2] *Hospital H.C.U.V*, Arrixaca, Espanha.
[3] *Son Espases University Hospital*, Palma, Illes Balears, Espanha.
[4] *Baptist Memphis*, Tennessee, Estados Unidos da América.
Conflito de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Validar la elaboración de una escala para medir la carga de trabajo de las parteras con base en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) a través de su aplicación multicéntrica en diferentes unidades de parto.

Métodos: Estudio cuantitativo, longitudinal, de carácter multicéntrico, realizado en tres hospitales universitarios generales del sistema de salud pública. La muestra estuvo compuesta por 50 parteras, que examinaron la validez del constructo de la escala elaborada, con un total de 370 partos. La recopilación de datos comenzó mediante la escala elaborada *ad hoc* por el equipo de investigación y contabilizó el tiempo y el número de intervenciones NIC realizadas en cada nacimiento.

Resultados: Las parteras del estudio están sujetas a un aumento de su carga de trabajo con relación al número y al tiempo promedio utilizado en la realización de las NIC en cada parto atendido. En su jornada laboral (turno de 12 horas), destinan 960,61 minutos (16 horas en el turno diurno) y 840,29 minutos (14 horas en el turno nocturno) para ejecutar sus funciones en la atención al parto.

Conclusión: Los datos indican la validez de la escala elaborada *ad hoc*, ya que este instrumento refleja la real carga de trabajo que tienen las parteras del estudio.

Introdução

No serviço de parto, a assistência pré-natal, intraparto e pós-parto é prestada com variações significativas no número de parteiras em relação ao número de intervenções ou atividades realizadas por essa equipe.[1] O quadro quantitativo de parteiras nas unidades de assistência ao parto é de extrema importância para garantir a qualidade do serviço prestado e a segurança do binômio mãe-filho.

O aumento da variação no número de nascimentos, maiores expectativas dos pacientes, alguns problemas sociais, comorbidades médicas e aspectos relativos à organização da unidade, bem como à equipe multiprofissional, enfim, geral do sistema assistencial, resultaram no aumento da demanda dessas unidades em um momento de gastos mais restritos em saúde.[2-6] O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* e o *Royal College of Midwives* (RCM) sugeriram que as mulheres em trabalho de parto deveriam receber atenção individual das parteiras. Recomenda-se uma proporção de parteiras/grávidas de 1:1. Para mulheres com gravidez de alto risco, a proporção entre parteiras e mulheres deve ser de 1,2 a 1,4:1, sendo a proporção mínima de parteiras por mulher de 1:2,-1,4:1, e uma proporção de 1:2 é utilizada para um nível de cuidado seguro para garantir a capacidade de alcançar um cuidado personalizado durante o trabalho de parto. É lógico supor que as lacunas na disponibilização de pessoal experiente na prática diária poderiam ter um efeito cumulativo na satisfação dos pacientes, nos resultados clínicos e até na saúde e no moral das parteiras.[5,7,8]

As parteiras têm um papel essencial durante o processo e a vivência do parto. São consideradas um dos membros mais importantes da equipe de saúde, pois contribuem para garantir serviços de maternidade de qualidade, desempenhando um papel essencial na melhoria dos indicadores de saúde materna e neonatal.[7,9-11] As Nações Unidas as colocam no centro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, por sua contribuição específica no processo fisiológico do parto normal e pelo seu enfoque determinado no cuidado contínuo da saúde sexual-reprodutiva, materna e neonatal.[3,10] O impacto da falta de parteiras é grande, resultando em uma perda das suas competências profissionais em determinadas áreas, devido à elevada carga de trabalho ou às limitações de tempo para efetivar as suas funções.[1,12,13] Isso traz à tona o dilema ético de como priorizar a atenção.[14] A contratação adequada de parteiras depende da carga de trabalho. De modo geral, a carga de trabalho pode ser entendida como todas as atividades realizadas por uma equipe de parteiras no processo de atenção durante um determinado espaço de tempo.

Essas atividades estão relacionadas à atenção direta (realizada na presença do paciente) e indireta (ocorrendo fora da interação com o paciente). Essa carga de trabalho é influenciada por vários fatores, tais como características dos pacientes (sistema de classificação de pacientes), características do papel do pessoal de saúde (competências, habilidades e atitudes) e o número de pacientes atendidos.

Devido às frequentes mudanças de horário no fluxo de pacientes, a carga de trabalho das parteiras na unidade de parto é muitas vezes difícil de pre-

ver;[4,14,15] por isso, é importante avaliar a carga de trabalho das parteiras dentro da instituição hospitalar, mais especificamente na unidade de parto, para estabelecer uma ligação eficaz entre a procura de cuidados, o pessoal e os resultados de saúde.[9]

Nos últimos anos, os gestores têm enfrentado o desafio de coletar dados sobre as diversas dimensões da carga de trabalho para tomar decisões relativamente ao recrutamento de pessoal. Com o aumento do uso de tecnologias de informação em saúde no ambiente hospitalar, a medição da carga de trabalho utilizando essas tecnologias seria ideal. Um componente fundamental da informação sobre saúde da maioria das tecnologias é a terminologia padronizada.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma terminologia de enfermagem abrangente e padronizada que tem sido usada para classificar sistematicamente os cuidados de enfermagem no ambiente clínico.[16] Nessa perspectiva, o uso das NIC fornece suporte ao planejamento e avaliação de pessoal, identificando a carga de trabalho da enfermagem, expressa em intervenções,[17] incluindo o cuidado direto ao paciente, a educação do paciente e da família e o aconselhamento.[16] Em consonância com o desafio de ampliar a utilização das NIC, os estudos que a utilizaram como base para mensuração da carga horária indicaram que é um recurso importante para o planejamento do quadro de pessoal, pois constitui um importante ponto teórico e de referência metodológica para traçar intervenções e atividades realizadas em determinados grupos de pacientes e, assim, estabelecer medidas confiáveis e válidas sobre a carga de trabalho para auxiliar os gestores na tomada de decisões de pessoal baseadas em evidências.[16-18] O objetivo deste estudo foi validar a elaboração de uma escala para mensurar a carga de trabalho das parteiras com base na NIC por meio da sua aplicação multicêntrica em diferentes unidades de parto.

Métodos

Estudo quantitativo, longitudinal, multicêntrico, realizado entre outubro, novembro e dezembro de 2021 em três unidades de parto de três hospitais públicos da Região de Múrcia, Espanha. Esses hospitais apresentam diferenças significativas em termos de estrutura física e organizacional. O hospital A é considerado de primeiro nível de atenção, regional, e sua unidade de parto está estruturada em duas salas de trabalho de parto, duas salas de dilatação, um pronto-socorro e uma sala peridural, com atendimento anual de 480 partos, com dotação para jornada de 12 horas[19] de duas parteiras no turno diurno (das 8 às 20 horas) e uma parteira no turno noturno (das 20 às 8 horas), para o atendimento ao parto normal, bem como às emergências materno-neonatal-ginecológicas, atendimento ao final da gestação e amamentação, entre suas múltiplas competências profissionais. O hospital B, de terceiro nível de atendimento, está estruturado em oito salas de parto e cinco leitos de puerpério e recuperação, com um atendimento anual de 2.522 partos, contando, portanto, com um quadro de quatro parteiras em turno diurno e noturno. Por último, o hospital C é de terceiro nível de cuidado e de referência dentro da área da saúde de Múrcia, Espanha. Está estruturado em 18 casas de parto, com atendimento anual de 6.828 partos para uma equipe de 7 parteiras no turno diurno-noturno. As participantes do estudo foram as parteiras que trabalhavam na rede dos três hospitais públicos selecionados da região de Múrcia, realizando uma amostragem probabilística e de conveniência, estabelecendo uma série de critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, possuir qualificação em enfermagem, além de ser especialista em obstetrícia – ginecologia (parteira) e estar em serviço ativo na área da saúde.
- Critérios de exclusão: profissionais de obstetrícia que estejam em regime de residência ERI (Enfermeiro Residente Interno).

Conseguir uma participação total entre os três hospitais do estudo de cinquenta parteiras. A amostra do tamanho dos partos estudados foi calculada de acordo com o histórico de partos assistidos por parteiras, nas diferentes unidades, no ano anterior ao início deste estudo. Foram estabelecidos 370 nascimentos para obter representatividade estatística, assumindo uma proporção de 0,5 e uma precisão

de 0,05 para um nível de confiança de 95% e um poder beta de 0,8. Estratificando por hospitais, essa amostra foi estimada em n=16 para o hospital A, n=95 para o hospital B e n=258 para o hospital C.

A observação e a contabilização da própria atividade assistencial pelas parteiras do estudo, por meio de escala elaborada em linguagem padronizada (NIC), foram estruturadas com correlação às quatro funções da enfermagem (cuidadora, gestora, treinadora e pesquisadora) e assistencial de enfermagem planos baseados em padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon, que foram elaborados *ad hoc* pela equipe pesquisadora. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas entre maio e junho de 2020, em formato virtual, com uma amostra representativa de parteiras para elencar as diversas atividades que realizavam no seu cotidiano de trabalho.

Posteriormente, foi realizado um mapeamento dessas atividades para catalogá-las com sua correspondente NIC. Uma vez construído o instrumento em linguagem padronizada (NIC), foi validado qualitativamente em relação ao conteúdo e à construção por três grupos focais de parteiras especialistas, ou com suas competências na matéria reconhecidas no marco legal espanhol[20] nacional, regional e sênior, em maio de 2021, por meio digital, pela plataforma Zoom, verificando se as NIC foram adequadas e suficientes para mostrar a grande variedade na prática clínica que guia esta profissional, a qual influenciou a aceitação do instrumento e sua aplicação nesta pesquisa.

A escala é composta por 24 itens, e cada item contém uma ou mais intervenções de enfermagem (NIC) associadas ao mesmo tempo de aplicação. O tempo atribuído a cada item foi estabelecido comparando o tempo real necessário para executar cada intervenção com o tempo acordado pelos grupos focais.

Para verificar a validação quantitativa do conteúdo da escala, bem como sua eficácia, relevância e representatividade na determinação da carga de trabalho das parteiras nas unidades de parto selecionadas, foi realizada a contabilização do tempo e do número de NIC em cada parto assistido pelo grupo de parteiras que compõe o estudo.

Para isso, foi criado um instrumento de coleta de dados em formato Excel agrupando o tempo e o número de intervenções realizadas em linhas, além da descrição de cada uma das variáveis a serem medidas no estudo em colunas. As parteiras participantes do estudo preencheram uma nova escala a cada turno. Consideraram o número de pacientes atendidos em cada turno de trabalho.

O teste piloto foi realizado antes da coleta total dos dados, o que, além disso, supõe a validação do instrumento para uma amostra de 30 partos, verificando a confiabilidade e a compreensão pelas parteiras do estudo, identificando a coleta dos dados em relevância.

Os dados foram digitados em planilha Microsoft Excel 97-2003 e analisados no pacote estatístico SPSS versão 23.0, realizando análise descritiva com cálculo de frequências, percentuais, médias, desvios padrão e média. Foi realizada análise inferencial das variáveis independentes "unidade de parto" e "turno" com as variáveis sociodemográficas, carga horária de atendimento, gestão, atividade docente e de pesquisa, e aquela correspondente a cada um dos itens da escala. Para avaliar as diferenças nos tempos medidos, utilizou-se a análise de variância (ANOVA) e, posteriormente, o teste de Tukey. Foi estabelecido um nível de significância estatística de 95% ($p>0,05$). O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas nacionais e internacionais.

Antes da coleta de dados, o estudo obteve avaliação inicial e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa dos três hospitais participantes deste estudo, seguindo as diretrizes do protocolo. Os profissionais que aceitaram participar receberam orientações sobre a finalidade do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sempre respeitando a Lei 3/2018, de 5 de dezembro de 2018, de proteção de dados pessoais e garantia de direitos digitais.

Resultados

Durante um período de 3 meses, foi recrutada uma amostra de 408 partos, distribuída nos três hospitais que compõem o estudo. Assim, 20 desses nascimentos correspondem ao hospital A, coletados durante um período de 1 mês, 99, ao hospital

B, coletados durante 2 meses, e 289, ao hospital C, coletados durante 3 meses. No conjunto dos três hospitais e atendendo ao turno de trabalho, foi coletada uma amostra de 238 partos no turno diurno, 120, no turno noturno, 38, no turno diurno-noturno, e 12, no turno noturno-diurno. A etnia mais atendida durante o processo de nascimento foi a espanhola (n=317), seguida da árabe (n=66) e da sul-americana (n=22), das quais 188 eram nulíparas, 155, secundíparas, e 65, multíparas. As internações hospitalares e os partos mais realizados foram parto ativo (n=208), gravidez prolongada (n=75) e ruptura prematura de membrana (n=58). Portanto, 221 nascimentos tiveram início espontâneo e 187 foram induzidos. Assim, 188 terminaram em parto normal, 70, em parto distócico, e 99, em cesariana. Foram evidenciados o número de NIC realizadas pelas parteiras em cada parto e o tempo médio de execução dessas intervenções. Além disso, medimos a carga de trabalho das parteiras dentro da unidade de parto em relação ao turno de trabalho, encontrando diferenças significativas importantes em termos de turno. De acordo com os itens da escala, obteve-se maior carga horária para os itens correspondentes à função assistencial e àqueles que incluem as NIC "acompanhamento fetal", "acompanhamento", "emergências". Observamos também que a carga de cuidado é maior no turno diurno, comparada ao turno noturno (Tabela 1).

Além disso, a carga de trabalho das parteiras foi mensurada em relação às variáveis sociodemográficas estudadas (Tabela 2).

Destacam-se entre as variáveis estudadas aquelas que implicam maior dedicação e, portanto, aumento na função de cuidar: trabalhar em hospital de grande tecnificação (hospital C); turno diurno-noturno (24 horas); atender mulheres de etnia sul-americana, nulípara e com parto gemelar; e assistência ao parto com início induzido e término em distocia. Para a análise estatística e determinação dos níveis de significância, foram feitas inferências entre o tempo médio dedicado a cada uma das variáveis investigadas no estudo. Encontramos diferenças estatisticamente significativas nas variáveis apresentadas na tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 1. NIC e tempo de implementação de tais intervenções e às quatro funções das parteiras durante o acompanhamento do processo de parto

Itens	Turno diurno		Turno noturno	
	Número médio de NIC	Média de tempo (minutos)	Número médio de NIC	Média de tempo (minutos)
Autocuidado	6,08	18,87	5,53	16,25
Prevenção	10,52	10,52	9,35	9,35
Medicação geral	4,29	17,15	3,45	13,94
Medicação peridural	2,14	6,42	1,97	5,87
Amostra	1,22	2,44	1,16	2,30
Educação em saúde (ES)	11,53	137,92	10,40	123,71
ES sobre lactação	2,37	28,44	2,47	30,11
Eliminação	2,14	4,32	2,00	3,98
Procedimentos invasivos naturais	1,78	9,08	1,57	7,75
Ferimentos	1,03	14,38	1,08	14,18
Acompanhamento materno	4,07	8,19	3,72	7,48
Monitoramento fetal	5,00	294,04	4,19	252,23
Posição	5,70	5,70	4,87	4,87
Conforto	3,79	3,79	3,48	3,48
Acompanhamento	12,64	151,64	11,06	132,84
Apoio e cuidado ao paciente	2,78	130,03	2,63	123,83
Gestão de pacientes	2,31	53,62	2,00	46,16
Gestão de unidades	3,59	21,27	3,07	18,43
Ensino	3,64	83,34	3,23	74,03
Pesquisa	1,00	23,80	1,00	23,00
Nutrição	2,50	28,80	2,25	27,00
Emergência	2,50	150,00	a	a
Alternativas para a dor	2,27	27,20	5,00	60,00
Complexo	a	a	a	a
Isolamento	8,00	24,00	a	a
Instrumental	a	a	a	a
Amamentação	1,00	38,00	a	a

Funções das parteiras	Turno diurno		Turno noturno		Turno diurno-noturno integral	
	Número médio de NIC	Média de tempo (minutos)	Número médio de NIC	Média de tempo (minutos)	Número médio de NIC	Média de tempo (minutos)
Função de cuidado em saúde	72,98	822,16	63,86	725,78	78,06	887,64
Função gerencial	5,70	73,84	4,98	63,47	6,13	79,21
Função educacional	b	46,75	b	32,97	1,82	41,48
Função de pesquisa	b	23,29	b	23,00	1,11	25,59
Total das 4 funções	80,41	960,61	70,01	840,29	87,34	1034,20

a. Não observado durante o período de coleta de dados; b. Contagens baixas para produzir estimativas confiáveis.

Discussão

Os resultados do estudo nos mostram como as parteiras nos hospitais, foco deste estudo, estão sujeitas a um aumento na sua carga de trabalho no que diz respeito ao número e ao tempo médio gasto na realização das NIC. As NIC estudadas, que trazem maior carga de trabalho, tanto no turno diurno quanto

Tabela 2. Tempo médio de carga horária baseado nas quatro funções das parteiras em relação às variáveis sociodemográficas do estudo

Variáveis		n Média de tempo (minutos)	Cuidado em saúde Média de tempo (minutos)	Gestão Média de tempo (minutos)	Educacional Média de tempo (minutos)	Pesquisa Média de tempo (minutos)	Total[a]
Hospital	A	20	818,85	87,45	9,20	29,90	945,40
	B	99	866,41	81,94	26,26	26,25	1001,36
	C	289	899,68	77,72	48,92	25,07	1051,60
	Total	408	887,64	79,21	41,48	25,59	1034,20
Turno de trabalho	Diurno	238	889,71	80,84	46,75	23,29	1041,11
	Noturno	120	822,23	72,28	32,97	23,00	950,06
	Diurno-noturno	38	1064,79	88,74	40,58	41,76	1236,71
	Noturno-diurno	12	940	86,42	24,92	46,00	1097,33
	Total	408	887,64	79,21	41,48	25,59	1034,20
Etnia	Espanhol	317	902,38	80,16	42,64	25,83	1051,68
	Árabe	66	802,45	73,91	26,88	24,39	927,59
	Africano	2	925,50	76,00	,00	23,00	1024,50
	Sul-americano	22	942,95	79,41	71,09	26,14	1113,77
	Oriental Europeu	1	547,00	134,00	69,00	23,00	801,00
	Total	408	887,64	79,21	41,48	25,59	1034,20
Fórmula obstétrica	Nulípara	188	894,63	80,53	49,51	25,45	1049,59
	Secundípara	155	881,94	78,42	35,31	26,12	1022,54
	Multípara	65	881,05	77,28	32,95	24,77	1017,52
	Total	408	887,64	79,21	41,48	25,59	1034,20
Diagnóstico médico	Trabalho de parto ativo	208	897,38	74,62	39,27	24,77	1036,64
	RPM	58	921,16	77,84	44,41	26,97	1071,97
	HTA	6	967,50	85,50	19,17	30,67	1102,83
	CIR	11	999,73	91,55	39,73	27,18	1158,18
	Diabetes	3	809,67	79,67	61,33	23,00	973,67
	Placenta prévia	1	1134,00	41,00	,00	23,00	1198,00
	Gravidez Prolongada	75	956,57	80,89	44,77	26,37	1107,09
	Natimorto	2	529,50	55,00	,00	23,00	607,50
	Colestase	2	1043,50	67,00	80,50	23,00	1214,00
	Cesariana anterior	9	488,56	95,00	38,33	23,00	644,78
	Podálico	23	539,26	105,09	31,00	24,00	698,39
	Líquido amniótico alterado	5	1000,20	96,80	90,40	32,20	1220,80
	corioamnioite	5	892,00	92,00	92,00	23,00	1099,00
	Gemelar	1	1064,33	89,33	46,00	38,33	1237,33
	Total	408	887,64	79,21	41,48	25,59	1034,20
Início do trabalho de parto	Espontâneo	221	891,84	75,68	39,77	24,77	1032,74
	Induzido	187	882,69	83,41	43,50	26,57	1035,94
	Total						
Tipo de parto	Eutócico	238	901,75	76,22	43,50	25,32	1047,07
	Distócico	70	901,75	73,24	43,26	24,64	1104,41
	Cesárea	99	803,08	91,19	34,39	26,95	955,42
	Total	407	888,20	79,32	41,24	25,60	1034,64

a. Carga horária total das parteiras em relação às 4 funções.

no noturno, são o acompanhamento fetal, o acompanhamento e a atuação em situações de emergência. Resultados consistentes com outros estudos[12,21] sugerem que as parteiras têm que avaliar e redefinir constantemente o modo de prestação de cuidados, pois a experiência do parto influencia não só a mulher, mas o seu companheiro, a relação com a criança e toda a família. Portanto, a importância da presença contínua da parteira durante o processo de parturição. Além disso, as ações pretendidas e a melhoria do fluxo de trabalho por parte dessa organização profissional reduzem os riscos clínicos para a mãe e para o recém-nascido. Mas os resultados deste estudo mostram-nos como a presença e a atenção da parteira não podem ser contínuas, devido ao aumento da pressão a que estão expostas. As parteiras do estudo devem atender regular e constantemente três mulheres durante o processo de parto, o que envolve a manuten-

Tabela 3. Comparações das múltiplas variáveis do estudo entre si com seu nível de significância

Variáveis dependentes		I[a]	J[b]	Diferença média	Significância
Hospital	Educação	A	C	-39,72	0,005
		B	C	-22,66	0,001
		C	A	39,72	0,005
		C	B	22,66	0,001
	Pesquisa	B	A	4,83	0,017
		B	A	-4,83	0,017
Turno de trabalho	Cuidado em saúde	Turno diurno	Turno noturno	67,48	0,049
			Turno diurno-noturno	-175,08	0,00
		Turno noturno	Turno diurno	-67,48	0,049
			Turno diurno-noturno	-242,56	0,00
		Turno diurno-noturno	Turno diurno	175,08	0,00
			Turno noturno	242,56	0,00
	Gestão	Turno diurno	Turno noturno	8,56	0,030
		Turno noturno	Turno diurno	-8,56	0,30
			Turno diurno-noturno	-16,46	0,008
		Turno diurno-noturno	Turno noturno	16,46	0,008
	Pesquisa	Turno diurno	Turno diurno-noturno	-18,47	0,00
			Turno diurno-noturno	-22,71	0,00
		Turno noturno	Turno diurno-noturno	-18,76	0,00
			Turno diurno-noturno	-23,00	0,00
		Turno diurno-noturno	Turno diurno	18,47	0,00
			Turno noturno	18,76	0,00
			Turno diurno-noturno	-4,23	0,10
		Turno diurno-noturno	Turno diurno	22,71	0,00
			Turno noturno	23,00	0,00
			Turno diurno-noturno	4,23	0,10
	Total (4 funções)	Turno diurno	Turno noturno	91,05	0,005
			Turno diurno-noturno	-195,59	0,00
		Turno noturno	Turno diurno	-91,05	0,005
			Turno diurno-noturno	-286,65	0,00
		Turno diurno-noturno	Turno diurno	195,59	0,00
			Turno noturno	286,65	0,00
Fórmula obstétrica	Educação	Nulípara	Secundípara	14,20	0,048
		Secundípara	Nulípara	-14,20	0,048
Tipo de parto	Cuidado em saúde	Eutócico	Cesariana	98,65	0,001
		Distócico	Cesariana	159,43	0,00
		Cesárea	Eutócico	-98,65	0,001
			Distócico	-159,43	0,00
	Gestão	Eutócico	Cesariana	-14,97	0,00
		Distócico	Cesariana	-17,95	0,00
		Cesariana	Eutócico	14,97	0,00
			Distócico	17,95	0,00
	Total (4 funções)	Eutócico	Cesariana	91,64	0,007
		Distócico	Cesariana	148,99	0,001
		Cesárea	Eutócico	-91,64	0,007
			Distócico	-148,99	0,001

Variáveis dependentes		Comparativa	Significância
Etnia	Cuidado em saúde	Intergrupo-Intragrupo[d]	0,013
	Educação		0,015
	Total[c]		0,003
Diagnóstico médico	Cuidado em saúde	Intergrupo-Intragrupo[d]	0,000
	Gestão		0,001
	Pesquisa		0,049
	Total[c]		0,000
Início do trabalho de parto	Cuidado em saúde	Intergrupo-Intragrupo[d]	0,028
	Pesquisa		0,000
	Total[c]		0,011

a. Variável sociodemográfica 1; b. Variável sociodemográfica 2; c. Carga horária total das parteiras com relação às 4 funções; d. Considerando intergrupo (comparações entre a mesma variável) e intragrupo (comparações entre diferentes variáveis).

ção de uma proporção de parteira/substituta de 1:3. Ao estudar a prática clínica das parteiras, integrada pelas quatro funções, fica evidente como a função assistencial implica maior tempo de dedicação tanto no turno diurno quanto no noturno, seguida da função de gestão, ensino e pesquisa.

O tempo médio total investido pelas parteiras, no que diz respeito às quatro funções no cuidado à mulher no processo de parturição, é de 960,61 minutos (16 horas) para o turno diurno e 840,29 minutos (14 horas) para o turno noturno. Isso supõe um excesso de tempo dedicado à execução das suas funções relativamente à duração da sua jornada de trabalho de parto (12 horas), afetando a inadimplência da relação parteira/substituta.

Estes dados estão alinhados com outros estudos,[5,7,8] pois nos mostra como a proporção prefixada (1:2) dos hospitais do estudo não está bem estabelecida para prestar esses cuidados de qualidade tão exigidos hoje. Se, além disso, levarmos em conta os resultados extraídos sobre a relação entre a carga de trabalho das parteiras durante a assistência à parturiente (proporção 1:1), no que diz respeito às variáveis sociodemográficas do estudo, encontramos discrepâncias significativas quanto ao tipo de hospital, turno de trabalho, etnia, paridade, diagnóstico médico, início e término do trabalho de parto.

Se abordarmos o tipo de hospital, o hospital C (terceiro nível de atenção e referência) apresenta tempos médios de carga de trabalho das parteiras (1.051,60 min - 17,5 horas) mais antigos que o hospital B (1.001,36 min - 16,7 horas) e o hospital A (945,40 min - 15,7 horas). Resultados compatíveis com a literatura indicam como a estrutura organizacional, o tamanho das unidades de parto e o aumento da tecnificação do processo de nascimento variam a frequência e o número de intervenções realizadas pelas parteiras.[22]

Ao explorar o turno de trabalho e o tipo de paciente que atende, constatamos que, durante o turno diurno, a carga de trabalho aumenta significativamente em relação ao turno noturno. Essa situação se deve a dois fatores. O primeiro fator é referente ao aumento no número de processos agendados, como cesarianas eletivas, versões cefálicas externas e induções ao parto; isso é consistente com a atual pesquisa baseada em evidências.[21,23-25] E o segundo fator depende do tipo de paciente atendida, como a etnia subamericana, as nulíparas e as mulheres que apresentam comorbidades médico-obstétricas. Esse aumento da carga de trabalho observado é consistente com os achados de outros estudos,[1,2,8,21,23] pois atualmente enfrentamos um aumento na atenção aos processos crônicos, gerados pelo aumento da gemelaridade, pelo aumento da idade materna, pelos nascimentos prematuros, bem como pelo aumento das técnicas de reprodução assistida.

Se avaliarmos os resultados em relação ao início e ao final do trabalho de parto, detecta-se que a carga de trabalho no trabalho de parto induzido (1.035,94 minutos - 17,3 horas) é superior à do parto espontâneo (1.032,74 minutos - 17,2 horas), conforme exposto por certos estudos,[19] afirmando que o aumento na taxa de indução do trabalho de parto tem levado ao aumento da carga de trabalho das parteiras nas maternidades. O guia do Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE - *National Institute of Clinical Excellence*) reconhece que as induções do parto exercem maior pressão na sala de parto do que o parto de início espontâneo.

E quanto à realização do mesmo, o tempo médio para parto distócico foi de 1.104,41 minutos - 18,4 horas, para parto eutócico, 1.047,07 minutos - 17,45 horas, e para parto cesareana, 955,42 minutos - 16 horas. Essa diferença de tempo observada é resultado da ação e coordenação de inúmeros profissionais em um mesmo processo de cuidado. É o tempo gasto na coordenação e comunicação entre as diferentes unidades envolvidas no processo de parto.[22-25]

As parteiras estão na linha de frente dos serviços obstétricos e devem ser percebidas como tal pelos Departamentos e Direções de Enfermagem dos hospitais. Os turnos padrão de 12 horas estabelecidos para as parteiras condensam os cuidados que devem ser realizados, entre uma média de 2 horas e mais 6,5 horas, fora desse turno.

Isso se traduz em uma sobrecarga de trabalho, pois a utilização desta escala pelo supervisor no serviço de parto em qualquer momento permite evidenciar a necessidade de reforçar ou aumentar o quadro de pessoal do turno. Isso funciona para ambos os turnos: aquele em que é medido e para o próximo.

A disponibilização de recursos humanos e materiais, incluindo um bom ambiente de trabalho, é essencial para garantir a prestação de serviços de qualidade. A contratação de pessoal deve ser um processo integrado, incorporando uma ampla perspectiva demográfica, epidemiológica, cultural e social para atender à demanda da sociedade atual por parte dos médicos clínicos.

As evidências encontradas nesta pesquisa fornecem uma contribuição valiosa para a análise e avaliação em termos de pessoal, carga de trabalho das parteiras e riscos para a segurança do binômio mãe-filho. As mesmas nos mostram como a relação parteira/substituta deve ser redefinida para assumir o controle da atual situação de sobrecarga. Esta pesquisa nos oferece dados objetivos que corroboram afirmações teóricas ou alegadas baseadas em experiências subjetivas. Por não encontrar estudos que analisem os achados na literatura nacional e no contexto internacional, novos estudos multicêntricos sobre o tema deveriam ser realizados para permitir comparações. Embora possamos encontrar estudos que destacam a importância da implementação de uma ferramenta de planejamento e dotação de pessoal para enfermagem em determinadas unidades, eles não são orientados especificamente para a obstetrícia.

Encontramos uma grande limitação em não poder comparar esta pesquisa com outras, devido à escassez de estudos para medir os encargos das parteiras. Este estudo poderá servir de base para o desenvolvimento de estudos posteriores, aplicando esta escala em outras situações, e iniciar o caminho para uma gestão mais objetiva das cargas de trabalho da obstetrícia, para que sua força de trabalho se baseie em cuidados precisos exigidos pelas mulheres durante o processo de parto. É relevante continuar com essa linha de investigação em estudos futuros que contemple outras unidades hospitalares onde as parteiras estão integradas.

Conclusão

Os resultados obtidos indicam a validade da escala elaborada para medir a carga de trabalho das parteiras, pois esse instrumento reflete a carga de trabalho vivenciada pelas parteiras do estudo nos diferentes hospitais incluídos. Utilizando uma linguagem (NIC) padronizada, de fácil utilização e de grande contribuição para a prática clínica, essa escala permite quantificar o trabalho realizado pelas parteiras na prestação de cuidados à mulher durante o processo de parto, mostrando o tempo real de trabalho, que necessita de uma parteira em cada tipo de parto de acordo com o contexto de saúde. Portanto, essa escala permite uma melhoria na gestão de recursos humanos, adequando as demandas de cuidado às pacientes e orienta a obstetrícia para atender essa demanda, garantindo a segurança e a qualidade do cuidado.

Colaborações

García LG, Valcarcer MDR, Llor AM, Gil MFH, Merino GR, Guerrero FJN e Cano EDLI contribuíram igualmente para a concepção e desenho, coleta ou análise dos dados, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão do conteúdo intelectual. Portanto, todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

1. Turner L, Griffiths P, Kitson-Reynolds E. Midwifery and nurse staffing of inpatient maternity services – a systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care. Midwifery. 2021;103:103118.
2. Yelland A, Winter C, Draycott T, Fox R. Midwifery staffing: Variation and mismatch in demand and capacity. Br J Midwifery. 2013;21(8):579–89.
3. Hanley A, Davis D, Kurz E. Job satisfaction and sustainability of midwives working in caseload models of care: An integrative literature review. Women Birth. 2022;35(4):e397-e407.
4. Campos MS, Oliveira BA, Perroca MG. Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):297–305.
5. Gialama F, Saridi M, Prezerakos P, Pollalis Y, Contiades X, Souliotis K. The implementation process of the Workload Indicators Staffing Need (WISN) method by WHO in determining midwifery staff requirements in Greek Hospitals. Eur J Midwifery. 2019;3(1):1.
6. Rottenstreich M, Rotem R, Mor P, Reichman O, Rottenstreich A, Grisaru-Granovsky S, et al. Midwife annual delivery workload and maternal and neonatal adverse outcomes, is there an association? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021;262:147–54.
7. Bradfield Z, Hauck Y, Kelly M, et al. "De eso se trata la partería": las experiencias de las parteras de Australia Occidental de estar 'con la mujer' durante el trabajo de parto y el nacimiento en el modelo de partera conocido. BMC Embarazo Parto. 2019;19(1):29.

8. Brenne Fehn M, Dahlø R, Nielsen R, Laache I, Vanky E. Proactive versus standard support of labour in nulliparous women; study protocol for a randomized, controlled trial. Trials. 2020;21(1):358.

9. Cucolo DF, Perroca MG. The qualitative dimension of nursing workload: a measurement proposal. Rev Lat Am Enfermagem.2019;27:e3238. .

10. Xie M, Lao TT, Ma J, Zhu T, Liu D, Yu S, et al. Impact of childbirth policy changes on obstetric workload over a 13-year period in a regional referral center in China - implications on service provision planning. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):610.

11. Kyrou M. Mode of delivery and traumatic birth experience: the role of the midwife. Eur J Midwifery. 2020;4(2):39.

12. Jeniawaty S, Mairo RK, Ginarsih Y. Analysis midwife workload with Nasa-TLX method. Med-Leg Update. 2020;20(2):697–702.

13. Bloxsome D, Ireson D, Doleman G, Bayes S. Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: an integrative review. J Clin Nurs. 2019;28(3-4):386–99.

14. Oliveira AP, Ventura CA, Galante ML, Padilla M, Cunha A, Mendes IA, et al. The Current state of obstetric Nursing in Brazil. Rev Lat Am Enfermagen.2021;29:e3510.

15. De Oliveira Salgado P, De Fátima Januário C, Vieira Toledo L, Miranda Brinati L, Sérvio de Araújo T, Tavares Boscarol G. Carga de trabalho da enfermagem requerida por pacientes durante internação numa UTI: estudo de coorte. Enfermería Global. 2020;19(3):450–78

16. de Cordova PB, Lucero RJ, Hyun S, Quinlan P, Price K, Stone PW. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. J Nurs Care Qual. 2010;25(1):39–45

17. Possari JF, Gaidzinski RR, Lima AF, Fugulin FM, Herdman TH. El uso de la clasificación de Intervenciones en enfermería para identificar la carga laboral de un equipo de enfermería de un centro quirúrgico. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;232(5):781-8. .

18. Magalhães AM, Costa DG, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa AD, Moura GM. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. Rev Esc Enferm USP. 2017;51(0):e03255.

19. Ley 55/2003,de 16 diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.17 de diciembre 2003. BOE-A-2003-23101; 2021.[citado 2021 Dec12]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2003/12/17/pdfs/A44742-44763.pdf

20. Orden SAS/1349/2009,6 mayo, por la que se aprueba y pública el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona). 28 mayo 2009. BOE-A-2009-8881.[citado 2020 Fev 2]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf

21. Robertson K, Hardingham I, D'Arcy R, Reddy A, Clacey J. Delay in the induction of labour process: a retrospective cohort study and computer simulation of maternity unit workload. BMJ Open. 2021;11(9):e045577.

22. Martín-Arribas A, Vila-Candel R, O'Connell R, Dillon M, Vila-Bellido I, Beneyto MÁ, et al. Transfers of care between healthcare professionals in obstetric units of different sizes across spain and in a hospital in Ireland: The MidconBirth Study. Int J Environ Res Public Health. 2020 ;17(22):8394.

23. Coates D, Donnolley N, Henry A. The Attitudes and Beliefs of Australian Midwives and Obstetricians About Birth Options and Labor Interventions. J Midwifery Womens Health. 2021;66(2):161–73.

24. Vila-Candel R, Martín A, Escuriet R, Castro-Sánchez E, Soriano-Vidal FJ. Analysis of caesarean section rates using the robson classification system at a university hospital in spain. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1575.

25. de Wolff MG, Midtgaard J, Johansen M, Rom AL, Rosthøj S, Tabor A, et al. Effects of a Midwife-Coordinated Maternity Care Intervention (ChroPreg) vs. Standard Care in Pregnant Women with Chronic Medical Conditions: results from a randomized controlled trial. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(15):7875.