

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – CEEO II  
REDE CEGONHA**

**FRANCISCA GERVANA FARIAS SOARES**

**REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO PARA FUNCIONAMENTO DO  
CENTRO DE PARTO NORMAL DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA  
SENHORA DE NAZARÉ NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA/RORAIMA**

**BOA VISTA-RR**

**2017**

**FRANCISCA GERVANA FARIAS SOARES**

**REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO PARA FUNCIONAMENTO DO  
CENTRO DE PARTO NORMAL DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA  
SENHORA DE NAZARÉ NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA/RORAIMA**

Projeto de Intervenção apresentado à  
Universidade Federal de Roraima como  
parte das exigências para obtenção do  
título de Especialização em Enfermagem  
Obstétrica – REDE CEGONHA

Orientador: Prof<sup>o</sup> Msc: Fabrício Barreto

**BOA VISTA-RR**

**2017**

**SOARES, FRANCISCA GERVANA FARIAS** – REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO PARA FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE PARTO NORMAL DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA/RORAIMA – 1º EDIÇÃO. BOA VISTA – RR, 2017, 47 PÁGINAS. **UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR.**

A monografia REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO PARA FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE PARTO NORMAL DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA/RORAIMA, elaborada por FRANCISCA GERVANA FARIAS SOARES, à Banca Examinadora como parte das exigências para obtenção do título de Especialização em Enfermagem Obstétrica – REDE CEGONHA

Aprovado em 15/12/2017

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Fabício Barreto - UFRR

Profº Msc Orientador da Monografia

---

Andréia Cristina Nicoletti Carvalho - UFRR

Profª Esp. Membro da Banca

---

Anézia Morreira Faria Madeira – UFMG

Profª Dra. Membro da Banca

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que sempre está ao meu lado e me dar sabedoria, força e coragem em tudo;

Aos meus filhos, pela paciência e companheirismo;

Aos tutores: enfermeiros Vilson Sousa e Raphael Brito e as enfermeiras Van Hélia e Keila e principalmente ao enfermeiro Davi Galvão por sua paciência e dedicação e ao nosso Diretor de Enfermagem professor mestre Josineide Viana por seu incentivo e ajuda durante toda esta caminhada; agradeço de todo coração por terem contribuído repassando um pouco dos seus conhecimentos para minha vida profissional;

A todas as colegas de sala de aula e amigos do bloco das orquídeas que direta ou indiretamente colaboraram comigo.

## RESUMO

A implantação de Centros de parto Normal intra-hospitalar é uma das estratégias do ministério da Saúde para incentivo ao parto normal humanizado e inserção do enfermeiro obstetra como responsável por este serviço no atendimento às parturientes de baixo risco desde a admissão até a realização do parto normal, o qual é embasado pelo programa de humanização preconizado pelo Ministério da Saúde e amparado nos estudos de evidências científicas os quais demonstram que nos países onde a atuação do enfermeiro obstetra é incentivada os índices e cesáreas e intervenções medicalizadas são mínimas. Como metodologia foi utilizada a pesquisa ação e o objetivo é a criação de um fluxograma de reorganização do atendimento do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré para funcionamento do centro de parto normal desta unidade de saúde com atuação do enfermeiro obstetra.

**Palavras-chave:** Humanização; Centro de Parto Normal, enfermeiro obstetra.

## **ABSTRACT**

The implantation of Normal Intrapartum Delivery Centers is one of the strategies of the Ministry of Health to encourage normal humanized delivery and insertion of the obstetrician nurse as responsible for this service in the care of low-risk parturients from admission to normal delivery , which is based on the humanization program recommended by the Ministry of Health and supported by studies of scientific evidence, which demonstrate that in countries where the work of the obstetrician is encouraged the indices and cesarean sections and medical interventions are minimal. As a methodology was used the action research and the objective is the creation of a flow chart of reorganization of the care of the Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré for the operation of the normal delivery center of this health unit with the obstetrician nurse.

**Keywords:** Humanization; Normal delivery center, obstetrician nurse.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. PROBLEMATIZAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>4. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>13</b>
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
5.1. ASPECTOS HISTÓRICOS .....	15
<b>6. GRÁFICO DO ÍNDICE DE CESÁREAS NO BRASIL.....</b>	<b>20</b>
<b>7. MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL .....</b>	<b>21</b>
<b>8. CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA MATERNIDADE EM RORAIMA...26</b>	
8.1. RELATO SOBRE O INÍCIO DA MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ (HMI) .....	26
8.2. CONTEXTO ATUAL DA MATERNIDADE .....	30
<b>9. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A GESTANTE NA MATERNIDADE NOSSA SENHORA E NAZARÉ .....</b>	<b>35</b>
<b>10. OBJETIVOS DO PROJETO .....</b>	<b>38</b>
10.1. OBJETIVO GERAL .....	38
10.2. OBJETIVO ESPECÍFICO .....	38
<b>11. METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
<b>12. METAS .....</b>	<b>40</b>
<b>13. CRONOGRAMA .....</b>	<b>41</b>
<b>14. ORÇAMENTO.....</b>	<b>42</b>
<b>15. RECURSOS HUMANOS .....</b>	<b>43</b>
<b>16. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>44</b>
<b>17. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente um dos temas mais abordados em saúde é a humanização da assistência, em relação à assistência ao parto à discussão sobre humanização traz várias demandas na maioria das vezes antigas, tal como a medicalização excessiva do parto. A assistência ao parto vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir um momento natural e de promoção à saúde da mulher e empoderamento da mesma. Nesse novo olhar a Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o início da década de 80 tem proposto o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção (OMS,1996).

Em 1996, a OMS publicou recomendações baseadas em revisão de procedimentos, incluindo, 275 práticas de assistência perinatal que foram classificadas quanto a sua efetividade e segurança. Em 1999, o Ministério da Saúde por meio da portaria nº 985/GM instituiu os centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) incentivando sua implementação em todo País, que são unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco podendo ser intra-hospitalar ou extra-hospitalar e dispõe de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica, sendo de responsabilidade do enfermeiro obstetra a realização destes partos de baixo risco. Em 1999, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a resolução nº 223/99 que dispõe sobre atuação dos profissionais enfermeiros na assistência a mulher no ciclo gravídico e puerperal.

Em 2001 o Ministério da Saúde editou o manual *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher*. A publicação define o que considera humanização da assistência e defende uma nova perspectiva em que os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos e as intervenções desnecessárias devem ser evitadas respeitando a privacidade e autonomia materna durante o processo de nascimento.

Sabemos que as maternidades do SUS atendem a maior parte da população feminina grávida, a assistência à mulher neste período acaba gerando uma jornada de peregrinação e sofrimento que nem mesmo o programa da Rede Cegonha do MS, que tem como uma de suas diretrizes a vinculação da gestante a uma maternidade conseguiu resolver esta peregrinação da mulher.

Diante deste cenário o movimento de assistência humanizada ao parto normal ganhou força no Brasil desencadeado pelos movimentos sociais femininos que passam a questionar a assistência prestada as mulheres, questionamentos estes baseados no que acontece no mundo e principalmente nos países desenvolvidos onde a assistência ao parto sem risco é exercido por enfermeiras obstetras capacitadas para prestarem apoio emocional e sem interferir no processo natural do parto.

## **2. PROBLEMATIZAÇÃO**

Os esforços do Ministério da Saúde em garantir uma assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal vêm sendo prejudicado pela má qualidade dos serviços prestados. Os elevados índices de partos cesarianos e a mortalidade materna configuram o cenário da saúde pública brasileira expressa pela inadequação e descumprimento das Políticas Públicas de Saúde. Neste contexto as Casas de Parto Normal no nosso caso de Roraima intra-hospitalar é uma das alternativas de resgate do parto normal fisiológico que pode proporcionar às mulheres e seus familiares a experiência de um momento prazeroso e seguro.

Como a maternidade já passou pelo processo de reforma para adequação as normas do Ministério da Saúde em relação ao Centro de Parto Normal e aumentado o quadro de enfermeiros obstetras torna - se mais do que necessário reorganizar o fluxo de atendimento para as parturientes de baixo risco serem acompanhadas pelo enfermeiro obstetra no Centro de Parto Normal.

### 3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A pesquisa será realizada numa unidade de grande porte, o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), que é um hospital público do Estado de Roraima, localizado na capital Boa Vista, mantido pelo SUS, sendo referência para a população da capital e do interior, além dos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) Yanomami, e DSEI Leste como também dos Países fronteiriços, (República Cooperativa da Guiana Inglesa e República Bolivariana da Venezuela), foi inaugurado em cinco de Novembro de 1982 com atendimento específico para ginecologia e obstetrícia. Iniciou suas atividades com setenta leitos divididos em dois blocos A e B, uma sala de parto e uma sala de cirurgia, em 1988 foram implantadas o Pronto Socorro Infantil e o serviço de Pediatria, onde a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica passou a funcionar com cinco leitos, em 2005 o Hospital passou por uma nova reforma sendo construídas duas novas alas, o Banco de leite Humano e a Farmácia.

Atualmente conta com 265 leitos divididos em alas que recebem nome de flores. A pesquisa será desenvolvida na ala das orquídeas (centro obstétrico) onde funciona o pré-parto e as salas de parto, esta ala é subdividida em áreas, sendo uma enfermaria para pacientes de alto risco que conta com dois leitos, nove salas de parto com banheiro privativo, acesso ao jardim, e equipadas para assistência a parturientes e ao recém-nascido, com os equipamentos para ajudar na dinâmica do parto como: bolas, cavalinhos, bancos; ou seja; para utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, as salas de pré-parto são amplas com banheiro próprio; esta área possui onze leitos. O HMINSN realiza em média 1200 partos/mês, demanda que cresceu nos anos de 2016 e 2017 com a grande migração da população dos Países fronteiriços, Guiana Inglesa e principalmente da Venezuela devido a grave crise humanitária pelo qual passa o País.

#### 4. JUSTIFICATIVA

No Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ou Maternidade como é conhecido (HMI) as parturientes chegam através do serviço de emergência, onde são avaliadas pelo obstetra da porta que utiliza como critério para internação na ala das orquídeas (bloco obstétrico) dilatação entre quatro centímetros ou mais, ou chegam através da ala dos girassóis que é a ala das gestantes de alto risco quando internadas para acompanhamento das intercorrências da gestação. Ao chegar à ala das orquídeas (centro obstétrico) a parturiente é admitida pelo enfermeiro do setor e posteriormente avaliada pelo obstetra. Na admissão feita pelo enfermeiro obstetra neste setor o mesmo confere o cartão de pré-natal, os exames de pré-natal e os obrigatórios para internação: exame de VDRL e o teste rápido de HIV, os quais são recomendados pelo MS, como também a verificação de sinais vitais. Nesta ala das orquídeas a equipe de enfermagem é composta por três enfermeiros obstetras e nove técnicos de enfermagem divididos em seis turnos, sendo dois turnos diurnos, manhã e tarde e quatro noites. Diante deste cenário de transformação e adequação do HMI se torna imperioso a implantação do Centro de Parto Normal, pois temos a estrutura física, o quantitativo de pessoal de enfermagem e estamos inseridos no programa da Rede Cegonha e de acordo com as portarias do Ministério da Saúde nº 985, de 05 de agosto de 1999 e nº 904, de 29 de Maio de 2013, como também já recebemos os recursos do governo federal que são destinados como forma de incentivo as instituições de saúde que implantam esta nova prática.

“A formação da enfermeira obstétrica dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio histórico” (Riesco, 2002, pg 685-98).

A inclusão do enfermeiro obstetra neste ambiente de hegemonia médica não será fácil, mas se houver o envolvimento e a vontade de toda direção da maternidade poderemos contribuir e trabalhar em parceria com toda equipe de saúde e assim garantirmos uma assistência mais humanizada e centrada na individualidade de cada mulher. Esta transformação já foi percebida por mim durante o meu período de estágio do curso de especialização em obstetrícia da Rede Cegonha em parceria com a UFMG e a UFRR, onde num primeiro momento houve resistência de alguns obstetras; mas que com o desenrolar do tempo começou a apresentar uma convivência menos tensa, mas o mais prazeroso de todo estágio é vivenciar a mudança que causamos na maneira de assistir a parturiente, como as mesmas se sentem confiantes, tranquilas e cooperativas durante o processo do parto, pois desenvolvemos uma parceria de confiança com a nossa presença constante durante todo o tempo do trabalho de parto.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1. Aspectos Históricos

Conhecer a história é pré-requisito para entendermos o presente e o futuro e, assim, compreendermos as várias mudanças que ocorreram no mundo entendendo que cada avanço e retrocesso na História da Humanidade estão intimamente ligados ao contexto político.

Segundo Diniz, 2000, a forma de nascer ao longo da história da humanidade passou por várias concepções, umas trazem grandes avanços, outros retrocessos, que impactam diretamente no grande número de morte materna no mundo.

Sabemos que o poder aquisitivo de cada país e as políticas de saúde desenvolvidas é o grande diferencial nos números da mortalidade materna (OMS,1999)

Segundo informação de Chuck Raasch (analista político do GNS/USA Today). Uma mulher na Nigéria possui a probabilidade 600 vezes maior de morrer durante o parto do que outra na Suécia.

Na América Latina, países com menos poder econômico como Cuba apresentam 3,5 menos mortes maternas e três menos mortes perinatais que no Brasil, que tem maior poder econômico, isso ocorre principalmente pela política de saúde de cada País (OMS,1999).

Para uma melhor compreensão sobre as muitas concepções de nascer o texto será dividido entre o período Pré-história e História, conforme a apresentação de Hugo Sabatino:

- Pré História

1. - Paleolítico Inferior: (Antiga idade da pedra 500.000 A 30.000 AC); Era do Gelo. Aparece o *Homus Erectus*, Neanderthal, de hábitos nômades, descoberta do fogo. Esboço de sistema social. Acasalamento típico Matriarcado por este motivo o nascimento era isolado e sem nenhum tipo de ajuda. Similar ao que acontece na atualidade em algumas tribos da África e Amazonas no Brasil.

2. - *Paleolítico Superior*: (Quarta glaciação, 30.000 a 18.000 AC). Aparece o *Homus Sapiens*, Cromagnon, de hábitos sedentários, atiradores de dardos, alimentação carnívora. Sistema social mais complexo, início da linguagem, acasalamento Patriarcado

3. - Neolítico: (Idade da Pedra 18.000 a 5.000 AC); diversos grupos dispersos, domesticação de animais pequenos, agricultura, vida urbana. Os nascimentos começaram a serem atendidos por parteira ou pelo marido.

4. - Idade dos Metais: (5.000 a 4.000 AC); Trabalhos com cobre estanho, bronze, ferro. Avanço da agricultura, transporte e indústria. Aparece à escrita. Vida urbana estratificada e rural. Nascimentos atendidos por parteiras nas cidades, e na zona rural pelo marido, que tinha experiência em atender partos nos animais. Alguns métodos alternativos para atender partos e facilitar o nascimento na posição vertical.

- História

1. - ANTIGA: (4.000 A.C a S.V). Os nascimentos eram realizados por parteiras empíricas com a parturiente em posição vertical, apoiada em tijolos, ou mesmo no colo do marido ou pessoas da comunidade treinadas para isto (boas de colo), em domicílio.

2. - *MEDIEVAL*: (S.V a S.XV). Os nascimentos eram realizados por parteiras regulamentadas e com a parturiente em posição vertical colocadas em cadeiras previamente fabricadas e em domicílio.

3. - MODERNA: (S.XV a S.XVIII). Os nascimentos eram realizados por parteiras com instrução, e por médicos (sendo que a mulher atendida por homem perdia cinco virtudes: pudor, pureza, fidelidade, bom exemplo e espírito de sacrifício) aparecem os primeiros livros de obstetrícia. As parturientes sempre em posição vertical ou cócoras, apoiadas em bancos,

tamboretetes e cadeiras sofisticadas, em domicílio.

4. - CONTEMPORÂNEA: (S.XVIII até nossos dias). Várias guerras acontecidas principalmente as mundiais, permitiram avanços tecnológicos, muitos destes avanços são hoje utilizados pela medicina. Os nascimentos começam a ser atendidos por médicos obstetras em instituições denominadas de Maternidades. Os partos começaram a ser realizados com a mulher em posição horizontal em cadeiras especialmente construídas (posição de litotomia). As parteiras foram oficializadas e atendiam também na zona rural. Estes avanços como o descobrimento das transfusões sanguíneas e os antibióticos, permitiram dar maior segurança as mulheres e as seus filhos. Na década de 50 foram publicados na Inglaterra os primeiros resultados estatísticos dos casos de alto, meio e baixo risco gestacional. Simultaneamente nos USA surgem às primeiras publicações questionando a posição horizontal para atender o parto (efeito da gravidade). ((Hugo Sabatino e Verônica Sabatino, 2004)).

Para Tornquist, 2004, na França, nos anos 30 do século passado, cerca de 68% dos partos eram feitos nas maternidades, enquanto no interior prevalecia o parto domiciliar, não “medicalizado”: Já o Japão seguiu os preceitos da Alemanha em relação à medicalização do parto, sendo assistido por parteiras leigas até o século XIX e posteriormente passa por uma mudança no fim do século XIX, onde as parteiras passam a ser formadas dentro dos moldes da medicina. Nos USA, mesmo com a presença dos movimentos populares no século XIX não conseguiu vencer o avanço da medicalização do parto.

Conforme, Tornquist, 2004, o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento surge nos anos de 1950 em países como EUA, França e Inglaterra com as ideias de Dick-Read e Lamaze, que eram obstetras preocupados em minimizar as dores do parto propondo o uso de técnicas comportamentalistas de controle da dor. Nos outros países europeus o parto permaneceu sendo assistido por parteiras e com a valorização do parto normal.

“No Reino Unido, segundo dados da rede BBC até 2011 o índice de cesáreas era de 25%, alguns argumentavam que isso acontecia devido às mulheres britânicas não terem direito a escolher uma cesárea, procedimento este só utilizado por indicação médica, mas neste mesmo ano o Instituto Nacional De saúde e Excelência (NICE) publica novas diretrizes dando o direito de escolha as mulheres; o que não alterou o índice de cesáreas, tudo isso se deve a política de incentivo ao parto normal do governo britânico, onde a parteira é o principal profissional responsável pelo acompanhamento da mulher durante todo pré e pós-natal.” (REDE BBC, 14.04.14).

Segundo reportagem publicada pela revista RFI, 2015, vozes do mundo, a França tem um dos menores índices de cesárea da Europa, 21%, e os Países Nórdicos, como Noruega e Finlândia 17%. A ginecologista e obstetra Simone Perdigão Cotta explica que estes índices se devem ao emprego de boas práticas recomendadas pelo *Collège National des Gynécologues ET Obstétriciens e France* (Cngof), onde as indicações de cesáreas são muito restritas e as pacientes são informadas do risco de morbimortalidade que dobra em uma cesárea. Na França o parto normal é feito por uma enfermeira obstétrica (*sage-femme*), o médico do plantão só participa quando existe algum risco para a mãe ou o bebê.(REVISTA RFI,2015).

Em 10 de Abril a Organização Mundial de Saúde (OMS,2015) em Genebra lançou uma nova declaração sobre as taxas de cesáreas baseado em evidências científicas, a OMS publicou um documento onde conclui que as cesáreas são efetivas para salvar a vida das mães e crianças quando bem indicadas, mas adverte para os riscos e como novidade propõe para os Países e Instituições de Saúde adotarem o sistema de classificação de Robson como instrumento de monitoramento e comparação das taxas de cesáreas, neste documento a OMS faz as seguintes conclusões:

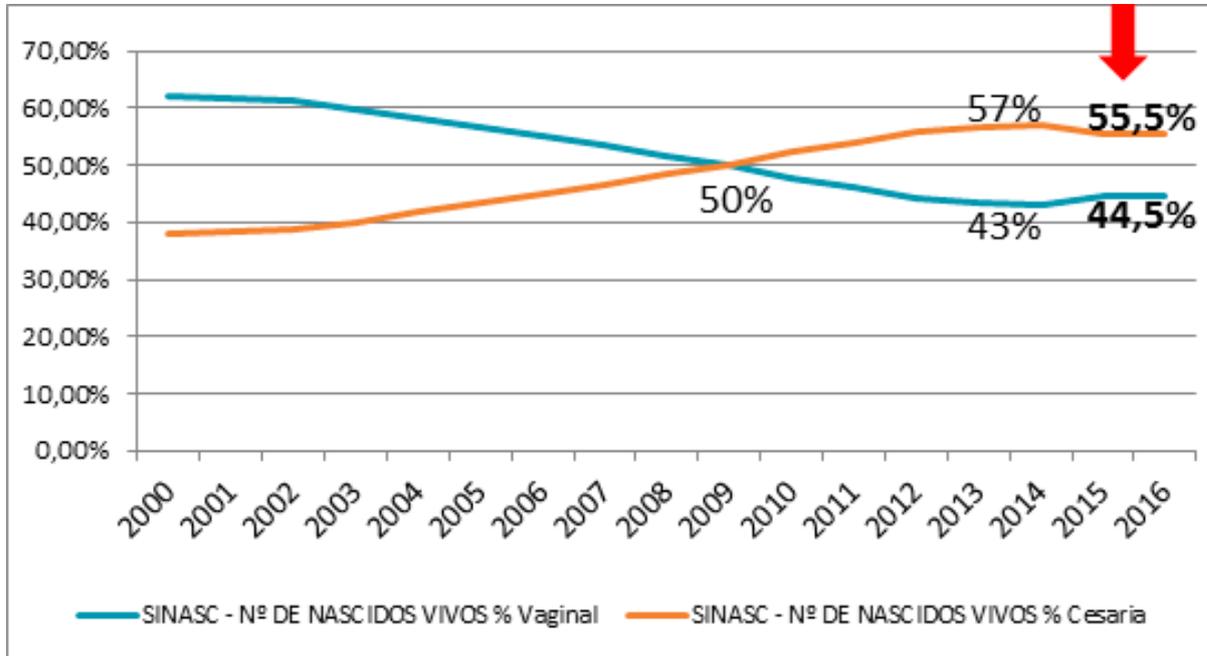
1. As cesáreas são efetivas em salvar vidas maternas e infantis, porém somente quando realizados por indicações clínico-obstétricas.

2. Em nível populacional, taxas de cesáreas maiores do que 10% não estão associadas com reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal.
3. Partos cesáreos podem causar complicações significativas e, às vezes, permanentes, bem como sequelas e morte, particularmente em unidades de saúde sem capacidade apropriada para conduzir cirurgias seguras ou tratar suas complicações. As cesáreas somente devem ser realizadas quando houver indicação obstétrica necessária.
4. Todos os esforços devem ser feitos para prover a oportunidade de realização de cesáreas em mulheres que tenham indicação para ela, mais do que procurar atingir uma taxa específica de cesárea.
5. Ainda não são claros os efeitos das cesáreas sobre outros desfechos, tais como, morbidade materna e perinatal, resultados pediátricos, e sobre o bem-estar psicológico e social. Nestes casos, mais pesquisas são necessárias para entender os efeitos da cesárea sobre resultados imediatos e futuros.

A classificação de Robson é uma ferramenta que categoriza as mulheres em dez grupos baseados em suas características obstétricas, sem necessidade de incluir a indicação da cesárea. Se usada de forma contínua, esse sistema de classificação pode prover uma avaliação criteriosa do cuidado dispensado às mulheres no momento do parto e ser usada para mudança de suas práticas. (OMS/OPAS, 2015).

De acordo com OMS 2017, o Brasil está bem distante da taxa de cesárea que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que fica em torno de 10% e 15%. Em 24 de junho de 2011 o Ministério da Saúde (MS) publica a portaria nº 1459 que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

## 6. GRÁFICO DO ÍNDICE DE CESÁREAS NO BRASIL



Fonte: Ministério da Saúde 2017

De acordo com MS pela 1ª vez desde 2010 o número de cesáreas na rede pública e privada de saúde não subiu no Brasil, este procedimento que possuía uma curva ascendente caiu 1,5% pontos percentuais em 2015, ou seja, dos três milhões de partos realizados no Brasil no período, 55,5% foram cesárea e 44,5% foram partos normais, ainda segundo o MS a estabilização das cesáreas no país é consequência de medidas como a implementação da Rede Cegonha e investimento em 15 centros de Parto Normal; a qualificação das maternidades de alto risco e a maior presença de enfermeiras obstetras em salas e partos.

## 7. MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL

De acordo com Diniz 2005, o movimento de Humanização do Parto no Brasil tem início na década de 70 e traz vários seguidores: Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick, 1979 no Paraná, obstetras que foram defensores do parto natural; temos, também, o Hospital Pio X, em Goiás, e vários grupos de terapias alternativas, como a Yoga e o Instituto Aurora no Rio. Já na década de 80, vários grupos oferecem assistência humanizada a gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas utilizadas, como o coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco.

Vale ressaltar que todo esse movimento de mudança na maneira de parir nasceu dos movimentos feministas e embasados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que publicou em 1985 o documento; Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimentos, onde traz os direitos da população em relação à assistência pré-natal e à informação sobre as várias tecnologias utilizadas no parto; descreve ainda o papel das instituições de saúde em relação ao parto e ao nascimento; faz críticas ao uso desnecessário de tecnologias no parto e questiona a cientificidade das tecnologias invasivas utilizadas como rotinas no modelo biomédico. A publicação deste documento pela OMS se deve as altas taxas de mortalidade materna como também ao grande número de cesáreas.

Conforme Farias 2010, em todos estes movimentos de defesa da humanização do parto há uma forte participação dos movimentos de mulheres e feminista (DINIZ, 2001; TORNQUIST, 2004), assim como do movimento internacional (BWHBC e GOER apud DINIZ, 2005). Associado a todos esses movimentos temos a presença das ideias da Saúde Coletiva e do movimento em defesa do SUS.

Em 1987 acontece a inauguração no Rio de Janeiro do Instituto da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM), criado para ser um centro de treinamento e referência para gestação de alto risco. Já em 1988 inicia-se a inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto hospitalar, tem também a publicação da

Portaria do MS nº 2815/1998 que inclui na Tabela do Sistema de Informações hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento Parto Normal sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra e também a Portaria nº 163/1998 que regulamenta a realização do procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra.

Assim nos anos de 1990 no âmbito federal o Ministério da Saúde (MS) elaborou um arcabouço legal que legitimou e favoreceu a inserção do enfermeiro na assistência ao parto das instituições públicas municipais. Além disso, deu condições para que esse agente, uma vez inserido no campo obstétrico pudesse lutar pela implantação e desenvolvimento das práticas humanizadas, fato que inexistia anteriormente devido à ausência desses especialistas na assistência ao parto (Mouta, 2009 pg 165-9).

Em 1993 é publicada a Carta de Campinas, resultado de um evento que teve a participação de várias pessoas envolvidas na defesa do parto normal, este documento traz a realidade dos partos no Brasil, onde 80% são cesáreas, sendo este o marco da criação do Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) a qual relata as circunstâncias de violências às quais as mulheres e crianças são submetidas durante o parto.

No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. “Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor” (DINIZ, 2005, p.231).

No Rio de Janeiro em 1994 surge à primeira Maternidade com práticas do parto natural que recebeu o nome do ícone do feminismo no Brasil, Leila Diniz, em 1998 é criado o prêmio Galba Araújo para as Maternidades humanizadas, tendo como critérios para recebimento do prêmio as recomendações da OMS, tais como, presença do acompanhante em todas as etapas do parto, assistência ao parto de baixo risco por enfermeiras obstetras e redução das taxas de cesáreas. No ano de 1990 o MS publica a portaria nº985/99 que cria o Centro de Parto Normal e a

portaria nº888/99 que institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades – modelo no Sistema Único de Saúde.

Acompanhando todo este processo de mudanças e seguindo as recomendações da OMS como também exercendo seu papel regulador, o Ministério da Saúde pública a portaria nº 569/2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e estabelece como princípios: A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, receber com dignidade as mulheres e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas, e determina como Diretrizes (PNH,2000):

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

E define como princípios gerais para o acompanhamento do pré- natal, as seguintes ações:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
2. Garantir os seguintes procedimentos:
  - 2.1. Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
  - 2.2. Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento.
  - 2.3. Realização dos seguintes exames laboratoriais:

- a. ABO Rh, na primeira consulta;
  - b. VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
  - c. Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
  - d. Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
  - e. HB/Ht, na primeira consulta.
- 2.4. Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
- 2.5. Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- 2.6. Realização de atividades educativas;
- 2.7. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- 2.8. Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos (DINIZ, 2005 pg:627-637).

No ano de 2000 foram publicadas outras portarias que veem complementar ainda mais a integralidade do atendimento a gestante e ao recém-nascido com vistas a melhorar a morbimortalidade materna e neonatal, redução das taxas de cesáreas e incentivo ao parto normal. Entre as mais importantes temos as seguintes portarias: nº 1067/2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e

Neonatal, a portaria nº 2418/2005 que regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, a portaria nº 904/2013 que estabeleceu as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) no SUS. Temos ainda as resoluções do COFEN e da ANVISA que se juntam a todo este arcabouço legal e veio dar segurança jurídica para atuação do enfermeiro obstetra no acompanhamento do parto normal sem distócia<sup>1</sup>; dentre as principais podemos citar: Resolução nº305/2006 que dispõe sobre a regulamentação e responsabilidades do Enfermeiro em Centro de Parto Normal (casa de parto); como também as Resoluções nº477 e nº478 de 2015 que dispõe sobre a atuação dos enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas e a segunda que normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra e obstetrix nos centros de parto normal e dá outras providências.

---

<sup>1</sup> Refere-se a um parto anormal, difícil ou lento, qualquer que seja a causa.

## **8. CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA MATERNIDADE EM RORAIMA**

### **8.1. Relato sobre o início da Maternidade Nossa Senhora de Nazaré (HMI)**

O Estado de Roraima apresenta na sua estrutura de saúde somente uma única maternidade que é o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth - HMINSN, a qual foi inaugurada em 1982, encontra-se divididas em alas com nome de rosas assim distribuídas: Alojamento Conjunto - ALCON de gestantes e puérperas de Alto Risco denominado de Girassóis, ALCON de Puerpério denominado de Rosas, ALCON de Pré e Pós-operatório denominado Margaridas, Centro Cirúrgico denominado de Violetas, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal denominado de Pedras Preciosas e por fim o Centro Obstétrico onde também funciona o Centro de Parto Normal denominado de Orquídeas. Atende os municípios do Estado (indígenas e não indígenas), além das pessoas que vivem nos países fronteiriços (Venezuela e Guiana Inglesa).

Para contextualizar o trabalho busquei levantar as informações junto a servidores que atuam há muitos anos no serviço. Assim sendo, trago o relato de dois funcionários da instituição, a primeira é a servidora técnica de enfermagem JDS, natural do Estado do Maranhão, tendo iniciado sua vida profissional na Maternidade como parteira em 1976, a qual realizou esta atividade por vinte cinco anos, hoje atua como técnica de enfermagem, somando quarenta e dois anos de serviço prestado à saúde do Estado, a mesma vivenciou todas as mudanças ocorridas neste serviço. Outro relato é o do atual coordenador do Centro de Parto Normal, DG, enfermeiro obstetra natural de Roraima, formado no estado do Pernambuco e retornando ao Estado em 1996, onde atua desde então na maternidade, o mesmo já esteve na assistência direta as pacientes e como coordenador do bloco das Orquídeas (centro obstétrico).

Iniciarei minha narrativa pelos relatos de JDS, segundo ela a Maternidade funcionava no antigo prédio da prefeitura velha onde hoje funciona a secretária de planejamento da prefeitura (SEPLAN), nesta época os partos eram feitos pelas

parteiras, pois só tinha uma enfermeira no antigo território e hoje atual Estado de Roraima, o corpo de enfermagem era composto por oito pessoas; ainda segundo JDS elas começaram como parteiras pela necessidade do serviço.

Neste período trabalhava na unidade duas parteiras que vinham de Manaus uma que era natural do Rio Grande do Sul e morava aqui no Estado. O serviço da Maternidade funcionava com uma parteira por turno e uma berçarista que também veio de Manaus. Ela conta que como eram poucas às vezes as mulheres estavam parindo e elas só *“aparavam o menino”*, conta que não queria ser parteira, mas que foi obrigada pela necessidade do serviço e imposição do chefe, *“mas Graças a Deus me tornei uma boa parteira”*.

Relata que não tiveram treinamento, começaram acompanhando as parteiras antigas. *“Quando era o meu dia eu ficava lembrando o que eu via elas fazerem”*, conta que tinha apenas uma sala de parto com uma única mesa ginecológica tradicional.

Posteriormente a Maternidade passou a funcionar no prédio do Hospital Coronel Mota, não sabe precisar o ano, onde elas parteiras faziam o atendimento das mulheres desde a admissão até o parto. Neste período tinha a presença das freiras, lembro-me da irmã Lena, Lenantonia Girelli que era Italiana, tinha muita experiência, era muita *“entendida”*. Com a inauguração do atual prédio em 1982 ela também veio junto com todo o corpo de enfermagem. JDS relata que mesmo no prédio atual o atendimento da porta de entrada continuou durante um período a ser feito pelas parteiras e as internações também, com o novo prédio aumentou o número de parteiras que ficou em torno de dezenove. Ainda segundo JDS nesta estrutura atual já tinha médico, mas que este ficava no repouso e só comparecia na sala de pré-parto quando era chamado para fazer as cesáreas, nem examinava as pacientes e quando elas insistiam para ele examinar respondiam *“não fazem mais parteiras como antigamente”*, todas as anotações eram feitas em livros e em fichas, quando era de manhã o médico passava a visita e prescrevia as pacientes, assinava o livro de parto ao lado da assinatura da parteira que fez o parto, vale ressaltar que quem ganhava pelo parto realizado era o médico do plantão, enquanto nós, por exemplo, parteiras fazíamos 360 partos por mês, o doutor fazia cinco e a enfermeira fazia três.

As anotações eram feitas em três livros, um era o mapa diário que era feito por plantão e os outros da rotina de enfermagem. Além dos partos ainda auxiliávamos as cirurgias, na realidade os livros só serviam para nos incriminar, pois caso a paciente voltasse com alguma complicação pediam logo o livro para saber quem era a parteira para ser chamada atenção. Nós fazíamos parto de toda apresentação e quando a gente chamava eles (os médicos) diziam: “*não sabem mais fazer parto não?*”; até aquele de útero bigorno eu fiz; porque chamei os médicos e eles não foram atender a mulher, então, fui obrigada a fazer, mas, com a Graça de Deus, deu certo. Fizemos parto até o ano do primeiro concurso, não sabe dizer a data, mas o primeiro concurso do Estado foi em 2004, nesta época já não fazíamos mais o atendimento de admissão ficávamos só na sala de parto. Com o primeiro concurso os enfermeiros assumiram a sala de parto, então, paramos de fazer parto, não sei dizer em que ano foi.

O segundo o relato do enfermeiro DG, este começou a trabalhar em 1996 no interior do Estado no município do Amajari, ele relata que antes de ir para o interior passou uma semana aqui na Maternidade em treinamento e foi acompanhado pelas parteiras da unidade, nesta época, 1996, os enfermeiros ainda não atuavam em sala de parto e quem fazia os partos eram as parteiras. Após um período no interior do Estado ele veio para a maternidade em meados de 2000 para 2001, neste período os enfermeiros já estavam realizando os partos.

Nesta época a admissão da paciente já era feita pelo médico da emergência e se necessário a paciente era encaminhada para a sala de pré-parto, onde hoje é a Sala de Recuperação Pós-Anestésica - SRPA que fica no centro cirúrgico – ala das Violetas, ali elas permaneciam até o período expulsivo sendo levadas então para sala de parto onde hoje é a UTI neo – ala das Pedras Preciosas. A sala de parto era composta por quatro mesas de parto onde nós enfermeiros realizávamos os partos, nesta época 75% dos partos eram realizados pelos enfermeiros, os médicos não ficavam na sala de parto, só compareciam quando eram chamados. No ano de 2005 o partograma foi inserido no serviço, período em que houve a mudança da sala de parto para o bloco D onde hoje é o bloco dos Girassóis, ou seja, neste período ocorreu a transição das salas de parto tradicionais para os Pré-parto, Parto e Pós-parto - PPP.

Em 2007 foi montado o bloco das orquídeas para funcionamento do centro obstétrico onde permanece até os dias atuais, durante um período a sala cirúrgica também funcionava neste bloco. Com a mudança para o bloco das orquídeas em 2007, os médicos passaram a assumir os partos, mas esta mudança ocorreu sem um comunicado oficial da Direção da Maternidade, ou seja, no período enquanto o Ministério da Saúde - MS estava incluindo o enfermeiro nas salas de parto, a maternidade estava justamente trabalhando ao contrário, retirando o enfermeiro da sala de parto, um retrocesso e com isso muitos enfermeiros obstetras resolveram sair do setor e ir para outros setores, inclusive eu. Neste período a instituição tomou um novo rumo onde enfermeiros obstetras eram retirados das escalas da sala de parto e substituídos por outros que não eram obstetras. Nunca recebemos por parto realizado, apenas os salários, sendo hoje está uma das nossas reivindicações, pois será uma forma de incentivo para os enfermeiros obstetras atuarem em sala de parto, além do mais, fora os médicos somos o único profissional que pode internar, assinando a Autorização da Internação Hospitalar - AIH e dar alta.

Quanto à questão do preenchimento da AIH mesmo quando assumíamos a sala de parto não assinávamos o que existia era apenas o registro em livro de quem tinha feito o parto, mas o parto era faturado no nome do médico do plantão. Com a inclusão do partograma no serviço começamos a assinar este documento de acompanhamento de evolução do trabalho de parto, é tanto que os enfermeiros mais antigos tem Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES para o faturamento do parto no nome do enfermeiro que realizou o parto, hoje o Estado recebe pelos partos realizados por enfermeiros e posso dizer que este valor é maior do que o parto realizado pelo médico obstetra, sendo um incentivo do MS para a inclusão do enfermeiro em sala de parto.

Atualmente este faturamento é feito no nome do enfermeiro que realizou o parto e de acordo com o relatório do primeiro quadrimestre de 2017 da ala das orquídeas (centro obstétrico), 27% dos partos são realizados por enfermeiros. Dessa forma observo que lentamente estamos retornando as salas de parto. Para o coordenador do CPN hoje o maior entrave para o funcionamento do Centro de Parto Normal (CPN) não é a relação entre enfermeiros obstetras e os médicos obstetras, o maior entrave é a falta de conhecimento dos profissionais sobre o funcionamento do

CPN, onde muitos pensam que com a implantação do CPN, os outros profissionais vão perder espaço e não é esta a proposta, é sim compartilhar este atendimento, ou seja, o enfermeiro vai avaliar a paciente e se durante a avaliação for detectado algum risco o médico será acionado, na realidade ocorrerá uma divisão de responsabilidades onde o profissional médico acompanhará apenas os partos de alto risco e nós enfermeiros obstetras os partos de baixo risco. Hoje já estamos conseguindo lentamente este retorno do enfermeiro obstetra para a sala de parto, lógico que ainda tem um ou outro profissional que acha que o enfermeiro quer ser médico, mas já avançamos em relação a isso, pois houve um crescimento no número de partos realizados pelo enfermeiro, já conseguimos ficar dentro da sala partejando sem maiores problemas com o médico obstetra.

Segundo o coordenador do CPN com relação à Direção Geral pelas conversas que teve, já percebe uma maior abertura, até porque venho mostrando indicadores do serviço que amparam a implantação do CPN, antes havia mais entraves, mas com a Direção atual existe uma aceitação maior, outro entrave é a burocracia para a habilitação do CPN à qual é feita pela Secretária de Saúde do Estado - SESAU, o pedido já foi aceito pelo MS, mas para a habilitação é preciso colocar para funcionar e nós temos até Dezembro deste ano (2017) para fazer isto acontecer, para este funcionamento iniciar é necessário apenas uma portaria interna da Direção Geral que já está sendo elaborada.

## **8.2. Contexto Atual da Maternidade**

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ou Maternidade (HMI) como é mais conhecido está inserido na política da Rede Cegonha do MS e vários avanços já foram alcançados nestes 35 anos de existência. Recentemente em 2016 tivemos a inauguração da casa da gestante que conta com 20 leitos para atendimento a gestantes e puérperas, sendo cinco leitos para indígenas que se encaixem nos seguintes critérios determinados pelo MS:

1. Gestantes em fase de latência do trabalho de parto, ou em dúvida quanto ao diagnóstico de trabalho de parto e que residem longe do hospital – deve ser

oferecida a essas pacientes a possibilidade de permanecerem na CGBP até a fase ativa do trabalho de parto ou diagnóstico definitivo, quando então serão admitidas na maternidade ou receberão alta para casa.

2. Gestantes com gestação menor que 38 semanas com risco aumentado de parto rápido (ex. colo dilatado >5 cm) sem contrações uterinas e que residem longe do hospital – deve ser oferecida a essas pacientes a possibilidade de permanecerem na CGBP até o início do trabalho parto ou até 38 semanas, quando serão admitidas na maternidade.

3. Gestantes que recebem alta da maternidade para acompanhamento ambulatorial e não podem regressar a seus lares – essas pacientes deverão ser acompanhadas pela equipe, em regime de pré-natal, com periodicidade das consultas de acordo com o problema apresentado e manejo segundo guias assistenciais. Incluem-se nessa categoria:

- Pré-eclâmpsia leve;
- Hipertensão arterial crônica controlada;
- Outras condições, dependendo do julgamento individual do obstetra diarista ou plantonista.

4. Gestantes em regime de semi-internação, para avaliação diária das condições materno-fetais que não necessitem de medicação endovenosa ou outras intervenções invasivas – serão admitidas na Casa da gestante após período de observação e tratamento por 24h às 48h na maternidade, sendo eleita para o cuidado de internação domiciliar. Estas mulheres deverão ser avaliadas pelos médicos obstetras diaristas e/ou enfermeira obstetra e manejadas de acordo com as normas preconizadas nos guias de assistência. Incluem-se nessa categoria:

- Restrição de crescimento intrauterino com necessidade de avaliação mais rigorosa do bem-estar fetal, sem critérios para interrupção imediata da gestação.
- Oligodrâmnio e Polidrâmnio a esclarecer

- Outras condições dependendo do julgamento individual do obstetra diarista ou plantonista.

- **Puérperas<sup>2</sup>**

1. Puérpera que necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar;

2. Quando seu recém-nascido encontrar-se internado em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal- UITN ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - UCINCo, no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe.

Em 2014 tivemos a reforma das alas das Orquídeas e reforma das salas de parto com vistas à implantação do CPN intra-hospitalar de acordo com as recomendações da Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999 e a inclusão de cinco salas para o CPN. Atualmente o bloco das orquídeas, onde funciona o centro obstétrico de parto normal possui a seguinte estrutura:

1. Duas salas de pré-parto, sendo sala um com seis leitos e sala dois com cinco leitos;

2. Uma sala de alto risco com dois leitos;

3. Nove salas PPP (pré, parto e pós-parto), sendo uma sala com banheira;

4. Três confortos, sendo um médico, um de enfermagem e um de serviços gerais;

5. Um posto de enfermagem;

6. Uma sala de prescrição.

---

<sup>2</sup> Puérperas-Puerpério é o período que ocorre logo após o parto, também denominado de pós-parto. Nesta fase, o corpo da mulher está em processo de recuperação da gravidez, sofrendo uma série de modificações físicas e psicológicas. Durante o puerpério, a mulher é clinicamente chamada de **puérpera**.

Quanto ao quantitativo de profissionais que atuam no bloco obstétrico temos por turnos (manhã, tarde, noite):

1. Equipe médica: quatro obstetras e dois pediatras;
2. Enfermeiros obstetras: três nos turnos da manhã, tarde e noite;
3. Um enfermeiro coordenador do CPN;
4. Fisioterapeutas: um por turno;
5. Técnicos de Enfermagem: seis por turno;
6. Maqueiros: um por turno;
7. Administrativo: um por turno;
8. Auxiliar de serviços gerais: quatro por turno.

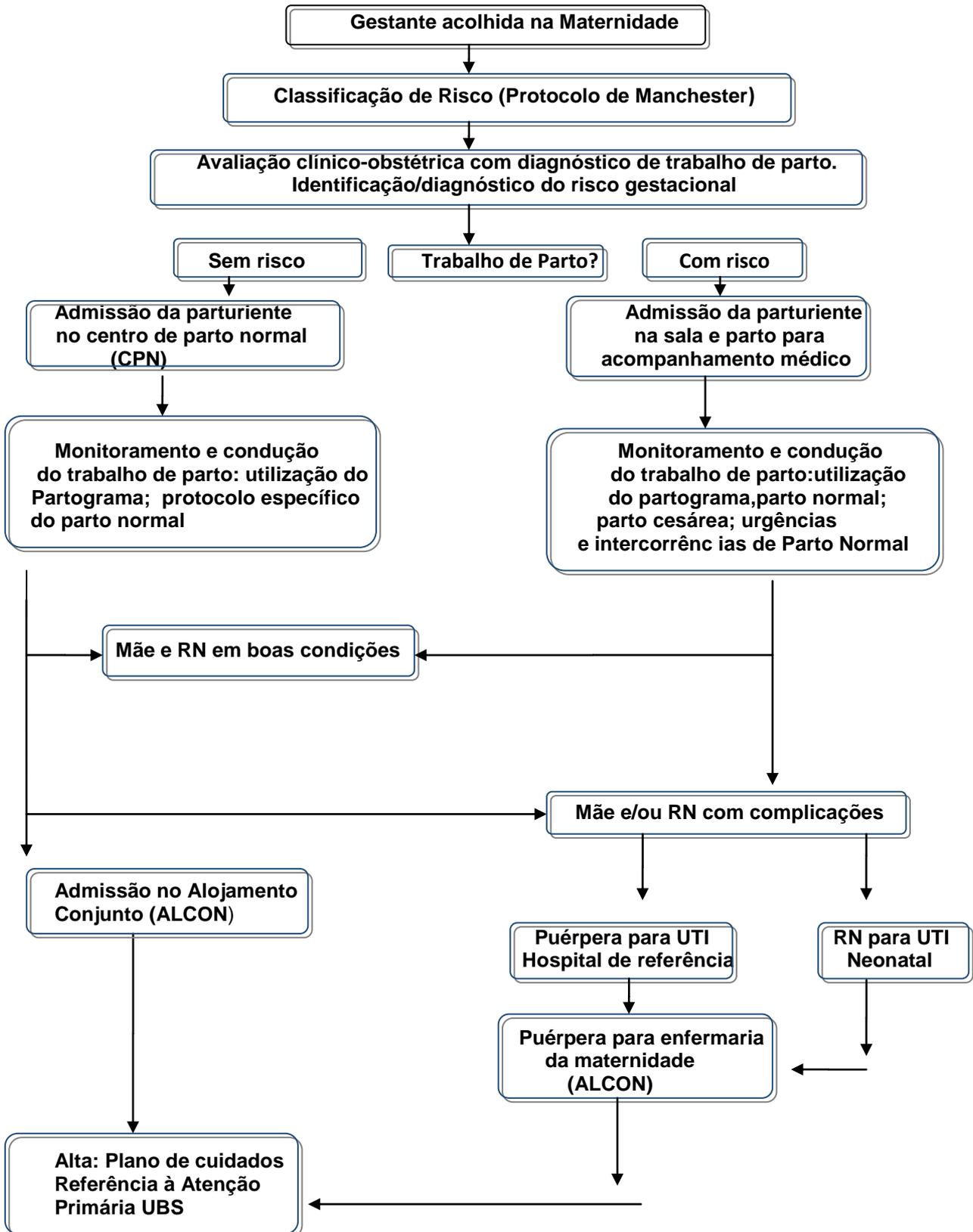
Foi implantado também no ano de 2016 o acolhimento com classificação de risco feito por enfermeiro com o seguinte fluxograma:



Houve também neste período de readequação do centro obstétrico seguindo as recomendações do MS diversas capacitações de gestores e profissionais, entre as quais podemos citar o atual curso de especialização em obstetrícia que é financiado pelo governo federal através da Rede Cegonha em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Federal de Roraima com objetivo de cada vez mais formar enfermeiros obstetras para atuar junto às maternidades e ampliar a prestação de uma assistência humanizada no atendimento ao parto normal.

No HMINSN no ano de 2016 nasceram 5432 crianças de parto normal e 3230 de parto cirúrgico (dados do SAME) e até o mês de Setembro de 2017 nasceram 4457 crianças e parto normal e 2436 de parto cirúrgico, ou seja, um universo expressivo de partos que necessita de atendimento multidisciplinar e atuação específica do enfermeiro obstetra.

## 9. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A GESTANTE NA MATERNIDADE NOSSA SENHORA E NAZARÉ



- **IDENTIFICAÇÃO/DIAGNÓSTICO DO RISCO GESTACIONAL**

A gestante, após ter sido triada pela enfermeira da classificação de risco, deverá ser direcionada ao consultório obstétrico para consulta, exame clínico-obstétrico e identificação/diagnóstico do risco gestacional, o que indicará o nível de complexidade da assistência a ser prestada. A avaliação das condições, agravos ou patologias de cada gestante é simples, determinando-se a idade, altura e paridade da gestante. Deve-se investigar sobre doenças prévias, comorbidades, complicações na sua história obstétrica, como cesarianas ou mortes fetais anteriores, e investigar a presença de anormalidades na gravidez atual, como pré eclampsia, gestação múltipla, hemorragias, crescimento intra-uterino restrito-CIUR, posições e apresentações anômalas, anemia severa e outros fatores de risco. A abordagem de risco vem determinar decisões sobre o parto, seu local de ocorrência, seu tipo, qual o prestador de serviço envolvido (Enkin 1994).

- **AVALIAÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICA**

**Roteiro da avaliação obstétrica:**

- Estabelecer idade gestacional;
- História Obstétrica;
- Exame físico geral;
- Exame físico obstétrico;
- Análise do cartão de pré-natal: Verificar e anotar as sorologias, a evolução do pré-natal, identificando possíveis alterações.

- **CUIDADOS IMPORTANTES ANTES DE ADMITIR A PARTURIENTE NO CPN**

- Identificar apresentação e vitalidade fetal;
- Avaliar idade gestacional pela primeira USG até 20 semanas e comparar com DUM;
- Doenças virais e sorologias positivas;
- Pressão arterial;
- Horário de bolsa rôtã e aspecto do líquido;
- Peso fetal pela regra de Johnson ou USG recente;
- Avaliar criteriosamente o cartão de pré-natal se houver;
- Avaliar o estado físico, psíquico e emocional da parturiente.

A melhoria da qualidade da assistência humanizada prestada a gestante no momento do parto, o espaço próprio para atuação do enfermeiro obstetra são atitudes que valorizam a atuação deste profissional como também a melhoria dos fatores que contribuem para a morbi – mortalidade materna e a redução do número de cesáreas são alguns dos benefícios dos Centros de Parto Normal.

## **10. OBJETIVOS DO PROJETO**

### **10.1. Objetivo Geral**

- Contribuir para implantação do Centro de Parto Normal no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré no Município de Boa Vista.

### **10.2. Objetivo Específico**

- Elaborar fluxograma para reorganizar o atendimento as parturientes pelo enfermeiro obstetra no Centro de Parto Normal.
- Padronizar acolhimento à gestante em trabalho de parto;
- Identificar/diagnosticar o risco gestacional para identificação do nível de complexidade assistencial;
- Realizar avaliação clínico-obstétrica com diagnóstico do trabalho de parto;
- Sistematizar rotina de admissão de parturientes, com elaboração de plano de cuidados, de acordo com perfil e necessidade da gestante/parturiente;
- Promover treinamento da equipe de enfermagem da ala das orquídeas (centro obstétrico)

## 11. METODOLOGIA

O método utilizado para este projeto se caracteriza por uma pesquisa ação com intervenção no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré.

A metodologia de Pesquisa-Ação busca desenvolver técnicas e conhecimentos necessários ao fortalecimento das atividades desenvolvidas. Utilizando dados achados da própria organização e valorizando o saber e a prática diária dos profissionais envolvidos, aliados aos conhecimentos teóricos e experiências adquiridas.

A pesquisa-ação viabiliza os projetos de extensão com a pesquisa convencional na elaboração social de conhecimentos com a participação de diferentes sujeitos. Pois, além da participação, supõe-se uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro.

Para aplicação do método seguiu-se as fases propostas por Cortez (2007), metodologia da pesquisa-ação que não possuem uma estrutura rígida com etapas pré-definidas.

## 12. METAS

- Iniciar o funcionamento do Centro de Parto Normal da maternidade Nossa Senhora de Nazaré;
- Inserir os enfermeiros obstetras novamente na assistência ao parto sem distócias, como acontecia anteriormente no serviço;
- Alcançar um índice expressivo de no mínimo 40% dos partos realizados por enfermeiros obstetras;



**14. ORÇAMENTO**

Quantidade	Especificação	Valor unitário	Valor total
02	Cartucho preto	80,00	160,00
01	Resma de papel A4	15,00	15,00
100	Xerox	0,25	25,00
03	Encadernação	3,00	9,00
			209,00

## 15. RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos serão compostos por:

- Os enfermeiros obstetras da unidade;
- Coordenador do Centro de Parto Normal;
- Direção de Enfermagem;
- Os tutores do curso;
- Técnicos de enfermagem (ala das orquídeas);
- Departamento de Educação Continuada (DEP).

## **16. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO**

Como o funcionamento do Centro de Parto Normal está em fase de conclusão já ocorreu uma primeira reunião no dia 13 de Novembro do corrente ano com os membros da Direção da Maternidade para apresentação do processo de funcionamento do CPN e agora no início de Dezembro será realizada uma reunião com data a ser marcada para apresentação de todo o processo para toda equipe do centro obstétrico. O acompanhamento do funcionamento do CPN será feito por relatórios mensais da coordenação do setor e também pelos relatórios quadrimestrais que será enviado para todas as direções da maternidade e assim se necessários novos ajustes serão feitos, como também será elaborado um cronograma mensal de reuniões com a equipe de enfermagem do CPN.

## 17. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União [DOU]**. Brasília, 04 de junho de 2008.Rev.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde,2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS –a Rede Cegonha. **Diário Oficial, Poder Executivo**, Brasília, DF, n.121,27 jun.Seção1, p.109.

COTTA, S.P. **Boas Práticas Recomendadas**. Revista Vozes do Mundo.2015

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 699-705

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e Limites das propostas de humanização do parto**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina/ USP, São Paulo, 2001.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**, Ciência & Saúde Coletiva. 10(3): 627-637, 2005

FARIAS, A..S. **Assistência ao parto humanizado: sensibilização da Equipe de enfermagem**. Trabalho de conclusão da Especialização de Enfermagem Obstétrica – Escola de Saúde Pública do Ceará, 2010.

FONSECA, N. M. D. **Tempo de Nascer, O cuidado no Parto e no Nascimento**. 2ª ed. Ronda LTDA, 2008.

[HTTP://AGENCIABRASIL.EBC.COM.BR/GERAL/NOTICIA/2017-03/](http://AGENCIABRASIL.EBC.COM.BR/GERAL/NOTICIA/2017-03/)

[HTTP://BBC.COM.BR/](http://BBC.COM.BR/)

[HTTP://BR.RFI.FR/GERAL/20150108-VEJA-POR-QUE-FRANCA-TEM-UM-DOS-MENORES-INDICES-DE-CESAREAS-DA-EUROPA](http://BR.RFI.FR/GERAL/20150108-VEJA-POR-QUE-FRANCA-TEM-UM-DOS-MENORES-INDICES-DE-CESAREAS-DA-EUROPA)

MACHADO, E.G.C. **Gestação, parto e maternidade: uma visão holística**. Belo Horizonte: Editora Aurora, 1995.

MACHADO FA et al. **Humanização do parto e do nascimento**. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Portaria GM/MS nº 985**, de 05 de agosto de 1999

Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização** - documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MURRAY, W.; ENKIN, M.D.F.R.C.S. (C) **Risco na gravidez: a realidade, a percepção e o conceito**, 1994

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 2000. 93p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal**. um guia prático. Brasília; 1996.

PETER, A.P.C et al. **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no Contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PROGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. **A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades.** Rev. Enferm. UERJ. 2009 Abr-Jun; 17(2): 165-9.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Mortalidade materna: Brasil, um dos campeões em mortalidade materna.** Rede saúde, São Paulo, 2002.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (Rehuna). **Carta de Campinas,** 1993

RIESCO, M.L.G.; FONSECA, R.M.G.S. **Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto.** Cad. Saúde Pública. 2002; 18(3): 685-98.19.

SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. **História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança.** Texto contexto - enferm. Vol.14 no. 4 Florianópolis Oct./ Dec. 2005.

SOUZA, X.M.; PRAÇA, N.S. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente.** Revista da Escola de Enfermagem da USP

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação.** São Paulo, Cortez, 1992

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil.** Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC, 2004.

WWW.ABENFO.ORG.BR

[WWW.PAHO.ORG/BRA/INDEX.PHP?OPTION=COM\\_CONTENT&VIEW=ARTICLE  
&ID=4815](http://WWW.PAHO.ORG/BRA/INDEX.PHP?OPTION=COM_CONTENT&VIEW=ARTICLE&ID=4815): **DECLARACAO-DA-OMS-SOBRETAXAS-DE-CESAREAS&ITEMID=820**

[WWW.PORTALHUMANIZA.ORG.BR/PH/TEXTTO.ASP?ID=17](http://WWW.PORTALHUMANIZA.ORG.BR/PH/TEXTTO.ASP?ID=17)

[WWW.SCIELO.BR/PDF/TCE/V14N4/A16V14N4.PDF](http://WWW.SCIELO.BR/PDF/TCE/V14N4/A16V14N4.PDF)