



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARIA ROSÂNGELA BARBOSA

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E  
OBSTÉTRICO EM UMA CASA MATERNAL**

**ARAPIRACA**

**2018**

MARIA ROSÂNGELA BARBOSA

## **IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E OBSTETRICO EM UMA CASA MATERNAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO/ Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Dra Janaína Ferro Pereira

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

---

Dra Janaína Ferro Pereira

Orientadora

---

Prof. Dra. Luciana Amorim Barros

---

Prof. Dra. Laise Conceição Caetano

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por mais essa formação em minha vida e pela oportunidade de concluir o curso;

Aos educadores que dividiram seus conhecimentos;

A instituição pela oportunidade;

A minha família pelo incentivo e paciência;

Enfim a todos que de alguma forma contribuíram para o sucesso e conclusão dessa especialização.

## RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção que resultou no diagnóstico situacional no atendimento às parturientes da Casa Maternal Frei Damião de Craíbas/Al. Tal diagnóstico sinalizou a necessidade de implantação de um protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico a fim de organizar o atendimento às parturientes por parte da equipe de saúde. Este trabalho tem como objetivo implantar um protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico na Casa Frei Damião. A metodologia foi realizada através da pesquisa bibliográfica, como também a exploratória, pois havendo pouco conhecimento científico sobre o assunto, foi necessário estudar a realidade prática para descrever situações reais. Como vai implantar foi realizado um levantamento dos problemas encontrados e, a partir da análise destes, elaborado um plano de ação, que propõe um trabalho contínuo com a equipe, integrando-os na própria função e no contexto institucional, visando um maior acompanhamento das parturientes. A capacitação dos profissionais envolvidos como médicos, enfermeiros, ACS é através de treinamentos dos funcionários sobre o preenchimento do protocolo; Informar as parturientes e seus familiares sobre a utilização do protocolo; Apresentar resultados e mudanças após a implantação a fim de conduzir um atendimento com autoconfiança e segurança. Após a execução da implantação do ACCR, será avaliado o atendimento às mulheres depois da implantação do protocolo.

**Palavras-chave:** Protocolo de Acolhimento. Avaliação e Classificação de Risco. Instrumentos de Avaliação.

## ABSTRACT

It is an intervention project that resulted in the situational diagnosis in the care of the parturients of the Maternal House Frei Damião de Craíbas / Al. This diagnosis signaled the need to implement a protocol for the reception and classification of obstetric risk in order to organize care for the parturients by the health team. This study aims to implement a protocol for the reception and classification of obstetric risk in Casa Frei Damião. The methodology was carried out through the bibliographical as well as the exploratory research, since with little scientific knowledge on the subject, it was necessary to study the practical reality to describe real situations. How it will be implemented was a survey of the problems encountered and, from the analysis of these, a plan of action was elaborated, which proposes a continuous work with the team, integrating them in the own function and in the institutional context, aiming at a greater follow-up of the parturients . The training of the professionals involved as doctors, nurses, ACS is through training of the employees on the completion of the protocol; Inform the parturients and their relatives about the use of the protocol; Present results and changes after deployment in order to conduct self-confidence and security service. After the implementation of the CRA, the care for women will be evaluated after the implementation of the protocol.

**Keywords:** Reception Protocol. Risk Assessment and Classification. Evaluation Tools.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO</b>	<b>12</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>15</b>
<b>5. OBJETIVOS DO PROJETO</b>	<b>24</b>
<i>Geral:</i>	24
<i>Específicos:</i>	24
<b>6. PÚBLICO ALVO</b>	<b>24</b>
<b>7. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS</b>	<b>24</b>
<b>8. METAS</b>	<b>26</b>
<b>10. CONCLUSÃO</b>	<b>27</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>27</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Na atenção em saúde, a promoção, prevenção e tratamento são de fundamental importância e de responsabilidade de toda a equipe que, através da vigilância em saúde e de uma educação permanente e humanizada realizam ações voltadas para cuidar da saúde das parturientes. No tocante ao atendimento as parturientes na Casa Maternal Frei Damião, no município de Craíbas/AL e por meio da ação da equipe, podem ser evitadas a falta de informação sobre o atendimento através da implantação do protocolo de acolhimento e classificação de riscos obstétricos.

Neste contexto, o Ministério da Saúde, buscando alternativas para a organização da rede de atenção às urgências e emergências, criou em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), que aborda o acolhimento com avaliação e classificação de risco como sendo um dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de atendimento imediato, conforme o potencial de risco e os agravos à saúde, devendo ser priorizado o atendimento médico de acordo com a gravidade clínica do usuário e, não por ordem de chegada ao serviço (Ministério da Saúde, 2008).

Diante do exposto esse trabalho, tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção na casa maternal Frei Damião, voltada ao grupo de pacientes parturientes, visando um atendimento humanitário e eficaz a essas mulheres.

O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. (BRASIL, 2014, p.132).

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/ profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo



o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2014.)

Para um diagnóstico pontual na realização desse TCC, Inicialmente foi realizado um levantamento dos problemas encontrados e, a partir da análise destes, elaborado um plano de ação, que propõe um trabalho contínuo com a equipe, integrando-os na própria função e no contexto institucional, visando um maior acompanhamento das parturientes. Uma das estratégias para que isso ocorra é a formação permanente dos profissionais, no seu local de trabalho, em busca de uma sensibilização contínua.

A pesquisa é justificável pela necessidade de conhecer os riscos obstétricos que essa parturiente pode apresentar. É necessário entender que o protocolo de acolhimento e classificação de risco constitui ferramenta de apoio à decisão clínica e linguagem universal para as urgências obstétricas. Assim após a intervenção e ação do projeto deve como resultado a descoberta da importância desse protocolo para o melhor andamento da casa maternal e do atendimento dessas.

## **2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO**

Craíbas, cidade onde a casa maternal Frei Damião esta inserida é um município localizado na região central de Alagoas. Sua população estimada em 2016 era de 24.403 habitantes e sua área é de 275 km<sup>2</sup>. O termo é de origem tupi - "Carahyba"- e designa a árvore do ramo das bignoniáceas, muito comum na região. Era conhecido antes da criação oficial do município, em 1962, por Craíbas dos Nunes, uma referência à família de pioneiros que se instalou no lugar.

A emancipação política de Craíbas ocorreu no ano de 1962, através da Lei 2.471. O projeto, de autoria do deputado José Pereira Lúcio, foi aprovado na Assembléia Legislativa e sancionado pelo então governador Luiz Cavalcante. Antonio Barbosa foi nomeado prefeito até a realização de eleições no novo município. Em 1963, saiu-se vitorioso Manoel Pedro da Silva, que perdeu o mandato em 1965, quando a cidade voltou a ser distrito de Arapiraca. Só em 1982, após um plebiscito, o então governador Theobaldo Barbosa devolveu a autonomia político-administrativa a Craíbas.

Craíbas tem, em seu calendário, duas festividades bastante movimentadas: a festa de Emancipação Política (23 de abril) e a festa da padroeira, Nossa Senhora da Conceição (08 de dezembro).

O projeto de intervenção esta sendo desenvolvido na casa maternal Frei Damião em Craíbas/AL, localizada à rua Padre Jefferson s/n, inaugurada no ano de 1997, localizada no município de Craíbas que faz parte a 7ª região de saúde no estado de Alagoas. Presta assistência as mulheres do município, no parto de risco habitual, além de atendimentos de urgência e emergência 24 horas com demanda espontânea.

Atualmente a instituição encontra-se em processo de vinculação com a Rede Cegonha. Hoje a sua estrutura da parte destinada a obstetrícia conta com uma sala de parto e um pré-parto com dois leitos. A equipe é composta por com três enfermeiros, sendo um enfermeiro obstetra na coordenação e dois enfermeiros assistenciais, não existindo assim enfermeiro 24horas no serviço.

Por plantão a equipe de saúde é composta por um médico, um enfermeiro, uma parteira e um auxiliar de enfermagem. Recentemente foi realizada uma reforma na instituição com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e aumentar o número de partos, visto que no último ano a demanda de partos diminuiu consideravelmente. A demanda de parturientes é suficiente para capacidade instalada, no entanto, há insuficiência de recursos orçamentário/financeiro para contratação de funcionários, aquisição de alguns insumos e equipamentos.

Por ano é realizado em média 45 partos e em torno de 30 parturientes de alto risco são encaminhadas para o Hospital Regional Nossa Senhora do Bom Conselho em Arapiraca, já que a Casa Maternal Frei Damião, não conta com equipamentos e pessoas capacitadas para tal atendimento.

O município, conta com o Programa Saúde da Família – PSF, os médicos atendem a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Os enfermeiros supervisionam o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Auxiliar de Enfermagem, realizam consultas na unidade de saúde, bem como assistem às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

O agente Comunitário de Saúde faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Cada equipe do programa é capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais, a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; além de desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Reforçando que o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. (Ministério da Saúde, 2010).

É de suma importância ressaltar que, em relação ao PSF e a Casa Maternal essa junção é fundamental para um atendimento individualizado e humanizado, pois a casa visita domiciliar, o profissional responsável, trás informações relevantes sobre a parturiente, como também acompanha o processo e o encaminhamento já passado anteriormente pelo médico ou enfermeiro, acompanhando sua evolução.

A cada retorno da parturiente ao posto de saúde ou mesmo maternidade hospitalar, percebe-se a consolidação de um novo modelo de atenção,

acompanhamento e humanização, fazendo com que riscos de gravidade ou até mesmo de morte possam ser amenizados.

Dessa maneira, os profissionais assumem a responsabilidade de fazer m intercâmbio entre a população, equipe do PSF e a Casa Maternal Frei Damião.

### **3. JUSTIFICATIVA**

O referido projeto de intervenção se justifica pela necessidade de implantação do protocolo de acolhimento obstétricos na casa maternal Frei Damião em Craíbas/AL, sendo esse essencial, pois frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso, e para que esse atendimento aconteça em tempo hábil, se faz necessário um acolhimento decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família.

Promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, “o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos” (BRASIL, 2014).

### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

O fundamento da Humanização norteia-se no respeito e valorização da pessoa humana, constituindo um processo que visa à transformação da cultura dentro da instituição hospitalar, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Esse conceito amplo abriga as diversas visões da humanização supracitadas como

abordagens complementares, que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição.

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (REIS, 2004, p.32).

A humanização não é algo aleatório, ela está inserida em um projeto político de saúde do ministério da saúde que a partir da década de 90 o serviço de saúde abordou a temática como projeto político da saúde, ou seja, para se assegurar um atendimento humano se faz necessária uma constituição pautada em valores como destacados pelo SUS e pela Constituição de 1988 como a equidade, a integralidade da atenção, entre outros, os quais vislumbram o usuário como cidadãos e os dignifica como essenciais, porém a atualidade nos mostra o contrário, uma grande parte dos cidadãos sendo indignificados pelo próprio sistema da saúde e por uma grande parte de profissionais (RIZZOTTO, 2002).

Assim o conhecimento sobre humanização traduz que a mesma vem sendo constituída no contexto da saúde, mediante uma perspectiva caritativa como garantia do direito constitucional do cidadão. Nesse discurso, revela-se a dimensão caritativa da humanização em saúde, cabendo salientar que, na enfermagem, esse discurso construiu-se historicamente, a partir de origens afetivas, mas a enfermagem não trabalha a humanização como visão de caridade, mas respeito mútuo ao próximo e garantia dos direitos reservados a todo cidadão (FORTES, 2000).

A valorização do doente/cliente do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, é abordada nos textos mais atuais (década de 90 aos dias atuais), revelando uma idéia de humanização distinta da lógica da caridade, anteriormente mencionada, compreendendo-a como a possibilidade de dar condições para que o usuário seja participante. Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade (FORTES, 2000, p.32).

Além disso, admite-se a dificuldade em humanizar o atendimento, pois as relações interpessoais são consideradas questões subjetivas que se fazem presente como, por exemplo, a falta de sensibilidade, mas os profissionais em especial da saúde que lidam com pessoas doentes fisiologicamente ou não precisam ter a atitude de enfrentar estas questões e fazer a diferença entre estas pessoas, pois humanizar é vivenciar o novo e viver de forma a ajudar e querer ajudar sempre o próximo.

Porém, pouco se sabe sobre a qualidade dos serviços oferecidos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, as mais pobres do país e as de mais difícil acesso. Por exemplo, em 2003, somente 30% das gestantes destas regiões realizaram seis ou mais consultas de pré-natal contra 60% na Região Sul. Além de cobertura claramente insuficiente, evidencia-se novamente que novos programas e tecnologias alcançam primeiramente aqueles em melhor condição, para somente mais tarde atingir os mais necessitados (BRASIL, 2004).

Alguns dados contrastam com o resultado de outra pesquisa que conseguiu associar a realização da episiotomia à idade gestacional inferior a 37 semanas, peso e Apgar do recém-nascido. Dados positivos com relação à assistência ao parto prestada por enfermeiras obstetras foram encontrados em estudo nesta temática, uma vez que as taxas de episiotomia (11,2%), mesmo em primíparas, estão em acordo com o que seria aceitável pelo Ministério da Saúde, entre 10% e 30% (LOPES, et,al, 2012).

Esses resultados sugerem que o restante das episiotomias realizadas não possuem qualquer indicação clínica e sustentação científica, apoiadas apenas nas indicações de DeLee (2012), um obstetra que em 1920 trouxe o conceito do parto como processo patológico e a realização de episiotomia de rotina para aliviar a mulher do esforço durante o período expulsivo prolongado, preservar a musculatura do assoalho pélvico, aliviar a tensão do assoalho pélvico no cérebro do bebê e prevenir prolápio uterino, laceração de quarto grau além de restabelecer as características virginais da vagina.

De Lee (2012) defendeu isso sem apresentar evidência científica que pautasse suas sugestões de indicação, uma vez que não existiam pesquisas científicas que as confirmassem. Entretanto, seus argumentos foram aceitos e a episiotomia ganhou status de procedimento de rotina, baseada apenas na opinião pessoal deste obstetra. Faz-se necessário rever as práticas e intervenções durante a

assistência ao parto, levando em consideração as evidências científicas atuais disponíveis para condutas individualizadas.

A dor perineal pode estar relacionada a trauma, principalmente no último período do trabalho de parto, o expulsivo. Caracterizado por prejuízo à integridade da região perineal produzido por lesão cirúrgica, na forma da episiotomia, ou espontânea como laceração (LOPES, et,al, 2012).

A episiotomia e a episiorrafia são os procedimentos que provocam maiores desconfortos no período pós-parto. A dor perineal após o parto é uma sequela comum ao processo de parir e é caracterizada como fenômeno agudo e considerada a morbidade mais frequente no puerpério, trazendo sintomas como alteração do padrão de sono, falta de apetite, queda da libido, irritabilidade aumentada, déficit de concentração e restrição motora, comprometendo aspectos da saúde biopsicossocial da mulher (MATTAR, et,al,2007).

A presença da dor pode ser prejudicial ao autocuidado da mulher e à assistência ao recém nascido, atrasando a recuperação da puérpera, influenciando na sua autoestima e prejudicando a adaptação ao novo contexto de vida e familiar. Essa sensação dolorosa não é valorizada pelas mulheres, familiares e profissionais; por diversas vezes, a mulher não chega a verbalizá-la; nesse momento, a assistência ao recém nascido é prioridade. Por outro lado, a ausência dessa dor é considerada como fator de encorajamento ao retorno precoce às atividades diárias da puérpera e família. Fazendo-se questionar o uso rotineiro da episiotomia que ocasiona consequências prejudiciais ao assoalho pélvico, bem como para a saúde biopsicossocial materna e ao contexto familiar (LOPES, et,al, 2012) .

No contexto do cuidado de Enfermagem, reconhecer o paciente como um ser com capacidade para pensar e participar das decisões frente às diferentes alternativas de cuidado significa respeitar sua posição de sujeito. Além disso, ao considerar o paciente como agente das mudanças e sujeito da sua condição de saúde, é importante e necessário que os profissionais da Enfermagem considerem a individualidade de cada paciente e valorize o seu contexto de vida (LOPES, et,al, 2012).

O cuidado de Enfermagem pode possibilitar e/ou facilitar a capacidade da mulher desenvolver ou simplesmente fazer escolhas sobre seu corpo e seu processo reprodutivo. Diante disso, o cuidado de Enfermagem pode assumir uma perspectiva ainda mais positiva em relação à garantia dos direitos da mulher, pois

quanto maior o envolvimento das mulheres nas decisões, maior sua capacidade do exercício da autonomia (LOPES, et,al, 2012).

Entrevistas semi-estruturadas utilizaram uma escala numérica e questionário McGill para mensurar e caracterizar a dor em pacientes submetidas a episiotomia. Os estudos apresentaram resultados semelhantes no que diz respeito a avaliação da dor pelas mulheres, com média 5 e 4.2 de score na escala numérica de dor, sendo considerada de moderada intensidade. Quanto à caracterização da dor, os termos “latejante”, “que repuxa” e “ardida” foram encontrados nos resultados de ambos os estudo, informando ainda que as atividades de sentar, deitar e deambular estariam prejudicadas pela dor causada pela episiotomia (MATTAR, et,al,2007).

A busca por informações em bases de dados científicas se faz necessária na enfermagem, sendo suporte para o exercício da profissão, nas diversas áreas de atuação. A comunidade científica da enfermagem precisa manter a garantia da qualidade na prática profissional, pautada em conhecimentos científicos, gerando reconhecimento e valorização da enfermagem, enquanto profissão autônoma com corpo de conhecimento próprio, atualizando continuamente seus conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias, investindo em educação permanente e aprofundada a respeito das ciências humanas e da saúde (PITANGUI et,al, 2009).

Assim, a profissão avança na produção de novos diagnósticos, planos e protocolos de cuidado com abordagem específica, mas também com enfoque interdisciplinar e interprofissional. Os achados de pesquisas clínicas podem substituir as condutas anteriormente aceitas e oferecer informações mais seguras, acuradas e eficazes, que podem ser baseadas em estabelecimento de protocolos voltados para o atendimento na hora do parto (MATTAR, et,al,2007).

A gravidez é um evento de muita significação na vida da mulher e permeada por valores e transformações que se constituem como ímpares, sendo experimentados de formas diferentes pelas mulheres, porém muitas vezes esse momento se torna tortuoso, pela falta de humanização no atendimento (PEDROLO et,al, 2009)

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, foi instituído no início do século XX e chegou ao Brasil por volta das décadas de 20 e 30 e só se estabeleceu no pós-guerra, em geral envolve procedimentos simples devendo o profissional de saúde, que presta esse cuidado, seja enfermeiro (a) ou médico obstetra, dedicar-se a escutar a gestante, oferecer apoio, estabelecer uma relação



de confiança com a mesma e como parte desse atendimento oferecer exames clínicos e laboratoriais, fornecendo orientações e medicação profiláticas e/ou vacinas e ajuda-la a conduzir a experiência da maternidade com mais autonomia (PREVIATTI, et,al, 2007).

A gestação representa um processo que pode se desenvolver dentro da normalidade até o momento do parto e o nascimento, mas se sabe que envolve um risco potencial de adoecimento e morte para a mãe e o feto, porém a maiorias dos trabalhos de parto evoluem sem problemas, contudo aproximadamente 8 a 10% dos nascimentos apresentam intercorrências e complicações envolvendo as contrações uterinas, a vitalidade fetal ou o canal de parto, assim como as hemorragias no pós-parto imediato (SANTOS, et,al, 2008).

Humanizar a assistência de enfermagem materna infantil é de vital importância, porque garante à mulher o seu acesso ao pré-natal, assegurando-lhe uma assistência digna, uma gravidez segura e saudável, com as informações necessárias para a realização do parto, respeitando sempre a participação da família em todo esse processo e acima de tudo que essa gestante se sinta segura para a hora do parto (LOPES, et,al, 2012).

O enfermeiro atua no pré-natal por meio de consulta de enfermagem e de atividades em grupo, com o objetivo de garantir o bom desenvolvimento das gestações que não sejam de risco, prevenindo os riscos e identificando as clientes com maior probabilidade de apresentar intercorrências durante a gestação, promovendo a saúde da parturiente e do neonato através do diagnóstico e cuidados de enfermagem, pois é através dessa atenção humanizada que se tem segurança do momento do parto, transmitindo a gestante a confiança, de que ela não será submetida a um atendimento desumanizado (SANTOS, et,al,2007).

Para que se possa oferecer as gestantes um trabalho humanizado, se parte do acolhimento dessa gestante pela equipe, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. O acolhimento é amplo, não resume apenas em receber a gestante, mas inseri-la através da tecnologia garantindo viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, seguindo o protocolo de acolhimento e classificação adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de

solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2014).

Ao se falar do trabalho de parto, se faz notável que muitas mulheres que passaram por tal experiências tem relatados a fazer, uns positivos e outros negativos, assim se ter um atendimento na casa maternal em Craíbas/AL, com base na humanização é fundamental, destacando a importância de realizar a triagem de forma a acolher essas mulheres da melhor forma possível. No estudo realizado por Carvalho (2010) se analisou a percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto, durante a pesquisa foi conversado com as mulheres, as quais relatam que os médicos dizem que elas não devem sentir dor na hora do parto, é para ser feita logo cesárea.

Muitos fatores estão relacionados ao aumento de cesarianas e envolvem o aprimoramento da técnica cirúrgica e anestésica, mais disponibilidade de recursos propedêuticos capazes de definir riscos para o feto, aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia, além de fatores socioculturais relacionados à praticidade do parto programado (KATZ, 2008).

Os profissionais de saúde apontam como motivo para a “cesárea a pedido” o medo da dor no momento do parto e a possibilidade de evitar dores após a cirurgia, através da utilização de fortes analgésicos, assim como a idéia de que a cesárea permite à mulher manter intacta a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, o que seria importante para o coito vaginal, porém, a aparente “liberdade de escolha” outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento (PEREIRA, et.al,2014).

As expectativas das gestantes são por um parto “tranquilo”, rápido, sem dor ou intercorrências. O “medo da dor” durante ou após o parto torna-se, inclusive, um fator de peso na preferência da gestante pelo parto vaginal ou pela cesárea. Observa-se que o desejo pelo parto normal também é motivado pela vontade de um parto mais natural, pela expectativa de recuperação mais rápida e pelo receio de sofrer intercorrências na cesariana, o que poderia prejudicar a saúde da mãe e do bebê, e até mesmo o cotidiano da mulher no pós-parto (FARIAS, 2010).

A vulnerabilidade da mulher desencadeada pelo processo parturitivo, somada à detenção do conhecimento pelo médico, favorece a construção de uma relação assimétrica durante o acompanhamento pré-natal, que resulta em que a

gestante passa a valorizar mais a opinião do médico em detrimento da sua (SGARBI, et,al,2013).

Por se tratar de um procedimento cirúrgico invasivo, sem fundamentação teórica que sustente os possíveis benefícios da intervenção, torna-se inviável a realização de Estudos Clínicos Randomizados sobre a episiotomia. Entretanto, a realização de pesquisas utilizando métodos não invasivos, que substituam este procedimento, deve ser amplamente incentivada no meio acadêmico, nos cenários de prática do ensino-serviço e na dinâmica da atuação nas redes de atenção à saúde das mulheres (NOGUEIRA, 2010).

Em uma sociedade com resquícios patriarcais, ainda se observa a ideia de inadequação ou incapacidade do corpo feminino, tornando-o impróprio ao parto vaginal ou dificultando esse processo, sendo justificada a intervenção do profissional obstetra e das tecnologias hospitalares para garantir um desfecho positivo ao parto. Esta ideia confere liberdade de atuação, decisão e poder a estes profissionais, uma vez que as mulheres não são consideradas detentoras do conhecimento sobre a capacidade fisiológica do próprio corpo de parir, bem como desconhecem seus direitos e tendem a tornarem-se submissas nos processos de decisão profissional. Na prática, parece ser possível inferir que as mulheres parturientes absorvem a concepção hegemônica de que apenas os profissionais detêm o direito de decidir (BRASIL, 2012).

Essa cultura de desempoderamento da mulher naturaliza a violência contra a intelectualidade e capacidade emocional de protagonizar o processo de parir. Entretanto, novas pesquisas baseadas nas teorias das VBG podem contribuir com uma melhor elucidação dessa “dominação” . Os estudos descrevem que acontece uma inversão de papéis e uma ampliação de autoridade em favor dos profissionais, que passam a ser os agentes ativos no processo de parir, assumindo um protagonismo às custas da “docilização” e submissão da parturiente (SOARES, 2015).

Todo esse processo contribui para o ciclo vicioso da relação desigual de poder entre profissionais e pacientes e influencia na decisão de escolha do tipo de parto . Apesar de haverem diversos estudos contraindicando a episiotomia de rotina, ainda é bastante comum a prática sem qualquer indicação clínica. Isso mostra uma tendência dos profissionais em permanecerem arraigados a práticas empíricas, pautadas por evidências contraditórias ou mesmo contrárias à realização da

episiotomia. Um agravante a este ponto é o fato dos profissionais não oferecerem informações baseadas em evidências ou mesmo explicação sobre o procedimento às suas clientes (BARBOSA, et,al, 2013).

Em geral, o parto deveria ser um evento essencialmente fisiológico, e segundo a Organização Mundial de Saúde não existem motivos que justifiquem uma taxa de cesariana superior a 15,0% em nenhum lugar do mundo<sup>16</sup>. No entanto, essa taxa tem crescido em muitos países nos últimos 30 anos e o Brasil já foi conhecido por ter a maior taxa de cesáreas do mundo.

No Brasil (2011), as cesáreas representaram 53,7% dos partos cirúrgicos com as maiores taxas nas regiões Nordeste (44,3%), sudeste (52%) e, do sul (51%). Este elevado índice de partos cirúrgicos no país se destaca como alarmante, principalmente ao comparar-se com dados de países como Holanda (14%) e dos Estados Unidos (26%).

Constatado no aumento de cesáreas em 2010, Alagoas apresentou a mesma proporção de cesáreas que o Brasil (53,7%), valor superior ao ocorrido no Nordeste (44,3%) e nos demais estados desta região<sup>17</sup>. Em Palmeira dos Índios - AL a taxa de cesárea em 2016 foi 61,9% dos partos realizados na rede pública (SMS - Palmeira dos Índios AL).

Os elevados índices de cesáreas também trazem outras consequências, uma dessas é o aumento dos gastos públicos com a saúde, nos países desenvolvidos o acréscimo de 1% nas taxas de cesáreas reflete um gasto extra de US\$ 9,5 milhões. No Brasil, onde nascem 2,5 milhões de crianças por ano, há em média 560 mil cesáreas desnecessárias que consomem quase R\$ 84 milhões, dinheiro que poderia ser utilizado em outras formas de cuidados da mãe e da criança (BRASIL, 2012).

Preocupado com estes índices, o governo federal criou no ano 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN, 2012). O objetivo deste programa é melhorar a cobertura, reduzir os índices de mortalidade materno-infantil e estabelecer diretrizes da atenção pré-natal e da assistência ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS).

A temática humanização da assistência de enfermagem em unidade de emergência é importante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento direcionado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das

práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do cliente independente da classe social, ou do setor de trabalho (MATTAR, et,al,2007).

## **5. OBJETIVOS DO PROJETO**

Geral:

Implantar o protocolo de acolhimento obstétrico na casa maternal Frei Damião.

Específicos:

- Apresentar o protocolo aos responsáveis da casa maternal Frei Damião;
- Realizar treinamentos dos funcionários sobre o preenchimento do protocolo;
- Informar as parturientes e seus familiares sobre a utilização do protocolo;
- Apresentar resultados e mudanças após a implantação.

## **6. PÚBLICO ALVO**

Profissionais responsáveis pelo acolhimento na Casa Maternal Frei Damião em Craíbas/AL.

## **7. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS**

A base para a construção da proposta de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional - PES que culminou no Plano de Ação. Segundo (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p.31) se faz necessário seguir alguns passos para a realização do PES, como:

Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional”, aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.

Momento normativo: quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.

Momento estratégico: busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.

Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

Assim, foram seguidos os passos do PES, norteados por Campos, Faria, Santos (2010): definição dos problemas; priorização dos problemas; explicação do problema; elaboração e gestão do plano de ação.

A análise para a realização do plano de ação partiu das consultas, e assim surgiram os problemas. Ao analisar as possíveis causas que justificam a realidade diagnosticada, pudemos apontar os problemas a serem enfrentados, junto à população alvo: gestantes que buscam atendimento na Casa Maternal Frei Damião.

## PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	O QUE?	POR QUÊ?	ONDE?	QUEM?	QUANDO	COMO?	QUANTO?	QUANTIDADE
Implantar Protocolo de acolhimento e classificação de riscos obstétricos na casa maternal Frei Damião	Adaptação do protocolo de acordo com a realidade da Instituição	O atendimento da casa maternal Frei Damião estava acontecendo segundo a demanda, sem ter uma normal de acolhimento que vise priorizar os casos graves e que ter apoio à decisão clínica da referida casa maternal	Atendimento inicial	Gestores	Maior / 2018	Reuniões entre as equipes	Custos da hora/profissional e salas de reunião já incluídos no planejamento da Instituição	4 reuniões (1/semana)
	Adaptar o atendimento ao preenchimento do protocolo e direcionamento para o atendimento		Atendimento inicial	Gestores /Equipe de acolhimento da casa maternal Frei Damião	Maior / 2018	Reuniões entre as equipes	Custos da hora/profissional e salas de reunião já incluída no planejamento da Instituição	4 reuniões (1/semana)
	Criar normas para o atendimento segundo o protocolo		Atendimento inicial	Gestores	Junho / 2018	Reunião entre as equipes	Custos da hora/profissional e salas de reunião já incluída no planejamento da Instituição	2 reuniões (em 2 semanas)
	Divulgar e capacitar a equipe multidisciplinar quanto o protocolo instituído;		Atendimento inicial	Gestores/Equipe de acolhimento da casa maternal Frei Damião	Maior / 2018	Reunião entre as equipes	Custos da hora/profissional e salas de reunião já incluída no planejamento da Instituição	4 semanas
	Orientar as parturientes sobre as mudanças e a		Atendimento inicial	Equipe de acolhimento da casa	Maior / 2018	Reunião entre as equipes	Custos da hora/profissional e salas de reunião já incluída no planejamento da Instituição	4 semanas

	importância dessas no atendimento			maternal Frei Damião				
	Acompanhar as dificuldades encontradas pela equipe.		Atendimento inicial	Equipe de acolhimento da casa maternal Frei Damião	Contínuo	Acompanhamento	Custos da hora/profissional e salas de reunião já incluída no planejamento da Instituição	Contínuo

## 8. METAS

- Reunir todos os profissionais para apresentação do protocolo;
- Realizar palestra com 100% dos funcionários para que os mesmos entendam a importância do protocolo e treiná-los;
- Realizar acolhimento em 100% das gestantes atendidas na casa maternal.

## 9. RESULTADOS

Os resultados obtidos até o momento foram às realizações das reuniões de sensibilização com a gestão, que ocorreu na Casa Maternal Frei Damião, com a presença de alguns profissionais para a apresentação da proposta.

No segundo momento, foi realizado um breve treinamento/oficina com alguns funcionários sobre o preenchimento do protocolo e como informar as parturientes e seus familiares sobre a utilização e a importância do protocolo.

## 10. CONCLUSÃO

Muito se fala sobre a humanização da assistência, entretanto, ainda existe um longo caminho para se alcançar tratamentos totalmente humanizados em todas as equipes de saúde para assim alcançar a excelência na humanização do cuidado. O projeto de intervenção aqui apresentado através do planejamento estratégico implantou a o protocolo de acolhimento e classificação de riscos obstétricos e focou nessa implantação na Casa Maternal Frei Damião em Craíbas/AL, o qual esta caminhando para obter um melhor atendimento para as parturientes, levando o apoio necessário na tomada de decisão clínica na referida casa maternal.

Aspectos biopsicossociais da mulher precisam ser considerados, ao se tratar de assistência à gestação, parto e pós-parto. Entendendo que cada mulher tem o direito de ser tratada de acordo com sua individualidade, os profissionais de saúde devem disponibilizar informações, oferecer seus conhecimentos técnico-científicos, estabelecer diálogo com a cliente, oferecer práticas alternativas e não impor qualquer tipo de procedimento durante a assistência sem que exista o consentimento livre e esclarecido da mulher.

Para que o profissional consiga oferecer assistência humanizada e de qualidade é preciso disponibilizar informações necessárias para que a mulher participe do seu projeto terapêutico, decidindo juntamente à equipe as possíveis intervenções a serem realizadas durante a assistência prestada, respeitando sua autonomia enquanto cidadã.



## REFERÊNCIAS

BARBOSA CNS, GONÇALVES LRR, SILVA GRF. et al., **Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sócio-demográficos das parturientes de Teresina-PI.**, 2011. Rev. Enferm. UFPI., Teresina, PI., v. 2, n. 2, p. 40-7, abr./jun., 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil:** os muitos sentidos de um movimento, Ciência e Saúde Coletiva, 2005.

FORTES, P. A. C.; Martins, C. L. **A ética, a humanização e a saúde da família.** Rev Bras Enfermagem, dezembro; 53(nº especial), 2000.

MATTAR R, AQUINO MMA, MESQUITA MRS. **A prática da episiotomia no Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29:1-2

MORAES, Susanne, Renata CGP, Bruna QAC. **Parto Normal ou Cesariana?** Fatores que Influenciam na Escolha da Gestante. Rev Enferm UFSM 2014 Jan/Mar;4(1):1-9.

OLIVEIRA, ASS, RODRIGUES DP, GUEDES MVC, FELIPE GF. **Percepção de Mulheres Sobre a Vivência do Trabalho de Parto e Parto.** Ceará; Ver Rene Vol 11, Número Especial, 2010.

PEREIRA, LEAL, PEREIRA APE, DOMINGUES RMSM, THEME FILHA MM, DIAS MAB, Nakamura Pereira M, et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad Saúde Pública. 2014.

PITANGUI ACR, SOUSA L, FERREIRA CHJ, GOMES FA, NAKANO AMS. **Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia.** Acta Paul Enferm. 2009;22(1):77-82.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I.; GALLO, P. R. **A Humanização na Saúde como instância libertadora.** Saúde e Sociedade, 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. **As políticas de saúde e a humanização da assistência.** Rev Bras Enfermagem, março/abril, 2002.

SOARES, TC VASCONCELOS, JS QUARESMA, RLS RODRIGUES, JPB ALCÂNTARA, MQ COSTA. **Violência obstétrica e suas implicações.** Revista Norte Mineira de Enfermagem. 2015.

27

SANTOS, MELO MCP, CRUZ DD. **Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura.** Cadernos de Cultura e Ciência, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015.