

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
REDE CEGONHA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/UFMG/UFPE**

WYARA DA SILVA DO ESPÍRITO SANTO

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO ALINHADO ÀS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

**RECIFE-PE
2015**

WYARA DA SILVA DO ESPÍRITO SANTO

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO ALINHADO ÀS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - CEEO pela Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Inez Maria Tenório

RECIFE-PE
2015

WYARA DA SILVA DO ESPÍRITO SANTO

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO ALINHADO ÀS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

APROVADO EM: _____

Profª. Drª. Inez Maria Tenório
Orientadora

1º Membro da Banca examinadora
Professor (a) da UFPE

2º Membro da Banca examinadora
Professor (a) da EEUFMG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, o centro e o fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento a minha força e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada.

Aos meus pais, por todo amor e incentivo para que eu não desistisse. À querida Sylvia Paes que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, preocupando-se até com os problemas pessoais pelos quais passei durante esse período de construção do TCC. Obrigada por contribuir com tamanha paciência, apoio e palavras de força e esperança.

À minha orientadora, prof. Dr^a. Inez Maria Tenório, que acreditou em mim e partilhou comigo as suas ideias, conhecimento e experiências, sempre me motivando. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Ao Ministério da Saúde, Rede Cegonha, UFMG, UFPE e Hospital Dom Malan/IMIP pela rica oportunidade em contribuir para o meu novo olhar e experiência profissional. À prof. Sheyla Costa, coordenadora do curso, pelo compromisso, responsabilidade e seriedade que sempre teve na administração do curso de especialização.

Às minhas colegas de especialização (Marina, Tina e Évora) que se tornaram amigas para a vida, estou muito grata pelo incentivo e companheirismo nos momentos em que a dificuldade parecia grande, pesada demais, quase impossível e pude compartilhar minhas angústias, inquietações e ansiedades. Fomos muito guerreiras e apesar de tudo, conseguimos chegar ao fim.

Aos meus preceptores queridos (Ramon, Bianca e Paulo), pelos quais tenho imensa admiração pela competência profissional e gratidão pelo apoio e incentivo constante.

RESUMO

A atenção obstétrica passou por importantes mudanças em todo mundo ao longo das últimas décadas. Um marco de tais mudanças foi o lançamento, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, do documento denominado Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento que apresentava tecnologias que deveriam ser adotadas na atenção à parturiente de acordo com a melhor evidência disponível. Este documento impulsionou a adoção de boas práticas, baseadas em evidências científicas, para a condução do trabalho de parto e parto. Entretanto, no Brasil, o uso de intervenções na assistência ao parto permanece alto e, em grande parte, acontece de maneira inadequada. O presente projeto de intervenção surge a partir dessas considerações e da observação dos processos de trabalho que não condizem com as boas práticas obstétricas em uma maternidade pública do interior de Pernambuco. O objetivo principal é Intervir no cuidado em obstetrícia, com a adoção das boas práticas baseadas em evidências científicas, visando qualificar o atendimento integral e interdisciplinar à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. Será realizado no período de 9 meses, com uso da metodologia ativa, através de fóruns e oficinas, com todos os 37 enfermeiros e 13 residentes de enfermagem envolvidos no processo do cuidar no ciclo gravídico puerperal e de assistência ao recém nascido. A avaliação e acompanhamento do projeto ocorrerá desde a aplicação das oficinas até 1 ano após o término destas, o método utilizado será observacional, tanto na assistência prestada pelo profissional, quanto na recebida pela mulher e acontecerá durante e após a execução do plano de ação proposto. Assim será possível saber a real relevância do tema e qual o impacto no resultado.

Descritores: Parto humanizado. Enfermagem obstétrica. Bem estar materno.

ABSTRACT

The obstetric care has undergone important changes in the world over the past decades. A landmark of such changes was the launch by the World Health Organization (WHO) in 1985, the document called *Appropriate Technologies for Labor and Delivery* that featured technologies that should be adopted in caring for women during childbirth according to the best evidence available. This document promoted the adoption of best practices, based on scientific evidence, for the conduct of labor and delivery. However, in Brazil, the use of interventions in childbirth care remains high and largely takes place inappropriately. This intervention project emerges from these considerations and the observation of work processes that are not consistent with good obstetric practices in a public hospital in the interior of Pernambuco. The main goal is to intervene in the care in obstetrics, with the adoption of good practices based on scientific evidence, aiming to qualify the comprehensive, interdisciplinary care for women during childbirth, the postpartum and newborn care. It will be held at 9-month period, with use of active methodology, through forums and workshops, with all 37 nurses and 13 nursing home residents involved in the process of care in pregnancy and childbirth and newborn care. The evaluation and project monitoring will take place from the application of the workshops up to 1 year after the end of these, the method used is observational, both provided by the professional assistance, as received by the woman and will take place during and after the implementation of the proposed action plan. So it will be possible to know the real importance of the topic and the impact on the result.

Key words: Humanized birth. Midwifery. Welfare mother

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEEO - Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

HDM - Hospital Dom Malan

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH - Programa Nacional de Humanização

PHPN - Programa de Humanização do Pré natal e Nascimento

RN - Recém Nascido

SUS - Sistema Único de Saúde

TAPN- Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

TAPN- Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. SITUAÇÃO-PROBLEMA E QUESTÃO CONDUTORA	12
3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO	13
4. JUSTIFICATIVA.....	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO	17
6. PÚBLICO ALVO	22
7. OBJETIVOS	23
7.1 OBJETIVO GERAL.....	23
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
8. METAS	24
9. METODOLOGIA	26
10. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	28
11. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS	29
12. RECURSOS HUMANOS	30
13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	31
REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

A atenção obstétrica humanizada vem sendo construída gradativamente e segue-se em resposta aos anseios dos movimentos sociais¹ e da sociedade civil, em busca do restabelecimento da democracia. É nas últimas décadas que notamos significativas mudanças no Brasil e em âmbito internacional (BRASIL, 1984), (SERRUYA, 2003).

Inseridas nessas transformações, no ano de 1985, destacam-se as tecnologias apropriadas para a atenção obstétrica, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em documento intitulado Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento (TAPN), notadamente fundamentadas nas pesquisas baseadas em evidências. Nesse documento, a OMS afirma que as TAPN devem ser implementadas desde então, com a finalidade de garantir a segurança e o bem-estar da mulher (parturiente) e de seu Recém Nascido (RN), como: a posição assumida para parir e a presença de acompanhante de livre escolha da mulher, como também seu protagonismo durante todo o trabalho de parto (WHO, 1985).

Cabe sinalizar que no plano internacional esse documento da OMS é considerado um marco no processo de construção da atenção obstétrica, por ter estimulado de forma propositiva a adoção das boas práticas baseadas em evidências científicas e voltadas para a assistência à mulher, durante a parturição, nascimento e pós parto, e ao conceito. No Brasil, tal perspectiva emerge com maior expressividade a partir da CF/88, nessa mesma década do século XX, ao determinar a dimensão do dever estatal no campo da saúde em dar seguimento às ações com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de todos os avanços aqui apontados, ainda persiste atualmente a adoção de intervenções danosas nas maternidades do Brasil. Vê-se perseverar na atenção obstétrica, um excesso de episiotomias, amniotomias, o uso de ocitócitos e manobras de indução ao parto. Isso tem contribuído para que as taxas de

1 Esta movimentação a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço, político e técnico, quando em 1996, a OMS publicou um guia para a assistência ao parto normal, apresentando as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas relacionadas ao parto normal, objetivando garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina. Este guia para assistência ao parto normal representou a inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo Ministério da Saúde, como a abolição de técnicas consideradas danosas como a amniotomia, a episiotomia de rotina, a indução do parto, entre outras (SERRUYA, 2003).

morbimortalidade materna e perinatal se mantenham elevadas (CARVALHO *et al*, 2012), (WEICY; GUALDA, 2011).

Em meio a essas intervenções, abusos e desrespeito, a parturição pode ser percebida pela mulher como angustiante, uma vez que, a partir do momento em que é internada na maternidade, ela passa a não ter controle da situação, tudo se torna imprevisível e não familiar. Na maioria das vezes, ela não sabe que tem o direito legal a receber tratamento livre de danos e maus-tratos, obter informação, consentimento esclarecido com possibilidade de recusa e garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, ser tratada com dignidade e respeito, receber tratamento igual, livre de discriminação e receber cuidados profissionais com qualidade.

Ao longo de minha vivência como enfermeira na assistência obstétrica, tem sido notório que muitas das ações inseridas no contexto das boas práticas baseadas em evidências de assistência ao parto, não vem sendo adotadas. Parte dos profissionais de enfermagem permanece desenvolvendo uma prática prioritariamente tecnicista de cuidado, valorizando apenas o corpo físico da parturiente. Nesse sentido, vê-se que é necessário emergir a importância da adoção das boas práticas obstétricas para o êxito do processo de parturição pela equipe de enfermagem. Dessa forma, a partir das reflexões estimuladas durante o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foi gerada minha motivação na escolha do tema para o meu Projeto de Intervenção.

Inicialmente, pensei em desenvolver uma estratégia de intervenção para a atenção às parturientes, como a indicação de rotinas de enfrentamento a condição permanente das práticas danosas, por representarem a materialização da violência obstétrica. Todavia, identifiquei que haveria de elaborar um projeto voltado para redução de tais práticas danosas no trabalho de parto e parto, se fazendo necessário, por conseguinte, propor a implantação do cuidado alinhado às boas práticas baseadas em evidências de assistência ao parto.

O Ministério da Saúde (MS) enfatiza a necessidade de reconhecer a individualidade e humanizar o atendimento, significando que o profissional deve estabelecer com cada mulher um vínculo, percebendo suas necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento. Refere-se também a:

“[...] relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de assumir o comando da situação, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e a criança [...]” (BRASIL, 2001,p.10).

Com base nessa citação, pode-se apontar que compete a(ao) enfermeira(o)² obstetra assegurar o direito à mulher de ser assistida na maternidade com as boas práticas obstétricas, conforme os dispositivos legais, e assim contribuir para o planejamento e execução das políticas de atenção à saúde da mulher. Este(a) profissional, além de possuir perfil e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, também 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, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (MERIGHI; GUALDA, 2009).

O Ministério da Saúde vem financiando e estimulando a qualificação da enfermagem obstétrica, para acolher as escolhas da mulher no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas, como parte da estratégia da Rede Cegonha, para ampliar e qualificar a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

Assim, propõe-se a construção e implantação de um plano estratégico para que a mulher tenha seus direitos respeitados e garantidos, receba assistência humanizada, livre de danos e apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos.

2 As competências da(o) Enfermeira(o) estão recomendadas em vários documentos e legislações. No campo das Responsabilidades Civil e Penal, estão dispostas no Código Civil, Constituição Federal e também no Código de Defesa do Consumidor (CDC), tornando obrigatória a atenção e a responsabilidade para coibir danos e erros na assistência profissional (OGUISSO, 2007). Outras competências estão regulamentadas em documentos legais do Ministério da Saúde como a Portaria Nº 163 de 22/09/1998, que dispõe sobre as atribuições da enfermeira obstetra; a Resolução Nº 339/2008, que normatiza a atuação e responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto. Há ainda as Resoluções do COFEN, como a de Nº 223/1999, que dispõe sobre a atuação de Enfermeiro na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal, e a de Nº 439/2012 que estabelece a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica.

2. SITUAÇÃO-PROBLEMA E QUESTÃO CONDUTORA

Se gestar é um processo fisiológico, do mesmo modo também é o parir. O parto é um processo fisiológico que tem início e evolução por conta própria. Portanto, o cuidado baseado em evidências científicas, deve oferecer assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções desnecessárias.

Destarte, em nossas observações, a não adoção das boas práticas na atenção obstétrica, em várias instituições de saúde nas diversas maternidades do país, também vem sendo uma realidade na Instituição onde trabalho. Contrário ao que é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), constata-se que alguns profissionais de saúde (diferentes categorias) desenvolvem ações excessivamente intervencionistas, durante o processo de parturição, transformando o processo fisiológico do trabalho de parto em condição patológica.

Neste contexto, insere-se o Hospital Dom Malan (HDM), administrado por uma Organização Social - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP Hospitalar) -, principal referência em saúde materna da região do submédio vale do São Francisco, localizado na cidade de Petrolina-PE. Apesar de possuir uma forte política pautada em boas práticas na assistência ao parto e ao nascimento, preconizada pela Rede Cegonha e MS, ainda existem profissionais de saúde desalinhados ao perfil da Instituição, praticando atos sem embasamento em evidência científica, desrespeitando a privacidade e a liberdade da mulher, a escolha de um acompanhante, utilizando métodos invasivos, além de não utilizarem o gráfico de registro dos dados referentes à evolução do trabalho de parto (partograma) e não estimularem métodos não farmacológicos para alívio da dor (massagem, técnicas de relaxamento entre outros).

Diante dessa realidade, é perceptível que a equipe de enfermagem e os demais profissionais da saúde, precisam estar disponíveis e preparados para adotar em sua prática assistencial as boas práticas obstétricas na maternidade. A partir dessa realidade surge a seguinte questão: como implantar o cuidado alinhado às boas práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, voltados à parturiente que, orientem/norteiem profissionais de saúde a respeitarem a gestação e o parto como processos sociais e fisiológicos de uma maternidade pública de Petrolina-PE?

3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO

Inaugurado em 13 de setembro de 1931, o Hospital Dom Malan integra a rede estadual de saúde de Pernambuco. A unidade funcionou como hospital geral na maior parte de sua existência, servindo à população usuária do SUS no submédio São Francisco e a partir do ano 2008 sob a gestão do IMIP, passou a cuidar exclusivamente da saúde da mulher e da criança. É a única maternidade da cidade de Petrolina-PE, onde está localizado, e é referência materno infantil para 55 municípios, cerca de 2 milhões de pessoas, da região interestadual fronteira Bahia-Pernambuco.

Centro de referência em gestação de alto risco, possuidor do título de “Hospital Amigo da Criança”, concedido pela OMS/Unicef e MS. É pautado pela humanização no atendimento desde a sua fundação e tem como missão prestar serviços de saúde no setor hospitalar com compromisso da ética, voltado para o bem estar da mulher e do neonato, com qualidade e segurança, através das boas práticas baseadas em evidências.

Considerado de grande porte, possui 260 leitos disponibilizados para internamento, destes 14 leitos são para o pré parto e 46 para o alojamento conjunto. Além disso, sinalizamos ainda o acesso a clínicas de internamento para gestação de alto risco, ginecologia, unidade neonatal de cuidados intermediários, alojamento canguru, alojamento patológico, oncologia, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva adulto e pediátrica (UTI), bloco cirúrgico com quatro salas e urgência infantil e obstétrica.

Tem um quadro de 950 funcionários, sendo 668 profissionais de saúde, nas diferentes categorias: 125 enfermeiros, 13 fisioterapeutas, 118 médicos, 02 fonoaudiólogos, 11 farmacêuticos, 01 biomédico, 09 assistentes sociais, 11 nutricionistas, 02 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional e 375 técnicos de enfermagem. Nesse quadro, identificamos 123 concursados(as) do Estado.

No nível ambulatorial são oferecidas diversas especialidades, como mastologia, ginecologia geral, pediatria geral, neurologia, neurocirurgia, nutrição, fonoaudiologia, nefrologia, cardiologia, psicologia, hematologia e gastroenterologia. O hospital também dispõe de um Centro Acadêmico voltado para estudantes de

medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), além de 26 residentes de medicina, 13 de enfermagem e 05 especializadas de enfermagem obstétrica do CEEO, no qual me encontro inserida.

Destarte, acrescentamos que a instituição possui um Banco de Leite Materno, com equipe de enfermagem e uma médica prestando assistência ao público interno e externo, para atendimento não somente às intercorrências mamárias, mas também doação e distribuição de leite humano. Dispõe ainda de uma casa de apoio com vinte camas para as puérperas que recebem alta hospitalar e continuam com os recém-nascidos internados na UTI pediátrica e na Unidade de cuidados intermediários.

4. JUSTIFICATIVA

A partir da observação, como enfermeira de uma maternidade pública referência em gestação de alto risco no sertão pernambucano há quatro anos, tenho constatado que alguns/algumas profissionais de saúde não realizam assistência humanizada; não respeitam a privacidade das mulheres; realizam intervenções e procedimentos desnecessários; por vezes mantêm-se com posturas negligentes e indiferentes; não permitem o acompanhante de escolha da mulher; impõem normas e valores morais depreciativos e realizam intimidações por discriminação de gênero. Já as parturientes, mostram-se frágeis, temerosas e desinformadas sobre seus direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania.

Diante dessa vivência, buscou-se pesquisar sobre o tema e propor intervenções que pudessem, senão solucionar, melhorar a forma de se fazer uma assistência humanizada, sem violência obstétrica, baseada nas boas práticas obstétricas com evidências científicas. A assistência obstétrica prestada na maternidade representa um instrumento de intervenção que qualifica o processo de cuidar, devendo assegurar à mulher o direito à atenção humanizada ao parto e ao puerpério. As usuárias não são só parturientes, os(as) trabalhadores(as) não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento das funções de cada um. O SUS (Sistema Único de Saúde) humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2013).

Cabe apontar que na assistência obstétrica são consideradas práticas baseadas em evidências científicas: o oferecimento de dieta; a liberdade de posição e movimento; os métodos não farmacológicos para alívio da dor; o uso de partograma; a presença de acompanhante de escolha da mulher; o contato precoce cutâneo com o RN e o reconhecimento que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. O cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde, a usuária e sua rede sócio familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si, assumindo posição protagonista.

Com a finalidade de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e garantir acesso, acolhimento e resolutividade, foi criada a Rede Cegonha para

assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Ainda nessa perspectiva, as diretrizes da PNH vieram expressar que todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele e a ser informado sobre sua saúde. Para efetivação e garantia desse direito é necessário: um acolhimento humanizado, com uma escuta qualificada; uma organização e experimentação de rodas de conversa como importante orientação para colocar as diferenças e favorecer as mudanças nas práticas de atenção; além de uma ambiência com espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e propiciem mudanças no processo de trabalho (BRASIL, 2013).

A partir dessas considerações e da observação dos processos de trabalho que não condizem com as diretrizes da PNH e com os princípios da Rede Cegonha, tampouco com as práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, justifica-se a realização do presente projeto, já que alguns profissionais de saúde precisam ser despertados e orientados a utilizar as boas práticas e centrar a ética e a humanização como norteadoras do cuidado.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

O ciclo gravídico-puerperal e o nascimento agregam experiências significativas na vida das mulheres e de todo seu círculo familiar. Contudo, essas vivências nem sempre são positivas, por vezes são marcadas por violações de seus direitos sexuais e reprodutivos. Não tão raro, sofrem situações de violência nas instituições de saúde que deveriam assisti-las de modo qualificado.

A assistência à parturiente, nos dias atuais, tem se mostrado altamente intervencionista, retirando da parturiente a sua autonomia durante o processo do nascer. Esta situação vai desde a escolha da via de parto, o seguimento deste trabalho de parto até a falta de informações necessárias acerca dos procedimentos e medicações administradas. Isso se deve, em grande parte, a hospitalização do parto, já que anteriormente tinha como essência um acontecimento natural, ocorrido no domicílio, compartilhado em família, mediante cada cultura e seus valores sociais (SODRÉ *et al*, 2012), (AGUIAR *et al*, 2013), (VELHO *et al*, 2014).

Algumas mulheres são expostas a distintas situações de vulnerabilidade durante a fase perinatal, inclusive física e emocional. Ressalta-se o excessivo número de toques vaginais, realização de procedimentos sem prévio esclarecimento, medicalização indiscriminada do parto, realização de cesárea sem indicação obstétrica, esterilização durante a cesárea entre outros (WOLFF & WALDOW, 2008), (BOTTI, 2013).

Nas últimas décadas tem sido intensificada a utilização de drogas no decorrer do parto. Além disso, na assistência à parturiente, a indução, a estimulação, a sedação e a analgesia têm sido utilizadas com mais intensidade, contribuindo, muitas vezes, para o surgimento das iatrogenias. A própria sala de parto se transformou em um arsenal de instrumental cirúrgico e equipamentos e até mesmo a posição em que a mulher é colocada é apenas vantajosa para aqueles que conduzem o parto (GUALDA, 2011).

Para além das violências veladas/implícitas, são frequentes as narrativas de violências explícitas. A principal delas refere-se à prática indiscriminada da episiotomia, é incomum encontrar mulher que teve parto hospitalar sem cicatriz de episiorrafia. Porém essa intervenção/procedimento afeta estruturas do períneo, como vasos sanguíneos, músculos e tendões responsáveis pela sustentação de

alguns órgãos, bem como pela continência urinária e fecal e até algumas estruturas com ligações ao clitóris, minimizando o prazer feminino. Mesmo assim, pesquisas apontam que a prática da episiotomia ocorre em 94% dos partos normais realizados no Brasil (BRASIL, 2008).

A prática indiscriminada da episiotomia sem o consentimento da parturiente apenas ratifica a ideia de que a mulher é tratada como objeto da intervenção, já que essa prática é um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da mulher (MATTAR *et al*, 2007).

Outras práticas utilizadas com frequência e que representam procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados, são: toques vaginais repetidos, imobilização em uma cama, instalação de soro, uso de ocitocina, manobra de indução do parto. Todas essas violências são perpetradas e reproduzidas por meio da hierarquia e dominação do saber sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Destarte, a incidência de partos cesáreos aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Essa tendência revela uma preocupação não com a figura da mulher, que deveria ser respeitada e receber assistência humanizada com qualidade, mas sim com a ansiedade dos profissionais de saúde em reduzir o tempo do parto a todo custo, bem como à interpretação errônea de dados de monitoração fetal contínua (GUALDA, 2011).

De acordo com a OMS, os abusos e desrespeito no parto nas instituições de saúde acontecem de várias formas, tais quais: abusos verbais e humilhações profundas (muitas vezes relacionados ao machismo); violência física; ausência de consentimento esclarecido antes de realizar procedimentos, como também procedimentos médicos coercivos ou não consentidos; falta de privacidade; recusa de internação nas instituições de saúde; recusa em administrar analgesia; cuidado negligente durante o parto que pode levar a complicações evitáveis; detenção de mulheres nas instituições, após o parto, devido à incapacidade de pagamento; uso de ocitocina sintética; e também, a impossibilidade de acompanhante durante o parto (OMS, 2014).

A OMS ainda declarou tais manifestações na atenção obstétrica como atos de violência obstétrica, uma violação dos direitos humanos fundamentais, o que elucida que é um problema global e disseminado. Inclusive, o mesmo relatório pontua serem

direitos da gestante: receber tratamento digno, não sofrer discriminações, ter livre acesso à informação, usufruir o mais elevado padrão de saúde mental e física, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Também é apresentado como determinados grupos estão mais vulneráveis a sofrerem abusos, maus-tratos e desrespeito, entre eles estão: as adolescentes; mulheres solteiras; de baixo nível socioeconômico; migrantes, pertencentes à minorias étnicas e as que vivem com HIV (OMS, 2014).

Assim, reconhecendo a relevância e o reconhecimento por parte dos movimentos sociais de que o cuidado qualificado em obstetrícia deve prevalecer sobre os cuidados coercivos acima mencionados, o Ministério da Saúde instituiu, na década de 80 (Século XX), o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), e no século XXI a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política de Humanização do Pré natal e Nascimento (PHPN). Nota-se certa singularidade de objetivos nesses marcos no campo da saúde da mulher, como: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações do pré-natal, parto e puerpério e o cuidado da mulher em todas as etapas da vida. Todavia é necessário refletir sobre o papel do Estado na garantia desses objetivos, igualmente também, sobre a execução dessas políticas, e de modo imprescindível explorar os entraves provocados pela não adoção das boas práticas obstétricas.

Corroborando com a assistência humanizada, a Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha - programa de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. A proposta dentre seus princípios, inclui: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011b).

A enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa da humanização no pré-natal e no nascimento. Diante disto, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação desta (e) profissional na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais

para a diminuição de intervenções e riscos, tanto em maternidades, como em casas de parto, favorecendo a humanização da assistência (BRASIL, 2003).

A humanização da obstetrícia nada mais é que o resgate de práticas e valores, um dia comuns na assistência à gestante, que foram sendo progressivamente esquecidos conforme a evolução do conhecimento científico e das tecnologias, e as mudanças no sistema de saúde. Dito de outra forma, os processos de instrumentalização e medicalização da medicina, e de institucionalização do paciente desviaram o foco da atenção, deixando de ser valorizados aspectos essenciais para uma relação saudável com o paciente (CARVALHO, 2007).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda ser importante fortalecer a adoção das boas práticas por se encontrarem alicerçadas na concepção de humanização do parto:

“[...] considerar os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as agressões verbais e não-verbais [...]” (BRASIL, 2001, p. 27).

Vê-se que a ideia do parto humanizado é fazer com que o momento do parto, geralmente objeto de medo e tensões, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada parturiente, com os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível no processo do nascimento da criança. A esse respeito, entende-se que essas recomendações feitas pelo Ministério da Saúde, refletirão na prática de profissionais de saúde apresentando-se como uma condição desafiadora por estimular mudanças nas normas e rotinas hospitalares, pois além de sinalizarem a necessidade da adoção das boas práticas obstétricas, também apontam à existência de que tal adoção será geradora de implicações benéficas para a assistência obstétrica.

Modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas da assistência, são indispensáveis. É válido ressaltar, que a humanização da assistência ao parto, exige principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, e ofereça o suporte emocional à mulher e à sua família, o que facilitará a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. É um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (Brasil, 2011).

6. PÚBLICO ALVO

Serão alvo das ações de intervenção de forma direta, 37 enfermeiros (18 do pré parto, 11 da emergência obstétrica e 08 do alojamento conjunto) e 13 residentes de enfermagem atuantes na assistência ao parto, ao nascimento e ao puerpério de uma maternidade pública do interior de Pernambuco.

De forma indireta, serão beneficiárias todas as mulheres assistidas nesta maternidade.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

Intervir no cuidado em obstetrícia, com a adoção das boas práticas baseadas em evidências científicas, visando qualificar o atendimento integral e interdisciplinar à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer como os enfermeiros percebem o cuidado, alinhado às boas práticas obstétricas, voltado às parturientes, puérperas e recém-nascidos da maternidade pública HDM;
- Elaborar processos educativos em saúde, visando estimular reflexão e atualização sobre o tema, com os enfermeiros;
- Realizar fóruns e oficinas, visando repensar a ética e a humanização como princípios norteadores das ações do cuidado;
- Contribuir com a Educação Permanente à organização do processo de cuidar dos enfermeiros da maternidade HDM.

8. METAS

- Realizar 12 oficinas (03 a cada grupo) de modo a alcançar 100% dos enfermeiros da emergência obstétrica, pré parto e alojamento conjunto no mês de Janeiro de 2016;
- Organizar em portfólio, as informações de todos os profissionais a respeito do que pensam sobre o cuidado alinhado as boas práticas obstétricas, voltado às parturientes durante o mês de fevereiro de 2016;
- Capacitar 100% dos enfermeiros do setor de triagem obstétrica, pré-parto e alojamento conjunto, sobre cuidado alinhado as boas práticas obstétricas durante os meses de março e abril de 2016;
- Instituir até setembro de 2016 a rotina do cuidado alinhado às boas práticas obstétricas, voltado às parturientes, puérperas e recém-nascidos.

O que se pretende é construir e implementar, em 9 meses, algumas ações que permitam à mulher vivenciar a experiência do parto como algo natural, como parte do ciclo vital feminino, com o mínimo de interferência, mantendo o ambiente seguro o suficiente para um nascimento saudável. Isso não envolverá tecnologias avançadas, mas um trabalho que permita à mulher no momento do parto fazer escolhas conscientes e bem informadas e sendo respeitada em todos os seus momentos.

A partir de treinamentos contínuos e discussões e recortes de problemas ofertados aos profissionais da saúde, espera-se que estes se conscientizem sobre o seu papel e possam desenvolver uma promoção da assistência obstétrica mais efetiva. A reflexão favorecerá aos profissionais a compreensão de que a mulher como um todo, não é só corpo e mente, mas sim como o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive.

Novas formas para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na construção de saúde para uma atenção humanizada e qualificada deverão ser estabelecidas, sendo condição primeira para o adequado acompanhamento do parto

e do puerpério. É importante fazer compreender que práticas intervencionistas desnecessárias, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos.

A adoção de assistência obstétrica baseada em evidências científicas é sabidamente benéfica para o acompanhamento do parto e do nascimento. A complementaridade, autonomia e o conhecimento de cada profissional farão com que a qualidade da atenção à gestante tenha melhores resultados. E é por tudo isso que será enfatizada a extrema importância que a humanização exerce no atendimento à mulher em seus momentos de parto e puerpério.

9. METODOLOGIA

- Período do Estudo: Janeiro de 2016 a Setembro de 2016;
- Área de estudo: Maternidade HDM/IMIP – Petrolina-PE;
- População de Referência: Enfermeiros e residentes de enfermagem que assistam à parturiente, puérpera e recém nascido

Etapas de Desenvolvimento do Projeto:

Etapa 1. Apresentação do Projeto de Intervenção à direção do HDM/IMIP:

- a) Agendar uma reunião com a direção do HDM/IMIP para apresentar, com projetor de multimídia, este projeto de intervenção, com objetivo de análise e aprovação.
- b) Agendar com a direção do HDM/IMIP as etapas 2 e 3 de execução do projeto.

Etapa 2. Realização de doze oficinas durante o mês de janeiro, em dias diferentes, durante o turno matutino, para abordagem e qualificação sobre as boas práticas obstétricas baseadas em evidências;

- a) Realizar primeira oficina (por cada grupo), com duração de 2h, com a finalidade de conhecer como profissionais de saúde percebem o cuidado alinhado às boas práticas obstétricas voltado às parturientes e apresentar o projeto de intervenção. Nos primeiros 30 minutos, enfatizar o objetivo e proposta das oficinas; em seguida, em 60 minutos, estimular fala livre sobre o conhecimento do tema e anotar as questões apresentadas. Possibilitar 30 minutos para avaliação sobre o encontro, com uma palavra;
- b) Realizar segunda oficina (por cada grupo), com duração de 2h, abordando a prática. Na primeira hora, trabalhar com apresentação de um caso selecionado pela idealizadora do projeto, identificando toda passagem da parturiente pelos diversos setores da unidade, desde a chegada, ações propostas/desdobramentos. Na segunda metade do encontro, discutir a apresentação e anotar estratégias e questionamentos, enfocando o cuidado baseado em boas práticas obstétricas

baseada em evidências científicas. Estimular a pesquisa de artigos científicos que respondam aos questionamentos propostos para serem discutidos no próximo e último encontro.

- c) Realizar terceira oficina (por cada grupo), com duração de 3h. Na primeira 1h15, estimular leitura em grupos de artigos científicos sobre o tema proposto; em seguida, em 1h15 realizar discussão sobre a leitura, sendo anotados os pontos principais no projetor de multimídia. Possibilitar 30 minutos para avaliação sobre o encontro, com uma frase.

Etapa 3. Plano de Educação Permanente com realização de discussão sistemática sobre as boas práticas na assistência obstétrica:

- a) Realizar encontro mensal com duração de 2h na própria maternidade, com todos os enfermeiros. Realizar discussão livre e anotação das estratégias para aprimoramento da prática.
- b) Reavaliar após um ano, a necessidade e periodicidade de atualizações e acompanhamento sobre o tema com a equipe.

Trata-se de um projeto de intervenção que visa à qualificação da assistência obstétrica com a adoção das boas práticas baseadas em evidências científicas, visando atendimento integral e interdisciplinar à parturiente e ao conceito, a partir de metodologias ativas de ensino (fóruns e oficinas).

10. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Cronograma de atividades: Período 2015												
Etapas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do pré-projeto	X	X	X									
Apresentação do pré projeto			X									
Apresentação do pré projeto ao HDM						X						
Revisão Bibliográfica				X	X	X	X	X	X	X	X	
Apresentação do projeto final na UFPE											X	
Elaboração das oficinas educativas												X
Cronograma de atividades: Período 2016												
Apresentação do projeto final ao HDM	X											
Realização das oficinas educativas	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Avaliar dos impactos das oficinas na assistência obstétrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cronograma de atividades: Período 2017												
Avaliar dos impactos das oficinas na assistência obstétrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

11. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	VALOR (R\$)
Notebook	01	3.000
Projektor multimídia (data show)	01	2.000
Pen Drive 2 GB	01	40
Papel ofício A4	100fl	20
Canetas	30	30
TOTAL	---	5.090

Não existirão despesas de materiais e não há nenhum financiamento para a realização deste projeto, o material necessário será fornecido pela Instituição proponente da intervenção.

12. RECURSOS HUMANOS

O projeto será executado apenas pela autora do projeto (facilitadora da ação), com apoio da Instituição na qual trabalha como enfermeira – HDM/IMIP. Serão 50 participantes, dentre estes, 37 enfermeiros e 13 residentes de enfermagem atuantes na assistência ao parto, ao nascimento e ao puerpério da maternidade pública HDM/IMIP.

13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

O acompanhamento e a avaliação do projeto de intervenção serão feitos sem financiamento, contará com total apoio da Instituição HDM/IMIP, setor de educação permanente, equipe de enfermagem envolvida no processo e seus beneficiários, desde a implementação deste até 12 meses após o término das oficinas educativas.

O método utilizado para acompanhamento e avaliação será observacional, tanto na assistência prestada pelo profissional, quanto na recebida pela mulher e acontecerá durante e após a execução do plano de ação proposto. Assim será possível saber a real relevância do tema e qual o impacto no resultado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M.. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Londrina, 2014, p. 1-7.

BOTTI, M. L. Violência Institucional e a assistência às mulheres no parto. **Anais do Colóquio Nacional de Estudos de Gênero e História – LHAG/UNICENTRO**, p.650, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Portaria nº 569, 1º junho de 2000b. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. M. S, CEBRAP. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – Relatório Final**. Brasília, DF: MS/CEBRAP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. *Ambiência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 6 reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os **Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b. Seção 1.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha** [manual_pratico_rede_cegonha.pdf]. 2012^a

CARVALHO, B. R. **Humanização do atendimento à gestante**. 2007. Disponível em: <<http://www.via6.com/topico.php?tid=103321Autor>>. Acesso em: 30 out 2015.

CARVALHO VF, *et al.* Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **RevEscEnferm USP**. 2012. Fev; 46(1):30-7.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. v. 29. 2007, p. 1-2.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizas para assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 17, n. 2, p. 265-270, mar./abr. 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. 2014. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em 15 Out. 2015.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. São Paulo: Malore; 2007

SERRUYA, S. J. **A experiência do programa de humanização no pré natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, SP: [s.n.], 2003. Tese de doutorado – UNICAMP

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciência, Cuidado e Saúde**; 11(suplem.), p:115-120, 2012.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**; Florianópolis-SC. mar-abr; 67(2): 282-9. 2014.

WEICY, GUALDA DMR, S. J. HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto & contexto enferm.** 2011 out-dez; 20(4):717-25.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

WHO. World Health Organization. **Appropriate Technology for Birth.** The Lancet. 1985 ago; 24:436-37.