



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
REDE CEGONHA – UFPI/UFMG/MS**



NALANNE PATRYCE DE SOUSA NASCIMENTO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO
CESARIANO**

**TERESINA/PI
2015**

NALANNE PATRYCE DE SOUSA NASCIMENTO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO
CESARIANO**

Projeto de Intervenção submetido à Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

Orientadora: Prof^a. Ms. Lariza Martins Falcão

**TERESINA/PI
2015**

NALANNE PATRYCE DE SOUSA NASCIMENTO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO
CESARIANO**

Projeto de Intervenção submetido à Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

Orientadora: Prof^a.Ms.Lariza Martins Falcão

Aprovado em: 11.12.2015.

Prof.^a Ms. Lariza Martins Falcão – Presidente da Banca
Universidade Federal do Piauí

Prof.^a Ms. Cilene Delgado Crizóstomo – 1^a Examinadora
Universidade Federal do Piauí

2^a Examinador (a)
Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

A proposta deste projeto de intervenção é melhorar o atendimento à parturiente dentro do Bloco Cirúrgico/Obstétrico em um hospital regional de Florianópolis. A Sistematização da Assistência em Enfermagem define-se na organização de cuidados prestados ao paciente pela equipe de enfermagem, individualizando o cuidado e favorecendo melhor assistência ao paciente. O parto normal sem dúvida é a melhor escolha tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, porém existem alguns casos que necessitam de algumas intervenções, uma delas é a cirúrgica, para salvar a vida do binômio, nesse momento sugere-se o parto cesariano, que também necessita de cuidados e acolhimento. O presente projeto de intervenção tem como objetivo sistematizar a assistência de enfermagem ao parto cesariano na admissão da parturiente no centro cirúrgico da referida instituição, tendo em vista a deficiência do atendimento neste setor. Através de reuniões com os enfermeiros do setor, foi construído um histórico e apresentado a equipe de enfermagem no intuito de acolher e facilitar o atendimento, tornando-o mais qualificado. Este histórico foi apresentado à equipe, realizado um teste piloto e iniciada a aplicação. Após, espera-se dos resultados uma relação de humanização entre clientes e profissionais, agilizando e qualificando o atendimento.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Assistência de enfermagem. Parto.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	6
2. PROBLEMÁTICA	8
3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	8
4. JUSTIFICATIVA	10
5. REFERENCIAL TEÓRICO	10
6. PÚBLICO ALVO	16
7. OBJETIVOS	16
7.1. Geral	16
7.2. Específicos.....	16
8. METAS	17
9. METODOLOGIA.....	17
9.1. Planejamento das ações.....	Erro! Indicador não definido.
10. VIABILIDADE DO PROJETO	19
10.1. Cronograma	19
11. ORÇAMENTO	19
12. RECURSOS HUMANOS.....	20
13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	20
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICE.....	24

1 INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente fator determinante de sua morbi-mortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. Aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo inteiro, todos os anos, devido a complicações relacionadas à maternidade (WHO, 2012), configurando uma crise na saúde materna e infantil expressa na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de morrer.

Importante ressaltar que um número expressivo de mortes maternas e neonatais é evitável por ações dos serviços de saúde, ou seja, por atenção ao pré-natal, ao parto ou ao nascimento.

Entretanto, o fato da assistência ao parto no Brasil ser essencialmente institucionalizada, ou seja, realizada principalmente em hospitais e por profissionais de saúde habilitados, a interpretação conjunta desses indicadores revela que a oferta e a disponibilização de saberes e o maior acesso à tecnologia, aos insumos e aos equipamentos biomédicos, a maior presença de profissionais e as formulações normativas não garantem, por si só, a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materna e neonatal (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010), o que é considerado um paradoxo perinatal (DINIZ, 2009).

Apontar o que tem sido entendido como cuidado no parto e nascimento remete ao passado e, ao mesmo tempo, incita a discutir as perspectivas e as conquistas do cuidado de enfermagem na área da saúde da mulher e da criança, apesar de todas as diversidades que permeiam nosso cotidiano, nossas relações e nosso processo de trabalho.

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção. A prática do acolhimento nos espaços de saúde qualifica a atenção e a gestão, potencializando a garantia do atendimento, a resolutividade, o estabelecimento de vínculo, a promoção da saúde e as alianças entre usuários, trabalhadores e gestores (CALDEIRA, 2011).

Ainda de acordo com Caldeira (2011), estudos antropológicos demonstram que em nenhuma sociedade o parto é tratado apenas de forma exclusivamente fisiológica, é também um acontecimento biopsicossocial, rodeado de fatores sócio-culturais, emocionais e afetivos.

Como afirma Brasil (2001), o momento do parto é extremamente importante na vida de uma mulher, momento de grande intensidade emocional, marco no caminho da vida, que afeta profundamente as mulheres, os bebês, as famílias, com efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade. A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e fundamentalmente para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças.

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O trabalho ou exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo, por vezes, exigente. O enfermeiro/a para prestar assistência de enfermagem com qualidade e de forma humanizada necessita inserir-se na rede social de cuidados de forma consciente, competente, tanto técnica quanto cientificamente (NASCIMENTO, 2008).

A humanização dentro da enfermagem obstétrica tem uma importância fundamental na qualidade de atendimento à gestante, visto que este atendimento é personalizado e voltado para a mãe, recém-nascido, e sua família. Com o objetivo de melhorar o serviço prestado, a criação deste tipo de atendimento proporciona conforto, segurança e bem estar a toda a equipe multiprofissional, facilitando o andamento do processo cirúrgico, assim como o pós cirúrgico.

2 PROBLEMÁTICA

No setor onde trabalho, tenho a oportunidade de vivenciar o atendimento e o tratamento das parturientes, independente do tipo de parto, que é inadequado na recepção das usuárias a este serviço, devido à correria do serviço, pouco número de profissionais, falta de acolhimento no setor, isso quando a paciente não é admitida adequadamente no setor de obstetrícia, ao alto número de partos cesarianos e de pacientes que já chegam à unidade com a concepção de parto cesariano, conseqüentemente possui um alto índice deste tipo de parto. É corriqueiro ocorrer partos sem o conhecimento da história da parturiente pela equipe multiprofissional, além de falta de anotações em prontuários que dificultam a assistência de enfermagem das mesmas.

A dificuldade considerada mais importante é a falta de recursos humanos, inicialmente a alta rotatividade de enfermeiros no setor, isso dificulta o andamento sistemático do atendimento, pois a cada mês precisam-se treinar estes novos profissionais.

Pretende-se com a elaboração deste projeto de intervenção sistematizar a prática da assistência ao parto cesariano, com participação de todos os envolvidos (parturiente, acompanhante, família e equipe de saúde multiprofissional). Trata-se de um subsídio à mudança dos modelos de assistência ao parto, na busca de um atendimento humanizado, conforme preconizado pelo Programa de Humanização no Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A instituição a ser realizado o projeto de intervenção em questão é o Hospital Regional Tibério Nunes, em Floriano – PI. O referido hospital foi fundado no ano de 1976 e foi construído para atender os pacientes da guerra, e seria para durar apenas 10 anos, porém até hoje funciona como hospital de referência para todo o sul do estado do Piauí, e algumas cidades do Maranhão. Possui 132 leitos, que são divididos em quatro alas, Ala A que é a clínica cirúrgica, onde possui 29 leitos, Ala B que é a clínica obstétrica e pediátrica,

onde possuem 31 leitos, a Ala C, clínica médica, com mais dois leitos de UCI, que possui um total de 38 leitos e a Ala D, onde são 13 apartamentos únicos ou duplos, destes somente 10 funcionantes, que recebem todas as especialidades, porém são pacientes que requerem um pouco mais de atenção. Além de uma semi intensiva com 10 leitos, sendo 01 isolamento, um Bloco Cirúrgico e Obstétrico com 03 salas de cirurgias, 02 salas de parto, dessas últimas só uma funcionante, 01 Central de Material Esterilizado, 01 arsenal, 01 farmácia e 01 Sala de Recuperação Pós-Anestésica não funcionante, com 3 leitos. Como também repousos masculino, feminino e pediátrico no Pronto Socorro, cada um com 03 leitos, e uma sala de emergência com 02 leitos.

Quanto ao setor de obstetrícia, no mês de novembro de 2015, houve uma reforma a clínica obstétrica e montada uma sala de parto humanizado, como um CPN (Centro de Parto Normal). Com isso os partos que eram realizados dentro do Bloco Cirúrgico/Obstétrico, agora são concentrados na clínica obstétrica. Na Obstetrícia ficam 02 obstetras de plantão em 24h, para atender Centro Cirúrgico e clínica obstétrica (pré e pós-parto), possui ainda 02 enfermeiros no plantão a cada 12 horas. No Centro Cirúrgico possui 01 enfermeiro por 12 horas no período diurno. Noturno e fim de semana não possui enfermeiros.

Neste hospital atende todos os casos de baixa e média complexidade. Os casos de alta complexidade são encaminhados para o hospital de referência em Teresina. Relato ainda a construção de um setor de tomografia computadorizada e de uma UTI neonatal em andamento. De acordo com os livros de registros de partos normais e cesarianos do referido hospital, o número de partos normais é relativamente inferior aos de cesarianos, dados pesquisados nos meses de janeiro a junho de 2015. Conforme podemos demonstrar na tabela abaixo:

PARTOS/MÊS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
NORMAIS	68	66	96	97	87	94
CESARIANOS	88	70	83	113	95	81

4 JUSTIFICATIVA

Este projeto de intervenção justifica-se pelo desejo de humanizar a assistência de enfermagem ao parto cesariano dentro do Bloco Cirúrgico/Obstétrico e atender de forma integral e qualificada às pacientes que necessitem de cuidados obstétricos, quando não realizadas triagem ou acolhimento e classificação de risco, avaliando sua história anterior e atual, favorecendo um cuidado personalizado e de qualidade tornando possível a identificação de prioridades para realizar um melhor atendimento, com a finalidade de que as pacientes atendidas saiam satisfeitas e devidamente orientadas, sintam-se respeitadas e a equipe com o prazer do atendimento e sensação de dever cumprido.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O Acolhimento é 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 pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, garantindo a integralidade das ações. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções (BRASIL, 2009b).

Diante de suas diversas abordagens, percebe-se que o acolhimento pode colaborar para a garantia de atendimento humanizado, mas essa colaboração só pode existir se o acolhimento for entendido como processo de responsabilização de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional qualificada e capacitada para tal ato, com a postura acolhedora de todos e liberdade para que se estabeleça o vínculo das(os) usuárias(os) com o serviço (SILVA; ALVES, 2008).

Segundo Brasil (2012), o Ministério da Saúde (MS) vem implementando ações por meio de políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres, com vistas a incorporar a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações de saúde, investindo, assim, na melhoria das condições de vida das mulheres. Tal investimento vem sendo desenvolvido, desde os anos 2000, em uma série de programas de saúde das mulheres (em especial à saúde das mais vulneráveis), entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento; a Assistência Humanizada ao Abortamento; o Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis; de Controle do Câncer Cérvico Uterino e de Mama; a Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual e a Atenção à Mulher no Climatério e Menopausa.

A saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal está associada às condições de vida. Precária situação socioeconômica, baixo nível de escolaridade, dificuldade de acesso a bens e aos serviços, incluindo serviços de saúde de qualidade, restrições à autonomia reprodutiva e consequente falta de poder para se proteger contra infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto e violência sexual são alguns dos fatores implicados com a vulnerabilidade das mulheres mães (PRATES; ABIB; OLIVEIRA, 2008).

Cabe também destacar que mulheres negras, indígenas e migrantes geralmente convivem com situações ainda mais difíceis, nas quais as oportunidades de viver com qualidade e ter acesso à saúde são escassas (VENTURA, 2008), o que repercute de modo muito significativo nas suas condições de vulnerabilidade durante o ciclo gravídico puerperal. A atenção pré-natal preconizada pela Política Nacional de Humanização considera o acolhimento da gestante na integralidade do cuidado, incluindo a recepção da usuária com escuta qualificada, o favorecimento do vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social (BRASIL, 2012a).

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga,

com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005).

De acordo com Brasil (2012), a Rede Cegonha concretiza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de trabalhadores da saúde, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, mulheres ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Esta estratégia avança no sentido de garantir o acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida, propiciando a vivência destas experiências com segurança, dignidade e o respeito pelos serviços de saúde às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e às singularidades culturais, étnicas e raciais.

Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, diz as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente às condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento.

Considera que:

“No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das 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, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor” (DINIZ, 2005, p.231).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é

condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com freqüência acarretam maiores riscos para ambos (FARIAS, 2010).

Segundo Caldeira (2011), os protocolos clínicos realizados pela secretaria de saúde do estado de Minas Gerais, a avaliação obstétrica deve ser realizada utilizando um roteiro de averiguação, iniciado estabelecendo a idade gestacional, utilizando parâmetros como a data da última menstruação, ultrasonografia do primeiro trimestre, data do início da percepção dos movimentos fetais, primeiro teste de gravidez positivo; história obstétrica, como história das gestações anteriores e da atual, procurando identificar riscos obstétricos.

Sugere-se utilização do instrumento de HCP (História Clínica Perinatal) que reúne em uma única folha, variável de consenso universal, que mapeiam o percurso clínico da gestante e do RN e garantem a informação mínima essencial à assistência para o pré-parto, parto, nascimento e período neonatal; Exame físico geral como dados vitais, mucosas, aparelho respiratório, aparelho cardiovascular com ênfase para a pressão arterial, exames das extremidades (edema, varizes) e exame físico das mamas; Exame físico obstétrico como altura uterina, situação, posição e apresentação fetal, insinuação, ausculta de batimentos cardíacos fetais (antes, durante e após a contração uterina), dinâmica uterina e integridade da bolsa das águas e ainda e não menos importante a análise do cartão de pré-natal que serve para verificar e anotar as sorologias, a evolução do pré-natal, identificando possíveis alterações.

A confirmação do diagnóstico de trabalho de parto, ou a identificação de condições, comorbidades e/ou agravos específicos da gravidez determinam necessidade de admissão e internação da gestante/parturiente na própria

Unidade. Este diagnóstico embasará a elaboração do plano de cuidados. Após a avaliação clínico-obstétrica, feita pelo enfermeiro/médico, alguns dados são necessários para complementar a admissão, solicitar e realizar exames obrigatórios e implementar o plano de cuidados: situação, queixas e duração; breve histórico; uso de medicações; verificação de sinais vitais; exame físico sumário buscando sinais objetivos; solicitação de exames complementares obrigatórios.

A equipe de Enfermagem tem oportunidade ímpar de se aproximar e dar cuidado diferenciado e efetivo à parturiente. Despojar-se de preconceitos, tabus, respeitar as diversidades culturais e religiosas, o modo de viver e sentir dessas mulheres, colocando as em posição de protagonistas de sua história, esses profissionais teriam a chance de oferecer assistência qualificada, acolhedora e humanizada. As Boas Práticas viriam como consequência do reconhecimento desses aspectos. Estas foram elaboradas pela OMS em 1996 e classificadas em uma escala, baseada em evidências científicas, que demonstram práticas que devem ser estimuladas e outras que devem ser abolidas.

O grande desafio que se coloca, para todos os (as) profissionais que prestam esta assistência, é o de investir em uma abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto da parturiente, que preconize o suporte físico e emocional e o uso de técnicas não farmacológicas de cuidado que permitam o alívio da dor, como o estímulo à deambulação e à mudança de posição, uso da água para relaxamento e massagens (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Para modificar o cenário atual, levando-se em conta a perspectiva proposta pelos autores acima, torna-se necessário o resgate ao respeito à mulher em processo parturitivo e aos seus familiares, pois a representação dessa vivência depende de uma série de fatores que vai desde os intrínsecos à mulher até os relacionados ao sistema de saúde. Deste modo, a atenção adequada no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que a mulher possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar, sendo importante que a equipe de saúde esteja preparada para acolher a grávida, seu companheiro e sua família (BRASIL, 2003).

Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseia no respeito ao ser humano, empatia, intersubjetividade, envolvimento, vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) vem qualificando enfermeiras obstetras para sua inserção na assistência ao parto normal por meio de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstetra. Essas medidas visam à humanização dos serviços de saúde para redução de intervenções desnecessárias, a exemplo da prática excessiva do parto cesárea e com conseqüente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal (MOURA et al., 2007).

De acordo com pesquisas científicas, o cuidado oferecido por essas profissionais em Centros Obstétricos de maternidades, diminuem o uso das intervenções obstétricas, melhoram os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal e aumentam a satisfação da mulher com a experiência vivida, indicando a segurança e a viabilidade da atenção ao parto e nascimento nestes locais de nascimento. O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Garante às mulheres e às crianças vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. O desafio que persiste não é, pois, tecnológico, mas sim estratégico e organizacional, onde profissionais de diferentes categorias e saberes possam trabalhar de forma integrada e estabelecer o cuidado adequado para cada mulher (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2009), apenas 15% dos partos necessitariam ser cesarianos. Na maioria dos casos, o parto normal é a maneira mais segura e saudável de ter filhos e, por isso, deve ser estimulado por meio de uma assistência humanizada. Mas, infelizmente, quase metade dos partos no Brasil

são cesarianas. As gestantes precisam ser informadas sobre o direito de escolher seu tipo de parto e reivindicar seu direito ao parto normal. Caso necessite de uma cesariana, a gestante precisa ser informada qual a razão da escolha do tipo de parto.

6 PÚBLICO ALVO

Parturientes admitidas no Bloco Cirúrgico/Obstétrico para realização de parto cesariano, conseqüentemente puérperas em enfermaria obstétrica, independente de raça e idade, assim como todos os enfermeiros dos respectivos setores. A quantidade de pacientes que visam ser atendidas com este projeto gira em torno da metade dos atendimentos inicialmente, pelo fato de só existir enfermeiros dentro do Bloco Cirúrgico/Obstétrico diurnamente, dificultando a avaliação das pacientes no momento do parto e pós-parto, já que as mesmas não foram avaliadas corretamente na admissão do Bloco Cirúrgico/Obstétrico.

7 OBJETIVOS

7.1 Geral

- Implantar o histórico de enfermagem na admissão da parturiente ao parto cesariano no Bloco Cirúrgico/Obstétrico do Hospital Regional de Floriano, Piauí.

7.2 Específicos

- Criar um histórico de enfermagem voltado para a clientela parturiente de parto cesariano;
- Treinar os enfermeiros do setor para o uso do histórico de enfermagem, através de palestras informativas e construção de modelo padrão;

- Avaliar a implantação do histórico de enfermagem, padronizando o acolhimento, cuidados prestados e evoluções/anotações de enfermagem para o binômio (mãe-RN) por toda a equipe de enfermagem referida;

8 METAS

A meta deste projeto será treinar 100% dos enfermeiros que atuam diretamente com as parturientes, e aplicar o histórico de enfermagem em pelo menos 50% das pacientes admitidas no Bloco Cirúrgico/Obstétrico, e avaliar no período de um ano. Já que na enfermaria obstétrica existe um acolhimento que atua especialmente nas parturientes, independente do tipo de parto. Este percentual de apenas 50% das parturientes deve-se à deficiência de enfermeiros no Bloco Cirúrgico/Obstétrico, já que existem enfermeiros que trabalham somente diurnamente, assim como a rotatividade de enfermeiros do setor, que dificultam o andamento do serviço devido à inexperiência.

A implantação deste histórico favorecerá uma assistência de enfermagem humanizada e qualificada e servirá para que as parturientes sintam-se mais acolhidas, melhores atendidas, pois o mesmo abrangerá dados relevantes à sua história anterior e atual, proporcionando um atendimento de melhor qualidade, além de fornecer a equipe um adequado entendimento do quadro clínico trazendo para o ato em questão uma maior qualidade do serviço, além de ser o ponto inicial para a construção da sistematização completa dentro do setor.

9 METODOLOGIA

Para Fonseca (2002), *methodos* significa organização, e logos, estudo sistemático, pesquisa, investigação; ou seja, metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo, ou para se fazer ciência. Etimologicamente, significa o estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para fazer uma pesquisa científica.

9.1 Planejamento das ações

Passos para descrição dos princípios teóricos norteadores do projeto	Procedimentos de intervenção – ações previstas	Resultados esperados
1. Confeção do Histórico de enfermagem	1. Levantar com os enfermeiros sugestões para o histórico de enfermagem;	Histórico de enfermagem com base nas necessidades das parturientes
	2. Perguntas relevantes imprescindíveis;	
	3. Elaborar o histórico de enfermagem;	
2. Treinamento	1. Apresentar o histórico de enfermagem a equipe de enfermagem;	Enfermeiros aptos a aplicar o histórico de enfermagem
	2. Fazer teste piloto;	
	3. Iniciar a aplicação;	
3. Avaliação da aplicabilidade do Histórico de Enfermagem	1. Verificar as fichas anexadas ao prontuário;	Verificar se o histórico de enfermagem necessita de alguma alteração, para iniciar a complementação da SAE
	2. Conferir com as mulheres o atendimento recebido;	
	3. Anotar quanto foi absorvido pela equipe e cliente como resultado;	

10 VIABILIDADE DO PROJETO

10.1 Cronograma

Objetivos Específicos	Procedimentos de intervenção – ações	Mês 1 ABR	Mês 2 MAI	Mês 3 JUN	Mês 4 JUL	Mês 5 AGO	Mês 6 SET/15-SET/16
1	1. Busca do tema;	X					
	2.Descoberta e levantamento do problema;		X				
	3.Busca de dados científicos;		X	X			
2	1.Busca de referências bibliográficas;		X	X			
	2.Montagem dos itens necessários ao início do projeto;			X			
	3.Organização das idéias necessárias para desenvolvimento do tema proposto;			X	X		
3	1.Montagem do projeto de intervenção com seus anexos necessários para aplicação;			X	X	X	
	2.Envios para orientadora solicitando sugestões;				X	X	
	3.Aplicação do projeto de intervenção;						X

11 ORÇAMENTO

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Caneta	4 unidade	1,00	4,00
Lápis	4 unidade	0,50	2,00
Borracha	2 unidade	0,50	1,00
Resma de papel A4	1 resma	14,00	14,00
Cartucho de tinta	2 unidade	100,00	200,00
Combustível	150 litros	3,00	450,00
Xerox	300 unidade	0,08	24,00
Energia	1000 watts	0,60	600,00
Pen drive	1 unidade	26,00	26,00
TOTAL	-	-	1.321,00

12 RECURSOS HUMANOS

Este projeto foi realizado individualmente, com o apoio do Hospital Regional Tibério Nunes, de onde veio os dados utilizados para sua conclusão adequada. Acompanhado pela enfermeira discente e especializanda, e orientadora.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

O acompanhamento será feito a partir do momento da inclusão do Histórico de Enfermagem no setor, e por um período de um ano, visto que pode ser feito melhorias durante sua aplicação. A avaliação estará sendo realizada por meio de revisão de prontuários e de conversas com as mulheres atendidas, visando o alcance ou não das metas estabelecidas. Toda a equipe estará envolvida e beneficiada, assim como o hospital. Podemos definir critérios para avaliação, assim como: aplicabilidade do histórico de enfermagem, apuração das perguntas envolvidas, forma de abordagem das pacientes, absorção da equipe e das pacientes para as melhorias pretendidas.

A inclusão do histórico de enfermagem será para a clientela de parto cesariano que ocorre no Bloco Cirúrgico/Obstétrico, já que no Serviço de Obstetrícia este histórico já está implantado. O mesmo será o início da sistematização que será construída no setor. Apareceu algumas dificuldades no andamento do projeto, uma delas foi a mudança de enfermeiros no setor. Antes existiam duas enfermeiras, sendo eu e uma colega, onde essa colega foi transferida de setor, e chegou três novos enfermeiros, que também só trabalham durante o dia, tendo que ser repassado tudo novamente a eles.

O histórico de enfermagem foi construído baseado no histórico já existente no Serviço de Obstetrícia, e nas necessidades encontradas por mim e pela outra enfermeira do Centro Cirúrgico. Com o histórico de enfermagem pronto, o item 1 deste projeto encontra-se concluído. Pelo fato das dificuldades encontradas já citadas anteriormente, o item 2 está em andamento, pretendendo estar concluído até janeiro de 2016, devido as mudanças que

ainda estão acontecendo, devido a troca da gestão geral. E a fase de avaliação e aperfeiçoamento em até um ano, como citado no cronograma, em setembro de 2016. Podendo, dependendo do andamento favorável do histórico de enfermagem, concluir a sistematização da assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=747>>. Acesso em: 15 jun 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico, 5ª edição. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº570, de 1º de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – incentivo a assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun 2000.

CALDEIRA, K.A.; OLIVEIRA, M.R.;VIANNA, R.M.F.; **Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto**. Belo Horizonte, 2011.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva.627 – 637, 2005.

FARIAS, Aristóteles Silva. **Assistência ao parto humanizado: sensibilização da equipe de enfermagem**. Fortaleza, CE, 2010.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, mar./abr. 2009. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MOURA, F. M. de J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

NASCIMENTO, K. C.; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Sistematização da Assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola de Enfermagem USP** vol. 42 nº 4. São Paulo, 2008.

PRATES, C. S.; ABIB, G. M. C.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivência de múltiparas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 604-611, dez. 2008.

SILVA, L. G. da; ALVES, M. da S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v011n1/074-084.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SILVEIRA, D.T.; GERHARDT, T.E. **Métodos de Pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Ed. UFRGS. Disponível em: <[ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf](http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf)>. Acesso em: 28 mai 2015.

VENTURA, M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 217-228, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010** WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization, 2012. p. 59

APÊNDICE