



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**



**UFMG**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE**  
**CEGONHA**

**RITA LUIZA BRAGA HONORATO**

**IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS E ACOLHIMENTO EM UMA**  
**MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE ITAPAJÉ**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2018**

RITA LUIZA BRAGA HONORATO

IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS E ACOLHIMENTO EM UMA  
MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE ITAPAJÉ

Projeto de intervenção apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andrea Carvalho Araújo Moreira.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

RITA LUIZA BRAGA HONORATO

IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS E ACOLHIMENTO EM UMA  
MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE ITAPAJÉ

APROVADO EM: \_\_\_\_\_ Fevereiro de 2018.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Andrea Carvalho Araújo Moreira  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup>. Mtda. Tatiane da Silva Coelho  
Professora da Universidade Federal do Ceará

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Laise Conceição Caetano  
Tutora da Universidade Federal de Minas Gerais

Identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

HONORATO, RITA LUIZA BRAGA

Implantação das Boas Práticas e Acolhimento em uma Maternidade do Município de Itapajé [manuscrito] / RITA LUIZA BRAGA HONORATO. - 2018.

35 f. : il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andrea Carvalho Araújo MOREIRA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em OBSTETRICIA.

1.Acolhimento. 2.Classificação de Risco. 3.Parto Humanizado. I. MOREIRA, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andrea Carvalho Araújo. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Dedico este modesto empreendimento aos meus pais, Honorato e Maria José, exemplos de fidelidade na vida de oração e temor à Deus.

Ao meu companheiro, José Carlos, pela sua dedicação, paciência e benignidade que me nutrem de fortaleza diária.

À minha filha Ranna, sempre do meu lado sendo aliada em todas as batalhas.

À minha filha Raísa, me ensinando cotidianamente pelo exemplo de vida e doação, em prol da felicidade de Louise e Lucas.

## **AGRADECIMENTO**

Realizar este projeto foi uma tarefa difícil, pois sem o apoio e o auxílio de variadas pessoas, não conseguiria concretizá-lo.

Inicialmente, agradeço ao José Carlos meu companheiro, que me apoia e incentiva pela minha busca do aprimoramento e crescimento profissional.

Agradeço a Rojelma, minha amiga e irmã que sempre esteve do meu lado, grande aliada de caminhada, tanto nas viagens, como nas aulas teóricas e práticas deste curso, pessoa que admiro por sua resiliência diária.

Agradeço especialmente, aos colegas de trabalho do Hospital de Itapajé que acolheram com entusiasmo a proposta desse projeto em obstetrícia.

Agradeço à minha Coordenadora de Enfermagem Luciane Dutra e minhas colegas da enfermagem obstétrica Leila e Nilse por serem receptivas e tornarem possível a concretização deste trabalho.

À minha querida orientadora Profa. Dr.<sup>a</sup> Andrea Carvalho Araújo Moreira, pela dedicação, comprometimento e paciência durante o processo deste projeto, pela contribuição e enriquecimento teórico-metodológico.

Às nossas grandes mestras da Enfermagem Obstétrica, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Kelve, Prof.<sup>a</sup> Tatiane e Prof.<sup>a</sup> Cintia Esteche, profissionais dedicadas e diferenciadas que muito contribuíram para nossa ascensão profissional, em quem me espelho para executar essa especialidade.

Agradeço aos meus preceptores de estágio e colegas de curso que compartilharam momentos importantes e construíram pensamentos e críticas.

## RESUMO

A assistência à mulher ao parto evoluiu ao longo do tempo para o âmbito hospitalar, havendo um predomínio da atuação de profissionais de saúde sem levar em consideração o empoderamento da mulher nesse processo natural do parto e nascimento. Nesse contexto, o acolhimento apresenta-se como um dispositivo de gestão que favorece o acesso e cuidado integral da usuária nos serviços de saúde e contribui para a organização dos processos de trabalho das equipes. O objetivo deste estudo é implementar ações de assistência ao cuidado integral a saúde da mulher para a melhoria do acolhimento às gestantes no Hospital Maternidade João Ferreira Gomes no município de Itapajé-CE. Trata-se de um estudo descritivo, caracterizando-se por um projeto intervenção, que utiliza a abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido no município de Itapajé-CE com os profissionais de enfermagem que assistem as gestantes atendidas no serviço de obstetrícia do hospital municipal. A ação foi elaborada com planejamento e treinamento de toda equipe de enfermagem do hospital municipal. Iniciou-se o processo de implantação do acolhimento com a classificação de risco obstétrico e de medidas que assegurassem os direitos das pacientes na assistência ao parto humanizado. Além disso, foi possível realizar ações de educação permanente voltada aos profissionais de saúde de enfermagem.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Classificação de Risco; Parto Humanizado.

## ABSTRACT

A parturient to the patient to evolve to the time to the degree hospital, have an predominance the occupational of occupancy to occupance the empowerment the woman in process natural and parto. The context, the host is presented as a device for managing access and comprehensive care of health services and help for the organization of work processes. The objective of the present study is to implement assistance actions to the integral care to the health of the women for the improvement of the reception to the pregnant women in the Maternity Hospital João Ferreira Gomes in the city of Itapajé-CE. It is a descriptive, characterized by an intervention project, which uses a qualitative approach. The study was developed in the city of Itapajé-CE with nursing professionals who attend pregnant women attended at the obstetrics service of the municipal hospital. The date was elaborated with the planning and training of all the nursing team of the municipal hospital. Begin the process of implantation of the obstetric-care host and measures that ensure the rights of patients in the care of humanized delivery. In addition, actions were carried out aimed at continuing education aimed at health professionals.

**Keywords:** User Embracement; Risk Rating; Humanizing Delivery.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
1.1 Justificativa e relevância .....	11
1.2 Fundamentação Teórica .....	14
1.3 Humanização e Acolhimento .....	16
2 OBJETIVOS .....	20
2.1 Objetivo Geral .....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 Tipo de estudo .....	21
3.2 Local e período do Estudo .....	21
3.3 Participantes do estudo .....	23
3.4 Coleta das informações .....	23
3.5 Organização das informações .....	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
4.1 Desenvolvimento do Plano Operativo .....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS .....	30
APÊNDICES.....	32

## 1 INTRODUÇÃO

O desafio de desenvolver um projeto de intervenção na conclusão do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica nos levou a analisar várias vertentes sobre o cuidado à saúde da mulher, tendo como base a prática na atenção e gestão durante 25 anos de experiência profissional em diversos municípios do estado do Ceará.

A oportunidade de realizar uma especialização em obstetrícia voltada para a Rede Cegonha e financiada pelo Ministério da Saúde é um grande marco na trajetória profissional e enriquece a caminhada no cuidado em saúde.

Depois de anos de atuação em serviços voltados à área na saúde da mulher, foi possível refletir e apreender princípios do cuidado holístico, humanizado e especializado, redescobrando na própria essência feminina como mulher e mãe através do exercício da profissão de enfermagem. Além de abrir o olhar para a necessidade do cuidado humanizado às mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto.

A partir desse preâmbulo, é necessário contextualizar o histórico do parto. Houve mudanças no acompanhamento do trabalho de parto, que antes ocorria no ambiente domiciliar, onde a gestante era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira de sua confiança e apoiada pelos seus familiares. O hospital não era lugar de mulheres darem à luz. Com a hospitalização que ocorreu inicialmente no ocidente, esse acontecimento de forte conteúdo social e cultural deixou de acontecer no seio da família e passou a ser tratado dentro de um hospital, no modelo de cuidado, em que a preocupação maior está no domínio dos processos fisiológicos do que com as necessidades da mãe e do seu filho (LEISTER; RIESCO, 2013).

No Brasil, situações de desrespeito para com a mulher durante a assistência ao parto ainda são vivenciadas justificando, por este motivo, a urgente necessidade de repensar formas de melhor acolher e tratar as gestantes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o bem-estar da futura mãe deve ser assegurado por meio do livre acesso de um membro da família, escolhido por ela, durante o nascimento e em todo o período pós-natal e no Brasil o Ministério da Saúde recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e

dar-lhe conforto durante o processo de nascimento do seu filho (BRUGGEMANN et al., 2007).

Em 2005 foi sancionada a Lei nº 11.108, chamada Lei do Acompanhante que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, reafirmando a necessidade de mudanças na “forma de acolher” à mulher neste momento tão sublime para ela (BRASIL, 2005). No entanto, mesmo com estas recomendações, as iniciativas do movimento de humanização e mesmo após a Lei do Acompanhante e dos esforços empregados e da mudança no cenário nacional, algumas maternidades ainda não adotaram esta prática.

O Brasil conta com a Rede Cegonha que foi lançada em 2011 e é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

No que diz respeito à viabilidade operacional, financeira e política das ações propostas, as quais foram: realização de reuniões por plantão para os profissionais de saúde sobre o projeto; capacitação dos profissionais de saúde em Acolhimento com Classificação de Risco; orientação sobre a utilização do Protocolo de Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde; realização da oficina para avaliação da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2011).

O país ainda continua com altas taxas de intervenções durante o parto, como amiotomia, uso endovenoso de ocitocina sintética, episiotomia e manobra de Kristeller (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017). Mesmo com oito anos de publicação da lei da Rede Cegonha, ainda há o desafio de modificar a forma que se dá a atenção à mulher na gestação e parto, tanto no que se refere à qualidade da assistência quanto na humanização, no cuidado holístico respeitando esse momento tão relevante na vida das mulheres.

Observa-se que as propostas apresentadas são possíveis de serem implantadas por se tratarem de ações simples que demandam baixo custo

operacional e que contribuirão com a melhoria da qualidade dos serviços e da assistência à saúde da mulher.

Dentro desse contexto o objetivo do trabalho foi implantar o acolhimento e classificação de risco obstétrico, contribuir com a organização do processo de trabalho dos profissionais que atuam no hospital, adequar a área física do Pré-parto para possibilitar a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, estabelecer um espaço de escuta para as usuárias do hospital e seus familiares, implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres assistidas na maternidade do hospital de Itapajé, uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

### **1.1 Justificativa e relevância**

Considerando minha trajetória profissional como enfermeira da Estratégia Saúde da Família no período de 2010 a 2012, atuando tanto na assistência da atenção primária, como plantonista em dois hospitais nos finais de semana. A partir também da experiência atual, enquanto enfermeira assistencialista da maternidade do Hospital maternidade João Ferreira Gomes em Itapajé--CE, vivenciei por inúmeras vezes, as dificuldades de uma assistência adequada e de um atendimento fragilizado vendo as gestantes sofrer por falta de prioridades, devido a desorganização dos demais níveis do sistema e desordens comuns, sem agilidade nos atendimentos com riscos priorizados, além da necessidade de construir uma relação de confiança entre usuários, rearticulação entre equipes e melhoria de serviços.

O presente projeto propõe uma mudança no processo de trabalho da equipe da maternidade do Hospital Maternidade João Ferreira Gomes na cidade de Itapajé – CE, onde há vínculo profissional como enfermeira assistencial. Esta intervenção buscou melhorar o acolhimento e a assistência à gestante antes, durante e depois do parto e ao seu bebê devido a identificação de falhas durante a assistência prestada na referida maternidade que suscitaram as seguintes indagações: Quais ações podem provocar melhorias para o acolhimento às gestantes atendidas pelo Hospital Maternidade João Ferreira Gomes? Como os profissionais do hospital estão conduzindo as gestantes que buscam esse serviço? Como poderia contribuir para

transformar esta realidade e realizar cuidados que realmente fossem significativos para as gestantes? Como possibilitar atitudes geradoras de mudanças por parte das gestantes e profissionais da unidade?

O Sistema Municipal de Saúde de Itapajé reconhece que se constituiu ao longo do tempo a partir de uma concepção de saúde como ausência de doença. Na tentativa da inversão deste modelo de atenção, a Secretaria da Saúde tem buscado estratégias que possibilitem a reorganização do sistema local com a participação de vários eixos e protagonistas desse cenário.

Oportunamente, a Política Nacional de Humanização (PHN) propõe o acolhimento com classificação de risco e prioriza o atendimento com a reorganização de necessidades como uma rede de relações que se estabelecem em vínculos de suma importância para o prognóstico final, na obstetrícia é de fundamental importância assegurar esse acolhimento proporcionando ao binômio, a agilidade, a responsabilização com solução, os vínculos solidários, a segurança e a garantia do acesso na sua integralidade (BRASIL, 2007)

Frente ao exposto, esse estudo pode contribuir para modificar realidades e produzir possibilidades, reorientando o modelo de atenção à saúde do município, prioritariamente dentro do hospital municipal, que atende uma demanda significativa em obstetrícia, sendo este, o suporte da rede de atenção local.

O Ministério da Saúde reforça a importância do acolhimento, afirmando que o acolhimento é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a PNH propõe como estratégia operacional ligada ao acolhimento, o atendimento por classificação de risco que ajuda decisão clínica e no desfecho das urgências obstétricas (FIGUEROA et al., 2017).

O acolhimento e a classificação de risco se iniciam na atenção básica e seguem para os hospitais e maternidades onde se percebem peculiaridades do processo gravídico. O acolhimento da mulher e do acompanhante é essencial para a construção de um elo entre a gestante e o ambiente em que ela será inserida, com minimização de suas ansiedades e construção de um papel de confiança com os profissionais. A forma como esse acolhimento é realizado é baseada em um protocolo, fundamentado cientificamente, que levará o profissional a ter um julgamento clínico qualificado e a tomar condutas assertivas (BRASIL, 2014).

O manual informa sobre a classificação de riscos em obstetrícia com um fluxograma específico para mulheres grávidas, que contém os papéis profissionais de todos envolvidos na assistência à parturiente (desde a sua chegada até sua alta); informa também a questão da ambiência e o quanto ela é importante nos espaços que vão receber essas mulheres, inclusive os mobiliários necessários para as práticas de parto humanizado (BRASIL, 2014).

Portanto, através das leituras e das pesquisas afins, surgiram momentos de reflexões teóricas conceituais no campo da promoção da saúde, educação na saúde, atenção e gestão do cuidado, entre outras discussões que me levaram a despertar para os questionamentos, quanto às práticas de acolhimento das gestantes assistidas pelo hospital de Itapajé.

Acredita-se que os momentos de formação entre profissionais foram os pilares norteados para uma caminhada que consolidou relações horizontais entre profissionais de saúde e clientela assistida, buscando interação e transformação, por meio de uma proposta libertadora, democrática, participativa e solidária na busca da promoção da saúde.

Desse modo, este estudo contribuiu para assistência integral à saúde das gestantes acolhidas, classificadas e asseguradas no hospital. A partir do desenvolvimento da classificação de risco em obstetrícia, a qual os profissionais de saúde puderam conduzi-la, por meio de uma abordagem que favoreceu postura crítica e reflexiva, valorizando a experiência dos envolvidos e promovendo a participação efetiva destes na construção de novos conhecimentos e na perspectiva da promoção da saúde.

Esperou-se não somente minimizar as filas e as reclamações por partes das usuárias do serviço obstétrico como também melhorar o tempo de atendimento de cada usuário com garantia da assistência de acordo com o grau de risco, identificando os agravos quando existentes, além de ampliar a capacidade técnica dos profissionais reconfigurando o cuidado e as competências dos envolvidos, transformando a qualidade do serviço e potencializando a rede de saúde municipal.

## 1.2 Fundamentação Teórica

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que prevê mudanças na relação profissional/paciente, pois está imbuído de conceitos humanísticos, éticos e profissionais que inserem o paciente como parte do processo de produção da saúde. Visa assistir o paciente em suas necessidades, ouvindo-o e buscando resolutividade em relação aos problemas de saúde apresentados; prima também por respostas adequadas às dúvidas e por encaminhamentos eficazes que se fizerem necessários (FORTUNA et al., 2017).

Para que o acolhimento aconteça, é necessário que o profissional esteja imbuído de humanização durante o atendimento. O conceito de cuidados humanizados na área da saúde não é novo; há alguns anos já se ouve falar de atenção humanizada. No Brasil, contudo, tal prática ficou em evidência a partir da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, criada em 2003 (BRASIL, 2011)

O acolhimento e a classificação de risco se iniciam na atenção básica e seguem para os hospitais e maternidades onde se percebem peculiaridades do processo gravídico. O acolhimento da mulher e do acompanhante é essencial para a construção de um elo entre a gestante e o ambiente em que ela será inserida, com minimização de suas ansiedades e construção de um papel de confiança com os profissionais. A forma como esse acolhimento é realizado é baseada em um protocolo, fundamentado cientificamente, que levará o profissional a ter um julgamento clínico qualificado e a tomar condutas assertivas (BRASIL, 2014).

Para que seja efetiva a implantação do acolhimento com classificação de risco em maternidades, é importante situar o enfermeiro nesse processo, pois ele possui papel fundamental na sua realização. Assim, figura-se importante a percepção que a gestante terá desse profissional, bem como do ambiente que a acolhe. Isso implica mudanças no perfil do profissional enfermeiro. O Manual do Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2014).

O enfermeiro é chave fundamental para o acolhimento da parturiente, tanto no pré-natal quanto nas unidades obstétricas, pois normalmente o primeiro contato da mulher com um profissional da saúde em unidades de saúde será com esse profissional. Cabe a ele acolher, orientar, humanizar o atendimento. A Organização

Mundial da Saúde almeja a inclusão das enfermeiras obstétricas no cuidado direto ao parto, uma vez que elas reconhecem a importância do campo obstétrico e conseguem cuidar de forma libertadora, proporcionando respeito, dignidade e autonomia para as mulheres(VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

O parto hospitalar colocou a mulher como objeto e não como sujeito da ação durante o processo de nascimento (MORAES et al., 2005). Isto porque durante muito tempo o modelo assistencial da prática obstétrica e neonatal esteve centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico, que se tornou hegemônico.

Com a institucionalização do parto, após a Segunda Guerra Mundial houve um melhor controle dos riscos materno-fetais, uma diminuição da morbimortalidade materna e infantil, mas também, houve a incorporação de grande número de intervenções desnecessárias, tornando o atendimento impessoal e autoritário e afastando cada vez mais o contato interpessoal dos profissionais de saúde com as pacientes (MORAES et al., 2005).

A tradição de familiares participarem do nascimento, principalmente as mulheres, foi sendo desconsiderada, no início do século XIX, com a incorporação paulatina da obstetrícia pela medicina e da difusão da atenção médica hospitalar (LEÃO; BASTOS, 2001).

A dor e a ansiedade são desconsideradas em favor da performance clínica, tornando o atendimento impessoal e autoritário (MORAES et al., 2006). Segundo Bruggemann et al., (2005, p. 1316), a institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo de nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes.

Assim, a maioria das mulheres passou a permanecer internada em sala de Pré-parto coletivo, com pouca ou nenhuma privacidade, assistidas com práticas baseadas em normas e rotinas que as tornaram passivas e impediram a presença de uma pessoa de seu convívio pessoal para apoiá-las.

O modelo de atenção ao parto hegemônico no Brasil tem sido denunciado crescentemente por profissionais e movimentos sociais, articulados em um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e nascimento (TORNQUIST, 2003).



Na assistência às gestantes durante o trabalho de parto é bastante antiga a demanda por mudanças no modelo de assistência e da sua humanização.

O desafio era feito desde 1940 por um conjunto de pessoas que defendiam o “parto natural” e que consideravam seguro acreditar mais na natureza e menos nas tecnologias médicas (DIAS, 2006).

De acordo com Nagahama e Santiago (2005), é a partir da década de 80 que ocorre um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento, uma preocupação crescente em dar lugar a novos modelos que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade.

Algumas práticas que eram correntes antes da institucionalização e medicalização da assistência obstétrica, como o apoio constante de familiares ou amigas da mulher durante o trabalho de parto e o contato contínuo entre pais e bebês após o parto, passam agora a ser incentivadas com respaldo científico (LEÃO; BASTOS, 2001).

A atenção humanizada envolve um conjunto atitudes, conhecimentos, práticas e atitudes que visa a promoção do parto, do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal valorizando as mulheres. Deve ser iniciada no pré-natal, garantindo que a equipe de saúde realize procedimentos benéficos para a mulher e o bebê e preserve a privacidade e a autonomia da mulher (POSSATI et al., 2017).

### **1.3 Humanização e Acolhimento**

No campo da assistência ao parto é bastante antiga a demanda por mudanças no modelo de assistência e de sua humanização. Nos últimos anos, vários autores e organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações com novas práticas no processo de parturição, tornando o parto medicalizado (LEISTER; RIESCO, 2013).

De acordo com Dias (2006) o termo humanização tem sido utilizado com frequência cada vez maior quando se fala da assistência à saúde e em especial quando se refere aos cuidados médicos. A humanização que ainda se consolidado como um conceito é geralmente utilizado para designar uma forma de cuidar mais atenta, tanto para os direitos da cidadania quanto para as questões intersubjetivas

entre pacientes e profissionais, visando uma modificação na cultura do atendimento (MELLO, 2011).

Apesar dos avanços e conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. O grande desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores da saúde, gestores e usuários na construção e efetivação do SUS como política pública é transpor os princípios aprovados para o setor Saúde e assegurados nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde.

Com o propósito de restabelecer no cotidiano das práticas de produção de saúde, princípios como o da universalidade/equidade para o acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos o Ministério da Saúde cria em 2003 a Política Nacional de Humanização. É uma iniciativa inovadora, tendo por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde.

O que corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2006).

A Humanização é uma aposta metodológica, certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS. Este método caracteriza-se pela tríplice inclusão: inclusão de pessoas, de coletivos e movimentos sociais e da perturbação, da tensão que estas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis (BRASIL, 2007).

Esta política apresenta cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde: Gestão Democrática, Garantia dos Direitos dos Usuários, Valorização do Trabalho, Clínica Ampliada e Acolhimento (BRASIL, 2007).

Estas diretrizes estabelecem os rumos para a construção e experimentação de dispositivos, reorganizando processos de trabalho e favorecendo a construção de novas realidades institucionais, que permitam a emergência de novos modos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2006).

Tradicionalmente, no campo da saúde o acolhimento tem sido identificado ora a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente

confortável, ora a uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados que afirma, na maior parte das vezes, uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido.

Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2004).

A construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se co-responsabiliza por esses cuidados.

Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta.

O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. Ele é terapêutico quando contribui para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados (TENÓRIO, 2011).

Segundo Aurélio, no Novo Dicionário da Língua Portuguesa (1986), “Acolher significa: 1- dar acolhida a, dar agasalho a; 2-dar crédito a, dar ouvidos a; 3- admitir, aceitar, receber; 4- tomar em consideração”.

As definições da palavra acolher não conseguem englobar todos os significados atribuídos a esta palavra, quando ela é utilizada para descrever a atenção ou cuidado dispensado por um profissional de saúde.

O acolhimento deve ser entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários.

Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando e encaminhando o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, quando for necessário; estabelecendo desta forma articulações com esses serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

No caso da assistência ao parto, cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com a gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança (BRASIL, 2005).

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes, pois contando sua história a mulher espera partilhar experiências e obter ajuda (BRASIL, 2005).

Os serviços prestados pelos profissionais de saúde devem focar o acolhimento como condição de dignidade à gestante e ao seu filho, priorizando-os como sujeitos de direito.

Quanto à avaliação com classificação de risco sabe-se que esta ação implica na equipe de saúde em estar atenta tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico do paciente e que a análise de risco e de vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo (BRASIL, 2004).

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. O Manual de Classificação de Risco em Obstetrícia é um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2017).

Neste trabalho, o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia foi entendido como dispositivo, que neste contexto passa a ser sinônimo de intervenção, uma vez que visa à reorganização do processo de trabalho para qualificar a escuta e melhorar o acesso das usuárias aos serviços de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Implementar ações de assistência ao cuidado integral a saúde da mulher para a melhoria do acolhimento às gestantes no Hospital Maternidade João Ferreira Gomes (HMJFG) no município de Itapajé-CE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Implantar o acolhimento e classificação de risco obstétrico no HMJFG;
- Contribuir com a organização do processo de trabalho dos profissionais do HMJG;
- Adequar a área física do Pré-parto para possibilitar a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, fazendo cumprir o disposto na Lei nº 11.108;
- Estabelecer um espaço de escuta para as usuárias do hospital e seus familiares.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, caracterizando-se por um projeto intervenção, que utiliza a abordagem qualitativa. Assim, é uma proposta de ação para a resolução de um problema observado no âmbito da organização de um serviço de obstetrícia.

#### **3.2 Local e período do Estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Itapajé, que tem 51.945 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2017), dividindo-se entre zona urbana e rural. Possui onze Distritos quais sejam: Itapajé (Sede do Município), Aguaí, Iratinga, Santa Cruz, Baixa Grande, Soledade, Pitombeira, Serrote do Meio, São Tomé, Armador, Mulungu. Possui uma área territorial de 439,5 Km<sup>2</sup> e fica a uma distância de 124,2 km de Fortaleza, no Ceará.

O local selecionado para o desenvolvimento do estudo foi o Hospital Maternidade João Ferreira Gomes - HMJFG, maternidade de referência para atendimento as gestantes de Itapajé, Irauçuba e demais cidades circunvizinhas, localizado em Itapajé-CE, os casos de maior gravidade são referenciados para a microrregião de Caucaia ou encaminhados para as maternidades em Fortaleza. Configurando-se assim como serviço de rede municipal na microrregional de saúde de Caucaia – CE.

O referido hospital nasceu da iniciativa da sociedade civil, quando foi doado um terreno para a prefeitura, pelo Sr. Luís Saraiva, líder político local, que posteriormente resultou em um prédio construído pelo Governo do Estado após anos de construção, a obra foi concluída e o governo estadual a colocou em funcionamento. Em junho de 1984 inaugura-se o Hospital Maternidade João Ferreira Gomes, conhecido como Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC), sabe-se que no ano de 1993 funcionou como maternidade e hospital de pediatria na gestão do prefeito José Cristóvão de Araújo Cruz, médico filho da cidade, até hoje integrante do quadro de servidores do referido hospital.

Em 2003 recebeu do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) o título de Hospital Amigo da Criança e passou a funcionar como maternidade. Atualmente caracteriza-se por ser uma unidade pública de gestão estadual indireta, sendo referência secundária para gestantes do município, é rede de apoio à 18 equipes de Atenção Primária à Saúde, e de suporte assistencial a cidades circunvizinhas, o município está na microrregional de Caucaia, formada por 10 municípios, sendo um dos maiores municípios desta conjuntura.

O hospital dispõe de 34 leitos distribuídos entre Obstetrícia, Pediatria e Clínica Médica, sendo o hospital municipal, o município possui outro hospital de caráter filantrópico, Hospital Santo Antônio, que presta serviço à população do sus na rede de apoio diagnóstico por exames de ultrassonografia e endoscopia, e atende predominantemente a convênios e ao serviço particular.

A estrutura do Centro Obstétrico do HMJFG é composta de duas salas, uma é destinada ao parto normal e a outra ao centro cirúrgico. Dispõe também de uma sala de pré-parto que acolhe até três gestantes simultaneamente, realiza uma média de 550 partos por ano, possui uma sala de cirurgia preparada a realizar cirurgias obstétricas eletivas, que tem rotina constante de segunda a sexta. Essa estrutura conta com cerca de 118 profissionais de saúde que compõem uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionista, bioquímicos, técnicos de enfermagem, de laboratório e de radiologia, os quais garantem o atendimento de parcela significativa de gestantes da região serrana do norte do Ceará, entre o Vale do Curu e a serra da Uruburetama.

O HMJFG é um hospital público municipal, que abrange a microrregião de Caucaia com 10 municípios, com 100 % de suas instalações ao Serviço Único de Saúde – SUS. Atendendo a necessidade de média complexidade, funcionando 24 horas nos serviços de urgência e emergência, clínica médica e obstetrícia. As ações são desenvolvidas pela equipe dos profissionais de enfermagem.

O período de execução deste projeto de intervenção foi de junho de 2017 a janeiro de 2018 e as atividades foram implementadas conforme o descrito no cronograma de atividades deste trabalho.

### **3.3 Participantes do estudo**

Participaram os profissionais de enfermagem que assistem as gestantes atendidas no serviço de obstetrícia do hospital municipal de Itapajé-CE.

### **3.4 Coleta das informações**

A ação foi elaborada com planejamento e treinamento de toda equipe de enfermagem do hospital municipal. No treinamento, todos foram orientados para a utilização do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia adotado pela Política Nacional de Humanização, necessário para efetivar uma assistência resolutiva e normatizar as condutas baseada nas necessidades clínicas.

Portanto, considerou-se a implantação do acolhimento e classificação de risco como estratégia fundamental, que consistiu na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender as mulheres que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Teve como objetivo estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentadas na ética e na cidadania.

O manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia permite refletir e reoperar a assistência com um fluxograma específico para os critérios assistenciais de avaliação de riscos e vulnerabilidades e aperfeiçoa o trabalho dos profissionais e de todos envolvidos na assistência à mulher (desde a sua chegada até sua alta); modifica as relações entre profissionais de saúde e usuários, viabiliza a construção de fluxos por grau de riscos na rede de atenção.

Na oportunidade foi entregue a Direção de Enfermagem e a Coordenação do setor obstétrico o modelo padronizado a ser implantado e seguido na unidade obstétrica da maternidade do Hospital Municipal de Itapajé. Com o objetivo de implantar uma estratégia de acolhimento com estratificação de risco e de vulnerabilidades, de modo a evitar iniquidades e iatrogênicas na assistência prestada, reorganizar o processo de trabalho em equipe e facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Para tal, foi realizada a capacitação de profissionais de enfermagem e a construção do



protocolo de atendimento e classificação de risco a ser seguido pela equipe, considerando a realidade da unidade e as especificidades da demanda local.

### **3.5 Organização das informações**

As informações foram apresentadas e organizadas de forma descritiva, com utilização de quadros para ilustrar as ações que abrangem a intervenção proposta.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações realizadas para a implantação do Acolhimento e Classificação de risco do hospital maternidade de Itapajé-CE foram descritas no plano operativo. Para realizar tais ações, estabeleceu-se junto aos participantes algumas diretrizes, as quais foram:

- Estimulo à discussão e à atualização sobre o tema Acolhimento e classificação de riscos em obstetrícia junto aos profissionais do HMJFG;
- Estímulo ao cuidado integral da usuária e suas necessidades de saúde, enfatizando a resolutividade nas abordagens/encaminhamentos;
- Respeito aos significados que o processo de trabalho de parto representa para a paciente, seu companheiro e família por parte da equipe de saúde;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Facilitar a organização no processo de trabalho da equipe, com ênfase na necessidade de Educação Permanente nos serviços de saúde;
- Qualificação do atendimento oferecido à população e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

### 4.1 Desenvolvimento do Plano Operativo

EIXO 1 – Reorganização do Processo de Trabalho

OBJETIVOS:

- Contribuir com a organização do processo de trabalho dos profissionais do HMJFG;
- Implantar o acolhimento e classificação de risco obstétrico no HMJFG;

ATIVIDADES REALIZADAS		PRAZO
AÇÕES	METAS	
1. Apresentar o Projeto de Intervenção à direção do HMJFG.	1.1- Realizada 01 reunião para apresentar o Projeto de Intervenção com a utilização de equipamento audiovisual.	Junho/2017
2. Realizar reuniões por plantão apresentando aos profissionais de saúde as propostas do referido Projeto.	2.1- Realizado um encontro por plantão para divulgar o projeto e sensibilizar os profissionais.	Setembro a Dezembro 2017
3. Capacitar os profissionais de saúde em Acolhimento	3.1- Capacitados 100% dos profissionais de enfermagem em Acolhimento com Classificação	Até Dezembro

com Classificação de Risco.	de Risco;	2017
4. Orientar sobre a utilização do protocolo de classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde.	4.1 – Realizada uma reunião com a equipe técnica responsável pelo acolhimento e classificação de risco já existente no hospital em cada plantão.	Até Janeiro 2018
5. Realizar oficina para avaliação da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico	5.1 – Realizadas 02 oficinas com o objetivo de avaliar a implantação das propostas contidas neste projeto.	Até Janeiro 2018

Fonte: Elaboração da autora.

## EIXO 2 – Reorganização da Atenção

### OBJETIVOS:

- Adequar a área física do Pré-parto para possibilitar a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, fazendo cumprir o disposto na Lei nº 11.108;
- Estabelecer um espaço de escuta para as usuárias do hospital e seus familiares.

ATIVIDADES REALIZADAS		PRAZO
AÇÕES	METAS	
1. Adequação da área física do Pré-parto de modo a permitir a presença de acompanhantes escolhido pela gestante durante o trabalho de parto.	1.1-. Possibilitar a permanência de um acompanhante junto à paciente durante o processo de trabalho de parto, garantindo a privacidade da gestante através da colocação de cortinas ou boxes.	Até Janeiro 2018.
2. Afixar em vários espaços do hospital: informes sobre boas práticas de assistência ao parto e a cópia da Lei Federal nº 11.108 que assegura o direito da gestante.	2.1- Democratizar as informações no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários.	Até Janeiro 2018.
3. Implantação da visita aberta no HMFG.	3.1- Instituir até janeiro/2018 a Visita Aberta preconizada pelo Ministério da Saúde;	Até Janeiro 2018
4. Implantação de um espaço de escuta para as acompanhantes e/ou pacientes falar sobre a experiência vivenciada durante o período de internamento	4.1- Realizar com o apoio do Setor de Enfermagem, grupos de acompanhantes e/ou pacientes diariamente, garantindo desta forma um espaço de escuta.	Até Janeiro 2018.

Fonte: Elaboração da autora.

A partir da implantação das ações propostas os profissionais de saúde passaram a superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, ampliando assim a escuta e transformando o processo de trabalho na maternidade desse serviço de saúde.

As modificações na forma de produzir saúde, contribuíram para que o Hospital Maternidade João Ferreira Gomes venha a consolidar-se como um serviço de referência municipal para a saúde da mulher mais qualificado, integrando uma rede de saúde loco-regional eficaz, eficiente e resolutiva.

O recebimento e acolhimento das usuárias, a identificação do problema que as levou a procurar o serviço hospitalar, o encaminhamento de acordo com fluxogramas; a melhor interação entre os profissionais da maternidade; a melhor organização do serviço obstétrico; a priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos no tempo adequado e não por ordem de chegada, e agendamento dos demais casos, gerou cidadãos mais informados e conscientes quanto ao acolhimento, ao direito, a cidadania e a seguridade social.

Tudo isto colaborou para minimizar o grau de insatisfação das pacientes atendidas na obstetrícia e melhorar a qualidade dos serviços prestados às mulheres de Itapajé, como também de municípios circunvizinhos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um país como o Brasil, de grande dimensão territorial e com diferenças sociais, econômicas e culturais profundas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar.

Observar diariamente a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde do HMJFG, possibilitou-nos a identificação de possíveis reestruturações nas ações já implementadas ou a efetivação de outras ainda não realizadas.

Este projeto de intervenção mostra que é importante atender as gestantes em suas necessidades e que as políticas em saúde da mulher se fazem presentes como instrumento norteador. As fragilidades apresentadas pelas mulheres assistidas na maternidade nos remetem a refletir sobre pontos estratégicos que foram passíveis de melhoria ou mudança.

O acolhimento da equipe necessita de constante aperfeiçoamento para que a qualidade no atendimento seja mantida e efetivada. O ambiente interfere positiva ou negativamente sobre a mulher que vivencia o momento de parturição.

Foi possível perceber que as parturientes se encontravam fragilizadas em decorrência do processo de parturição. Muitas apontaram boas vivências nesse processo, porém se apresentaram satisfeitas em alguns momentos, tanto pelo fato das mudanças no atendimento obstétrico desde no acolhimento inicial que segue às leis e políticas que regem a saúde da mulher, quanto pelo atendimento prestado no hospital que anteriormente foi visto como deficitário.

Vimos o quanto é importante a equipe de saúde estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento; pois, só esta forma de abordagem facilitará a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. Além do que, a vivência desta mulher será mais ou menos prazerosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, a depender do estabelecimento deste vínculo.

A implementação de protocolos de acesso e clínicos, pactuados entre profissionais de saúde; o reforço da educação permanente aos trabalhadores e a expansão da estratégia do acolhimento às pacientes assistidas pela rede local,

serão tomadas como metas para outras ações de melhoria no atendimento às nossas usuárias.

Desenvolvemos competências nos profissionais de saúde quanto ao acolhimento com classificação de riscos, promovendo assistência qualificada pela equipe de saúde e o ambiente adequado para atender à demanda. Foi objetivo das vivências uma maior integração dos profissionais junto as mulheres que iam para a maternidade, desde a entrada na unidade até os momentos do parto.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 11.108 em 7 de abril, 2005**. Dou 8/4, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção humanizada – Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Formadores e Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459 de 24 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p.
- BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1316-1327, 2005.
- BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M. J. D. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhido pela mulher. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.44-52, 2007.
- DIAS, M. A. B. **Humanização da Assistência ao Parto**: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. Tese de [Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2006.
- IBGE. Censo Demográfico, 2017. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 18 jan. 2018.
- FIGUEROA, M. N. et al. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Esc**

**Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0087.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0087.pdf). Acesso em: 20 fev. 2018.

FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, K.F.; FELICIANO, A.B.; SILVA, M.V.; BORGES, F.A.; CAMACHO, G. A. et al. Embracement as an analyzer of the relationships between professionals, managers and users. **Rev Esc Enferm USP**. v. 51, p. 1-8, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03258.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03258.pdf). Acesso em: 17 fev. 2018.

LEÃO, M. R. C; BASTOS, M. A. R. Doula apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo v.9, n.3, p.90-94, 2001.

LEISTER, N.; RIESCO, M.L.G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enferm**. v.22, n. 1, p. 166-174. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf). Acesso em 17 fev. 2018.

POSSATI, A.B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.4, p. 1-6, 2017. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf). Acesso em: 18 fev. 2018.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. [on line], 2016 Disponível em:  
 <<http://www.hcnet.usp.br/humaniza/publicacoes.html>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

MORAES, J. F. et al. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 8, n. 19, p13- 19, 2006.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. A. institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.651-657, 2005.

VARGENS, O.M.C.; SILVA, A.C.V.; PROGIANTI, J.M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 1, p.1-8, 2017.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

TENÓRIO, R. M. S. A. **Avaliação do Grau de Implantação do Dispositivo Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife**. Dissertação de [Mestrado] Profissional em Avaliação em Saúde, Recife-PE. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, 2011.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, supl 2, p.419-427, 2003.



## APÊNDICES

**Figura 1:** Momentos com profissionais de enfermagem para a Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, no Hospital Maternidade João Ferreira Gomes, Itapajé/CE.



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza.

**Figura 2:** Momentos com profissionais de enfermagem para a Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, no Hospital Maternidade João Ferreira Gomes, Itapajé/CE.



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza

**Figura 3:** Momentos com profissionais de enfermagem para a Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, no Hospital Maternidade João Ferreira Gomes, Itapajé/CE.



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza.

**Figura 4:** Mudanças na Ambiência do Centro Obstétrico e Aquisição de Mobiliário : Cama PPP



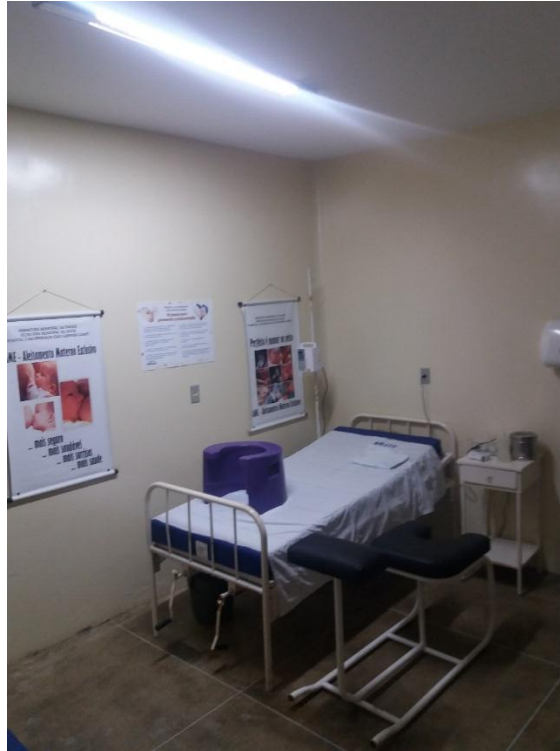
Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza

**Figura 5:** Informes sobre as posições para o Parto são estimuladas pelos profissionais do serviço as parturientes.



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza

**Figura 5:** Mudanças no Pré-Parto com aquisição de bomba de infusão, cavalinho e banquetas. Também solicitado a colocação de cortinas ou boxes entre os leitos, em fase de licitação.



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza.

**Figura 6:** Informes sobre as Boas Práticas de Assistência ao Parto



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza

**Figura 7:** Reorganização do Espaço dos Cuidados Imediatos ao RN



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza.

**Figura 8:** Informes sobre as Boas Práticas de Assistência ao Parto



Fonte: Acervo pessoal Rita Luiza