

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**LUANA HELEN REBOUÇAS SANTIAGO**

**BOAS PRÁTICAS NO PARTO: IMPLEMENTAÇÃO NO ACOLHIMENTO EM  
UMA MATERNIDADE NO RIO GRANDE DO NORTE**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2015**

**LUANA HELEN REBOUÇAS SANTIAGO**

**BOAS PRÁTICAS NO PARTO: IMPLEMENTAÇÃO NO ACOLHIMENTO EM UMA  
MATERNIDADE NO RIO GRANDE DO NORTE**

**Projeto de intervenção apresentado a  
Universidade Federal do Ceará como pré-  
requisito para a conclusão do curso de pós-  
graduação em Enfermagem Obstétrica, sob  
orientação da Professora Dra. Régia  
Christina Moura Barbosa Castro.**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2015**

**LUANA HELEN REBOUÇAS SANTIAGO**

**BOAS PRÁTICAS NO PARTO: IMPLEMENTAÇÃO NO ACOLHIMENTO EM UMA  
MATERNIDADE NO RIO GRANDE DO NORTE**

**Projeto de intervenção apresentado a  
Universidade Federal do Ceará como pré-  
requisito para a conclusão do curso de pós-  
graduação em Enfermagem Obstétrica, sob  
orientação da Professora Dra. Régia  
Christina Moura Barbosa Castro.**

**APROVADO EM: 13/11/2015**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro – Orientadora  
Universidade Federal do Ceará – UFC**

---

**Prof.<sup>a</sup> MS. Ana Maria Martins Pereira  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR**

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância da implementação das boas práticas do parto no cuidado de enfermagem à parturiente. Estudo de intervenção realizado no mês de outubro de 2015, no município de Mossoró, região Oeste do Estado, no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, no setor de Acolhimento. O estudo teve três etapas, sendo a primeira um levantamento acerca das boas práticas para o parto e nascimento. A segunda referente à elaboração de um pôster ilustrativo, e a terceira a implementação de uma roda de conversa acerca das ações voltadas ao parto humanizado. Participaram desse estudo piloto dez profissionais, sendo dois enfermeiros e oito técnicos. Com o intuito de avaliar a estratégia, aplicaram-se duas perguntas norteadoras sobre a temática. Qual seu conhecimento acerca das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento? Após a apresentação deste projeto de intervenção, como você descreveria as boas práticas? Os resultados revelaram um maior aprofundamento dos profissionais sobre as boas práticas, bem como o interesse na implementação da roda de conversa para aprimoramento das atividades da instituição. Desta forma, conclui-se que o treinamento em serviço é imprescindível para discussão das reais situações vivenciadas no dia a dia, e assim para melhoria do atendimento, em especial o obstétrico.

**Palavras-Chave:** Humanização, Enfermagem Obstétrica, Parto.

## **ABSTRAT**

This study aimed at making the nursing team aware of the importance of implementing good practices in the assistance of women in labor. The intervention study was carried out in October, 2015, at the “Hospital da Mulher Parteira Maria Correia” (Midwife Woman Maria Correia Hospital), in the Admission section. The study had three stages. First, a review on the literature about the good practices for delivery and childbirth; second, the elaboration of an illustrative poster; and third, the implementation of a conversational circle, a strategy to develop the good practices. Ten professionals participated on this study, two nurses and eight technicians. In order to evaluate the strategy, two questions about the theme were made before and after the intervention, respectively. What do you know about the good assistant practices on delivery and childbirth? How would you describe the good practices learned on the conversational circle? The results showed deeper learning about the practices as well as the interest in the implementation of the conversational circle in order to improve the activities of the institution. Thus, it was concluded that the training in service is essential for discussing the real situations lived daily, and then to improve the assistance, in particular, in obstetrics.

**KEY WORDS:** Humanization, obstetrical nursing, childbirth.

## Sumário

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 1.Introdução.....                 | 06 |
| 2.Objetivos.....                  | 11 |
| 2.1Objetivo Geral .....           | 11 |
| 2.2Objetivos Específicos .....    | 11 |
| 3.Revisão de Literatura.....      | 12 |
| 4.Metodologia.....                | 16 |
| 4.1Cenário da Intervenção.....    | 16 |
| 4.2 Sujeitos da Intervenção.....  | 17 |
| 4.3Etapas da Intervenção .....    | 17 |
| 4.4Resultados Esperados .....     | 18 |
| 4.5Avaliação da Intervenção ..... | 18 |
| 5.Resultados.....                 | 19 |
| 6.Considerações Finais .....      | 22 |
| 7.Cronograma* .....               | 23 |
| 8.Orçamento* .....                | 24 |
| 9.Referências Bibliográficas..... | 25 |

## 1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10)<sup>1</sup>, como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. (DATASUS, 2011).

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 99% dos óbitos maternos. Quanto às causas dos óbitos, também se observam diferenças de acordo com o grau de desenvolvimento dos países. As causas mais prevalentes nos países em desenvolvimento apontam para os distúrbios hipertensivos e hemorrágicos. No Brasil estas causas são seguidas pelas infecções puerperais e pelo aborto. Já nos países desenvolvidos as mortes maternas estão diretamente relacionadas à anestesia e a cesariana. (MORSE et al, 2011)

No âmbito da saúde materno-infantil, o Brasil apresenta altos índices de mortalidade e taxas crescentes de cirurgias cesarianas, o que se faz necessário à implementação de políticas públicas para a mudança desse cenário. Em 2011, a razão da mortalidade materna no Brasil era de 64,8% por 100.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal (idade de 0 a 27 dias) de 10,6% para cada 1000 nascidos vivos (DATASUS, 2011).

Diante desses indicadores, faz-se necessário a adesão às políticas públicas por parte dos municípios, como a Rede Cegonha, pois esta se caracteriza como uma estratégia favorável que visa oportunizar a redução desses indicadores, melhorando a assistência ao binômio mãe e filho.

Propõe também, a implantação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde a década de 1980, com base no pioneirismo e experiências de vários profissionais da saúde, formuladores de políticas públicas, gestantes, dentre outros (BRASIL, 2014).

De acordo com o a portaria N° 1.459 de 24 de Junho de 2011 do Ministério da Saúde (MS), a Rede Cegonha é uma estratégia 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, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Tem como diretrizes o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e ao transporte seguro, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

De acordo com MS, 2004 a Humanização na saúde pode ser definida como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelecendo-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Assim, pressupõe mudanças simultâneas no modelo de atenção e no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. (BRASIL, 2014)

A atenção humanizada no contexto da assistência obstétrica e neonatal envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Iniciando-se no pré-natal e procurando garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando assim intervenções desnecessárias e que preservem a privacidade e a autonomia desses sujeitos. (BRASIL, 2011)

A construção de diretrizes políticas para a saúde capazes de produzir a atenção humanizada vem se intensificando no âmbito do SUS, e no campo da assistência obstétrica, uma série de propostas alternativas ao modelo de atenção vigente tem surgido desde a década de 60.

De acordo com a portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, o acolhimento com classificação de risco (ACCR) configura-se como um dispositivo que permite a identificação das prioridades de atendimento, permitindo avaliar os riscos e a vulnerabilidade dos usuários e assim a concretização do princípio da equidade. Deverá ser realizado por um profissional de nível superior com treinamento específico e baseado na utilização de protocolos pré-estabelecidos com o objetivo de avaliar o grau das urgências obstétricas.

Desse modo, o ACCR configura-se como uma intervenção decisiva na reorganização e realização da promoção da saúde, pois possibilita a ampliação da resolutividade dos casos, por incorporar critérios de avaliação de risco que permitem acolher a mulher no ciclo gravídico puerperal e garantindo assim, um melhor acesso aos serviços de urgência nos hospitais da rede como também a construção de projetos em defesa da vida (SECRETARIA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2011).

O trabalho de parto e o parto representam o final da gestação e o início da vida extrauterina do recém-nascido. Os riscos inerentes ao parto surgem quando aumentam as complicações durante o trabalho de parto e parto. É de fundamental importância que o enfermeiro obstetra compreenda o processo normal do parto para que possam detectar e evitar desvios do trabalho de parto normal e implementar medidas que o favoreçam. (LOWDERMILK; PERRY; CASHION; ALDEN, 2013)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 2011 define uma classificação das práticas comuns na condução do trabalho de parto, baseada em evidências científicas através de pesquisas feitas em todo o mundo. Essas práticas devem ser estimuladas, pois são demonstradamente úteis. Algumas dentre elas serão citadas e deverão ser implementadas durante o trabalho de parto e parto: apoio empático pelos prestadores de serviço, fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem, oferta de líquidos por via oral, monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas e contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho.

Contudo apesar das diretrizes da OMS, o modelo de atenção ao parto normal no Brasil, ainda é muito centrada no profissional médico e em um modelo de atenção tecnocrático, sendo fundamental, portanto, a inserção do profissional de enfermagem para a mudança desse cenário e para a quebra de paradigmas, buscando desfazer um conjunto de normas e rotinas

rígidas e que retiram a mulher do seu papel de protagonista no trabalho de parto e desrespeitam seu corpo e ritmo natural.

Através do entendimento do processo natural do parto e do conhecimento das evidências científicas atuais que norteiam as boas práticas de atenção ao parto, o profissional de enfermagem, poderá implementar medidas que o favoreçam e empoderem a mulher, para que juntos possam promover um processo de transformação cultural no modelo de atenção obstétrico e neonatal atual.

Com base no exposto, neste projeto pretendemos sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância da implementação das boas práticas do parto no setor do acolhimento em um serviço de atendimento à gestante, situado no Rio Grande do Norte.

A relevância deste trabalho baseia-se na importância das boas práticas do parto para o processo do nascimento e na humanização da condução do trabalho de parto por parte da equipe de enfermagem.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

Sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância da implementação das boas práticas do parto no serviço de acolhimento em uma maternidade no Rio Grande do Norte.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Padronizar os cuidados de enfermagem através da implantação das boas práticas;
- Realizar a capacitação da equipe de enfermagem para a aplicabilidade das boas práticas do parto na atenção à parturiente;

### 3. Revisão de Literatura

A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos setores que o compõem. Assegurar acesso, equidade no cuidado e integralidade das ações estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços. Desse modo, esforços institucionais, impulsionados pelo Ministério da Saúde (MS), têm sido empreendidos no intuito de melhorar a assistência à saúde, buscando persistentemente superar os desafios encontrados na experimentação de novas práticas, com base nos princípios e nas diretrizes da Política de Humanização (ANS, 2008).

O interesse da Organização Mundial da Saúde (OMS) em fortalecer os serviços de obstetrícia é motivado pelo reconhecimento de que para uma redução eficaz e sustentável da morbimortalidade, tanto de mães como de recém-nascidos, requer a adoção de modelos alternativos ao atual, com vistas ao aumento da proporção de partos normais e possibilidades de mudanças consoantes com o paradigma humanístico, fundamento teórico do movimento pela humanização do parto e nascimento (ANS, 2008).

Ao longo do tempo, a história do parto e nascimento vem sendo modificada de maneira progressiva. Desde a época em que os partos eram realizados pelas parteiras nos domicílios, muitas das condutas têm sofrido modificações. O parto foi deixando de ser um evento natural para tornar-se um procedimento cirúrgico, fato este evidenciado pelo crescente número de cesarianas em nosso país (MALHEIROS; ALVES; RANGEL; VARGENS, 2012).

Nos diferentes grupos populacionais brasileiros, o percentual de cesarianas é heterogêneo. Apesar das recomendações da OMS de manter a taxa de cesarianas inferior a 15% para todos os países, no Brasil observa-se que 23% concentram-se nas instituições públicas e 64% nas privadas. Constando-se assim, uma desigualdade na oferta de cesarianas, com o predomínio em mulheres de baixo risco e melhor nível socioeconômico, reforçando a influência dos fatores não clínicos na escolha da via de parto. (ANS, 2008)

Com o objetivo de modificar o cenário existente e melhorar esses indicadores, uma série de esforços vem sendo empreendidos por parte da sociedade e do governo brasileiro, no intuito de melhorar a atenção ao parto e ao nascimento. Constata-se, portanto, que existe uma fragilidade na rede de atenção materno-infantil, caracterizada pela fragmentação das ações e dos serviços de saúde, por práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras e por intensa medicalização e intervenções desnecessárias sem respaldo em evidências científicas.

Para a implantação da política de humanização no modelo da assistência materno-infantil, alguns princípios e fundamentos devem ser adotados, como por exemplo, o local do parto que deverá ser um ambiente onde a mulher se sinta segura, protegida, receba cuidados individualizados e onde ela possa expressar suas necessidades e sentimentos. A separação mãe e filho deverá ser evitada, e uma boa comunicação entre a equipe e a mãe é fundamental para manter a saúde física e emocional da mulher (BRASIL, 2014).

Por fim, a qualidade dessa assistência depende de uma boa organização da rede de serviços em que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada, visando garantir o atendimento integral a mulher e ao recém-nascido, evitando sua peregrinação ou se necessário sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. (BRASIL, 2014)

Visando assegurar esse modelo de atenção obstétrico, o MS lançou em 2011, um modelo de assistência humanizada e de qualidade às gestantes e às crianças conhecido como Rede Cegonha e que objetiva implementar uma nova estratégia de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança até 24 meses de vida, na redução da mortalidade materna e infantil e na organização da rede de atenção materno-infantil que garanta acolhimento e resolutividade.(BRASIL, 2011).

Dentre os componentes da Rede Cegonha citamos inicialmente a qualificação do pré-natal, que consiste na captação precoce da gestante, na realização dos exames em tempo oportuno para a avaliação do risco gestacional. Outro aspecto importante é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local onde será realizado o parto e a alimentação do sistema de informação e como também o apoio financeiro para o deslocamento das consultas e realização de exames. (BRASIL, 2011).

O segundo componente refere-se ao parto e ao nascimento, onde serão introduzidas as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, através do uso de práticas adequadas para o acompanhamento do trabalho de parto, como o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, uso do partograma e presença de acompanhante no momento do parto, por exemplo. (BRASIL, 2011).

Para introduzir as boas práticas, a Rede Cegonha propõe um novo dispositivo de atenção à saúde materno-infantil que é a implementação dos Centros de Parto Normal Intra e Peri-Hospitalares, para o atendimento exclusivamente ao parto normal sem distócia e gerenciadas e

organizadas por enfermeiras obstetras, promovendo assim a ampliação do acesso e favorecendo ao vínculo e atenção humanizada ao parto e ao nascimento. (BRASIL, 2011).

Com relação às Casas de Gestante, Bebê e Puérpera estas devem estar vinculadas ao hospital ou maternidade de referência e devem oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe para gestantes, puérperas e recém-nascidos que não exijam vigilância constante no ambiente hospitalar ou que não possam retornar ao domicílio no momento. (BRASIL, 2011).

O terceiro componente refere-se ao puerpério e atenção integral à saúde da criança que objetiva garantir a todos os recém-nascidos, boas práticas de atenção como sua permanência ao lado da mãe durante toda a internação, contato pele a pele e amamentação se possível na primeira hora, estímulo a participação do pai, oferta de triagens neonatais. Como também, investimentos nas maternidades de referência do país, para atendimento de gestantes e recém-nascido de alto risco e por fim o encaminhamento dos mesmos para a continuidade dos cuidados seja em ambulatórios especializados ou na Atenção Básica à Saúde. (BRASIL, 2011).

Para o puerpério, a Rede Cegonha assegura ainda, uma visita do agente comunitário de saúde ao binômio mãe e filho, com orientações para ambos e oferta de ações programadas. (BRASIL, 2011).

O quarto e último componente referem-se ao transporte sanitário e regulação. No aspecto da regulação inicia-se na unidade básica devendo garantir o acesso em todos os níveis de atenção, como exames complementares, consultas especializadas e inserção em pré-natal de alto risco. Com relação ao transporte a rede deverá garantir o deslocamento da gestante para a realização de consultas e ao local onde será realizado o parto como também transporte de emergência caso a situação clínica exija. (BRASIL, 2011).

Para a implementação desse modelo assistencial, toda a equipe de saúde deverá estar comprometida e receber treinamento para a adoção de atitudes simples e de baixo custo, que além de não aumentar os riscos, diminui o sofrimento e oferece uma vivência mais harmoniosa do parto. (ANS, 2008)

Entendemos que os profissionais de saúde são de fundamental importância no processo de humanização do parto e nascimento, sendo necessária a modificação da prática assistencial frente aos partos de risco habitual, atuando mais como cuidadores e na redução de práticas intervencionistas, proporcionando uma assistência mais humanizada e voltada à fisiologia do parto natural. (MALHEIROS; ALVES; RANGEL; VARGENS, 2012).

De acordo com a ANS, 2008 o profissional humanizado é todo aquele que entende as dimensões subjetivas do seu paciente como prioritárias, oferecendo as mulheres a condução do processo. Encara toda a paciente como singular, irreprodutível e diferente de todas as outras e o nascimento como momento único e evento ápice da feminilidade. Entende que a intervenção num processo natural só pode se justificar diante de critérios muito claros de auxílio diante de graves problemas.

A dependência da ação do profissional médico na atenção ao parto tem sido apontada como uma distorção importante no modelo de atenção à gestante no Brasil, cuja superação exige, entre outras ações, investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras, e na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento.

Diante desse panorama, a Rede Cegonha mostra-se como uma ferramenta fundamental para a mudança da prática assistencial no Brasil e o enfermeiro obstetra como o instrumento para a aquisição desse modelo de atenção à saúde materno-infantil. O treinamento em serviço é imprescindível para discussão das práticas reais vivenciadas no dia a dia das instituições e para melhorar do atendimento especial o obstétrico e conseqüentemente modificar os indicadores de saúde.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Cenário da Intervenção**

O presente estudo foi realizado no estado do Rio Grande do Norte, município de Mossoró, região Oeste do Estado, no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, no setor de Acolhimento, no mês de outubro de 2015.

Trata-se de um projeto de intervenção com o objetivo de sensibilizar a equipe de enfermagem do setor de Acolhimento quanto à importância da implementação das boas práticas do parto no cuidado de enfermagem à parturiente.

O Rio Grande do Norte é dividido em quatro mesoregiões, criadas pelo IBGE para fins estatísticos. No Oeste Potiguar é onde estão inseridos os municípios que compõem a II e a VIII regiões de saúde. A II região de saúde possui um território de 11.124,77 km<sup>2</sup>. É composta por 15 (quinze) municípios: Mossoró, Apodi, Areia Branca, Grossos, Upanema, Gov. Dix-sept Rosado, Baraúna, Felipe Guerra, Janduís, Tibau, Caraúbas, Messias Targino, Campo Grande, Serra do Mel, Patu, comportando uma população de 449.508 hab. Que representa 14,19% da população total do Estado. A VIII região é composta pelos municípios de Assú, Afonso Bezerra, Alto do Rodrigues, Angicos, Carnaubais, Fernando Pedrosa, Ipangaçu, Itajá, Paraú, Pendências, Porto do Mangue, São Rafael e Triunfo Potiguar (SESAP, 2012).

O Hospital da Mulher Parteira Maria Correia foi inaugurado no dia 9 de Março de 2012, possui gestão estadual e tem como característica o atendimento a gestante nos níveis de média e alta complexidade. A missão da instituição é incentivar a humanização do parto e incentivar os nascimentos de bebês através do parto normal, como também servir como campo de estágio para os estudantes da área de saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) (SESAP, 2012)

A unidade conta com 38 leitos, que incluem nove leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulta, incluindo um de isolamento, dez leitos de UTI Neonatal e sete leitos de Unidade Intermediária (UI), além das enfermarias e clínica cirúrgica.

As instalações físicas para assistência, consta com área para atendimentos de urgência e emergência (consultório médico e sala para acolhimento com classificação de risco), ambulatorial (sala de imunização), hospitalar (sala de cirurgia, recuperação, parto normal e pré-parto e leitos de alojamento conjunto e recém-nascido patológico) e serviços de apoio

(Banco de leite, lactário, SAME, serviço social, central de esterilização, farmácia, lavanderia e necrotério).

Dispõe de uma equipe de aproximadamente 350 colaboradores, entre servidores públicos e terceirizados, com aproximadamente 72 médicos, 53 enfermeiros e 152 técnicos de enfermagem, dentre outros.

A clientela atendida na Unidade de Obstetrícia é composta por parturientes e gestantes, predominantemente moradoras do município de Mossoró, como também provenientes dos municípios de abrangência do Oeste Potiguar.

No tocante as ações de saúde, as regiões desenvolvem atividades ligadas à atenção integral à saúde, enfocando promoção, proteção e recuperação da saúde em atenção primária, média e alta complexidade, monitorando os indicadores pactuados, de forma a ofertar ações e serviços mais resolutivos, integrais e universalizados para atender os objetivos estabelecidos pelo Pacto pela Saúde 2006.

Na instituição, iniciativas voltadas à humanização da assistência ao parto estão sendo, gradativamente incorporadas ao serviço, sendo este, o principal foco da equipe de enfermagem. Porém, apesar das ações de humanização, o número de partos abdominais apresenta-se muito superior aos partos vaginais, com um número de 656 partos vaginais e 1480 partos abdominais realizados no ano de 2014 de acordo com o Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) da instituição.

#### 4.2 Sujeitos da Intervenção

Participaram da formação dois enfermeiros e oito técnicos em enfermagem que trabalham atualmente no setor de Acolhimento da unidade.

#### 4.3 Etapas da Intervenção

Etapa I (Preparação da Capacitação): Levantamento das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014.

Etapa II (Implementação da Capacitação): Capacitação da equipe de enfermagem para a aplicabilidade das boas práticas do parto no cuidado à parturiente, por meio de um pôster ilustrativo.

Etapa III (Avaliação da Capacitação): Roda de Conversa com a equipe de enfermagem, avaliando a estratégia proposta por meio de perguntas norteadoras.

#### 4.4 Resultados Esperados

- Padronização nos cuidados de enfermagem na atenção à parturiente;
- Valorização da equipe de enfermagem como ser atuante e fundamental para a quebra de paradigmas;
- Humanização na atenção a saúde da gestante em trabalho de parto;
- Melhoria na qualidade da assistência de enfermagem;
- Empoderamento da parturiente e aumento da satisfação profissional na assistência ao trabalho de parto.

#### 4.5 Avaliação da Intervenção

Avaliação da percepção da equipe de enfermagem revelou a necessidade um maior aprofundamento sobre as boas práticas, bem como o interesse na implementação da roda de conversa para aprimoramento das atividades da instituição.

Assim, pretende-se encaminhar esse projeto para apreciação do comitê de ética em pesquisa, via Plataforma Brasil e implementar a roda de conversa. Ressalta-se que a mesma poderá ser avaliada mediante a prática dos profissionais em suas rotinas, com reuniões periódicas sobre mudanças e possíveis entraves na realização das boas práticas.

## 5. Resultados

Com o intuito de implementar as boas práticas para o parto e nascimento na maternidade Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, inicialmente foi construído um pôster com as principais ações voltadas ao nascimento humanizado.

Para construção do mesmo, a literatura pertinente ao assunto foi consultada, como livros e manuais em obstetrícia. Vale ressaltar que o objetivo para sua confecção foi o de facilitar a compreensão dos profissionais participantes, pois se acredita que a visualização do conteúdo por meio de gravuras e explicações simultâneas melhore o aprendizado.

Figura 1: Pôster utilizado na educação em saúde.



Observa-se que o pôster está voltado para as principais intervenções humanizadas durante o trabalho de parto e parto. Vale ressaltar que alguns cuidados foram tomados como a obtenção de uma ordem cronológica dos fatos, perpassando desde a escolha do acompanhante

até o contato pele a pele. Foram adotadas gravuras coloridas com um pequeno texto explicativo de cada ação.

De posse do material, foi agendado um momento com os profissionais da instituição. Esse momento foi chamado de “momento piloto”, pois vale enfatizar que esse momento foi considerado um diagnóstico da real situação, para que posteriormente ação educativa possa ser realmente implementada na maternidade.

Assim, convidamos dez profissionais, dentre eles dois enfermeiros e oito técnicos de enfermagem. Foi solicitado que os mesmos respondessem as seguintes perguntas: 1.Qual seu conhecimento acerca das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento? 2.Após a apresentação deste projeto de intervenção, como você descreveria as boas práticas? Sendo estas realizadas antes e após a apresentação, respectivamente.

Tabela 1: respostas das perguntas 1 e 2 feitas antes e após a intervenção educativa.

| <b>Respostas 1</b>                      | <b>Respostas2</b>   |
|---|---|
| <b>Ambiente tranquilo e confortável</b> | Conjunto de práticas ao bem estar da gestante no trabalho de parto ao nascimento do bebê.   |
| <b>Estar com o acompanhante</b>         | Trabalhar práticas desde a entrada no hospital até a hora do parto, como também os benefícios do parto natural desde o pré natal. |
| <b>Escolher a forma de parir</b>        | Parte de um parto humanizado, começando com um bom acolhimento.   |
| <b>Oferecer informações</b>             | O direito que a mulher tem de escolher como ela quer o seu parto e onde quer que ele aconteça.                                    |
| <b>Parto sem interferência</b>          | Proporcionar bem estar, segurança e conforto as pacientes.  |
| <b>Monitorizar o nascimento</b>         | Apoio empático por parte dos profissionais, fornecimento de informações.  |
| <b>Acolhimento</b>                      | Apoio a essas gestantes por meio de técnicas humanizadas.   |
| <b>Privacidade</b>                      | Massagens nas costas, acompanhantes (direito), acolhimento com empatia (humanização).   |
| <b>Solidariedade ao acompanhante</b>    | Atendimento cordial e acolhedor, orientando e tirando todas as dúvidas, respeitando quanto às escolhas.                           |

Segundo a tabela 1, podemos observar que as respostas que antecederam a intervenção estavam coerentes, porém sem embasamento científico. Muitas retrataram o que havia escutado, mas sem treinamento prévio.

No tocante as respostas pós intervenção, os participantes tiveram suas respostas mais completas e embasadas no que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Entende-se por Boas Práticas, segundo o Ministério da Saúde 2014, um conjunto ferramentas comuns na condução do trabalho de parto, baseadas em evidências científicas, que envolvem um conjunto de conhecimentos e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Nesse contexto, acredita-se que a implementação de atividades educativas no serviço, como treinamentos, oficinas e rodas de conversa possam contribuir para melhoria da assistência obstétrica.

A sensibilização dos profissionais da saúde por meio da educação continuada é uma das ferramentas para a modificação do modelo de saúde vigente, onde são implementados modelos alternativos, que objetivam melhorar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal e mostra-se também capaz de provocar profundas transformações na estrutura dos serviços de saúde, acompanhadas de modificações nas atitudes das equipes e redistribuição de recursos físicos e humanos.

A Rede Cegonha propõe de acordo com o MS 2014 a implantação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento baseado nas experiências de vários profissionais da saúde, formuladores de políticas públicas, gestantes, dentre outros, que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade através das boas práticas de atenção ao parto, que é um novo modelo de atenção à saúde da mulher e a criança que objetiva reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

Como também afirma que os profissionais da saúde são coadjuvantes para a implantação desse novo modelo de atenção obstétrica, fazendo-se necessário assim, a capacitação da equipe multiprofissional para a modificação da prática assistencial que assegurem os princípios da humanização e quebra de paradigmas.

## **6. Considerações Finais**

Se por um lado, o panorama epidemiológico brasileiro atual apresenta altos índices de mortalidade materna e taxas crescentes de cirurgias cesarianas, por outro, observamos o interesse do governo e da sociedade em melhorar esses indicadores de saúde e modificar o modelo atual de assistência à saúde, por meio de esforços comuns no intuito de melhorar a atenção obstétrica.

Em meio às informações coletadas, faz-se necessário destacar o papel da Política Nacional de Humanização (PNH) que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, a Rede Cegonha como uma estratégia favorável que visa oportunizar a redução desses indicadores melhorando a assistência ao binômio mãe e filho e as Boas Práticas de atenção ao parto e ao nascimento que são práticas comuns na condução do trabalho de parto, baseada em evidências científicas.

Faz-se importante destacar também, o papel dos profissionais da saúde como coadjuvantes na implantação desse novo modelo de atenção obstétrica, em especial o profissional enfermeiro, para a modificação da prática assistencial que assegure os princípios da humanização e a quebra de paradigmas. Desse modo, a sensibilização desses profissionais por meio da educação continuada, mostra-se como uma ferramenta para a modificação do modelo de saúde vigente, sendo capaz de provocar profundas transformações na estrutura dos serviços de saúde.

Conclui-se por meio do estudo apresentado que se faz necessário à implementação de novas políticas públicas para a mudança do cenário atual no tocante a assistência obstétrica no Brasil, oportunizando assim a redução dos indicadores de saúde e melhoria da assistência ao binômio mãe e filho. Para isso, o treinamento em serviço é imprescindível para discussão das práticas reais vivenciadas no dia a dia das instituições e para melhorar do atendimento especial o obstétrico e conseqüentemente modificar os indicadores de saúde.

## 7. Cronograma\*

| ETAPAS  | MESES |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |
|---|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|
|   | MAI   | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV |  |  |  |  |
| <b>Levantamento Bibliográfico</b>             | x     | x   | x   | x   | x   | x   |     |  |  |  |  |
| <b>Elaboração do Projeto</b>                  | x     | x   | x   | x   | x   | x   |     |  |  |  |  |
| <b>Entrega do pré-projeto</b>                 |       | x   |     |     |     |     |     |  |  |  |  |
| <b>Coleta de Dados.</b>                       |       |     |     |     |     | X   |     |  |  |  |  |
| <b>Análise dos Dados</b>                      |       |     |     |     |     | x   |     |  |  |  |  |
| <b>Elaboração do relatório final</b>          |       |     |     |     |     |     | x   |  |  |  |  |
| <b>Apresentação do Projeto de Intervenção</b> |       |     |     |     |     |     | x   |  |  |  |  |
|   |       |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |

\* A execução deste cronograma será no ano de 2015.

## 8. Orçamento\*

| <b>Especificação</b>                | <b>Qtd.</b>   | <b>Valor R\$</b>    |
|-------------------------------------|---------------|---------------------|
| Cópias do projeto para apresentação | 250           | 25,00               |
| Cópias para pesquisa                | 07            | 300,00              |
| Resma de papel tamanho A4           | 01            | 14,00               |
| Transporte                          |               | 300,00              |
| Cartucho de tinta / cor preta       | 02            | 80,00               |
| Cartucho de tinta / colorido        | 01            | 90,00               |
| Acesso à internet                   |               | 483,00              |
| Elaboração do Painel Ilustrativo    | 01            | 100,00              |
|                                     | <b>TOTAL:</b> | <b>R\$ 1.392,00</b> |

\* Todas as despesas serão de responsabilidade da pesquisadora.

## 9. Referências Bibliográficas

- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Humanização do parto e do nascimento. Volume 4.. Brasília, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Manual Prático para implementação da rede cegonha**. Humanização do parto e do nascimento. Volume 4. Brasília, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm> em Acesso dia 07/06/15.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Associação de Ginecologia e Obstetrícia. **Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Urgências Obstétricas**. Belo Horizonte, 2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; PEREIRA, M.N.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2014.
- LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S. E.; CASHION, K; ALDEN, K.R. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. 10º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p.365.
- MALHEIROS, P.A; ALVES, V.H; RANGEL, T.S.A; VARGENS, O.M.C. **Parto e Nascimento: saberes e práticas humanizadas**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012.
- MORSE, M.L; FONSECA, S.C; BARBOSA, M.D; CALIL, M.B; EYER, F.P.C. **Mortalidade Materna no Brasil: o que a mostra a produção científica nos últimos 30 anos?** Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro, 2011.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria da Saúde. **Plano Regional da Rede Cegonha**, 2012.

STANCATO, K.;VERGILIO,M.S.T.G.;BOSCO,C.S. **Avaliação da estrutura e Assistência em sala de pré-parto,parto e pós-parto imediato – PPP de um Hospital Universitário**. Cienc Cuid Saude, 2011.