

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA REDE CEGONHA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

TACILANE DO SOCORRO ROCHA DE ALMEIDA

**PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO: UMA INTERVENÇÃO ATRAVÉS DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE.**

**MACAPÁ
2015**

TACILANE DO SOCORRO ROCHA DE ALMEIDA

**PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO: UMA INTERVENÇÃO ATRAVÉS DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais/EEUMG e Universidade Federal do Amapá/UNIFAP, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^a. Esp. Cristiane de Cássia Santos Rodrigues.

**MACAPÁ
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

618

F477p Almeida, Tacilane do Socorro Rocha de.

Protagonismo da mulher no parto: uma intervenção através da educação permanente / Tacilane do Socorro Rocha de Almeida; orientador, Cristiane de Cássia Santos Rodrigues. -- Macapá, 2015.

31 p.

Monografia (especialização) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Enfermagem.

TACILANE DO SOCORRO ROCHA DE ALMEIDA

**PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO: UMA INTERVENÇÃO ATRAVÉS DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais/EEUMG e Universidade Federal do Amapá/UNIFAP, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Data da defesa: 18/11/2015

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof. Esp. Cristiane de Cássia Santos Rodrigues
Universidade Federal do Amapá

Assinatura: _____

Avaliadora Tatiana Calandrini
Universidade Federal do Amapá

Assinatura: _____

Avaliadora Prof. Dr^a Allana dos Reis Corrêa
Universidade Federal de Minas Gerais

Assinatura: _____

**MACAPÁ
2015**

RESUMO

As intervenções obstétricas e o domínio do corpo feminino transferem para o cenário do parto e nascimento o modelo de atenção cercado por tecnologia, com consequente perda do protagonismo da mulher sobre o fenômeno da parturição. A partir do século XX, com base em estudos que apontavam grandes índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal, bem como de intervenções e cesarianas desnecessárias, os movimentos sociais e de mulheres fomentaram modificações políticas significativas no avanço à saúde da mulher. Nesse contexto o Brasil passou direcionar políticas públicas mais abrangentes que atenderiam para além do biológico e menos intervencionista proporcionando a mulher vivenciar seu parto novamente com autonomia, a exemplo o programa Humanização do Parto e Nascimento; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e, mais recentemente a Rede Cegonha, visando a mudança do modelo assistencial na atenção obstétrica, especialmente pela incorporação das práticas baseadas em evidências científicas. Tais mudanças proporcionaram a inserção da Enfermagem como importante agente de transformações, uma vez que tem por sua essência uma assistência holística baseada em práticas não intervencionista. Porém mesmo diante das modificações no âmbito assistência obstétrica é possível constatar que o protagonismo da mulher no parto não é uma realidade hegemônica, ocasionando prejuízos na saúde materna e neonatal. Vislumbrando modificar esse cenário buscou-se intervir através de oficina educativa junto a equipe de enfermagem atuante diretamente na assistência ao parto em uma maternidade pública no Estado do Amapá. A intervenção permitiu reflexão da equipe a respeito da temática, e espera-se que se fomentem qualificações na assistência obstétrica, bem como que o processo de educação em saúde aos trabalhadores do SUS se torne mais concreto na instituição estudada.

Descritores: Protagonismo da mulher. Parto. Enfermagem obstétrica. Educação em saúde.

ABSTRACT

Obstetric interventions and the female body the domain transferred to the birthing scene and the birth care model surrounded by technology, with consequent loss of the role of women on the parity phenomenon. From the twentieth century, based on studies which showed great morbidity and maternal and neonatal mortality, as well as interventions and unnecessary cesareans, social movements and women have fostered significant policy changes to advance women's health. In this context Brazil has direct more comprehensive public policies that would meet beyond the biological and less interventionist providing women experiencing your birth again with autonomy, like the program Humanization of Childbirth; the National Pact to Reduce Maternal and Neonatal Mortality and more recently the Stork Network, aiming to change the care model in obstetric care, especially the incorporation of practices based on scientific evidence. These changes allowed the insertion of Nursing as an important agent of transformation, since it has essentially by a holistic assistance based on non-interventional practice. But even before the changes under obstetric care it is clear that the role of women in childbirth is not a hegemonic reality, which compromised maternal and newborn health. Gleaming change this scenario sought to intervene through educational workshop with the active nursing staff directly in assisted birth in a maternity publishes the State of Amapá. The intervention team allowed reflection on the theme, and is expected to be promoted qualifications in obstetric care and the education process in the SUS health workers become more concrete in the study.

Keywords: Protagonists of women. Parturition. Nursing obstetric. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	10
2.1 SUJEITO	11
2.2 CENÁRIO.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PARTO	13
3.2 ENFERMAGEM FRENTE À ASSISTÊNCIA AO PARTO	15
3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO INSTRUMENTO TRANSFORMADOR.....	17
4 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
6 REFERÊNCIAS	25
APÊNDICES	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
HMML	Hospital e Maternidade da Mulher Mãe Luzia
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação e Pesquisa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização ao Parto e Nascimento
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SUS	Sistema Único de Saúde
UCINCA	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Plano de ação e orçamento ação 1	19
Quadro 2: Plano de ação e orçamento ação 2	20
Quadro 3: Resultados do Pré –Teste	21
Quadro 4: Resultados do Pós –Teste	22

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o parto ocorria no contexto domiciliar, sob a responsabilidade de parteiras que promoviam apoio e conforto à parturiente, porém mudanças ocorridas na assistência obstétrica acabaram por caracterizá-lo como evento médico, cujos significados científicos sobrepujavam os aspectos emocionais e psicológicos. Dessa forma, o processo parturitivo então perdeu seu caráter privativo, íntimo e feminino, sendo projetado para a esfera pública, circunscrevendo-se num contexto onde estão presentes outros atores sociais, com destaque para a figura masculina (SANTOS, 2011).

O protagonismo da mulher e sua consequente submissão frente às intervenções obstétricas vêm sendo uma temática evidente no campo da saúde da mulher, para Frank e Pelloso (2013) a institucionalização do parto e sua medicalização colaboram para a perda da autonomia da mulher e consequentemente para o aumento de medidas intervencionistas.

Proporcionalmente a institucionalização do parto o crescente aumento de submissão feminina fez com que a mulher, aos poucos, deixasse para trás seu instinto natural, perdendo assim sua autonomia para viver a gestação e assumindo um papel passivo durante o momento do parto. A violência da imposição de rotinas, da posição da mulher no trabalho de parto e parto, bem como as interferências obstétricas desnecessárias, perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência (PONTES *et al* 2014).

Dessa forma estabeleceu um modelo de atenção obstétrica marcado por tecnologias intervencionistas que culminaram com a perda do protagonismo da mulher sobre o fenômeno da parturição. Nesse sentido o Ministério da Saúde constatou que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização do cuidado conduziam a uma assistência desqualificada, julgando imprescindível a proposta de mudanças no modelo assistencial (SANTOS *et al* 2011).

Por conseguinte o Brasil passou direcionar políticas públicas mais abrangentes e menos intervencionistas proporcionando a mulher vivenciar seu parto novamente como protagonista, a exemplo o programa Humanização do Parto e Nascimento; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Consoante aos avanços merece destaque implantação da Rede Cegonha, instituída em 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da portaria 1.459/07, consiste em uma rede de cuidados com objetivo de assegurar a mulher direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada na gravidez, parto, abortamento e puerpério. Estabelecendo assim um novo modelo de atenção a saúde da mulher, pautado em boas práticas no trabalho de parto, na humanização do atendimento e na autonomia durante o ciclo reprodutivo (BRASIL, 2011).

Como a discussão cada vez mais evidente sobre a temática as maternidades em todo território vem buscando adequar-se a essa nova proposta, sendo subsidiadas e norteadas pelo Ministério da Saúde. Intensificando ações, cursos, capacitações, especializações e treinamentos às equipes atuantes em centros obstétricos tendo em vista as boas práticas do cuidar, baseado no compartilhamento com a parturiente na tomada de decisões sobre a condução do nascer natural, respeitando seus valores e opiniões. Porém mesmo diante das modificações no cenário da assistência obstétrica é possível constatar que o protagonismo da mulher no parto ainda não é uma realidade hegemônica.

A questão que norteia este estudo originou-se a partir da vivência como enfermeira em uma Maternidade pública do Estado do Amapá onde foi possível observar que as parturientes não são totalmente assistidas no âmbito de seu protagonismo, tal comprovação tornou-se ainda mais evidente por ocasião da experiência como especializanda em obstetrícia através da Rede Cegonha, durante o acompanhamento de vinte mulheres em trabalho de parto e parto.

É fato que essa não é uma realidade específica do Estado do Amapá comprova-se o quadro quando temos a nível nacional, inúmeras iniciativas enfatizando a mudança dessa realidade através Movimentos Sociais, portarias Ministeriais e políticas em saúde vislumbrando uma atenção a saúde obstétrica com maior qualidade que contemple a mulher como autora do fenômeno da parturição. Nesse sentido a Maternidade em questão também tem caminhado ao

aperfeiçoamento da assistência prestada a exemplo oficina de boas práticas baseada em evidências na assistência ao parto realizada por enfermeiros obstetras atuantes no hospital para a equipe de enfermagem no ano de 2014. Na ocasião foi possível vivenciar melhorias na assistência prestada que não se concretizaram por muito tempo, talvez por falta de continuidade no processo de educação.

Diante do exposto, busca-se intervir nesta problemática com o objetivo de favorecer o protagonismo da mulher no parto através da educação em saúde frente à equipe de enfermagem atuante na assistência ao parto em uma Maternidade pública no estado do Amapá. Além de aprimorar a assistência ao parto e favorecer a educação em saúde trabalhadores do SUS.

Quanto à relevância do estudo, destina-se ao fator pedagógico, pois ao se pesquisar a prática profissional se produz novos conhecimentos e ao fazer resignifica a rotina do trabalho, construindo novos compromissos de cunho crítico com a realidade em se atua. Outro fator importante destina-se em melhorar a assistência á mulher durante o parto colaborando para o seu protagonismo. Essas atitudes visam diminuir a morbimortalidade materna e neonatal e com isso o ônus social tanto para o Estado com gastos hospitalares, quanto para a família da parturiente e neonato.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo abordagem quali-quantitativa, pois possibilitou a compreensão de significados considerando as subjetividades presente, ao passo que permitiu classificá-los e analisá-los. De acordo com Martins e Theóphilo (2009) a abordagem quantitativa tem a intenção de mensurar números, classifica-los e analisa-los segundo técnicas estatísticas. Corroborando abordagem a qualitativa pretende verificar a relação da realidade com o objetivo de estudo, obtendo várias interpretações de uma análise indutiva por parte do pesquisador.

Deste modo foi construído o projeto de intervenção com a finalidade aprimorar a assistência de enfermagem ao parto no âmbito do protagonismo da mulher através da educação em saúde. Para Paz *et al*, (2013) o projeto de intervenção consiste em uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades sobre a qual incidirá a intervenção, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade.

Por conseguinte foram realizadas pesquisas entre maio e agosto de 2015 nas bases de BIREME e BVS, e após leitura selecionados dezessete artigos em português relacionados ao tema proposto bem como referências do Ministério de Saúde e da OMS. Os descritores utilizados foram: Protagonismo da mulher, parto, enfermagem obstétrica, educação em saúde. A partir do embasamento teórico foi realizada a intervenção educativa, composta por pré e pós-testes de avaliação psicométrica.

Segundo Pasquali (2009) a psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, fundamentada na medida em ciências do método quantitativo e tem como característica o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação. Nesse sentido buscou-se identificar a percepção dos participantes sobre o protagonismo da mulher no parto e se é possível favorecê-lo através da educação em saúde utilizando como instrumento a escala *liikert*.

2.1 Sujeito

Equipe de enfermagem atuante diretamente na atenção ao parto em uma maternidade pública no estado de Amapá. Utilizando como critério de inclusão ter participado da oficina de boas práticas de assistência ao parto ocorrida em 2014, e que aceitaram contribuir com o trabalho. Não fazendo parte do estudo os trabalhadores que não participaram da oficina, os que estavam ausentes da instituição por licença e/ou férias.

2.2 Cenário

O estudo foi aplicado no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), carinhosamente chamado de “Mãe Luzia”, inaugurado em 13 de setembro de 1953, e cujo nome homenageia uma mulher descendente de escravos, lavadeira e parteira tradicional. O HMML é referência estadual em atendimento a mulher e neonato, sua missão é prestar assistência de qualidade humanizada às usuárias em tratamento gineco-obstétrico, vítimas de violência sexual e ao neonato. Direcionando a promoção da vida e a satisfação das usuárias e familiares, bem como, a implementação de processo do trabalho para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, por se tratar de um Hospital Escola.

O Hospital da Mulher Mãe Luzia há mais de 60 anos atende demanda espontânea e referenciada materna e neonatal no Estado do Amapá, ao longo dos anos, vem gradativamente passando por algumas mudanças estruturais e na apresentação de novos serviços, condição essa necessária para que esta maternidade possa se adequar às novas normas operacionais para o melhor atendimento. Conquistou o título de Hospital Amigo da Criança em 2002, E em 2011 aderiu a Rede Cegonha. (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME - 2015).

O HMML é um estabelecimento público de gestão estadual, classificado como hospital de médio porte, que oferece serviços especializados como: atenção a saúde auditiva, reprodutiva, atenção ao pré-natal, parto e nascimento; compreendendo os serviços de diagnóstico por imagem, laboratório clínico, farmácia, hemoterapia, reabilitação, triagem neonatal, banco de leite humano e urgência e emergência obstétrica e neonatal. Possui 136 leitos SUS (Sistema Único de Saúde) (cadastrados no CNES/ 2015), divididos entre as clínicas ginecologia 3 leitos; clínica geral 17 leitos; neonatologia 17 leitos; UTI neonatal tipo II 5 leitos; obstetrícia cirúrgica 17 leitos e obstetrícia clínica 77 leitos. (CNES 2015).

Porém, é possível identificar divergência entre os dados do CNES com a realidade local, segundo o SAME a disponibilidade de leitos SUS fica assim estruturada: neonatologia dispõe de 51 leitos ativos, sendo 16 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), destes 02 de isolamento, 18 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 06 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Os leitos obstétricos são distribuídos nas clínicas: 16 leitos de Gestação de Alto Risco, 02 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica, 15 leitos de clínica de tratamento gineco-obstétrico, 35 leitos de alojamento conjunto, para os partos de risco habitual, 19 leitos para alojamento conjunto de partos cesarianos e outras cirurgias gineco-obstétricas e 08 leitos destinados ao Centro de Parto Normal. (SAME 2015).

Por ser a única maternidade de referência de alto risco materna e neonatal e também de parto de risco habitual pública no Estado, atende todos os pacientes da capital e dos demais municípios, e do estado vizinho Pará, o que implica em superlotação nas as suas clínicas. Mesmo assim tem apresentado avanços na assistência   saúde da mulher a exemplo a presença do acompanhante no momento do parto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Evolução Histórica do Parto

Historicamente o fenômeno de parir vem passando por importantes modificações em sua forma de assistência, graças a conquista de movimentos e representações sociais que tem alavancado evoluções nas políticas públicas voltadas a atenção a saúde da mulher. A partir do século XX a parturição, antes vista como um momento íntimo e familiar, enfatizado no processo cultural, em que predominava um modelo de atenção feminina, passou a ser executada no ambiente intra-hospitalar, num modelo masculino de cuidado, pautado no domínio de práticas, retirando a autonomia da mulher. Neste cenário os processos de trabalho tendem a se estabelecer de modo hierarquizado e a comunicação de forma verticalizada; a mulher e sua família tendem a ser alijados do protagonismo na produção do cuidado; a gravidez tende a ser transmutada em doença e a mulher grávida em doente, sujeita no pré-natal, no parto e no pós-parto a intervenções e decisões da equipe de 'saúde' sobre seu corpo e seu modo de cuidar de si e do bebê (BRASIL 2014).

Esse modelo de atenção vem a muito discutido Pontes *et al.*, (2014) parafraseiam que imposições de interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de impotência, ocasionando experiências negativa da maternidade. Para Pereira *et al.*, (2011) a perda do protagonismo da mulher está relacionado com o medo do sofrimento desencadeado pela dor, o que influencia o seu desempenho, no sentido de não corresponder à função feminina de “ser mãe”.

Um marco histórico para a mudança nesse paradigma ocorreu em 1985 com reunião da região europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS), e da Organização Pan-Americana de Saúde - Escritório Regional para as Américas, em Fortaleza,/Brasil, onde fez discussão e posteriores recomendações sobre praticas de assistência ao parto sob a luz da humanização em vistas ao protagonismo da

mulher. Tais recomendações deram origem a um Guia Prático de Assistência ao Parto Normal divulgado em 2000 pelo Ministério da Saúde (MATERNIDADE SEGURA 2000). As quatro categorias abordadas pelo Ministério da Saúde enfatizam a humanização na assistência sendo agrupadas em: a) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; b) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; c) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada; e d) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Consoante a tal avanço Pontes *et, al.* (2014) destacam que o atendimento humanizado na assistência ao parto corroborou com elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher a destacar o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN) que assegura em um dos seus princípios o direito a assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura. Cinco anos após a implantação do PHPN o Governo Federal instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, através da portaria Ministerial 1.067 de quatro de julho de 2005, considerada uma grande conquista a respeito do protagonismo da mulher quando afirma que:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Ainda como avanço ao processo evolutivo de atenção a saúde da mulher o Ministério da saúde lançou em 2011 a Rede Cegonha, consiste em uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados objetivando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Propondo dentre outros fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses. (BRASIL, 2011).

Nesse novo modelo de atenção as boas práticas de assistência ao parto e nascimento tornam-se imprescindíveis à aplicabilidade do método, e para induzir sua efetivação a Rede Cegonha investe na implementação de Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares. Trata-se de unidades de atenção ao parto e nascimento de maternidade/hospital, que realizam o atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distócia, e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e a contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha (BRASIL, 2011). Vale destacar o enfoque na atuação do enfermeiro obstetra quando o MS Brasil (2011), determina que gerenciamento dessas unidades seja de responsabilidade desse profissional. Reforçando assim a importância enfermeiro no novo cenário da obstetrícia nacional.

Embora os avanços na assistência ao parto humanizado tenham sido significativos e que a devolução do protagonismo à mulher no processo de parturição seja comprovadamente benéfico, através de evidências científicas. Moura et al. (2007). Discorre que a violência institucional ainda permeia a maioria das maternidades públicas do Brasil e chama a atenção sobre as práticas abusivas e sem evidência científica, que são aplicadas durante o processo parturitivo à mulher sem a devida participação da mesma, o que tem posto em risco não só a sua integridade física, mas principalmente, trazendo danos muitas vezes irreversíveis à sua condição emocional. Nesse sentido o Ministério Público de Pernambuco publicou em 2015 através de cartilha sobre parto humanizado o resultado o da pesquisa Nascer no Brasil, onde chama atenção a predominância de práticas que devem ser desencorajadas e há muito discutidas, que são reconhecidamente danosas a exemplo: 70% das entrevistadas desejavam parto normal no início da gestação, porém 52% foram cesariana; dos que nasceram normal 53,5% sofreram a episiotomia e 91,7% dos partos ocorridos no Brasil ainda são na posição menos benéfica ao binômio mãe e filho, deitada (litotômica). Tais evidências corroboram sobre a evidente necessidade de re ou construção no modelo de atenção obstétrica prestado no país.

3.2 Enfermagem Frente à Assistência ao Parto

Ação da enfermagem frente à assistência obstétrica tem sido cada vez mais evidenciada a perceber pela sua participação nas principais discussões acerca da

saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diante disto, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação deste profissional na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções, riscos e consequente humanização da assistência, tanto em maternidades, como em casas de parto. (MOURA *et al.*, 2007).

Constata-se à presença do enfermeiro em todas as fases do desenvolvimento gravídico, parto e nascimento, onde este é responsável por conduzi uma assistência pautada em tecnologias não invasivas baseadas em evidencias científicas. Bem como na pratica de compartilhamento sobre as condutas com a mulher, reconduzindo-a ao seu nato papel de protagonista no processo parturitivo participando nas tomadas de decisões. A partir desse entendimento e com o objetivo de modificar o modelo de assistência obstétrica o MS tem investido na formação deste profissional, a explicitar a Especialização em Obstetrícia ofertada a nível nacional através da Rede Cegonha. Objetivando a experimentação e o monitoramento em outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento. (BRASIL, 2011).

Nessa concepção Nascimento *et al* (2010) discorrem, práticas obstétricas prestada por enfermeiro nos serviços de saúde coloca à disposição das usuárias um conhecimento profissional específico, caracterizado por ser essencialmente relacional e derivado de um saber estruturado que também é aberto porque integra saberes populares e de diversas disciplinas na construção do cuidado. Por ter como instrumentos básicos os corpos, proporciona conforto e autonomia ao incentivar as mulheres a reconhecerem e desenvolverem suas próprias habilidades.

Rocha e Fonseca (2010) corroboram que a ação de enfermeiros obstetras está se adequando a uma nova postura voltada para a humanização do parto acompanhando a evolução fisiológica e, desta forma, desmedicalizando este processo e respeitando a natureza da mulher no momento do trabalho de parto e nascimento ao passo que promovem assistência com base em tecnologias não invasivas. Assim, as tecnologias de cuidado na enfermagem obstétrica devem ser

compreendidas como o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos, cientificamente comprovados, e utilizados na assistência ao parto que se sustentam através do respeito à fisiologia, ao não uso desnecessário de práticas intervencionistas e ao respeito protagonismo da mulher em seu próprio parto, compartilhando com a mesma as tomadas de decisões quando e se necessário for intervir.

3.3 Educação Permanente como Instrumento Transformador

De acordo com Brasil (2009) a Política de Educação Permanente deve ser entendida como o processo de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, ou seja, ela acontece no cotidiano a partir dos problemas enfrentados, considerando os conhecimentos e as experiências vivenciadas, propondo que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho. Tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Nesse sentido a Educação Permanente em Saúde deve ser compreendida como uma proposta pedagógica para a experiência da problematização e da intervenção em problemas no setor da saúde.

Acredita-se, portanto que a educação permanente é o mecanismo indicado para modificar a *práxis* ou a problemática profissional tecnicista de assistência ao nascimento ainda muito evidenciada. Santos et, al. (2011) corroboram que a atenção idealizada pelas mulheres e preconizada pelo Ministério da Saúde será factível, apenas, quando os diversos atores envolvidos na parturição se dispuserem a repensar sua prática diária, redimensionando-a, quando necessário se fizer. Isso implicará, inevitavelmente, na reorganização do serviço e no abandono de técnicas padronizadas e atitudes estereotipadas que priorizam a rotina, a tecnologia e a comodidade da equipe em detrimento do bem-estar da mulher. Tal progresso terá êxito com advento de conhecimentos proporcionado pelo processo de educação.

A assistência ao parto que respeite os valores socioculturais e a autonomia da mulher talvez ainda seja um sonho em conquista, que certamente será alcançada através de esforço e parceria entre trabalhadores e gestores da saúde direcionados

pelo mecanismo educacional. Nesse sentido Marques et, al. (2006) relatam que para se almejar uma assistência mais humanizada são necessários respeito aos direitos sociais, vontade política e investimentos em remuneração dos profissionais e estruturação de hospitais e maternidades.

Sabe-se que ainda é um grande desafio a implementação efetiva de educação permanente em saúde em um cenário onde estão movimentos sociais e de estudantes, docentes e gestores, trabalhadores e usuários mantêm relações heterogêneas frente às necessidades individuais e coletivas. Despojar-se da divisão técnica e intelectual do trabalho, da verticalização do conhecimento e da hierarquização das aprendizagens será conquista evolutiva no setor saúde, com a certeza dos produtos benéficos e transformadores que o compromisso entre educação e saúde trará a assistência prestada.

4 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O protagonismo da mulher conduz o parto e nascimento para além da fisiologia transformando em um evento cuja implicabilidades serão benefícios à mulher e família. Por uma configuração histórica do parto foi retirado da mulher a autonomia na parturição, cabe à equipe que assiste favorecer meios para que novamente a mulher se torne protagonista no parto e nascimento. Sob essa ótica buscou-se intervir através da educação em saúde.

Aplicabilidade da intervenção educativa ocorreu a través da formação de um grupo piloto composto por onze enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem do Hospital Maternidade Mãe Luzia que trabalham diretamente na assistência ao parto. A atividade educativa foi composta por dois momentos, sendo a primeira ação o encaminhamento do projeto ao NEP (Núcleo de Educação Permanente) da maternidade, para apreciação/ validação e convite de colaboração na intervenção, como apresentado no quadro no número 1.

A segunda ação foi composta por oficina com a participação dos sujeitos do estudo iniciada com pré-teste sobre o protagonismo da mulher e seu favorecimento através do processo de educação em saúde aos trabalhadores do SUS. Seguida de explanação referente ao tema com apoio de *slide*, e após o debate com a participação do público alvo onde foi possível identificar através das contribuições a necessidade de implementação de processo de educação permanente aos trabalhadores, com o benefício de qualificar a assistência contribuindo para melhoria na prática do serviço. Detalhada no quadro de numero 2.

Quadro 1. Plano de ação e orçamento

Ação nº 1	Apresentação do projeto ao NEP
Local	Maternidade Mãe Luzia
Responsável	Elaborador do Projeto
Meta	Validação do projeto e adquirir colaboração na sua

	efetivação.
Como	Através da apresentação física e dialogada do projeto junto ao Núcleo de Educação Permanente.
Data	05/10/2015
Custos	Material Permanente: Microcomputador Impressora Material de Consumo: Papel A4, tinta para impressão R\$ 50,00

Quadro 2. Plano de ação e orçamento

Ação nº 2	Oficina de Educação em Saúde
Local	Maternidade Mãe Luzia
Responsável	Elaborador do Projeto
Meta	Aprimorar a assistência ao parto com enfoque ao protagonismo da mulher
Como	Através do projeto de educação em saúde, exposição das propostas, realização de pré e pós-testes, apresentação do conteúdo abordando as temáticas: institucionalização do parto, protagonismo da mulher, educação em saúde e enfermagem obstétrica.
Data	15/10/2015
Custos	Material Permanente: Microcomputador Impressora Data show (aluguel) R\$ 120,00 Material de Consumo:

	Canetas, papel A4, tinta para impressão R\$ 60,00 Lanche R\$ 80,00
--	---

Como o objetivo de quantificar as respostas obtidas no pré e pós-testes elaborou-se quadros (número 3 e 4) respectivamente contendo os questionamentos, que compuseram os testes didaticamente enumerados do 1º ao 5º, e suas respectivas respostas em percentagens. Os questionamentos abordados foram:

1º A perda de autonomia da mulher no parto compromete a fisiologia do nascimento além de proporcionar experiência negativa da maternidade a parturiente;

2º Favorecer o protagonismo da mulher no parto é acolher com humanização respeitando suas escolhas, permitindo que a mesma compartilhe no direcionamento das condutas no trabalho de parto e parto;

3º A Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta aos profissionais, pois além de trazer conhecimento técnico permitindo maior coesão entre a equipe no dia a dia de trabalho, tem como produto o benefício de uma assistência mais científica, humana e atualizada favorecendo qualidade na assistência prestada;

4º É possível favorecer o protagonismo da mulher no trabalho de parto e parto através da educação em saúde.

Quadro 3. Apresentação dos resultados obtidos no Pré-Teste:

Questionamento	^I CPT	^{II} CPA	^{III} TV	^{IV} DPT	^V DPC
1º	68,75%	25%	-	-	-
2º	62,5%	25%	-	-	-
3º	100%	-	-	-	-
4º	68,75%	25%	-	-	-

^IConcordo plenamente; ^{II}Concordo parcialmente; ^{III}Talvez; ^{IV}Discordo plenamente; ^VDiscordo parcialmente.

Quadro 3: distribuição percentual das respostas do pré – teste, segundo a escala de *likert*. Macapá- AP, 2015.

Quadro 4. Apresentação dos resultados obtidos no Pós -Teste:

Questionamento	^I CPT	^{II} CPA	^{III} TV	^{IV} DPT	^V DPC
1º	81,25%	12,5%	-	-	-
2º	81,25%	12,5%	-	-	-
3º	100%	-	-	-	-
4º	93,75%	6,25%	-	-	-

^IConcordo plenamente; ^{II}Concordo parcialmente; ^{III}Talvez; ^{IV}Discordo plenamente; ^VDiscordo parcialmente.

Quadro 4: distribuição percentual das respostas do pós – teste, segundo a escala de *likert*. Macapá- AP, 2015.

A partir da análise dos dados pode-se inferir total concordância (100%) ao enunciado sobre educação permanente (3º questionamento), não havendo divergência entre o pré e o pós-testes. Reproduzindo assim o reconhecimento dos participantes sobre os benefícios do processo de educação permanente na rotina de trabalho e suas implicabilidades na assistência prestada. Embora tenha sido evidenciado, durante a discussão na ação número 2, que este processo necessita de implementação mais efetiva na instituição que se desenvolveu o trabalho. Por sua importância no desenvolvimento dos serviços de saúde julga-se necessário discutir ações para tal. Uma vez que a educação no âmbito da saúde prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho produzindo melhorias no seu contexto (BRASIL, 2009).

Em relação autonomia da mulher e sua repercussão sobre a fisiologia do parto e nascimento (questionamento numero 1), os resultados sinalizam um percentual divergente entre pré e pós testes (68,75% e 81,25%) respectivamente. Demonstrando eficácia da intervenção educativa quando 12,5% dos participantes após a oficina passaram a perceber que o protagonismo influencia a fisiologia do parto. Conceito de significativa importância quando se busca a melhoria da assistência obstétrica. Percentagens semelhantes foram encontradas em resposta ao segundo questionamento, a relação entre os quadros 3 e 4 apontam para o

progresso, que teve a oficina sobre o entendimento de como favorecer o protagonismo da mulher no parto.

O quarto questionamento (quadro 4) responde ao objetivo central do estudo, 93,75% das participações apontam que sim, é possível favorecer o protagonismo da mulher no parto através da educação em saúde, o que pode ser colocado como solução da problemática apresentada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de mobilização a nível nacional para implementar a assistência obstétrica a luz da humanização atendendo o protagonismo no processo de parturição, estudos evidenciam que muitas recomendações preconizadas pelo OMS e PHPN ainda não foram introduzidas no âmbito da saúde da mulher.

Faz-se necessário repensar e reorientar a rotina de trabalho no cenário do parto, propondo uma assistência embasada no compartilhamento da tomada de condutas, extirpando as relações verticais entre profissionais e usuárias. A mulher deve conduzir o parto e as equipes auxiliá-la no que se fizer necessário. Nesse sentido o estudo vislumbra como meio para qualificar a assistência obstétrica o processo de educação permanente em saúde.

Acredita-se ter alcançado o objetivo proposto uma vez que permitiu reflexão de um grupo sobre a importância da temática e suas implicabilidades. Embora reconheça a necessidade de prosseguimento da ação afim de tornar contínua as melhorias na assistência prestada considerando tantos outros viés pertinentes a saúde da mulher. Desse modo foi encaminhado ao NEP o projeto com o objetivo de servir como instrumento para a efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde aos trabalhadores do SUS no Hospital Maternidade Mãe Luzia.

6 REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>. Acesso em: 15/09/2015.
- _____. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde, (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4) 2014, p.465.
- _____. Ministério da Saúde Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde. Brasília (DF):2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15/09/2015.
- _____. Ministério da Saúde Portaria. Portaria nº 1.459 24 de junho de 2011. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília (DF): 2011. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf. Acesso em: 15/09/2015.
- FRANK T. C; PELLOSO S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev Gaúcha Enferm**: v. 34, n. 1, pp. 22-29, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/03.pdf>. Acesso em: 13/05/2015.
- MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**, 2ª Ed., São Paulo, 2009.
- MARQUES F. C; Dias I. M. V; AZEVEDO L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Enf Ana Nery**. v.10, n. 3, pp. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>. Acesso em: 17/06/2015.
- MOURA F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm**. v. 60, n. 4, pp 452-5. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>. Acesso em: 17/06/2015.
- MINISTÉRIO PÚBLICO PERNAMBUCO. **Humanização do parto**. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. Recife : 2015. Disponível em: <http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>. Acesso em: 15/09/2015.

NASCIMENTO N. M; PROGIANI J. M; NOVOA R. I; OLIVEIRA T. R; VARGENS O. M. C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery**. v 14, n. 3, pp. 456-61.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a04.pdf>. Acesso em: 17/06/2015.

OMS. Maternidade segura. Assistência ao Parto Normal: **Um Guia Prático**. 1996. disponível: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf. Acesso em: 15/05/2015.

PASQUALI L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(Esp), p.992-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>. Acesso em: 15/09/2015.

PAZ A. A. M. et, al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local**. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania. Universidade de Brasília. UAB/UnB. 2013. Disponível em: http://forumaja.org.br/sites/forumaja.org.br/files/001%20orientacao_para_elaboracao_do_projeto_de_intervencao_local.pdf. Acesso em: 03/11/2015.

PEREIRA R. R; FRANCO S.C; BALDIN N a. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc**. São Paulo: v. 20, n. 3, pp.579-89. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/05.pdf>. Acesso em: 13/05/2015.

PEREIRA R. R; FRANCO. S. C; BALDIN N b. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Rev Bras Anesthesiol** . v. 61, n. 3, pp. 376-88. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>. Acesso em: 20/05/2015.

PONTES M. G. A; LIMA G. M. B; FEITOSA I. P. F; TRIGUEIRO J. V. S. Parto Nosso de Cada Dia. **Rev. Ciênc. Saúde**. v. 12, n. 1, pp.69-78. 2014. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em: 20/05/2015.

ROCHA C. R; FONSECA L. C; Cuidado é fundamental. **Rev. pesq.cuid. fundam**. v. 5, n. 2, pp. 3692-97. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2057/pdf_758. Acesso em: 17/06/2015.

SANTOS L. M; PEREIRA S. S. C; SANTOS V. E. P; SANTANA R. C. B; MELO M. C. P. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **Rev. Enferm UFSM**. v. 1, n. 2, pp. 225-237. 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24745&indexSearch=ID>. Acesso em: 17/06/2015.

APÊNDICE

Apêndice A

Pré-teste

1- A perda de autonomia da mulher no parto compromete a fisiologia do nascimento além de proporcionar experiência negativa da maternidade a parturiente.

- ☐ concordo plenamente
- ☐ concordo parcialmente
- ☐ talvez
- ☐ discordo parcialmente
- ☐ discordo plenamente

2- Favorecer o protagonismo da mulher no parto é acolher com humanização respeitando suas escolhas, permitindo que a mesma compartilhe no direcionamento das condutas no trabalho de parto e parto.

- ☐ concordo plenamente
- ☐ concordo parcialmente
- ☐ talvez
- ☐ discordo parcialmente
- ☐ discordo plenamente

3- A Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta aos profissionais, pois além de trazer conhecimento técnico permitindo maior coesão entre a equipe no dia a dia de trabalho, tem como produto o benéfico de uma assistência mais científica, humana e atualizada favorecendo qualidade na assistência prestada.

- ☐ concordo plenamente
- ☐ concordo parcialmente
- ☐ talvez
- ☐ discordo parcialmente
- ☐ discordo plenamente

4- É possível favorecer o protagonismo da mulher no trabalho de parto e parto através da educação em saúde?

- ☐ concordo plenamente
- ☐ concordo parcialmente
- ☐ talvez
- ☐ discordo parcialmente
- ☐ discordo plenamente

Apêndice B

Pós-teste

1- A perda de autonomia da mulher no parto compromete a fisiologia do nascimento além de proporcionar experiência negativa da maternidade a parturiente.

- ☐ concordo plenamente
- ☐ concordo parcialmente
- ☐ talvez
- ☐ discordo parcialmente
- ☐ discordo plenamente

2- Favorecer o protagonismo da mulher no parto é acolher com humanização respeitando suas escolhas, permitindo que a mesma compartilhe no direcionamento das condutas no trabalho de parto e parto.

- ☐ concordo plenamente
- ☐ concordo parcialmente
- ☐ talvez
- ☐ discordo parcialmente
- ☐ discordo plenamente

3- A Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta aos profissionais, pois além de trazer conhecimento técnico permitindo maior coesão entre a equipe no dia a dia de trabalho, tem como produto o benefício de uma assistência mais científica, humana e atualizada favorecendo qualidade na assistência prestada.

- ☐ concordo plenamente
- ☐ concordo parcialmente
- ☐ talvez
- ☐ discordo parcialmente
- ☐ discordo plenamente

4- É possível favorecer o protagonismo da mulher no trabalho de parto e parto através da educação em saúde?

- ☐ concordo plenamente
 - ☐ concordo parcialmente
 - ☐ talvez
 - ☐ discordo parcialmente, justifique: _____
 - ☐ discordo plenamente, justifique: _____
-

Apêndice C



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"
"HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA"

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Declaro em nome do Núcleo de Educação Permanente do Hospital da Mulher Mãe Luzia – NEP/HMML, ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: Protagonismo da Mulher no Parto: Uma Intervenção Através da Educação Permanente; de autoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica Tacilane do Socorro Rocha de Almeida, sob orientação da docente Prof. Especialista em Enfermagem Obstétrica: Cristiane de Cássia Santos Rodrigues, dando-lhes consentimento para a realização da coleta de dados em nosso serviço durante o período de Outubro a Novembro de 2015. Diante do exposto autorizo a referida residente para que possa visitar o Hospital da Mulher Mãe Luzia para realizar a coleta de dados no setor de Enfermarias de pós parto e CPN desta instituição, para Aprimorar a Assistência ao Parto como Enfoque ao Protagonismo da Mulher, Educação em Saúde e Enfermagem Obstétrica.

Declaro também que me foi comprovado sobre o propósito na pesquisa que assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos participantes da pesquisa, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda a auto-estima e o prestígio dos envolvidos, sendo utilizado apenas para os fins propostos no protocolo de pesquisa, de acordo com a resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando a garantia de observação dos princípios éticos que a norteiam.

Macapá – AP, 05 de Janeiro de 2016.

Maria Gecinilda V. Siqueira
Gerente/NEP-HMML