

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

THAYS DE MAGALHÃES PASCOAL

NASCER NO HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS (HMOB):
UMA EXPERIÊNCIA PARA VALER A VIDA.

INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO (EO) E DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO (PNAR).

BELO HORIZONTE

2017

THAYS DE MAGALHÃES PASCOAL

NASCER NO HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS (HMOB):
UMA EXPERIÊNCIA PARA VALER A VIDA.

INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO (EO) E DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO (PNAR).

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

Orientadora: Profa. Dra. Juliana de Oliveira Marcatto

BELO HORIZONTE

2017

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que protagonizam seu momento de glória com o nascimento do seu tão esperado filho.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me amparar nos momentos difíceis e me mostrar que tudo é possível quando se tem fé e força de vontade;

Ao meu querido filho Bento por me mostrar que a maternidade é um aprendizado infinito e que o amor que ela produz nos torna seres humanos melhores;

Ao meu esposo Etienne pela paciência e pelo apoio durante minhas ausências;

Aos meus pais, irmãos e familiares por entenderem minhas ausências e me apoiarem sempre nas minhas escolhas;

À minha querida orientadora Profa. Juliana Marcatto pelo incentivo, pela cumplicidade e, sobretudo, pelo domínio metodológico que permitiu que nosso projeto se tornasse possível dentro das exigências propostas;

Às amigas especializadas Cecília, Débora e Dayanne pela parceria; e às demais especializadas pela troca de experiências, pela torcida e pelo ombro amigo nos momentos difíceis;

Às colegas da equipe multiprofissional do HMOB por acreditar no projeto e ajudar a transformá-lo em realidade;

Aos professores Bruna, Elysângela e Serafim que nos provocaram e nos fizeram reconstruir a proposta inicial acreditando em nosso potencial de transformação dentro da instituição;

Às mulheres, objeto central desse projeto.

RESUMO

Introdução: a enfermagem obstétrica desempenha um papel importante no acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico puerperal com atuação expressiva nos seguimentos assistencial e de educação em saúde. No HMOB, o enfermeiro atua no pré-parto e sala de parto com fluxos já bem estabelecidos. Entretanto, considerando a linha de cuidado da mulher e do recém-nascido (RN), entende-se que é necessário consolidar e ampliar a atuação do EO para que ganhos adicionais do ponto de vista de qualidade da assistência sejam alcançados com benefícios aos usuários, equipe e instituição de saúde.

Método: trata-se de um trabalho de campo, estruturado a partir dos resultados do diagnóstico situacional, que investigou o percurso clínico da gestante e do RN no serviço. Após identificação dos pontos críticos do processo assistencial, foram organizadas frentes de atuação para viabilizar tratamento adequado dos pontos de intervenção prioritários e estruturantes. No presente trabalho foi abordada a atuação do EO no PNAR como ferramenta para alcançar a integralidade do cuidado à gestante, ao RN e à família. **Resultados:** foram realizadas reuniões com a equipe do PNAR e identificados problemas e prioridades de intervenção. Como produto da reunião, percebeu-se a necessidade de orientação das grávidas para melhoria da qualidade da assistência. Foram elaboradas rodas de conversa com as gestantes, onde discutiram-se as dúvidas e anseios delas acerca de temas de interesse comum, tais como: boas práticas durante o parto e nascimento, nutrição na gestação, amamentação e direitos da gestante. Foi criado o Encontro do Casal Grávido com a participação da equipe multidisciplinar do hospital e uma visita guiada à maternidade e seus anexos, além de estabelecidas consultas compartilhadas entre os médicos obstetras e os enfermeiros obstétricos e elaborada uma cartilha informativa para as gestantes. **Considerações finais:** a especialização em Enfermagem Obstétrica proporcionou subsídios para transcender a oferta do cuidado às mulheres no HMOB para além do Bloco Obstétrico, firmando parcerias importantes que sustentam e qualificam ainda mais a assistência, gerando mais informação e segurança para a mãe, o bebê e a família a partir do estabelecimento do vínculo precoce.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica, Gestante, Intervenção.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Marcos Regulatórios da Enfermagem Obstétrica no Brasil.....	10
Quadro 2: Quantitativo de Profissionais por plantão.....	17
Quadro 3: Quantitativo de profissionais alocados no Bloco Obstétrico e Alojamento Conjunto.....	18
Quadro 4: Desafios e atuação do enfermeiro obstétrico no serviço de acordo com a matriz SWOT.....	23
Foto 1: Encontro do Casal Grávido.....	44
Foto 2: Cartilha Informativa distribuída às gestantes.....	44

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1. Diagnóstico do Serviço de Saúde da Mulher e Recém-Nascido.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	26
3. OBJETIVO GERAL.....	27
4. MÉTODO.....	27
5. DESENVOLVIMENTO.....	29
5.1 INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO (PNAR): ESTREITANDO OS LAÇOS ENTRE O PNAR E A MATERNIDADE	
5.1 Referencial teórico/contextualização.....	29
5.2 Caracterização do problema.....	32
5.3 Propostas de enfrentamento.....	34
5.4 Ações implementadas.....	35
5.5 Dificuldades encontradas.....	36
5.6 Perspectivas futuras.....	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS.....	44

1. INTRODUÇÃO

Em 2010, 287.000 mulheres morreram durante a gravidez e o parto, em torno de 2,6 milhões de óbitos fetais ocorreram em todo o mundo e quase 3 milhões de recém-nascidos (RN) morreram no primeiro mês de vida. A maioria dos óbitos maternos e neonatais ocorre em contextos de poucos recursos e é previsível, uma vez que as principais condições que levam a essas mortes podem ser evitadas e gerenciadas adequadamente por meio do uso de intervenções simples e efetivas para melhorar a segurança dos partos institucionais. (WHO, 2012)

Diante disso, o Ministério da Saúde criou em 2011, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que tem por objetivo assegurar à mulher uma atenção humanizada e qualificada durante a gravidez, parto e puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha tem atuação unificada com as demais iniciativas para a saúde da mulher no SUS e prevê a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante esse período, bem como a criação de estruturas de assistência que funcionam em conjunto com a maternidade para humanizar ainda mais o processo de parir e nascer. Este programa exige que as boas práticas de atenção ao parto e nascimento sejam estabelecidas nas maternidades, tais com o direito a acompanhante, o acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor e o contato pele a pele com o bebê imediatamente após o parto. (BRASIL, 2012)

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996 enfatizam que o parto é um evento natural, que não necessita de controle mas sim de cuidados. Com base neste entendimento, a OMS recomenda uma maior participação da enfermeira obstétrica (EO) na atenção ao parto, considerando a formação profissional orientada para o cuidado e não para a intervenção.

Nesse sentido, com a inclusão da EO como profissional habilitado para a realização de parto normal sem distócia, entende-se que, em sua atuação, este profissional seja capaz de desenvolver habilidades e competências com

segurança técnica, compreender as múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parir e que este processo deve ser visto como um evento social com grande influência cultural. Tal profissional deve ter uma formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à parturiente, de forma segura, com uma postura diferenciada, menos tecnicista e mais humana, tendo como foco de seu trabalho o cuidado. (CAUS, 2012)

Conforme DIAS, 2005, a Organização Mundial de Saúde, desde o início da década de 1980 (OMS, 1985; 1996), tem trazido contribuições importantes ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo vigente de atenção. Embora existam evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo tradicional de assistência ao parto, torná-lo um processo fisiológico implica em perda de poder. A formação profissional do enfermeiro obstétrico, mais voltada para o cuidado, possibilita uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto, complementar na assistência ao parto e nascimento.

De acordo com RIESCO, 2002 (citado por DIAS, 2005), a formação do enfermeiro obstétrico 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 social e histórico. A inserção da EO no grupo de profissionais que atendem as mulheres fortalece o atendimento holístico, uma vez que colabora para que elas exerçam seu protagonismo. O trabalho multidisciplinar é importante pois soma os saberes de cada categoria em prol de uma assistência integral. Concorde-se com DIAS, 2005 quando cita:

O trabalho conjunto permitiria ao mesmo tempo uma atenção menos intervencionista, nos casos de baixo risco cuidados pelas enfermeiras, e uma atenção mais direcionada dos médicos obstetras aos casos de risco. Este modelo prevê que a atuação dos diversos profissionais deva ser complementar e que deve haver respeito aos limites de atuação de cada categoria. (DIAS, Desafios na de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. 2005)

A Enfermagem Obstétrica é uma área de atuação da Enfermagem regulamentada em lei e dispõe de farta legislação que embasa e delimita seu fazer profissional. O arcabouço legal que sustenta o exercício profissional da Enfermeira Obstétrica provém da Constituição Federal, Lei 7.498/1986 e Decreto 9.4406/1987, o que garante legalidade para que a profissional assuma responsabilidades cada vez maiores no cenário da atenção à gestação, parto e puerpério e ao recém-nascido. Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), entre as quais o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Resoluções que tratam especificamente da Atuação das Enfermeiras Obstétricas, Resoluções e Portarias do Ministério da Saúde e órgãos afins normatizam, dão sustentação a esse exercício e estão listadas no quadro abaixo. (SAMPAIO, 2014)

QUADRO 1: Marcos Regulatórios da Enfermagem Obstétrica no Brasil.

Constituição Federal do Brasil	Dos direitos e deveres individuais e coletivos Art. 5º - Todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza... II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.
Lei 7.498/86	Art. 6º - São enfermeiros: I - o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; II - o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei; III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix; IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do Art. 3º. do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.
Lei Nº 7.498/86	II - como integrante da equipe de saúde: g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distócia; Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda: a) assistência à

	parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.
DECRETO Nº 94.406/87	Art. 8º - Ao enfermeiro incumbe: II - como integrante da equipe de saúde: h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco; j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia;
RESOLUÇÕES COFEN	
COFEN 311/2007	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
RESOLUÇÃO COFEN-223/1999	Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal
RESOLUÇÃO COFEN-339/2008	Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências
RESOLUÇÕES E PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ÓRGÃOS AFINS	
DOC	EMENTA
Portaria: GM/2815/1998	Inclui na tabela SHI o grupo de procedimentos e os procedimentos referentes ao parto normal sem distócia por enfermeiro obstetra inclusive a analgesia no parto.
Portaria: GM/985/1999	Cria Centro de Parto Normal no âmbito do SUS para atendimento à mulher no período gravídico puerperal.
Portaria: 569/2000	Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Pacto/Com. Intergestora Tripartite/2004	Pacto Nacional pela Redução da Materna e Neonatal – apoio aos Centros de Parto Normal e a Formação de Enfermeiros Obstetras.
Portaria: SAS/743/2005	Art. 3º - Estabelecer que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro (a) obstetra.

Resolução ANS/167/2007	Atualiza o Rol de procedimentos de eventos em saúde, ..., fixa as diretrizes de atenção à saúde: Pagamento por plano privado da assistência ao parto normal realizadas por enfermeiro obstetra.
Resolução ANVISA 36/2008	Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
Portaria : GM/ 1.459/ 2011	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
Portaria: GM 904, de 29 de maio de 2013	Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros, de investimento, custeio e custeio mensal;
DOC EMENTA Portaria MS – SAS 371, DE 2014	Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único - O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. Art. 6º O estabelecimento de saúde que mantenha profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal na sala de parto, deverá possuir em sua equipe, durante as 24 (vinte e quatro) horas, ao menos 1 (um) médico que tenha realizado treinamento teórico-prático conforme previsto no artigo 3º desta Portaria. – SUS.

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras para esse estudo.

Apesar de regulamentada, a atuação das enfermeiras obstétricas ainda é pouco expressiva, sendo os dados sobre o impacto dessa atuação quase inexistentes, o que aponta ainda para a pouca participação na assistência à mulher durante o processo de gestação, parto e puerpério.

Portanto, faz-se necessário que os profissionais envolvidos se mobilizem para garantir sua atuação conforme os dispositivos legais e contribuam com o planejamento das políticas de atenção à saúde da mulher, recém-nascido e família, bem como com as políticas de qualificação do modelo de atenção ao parto e nascimento.

Em consonância com esse movimento, em 2013 teve início a inserção de enfermeiros obstétricos no Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) com a finalidade de contribuir para o processo de mudança de modelo na assistência ao parto e nascimento no serviço. Desde sua incorporação, o enfermeiro obstétrico veio conquistando espaço junto à equipe e assistindo aos partos de acordo com as diretrizes de Boas Práticas ao Parto e Nascimento. Atualmente, a assistência realizada por EO ainda se encontra restrita ao pré-parto e sala de parto. Sendo assim, o desafio maior é consolidar tal assistência prestada e expandir sua atuação, considerando os diversos pontos de assistência na linha de cuidado da mulher e do recém-nascido existentes no serviço.

1.1 Diagnóstico do Serviço de Saúde da Mulher e Recém-Nascido

O Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB), classificado como hospital de atendimento terciário e de alta complexidade, é uma autarquia pertencente à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Constitui-se de referência para as urgências clínicas, politraumas, cirurgias ortopédicas, neurológicas, bucomaxilofaciais, vasculares, plásticas e maternidade de alto risco. Possui 402 leitos (135 na Unidade de Urgência e Emergência, 267 nas Unidades de Internação e 18 leitos de Hospital-Dia), um ambulatório de especialidades e o Programa de Atenção Domiciliar e de Desospitalização.

A Maternidade Otto Cirne do HMOB desempenha um importante papel no atendimento às gestantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na capital mineira e em sua região metropolitana. Trata-se da única maternidade municipal, localizada próximo à região central da cidade, de fácil acesso e perto de importantes redes viárias.

Por estar instalada em um hospital geral, tem acesso a diversas especialidades médicas e serviços especializados como CTI adulto e neonatal, tomografia computadorizada, laboratório, banco de leite e banco de sangue. Possui um serviço de ultrassonografia com profissionais altamente especializados e equipamento de ponta, com tecnologia 4D, que nos permite acompanhar mulheres com gestações de alto risco e casos de medicina fetal. Devido a estas particularidades, tornou-se referência no atendimento às gestantes de alto risco para o município e região metropolitana, desde o pré-natal até o puerpério tardio. Apesar de ser referência para gestações de alto risco, os partos de risco habitual representam uma parcela importante dos atendimentos.

Atualmente o serviço é referência para 13 Centros de Saúde das regiões Norte, Nordeste, Noroeste, Pampulha e Venda Nova, e para as pacientes do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) do Centro de Especialidades Médicas (CEM) de Venda Nova. Presta apoio aos Hospitais Risoleta Neves para os casos de risco materno e/ou neonatal, e Sofia Feldman nos casos de risco materno. Além do mais, recebe muitas pacientes de outros municípios, principalmente os do vetor

norte da capital como Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Pedro Leopoldo e Vespasiano.

A Maternidade aderiu ao Programa da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (MS) e é considerada Maternidade de Alto Risco nível II. Inaugurou em 2012 a Casa da Gestante, que fica localizada próximo ao hospital (cerca de 300 metros), com capacidade para 10 internas. Atrelado a este programa, foram incorporados à equipe enfermeiras obstétricas e doulas para acompanhamento dos trabalhos de parto e partos juntamente com a equipe de médicos obstetras da unidade.

O serviço dispõe de equipe capacitada para atendimento às urgências ginecológicas e vítimas de violência sexual, que são atendidos conforme norma técnica do MS e encaminhados para acompanhamento ambulatorial por uma equipe multiprofissional altamente especializada, sendo referência para mais de 50 Centros de Saúde do município. O Hospital também faz parte do programa Cadeia de Custódia da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais, que permite a coleta de material e vestígios da pessoa violentada sexualmente no próprio hospital para possível identificação do agressor, evitando que a vítima peregrine por diversos serviços públicos tais como hospital, delegacia e Instituto Médico Legal (IML), processo que acaba por torná-la vítima novamente, ampliando ainda mais o seu sofrimento.

Estrutura Física

A Maternidade do HMOB é dividida em 4 setores: Bloco Obstétrico (BO), Alojamento Conjunto (AC), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e Ultrassom da Mulher (US).

Bloco obstétrico (BO)

O BO possui uma estrutura física com dois consultórios, um pré-parto com cinco leitos e um bloco cirúrgico contendo três salas e uma recuperação pós anestésica. Em 2016, passou por uma ampla reforma com revitalização de todo o setor, readequação das salas cirúrgicas e transformando duas delas em salas multiuso com estrutura para partos vaginais, cesarianas e curetagens (salas de cesárea/litotomia), sendo uma delas de parto vaginal exclusiva com

uma mesa Pré-Parto, Parto e Puerpério (PPP), escada de Ling, bola de Bobath e banco de parto. No pré-parto houve uma readequação dos leitos permitindo maior espaço entre os mesmos e o corredor, além da instalação de cortinas para separá-los. O banheiro foi reformado tornando-se mais amplo e permitindo que a paciente tenha mais conforto durante o banho e durante as medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto. O outro banheiro próximo ao pré parto passou por uma reforma em 2015 tornando-se uma segunda opção de apoio para este setor.

Apesar desta reforma, o setor ainda não é ideal no que se refere ao espaço físico. A limitação de espaço não permite uma individualização do atendimento, presença de acompanhante com conforto e acompanhamento pela equipe multiprofissional. Não há uma sala de espera para as pacientes e acompanhantes, espaço para deambulação e quartos PPP de acordo com a RDC 36. Frequentemente há pacientes em macas seja para observação, trabalho de parto ou em pós-parto, devido à escassez de leitos.

Alojamento Conjunto (AC)

O Alojamento Conjunto possui atualmente 27 leitos multiuso, ou seja, recebe gestantes, puérperas e casos clínicos. Até 2012 possuía 33 leitos, porém, a fim de adequarmos aos requisitos da Rede Cegonha, foi necessário transformar uma enfermaria em leitos destinados prioritariamente ao Projeto Canguru. Esta enfermaria conta atualmente com 5 leitos para este fim. Em 2012 foi incorporada a presença do acompanhante em horário integral visando atender à Lei do Acompanhante. São realizadas todas as ações necessárias ao atendimento materno e infantil e todos os exames de triagem neonatal exigidos pelo MS.

A maternidade também é composta por uma equipe multiprofissional constituída por médicos obstetras e neonatologistas, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas, fonoaudiólogas, técnicos em enfermagem, médicos residentes em ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia, além de acadêmicos de diversas áreas.

O AC possui uma sala de prescrição, um posto de enfermagem, cinco enfermarias e uma enfermaria Canguru. Historicamente, a maternidade foi perdendo espaço para outros setores do hospital chegando a uma situação na qual atualmente não é possível atender à RDC 36, resolução que normatiza as maternidades do país.

A Maternidade do HMOB tem como premissa um atendimento horizontalizado multiprofissional dos pacientes internados. Para alcançar este objetivo, a equipe foi redimensionada com a presença de três médicos obstetras no turno da manhã que avaliam, juntamente com residentes e acadêmicos, todas as pacientes internadas, realizam discussão diária dos casos, agregando a equipe multiprofissional nos casos mais complexos. No turno da tarde a presença do médico professor tem levado a uma continuidade do atendimento, uma vez que este fica responsável, juntamente com os alunos, por reavaliar os casos graves, verificar resultados de exames, dar altas programadas para o turno da tarde e avaliar intercorrências.

Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)

A CGBP foi inaugurada em outubro de 2012, inicialmente com 20 leitos. Entretanto, foi necessário a redução para 10 leitos em 2015, a fim de adequar à área física, pois vários leitos eram bicamas. Possui uma infraestrutura que permite às mães um ambiente semelhante ao doméstico, com cozinha, lavanderia, espaço de convivência, sala de televisão e para refeições. Situada próximo ao hospital, funcionava inicialmente para os casos de leito social, ou seja, aquelas pacientes cujos bebês estão internados na instituição (Unidade Neonatal) e que os estão amamentando, permitindo um contato mãe-bebê mais frequente. Posteriormente, passou a receber gestantes em monitoramento clínico e alguns casos de bebês. Para tanto, foram adquiridos berços aquecidos, fontes de fototerapia, cardiotocógrafo, detector fetal e glicosímetro. Hoje é habilitada a atuar na sua totalidade.

A EO da CGBP realiza o acompanhamento e monitoramento diário das pacientes que ali se encontram, discutindo os casos com o obstetra de plantão. Quando alguma gestante necessita de uma avaliação, a mesma é encaminhada para o BO.

Recursos Humanos

Quadro 2: Quantitativo de Profissionais por plantão

Profissionais	BO	AC	CGBP
Obstetras	3	Horizontal: 2 manhã Horizontal: 1 tarde	1 referência
Pediatras	2	Horizontal: 2 manhã Horizontal: 1 tarde	1 referência
Anestesista	1	0	0
Técnicos de Enfermagem	6	6	1
Enfermeiros Obstétricos	1	Manhã: 1 Tarde: 1	1
Enfermeiros Horizontais	2	2	1
Residente R1/R2	2	4	0
Doulas	1 – Plantões diurnos	0	0
Psicólogo/ Assistente Social	1	1	1 referência

Fonte: Elaborada para esse estudo.

Quadro 3: Quantitativo de profissionais alocados no BO e AC.

PROFISSIONAIS	BO	AC	CGBP
MÉDICOS OBSTETRAS	20	6	-
ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	6	4	-
ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS	8	2	1
PEDIATRAS	12	6	-

TÉCNICAS EM ENFERMAGEM	36	36	5
RECEPCIONISTAS	2	0	0
ADMINISTRATIVO/VIGILANTE/SEGURANÇA)	1	0	1
DOULAS	8	0	0

Fonte: Elaborada para esse estudo.

Recursos Tecnológicos

A Maternidade do HOB possui equipamentos que permitem o atendimento a gestantes e recém-nascidos tanto de risco habitual quanto de alto risco. Conta com dois aparelhos de ultrassonografia, um na sala de atendimento do bloco obstétrico para agilizar o atendimento a pacientes da urgência (este encontra-se emprestado à UPA desde dezembro/15), e o outro destinado a realização de exames mais elaborados como dopplerfluxometria e avaliação morfofuncional da gravidez (este um equipamento de última geração com tecnologia doppler e 4D adquirido em 2013). O bloco obstétrico conta com três equipamentos de cardiotocografia, oito detectores fetais, cinco bombas de infusão, nove monitores multiparâmetros, um respirador de transporte e três oxímetros de pulso.

O diagnóstico situacional da maternidade do Hospital Municipal Odilon Behrens proporcionou subsídios para a realização do projeto de intervenção proposto por ter possibilitado a identificação do contexto vigente e dos pontos de fragilidade, sendo possível estabelecer prioridades e traçar o percurso das intervenções.

O instrumento aplicado no serviço permitiu o levantamento dos pontos fortes que o hospital possui no atendimento às gestantes e apontou aqueles cujas fragilidades podem ser eliminadas através das intervenções sugeridas.

Pontos Positivos:

✓ Co-gestão

- Colegiado gestor não operante na última gestão; mas com retorno imediato na gestão atual;

- Conselhos Municipais acontecem mensalmente com representantes da diretoria, funcionários, conselheiros e representantes da comunidade local;
- A ouvidoria encontra-se funcionando, com retorno lento das reclamações e elogios feitos pelos usuários para divulgação a todos.

✓ **“Vaga Sempre”**

- Vaga sempre para o RN > ou igual a 32 semanas proveniente do H. Rizoleta Neves;
- As gestantes são admitidas e transferidas em casos de superlotação de forma criteriosa e segura.

✓ **Atuação da Equipe Multiprofissional**

- Equipe multiprofissional para o cuidado;
- Há reuniões médicas semanais para discussão de casos;
- Há passagem de plantão da enfermagem;
- A UTIN (Unidade Neonatal), a UCINCA (Método canguru) e a UCINCO (Unidade de cuidados Convencionais) conta com reunião multiprofissional semanal com os pais.

✓ **Direito ao acompanhante**

- Presença do acompanhante desde a entrada no serviço, permanência durante toda a internação e livre escolha da mulher;
- 100% de RNs internados com livre acesso de acompanhante nas 24hs;
- O acompanhante de livre escolha da mulher participa do parto em todas as situações, exceto se o mesmo recusar.

✓ **Vinculação das gestantes/ referência e contra- referência**

- Mapa de vinculação funcionando, porém são atendidas todas as gestantes que não pertencem à região de abrangência do HMOB;
- Alta responsável de 100% dos RNs (sadios ou não) nascidos na maternidade do HMOB.

✓ **Oferta de Boas Práticas**

- Oferta de massagem, bola, banquinho, escada de Ling, hidroterapia;

- Presença de doulas em alguns plantões, e enfermeiros obstétricos em todos os plantões com auxílio aos exercícios respiratórios e aos métodos de alívio da dor não farmacológicos ofertados;
- Antes de procedimentos dolorosos há o uso da glicose oral na UTI neonatal, UCINCo e UCINCa;
- No alojamento conjunto há emprego da glicose antes da coleta de sangue do RN pela profissional responsável do laboratório;
- As gestantes em trabalho de parto ficam com dieta líquida açucarada liberada (média de 90 %);
- Ambiente neonatal com controle de ruídos (guardião do silêncio) luminoso e térmico

✓ ***Atendimento as mulheres vítimas de violência e em situações de abortamento***

- Oferta de cuidado imediato a mulher em situação de abortamento;
- Encaminhamento das mulheres pós-abortamento para a clínica cirúrgica, longe dos RNs e puérperas com bebê;
- Protocolo da cadeia de custódia da policia civil implantado para situações de violência sexual;
- Atendimento multiprofissional às vítimas e encaminhamento para o ambulatório de violência sexual do HOB para continuidade da assistência.

✓ ***Educação Permanente da Equipe***

- Treinamento introdutório dos técnicos de enfermagem admitidos contendo temas relacionados as boas práticas nos cuidados obstétricos e neonatais;
- Recepção dos Residentes de medicina com uma aula de Boas práticas ministrada por uma enfermeira obstetra

✓ ***Participação em instâncias gestoras***

- O serviço da maternidade e neonatologia participam de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil.

Pontos frágeis a serem aprimorados:

✓ ***Ausência do Enfermeiro Obstétrico no Pré-Natal***

- Desconhecimento por parte das gestantes sobre a atuação do enfermeiro obstétrico no pré-natal;
- Ausência de cursos de casal grávido
- Visitas à Maternidade pouco divulgadas e incipientes
- Ausência de cartilha específica sobre o funcionamento da maternidade

✓ ***Acolhimento e classificação de Risco***

- Sem projeto de acolhimento implantado com fluxo diferenciado para gestantes
- Implantado o Acolhimento com Classificação de Risco por 24hs por dia, baseado no protocolo de Manchester realizados por enfermeiros com perfil emergencista, sem expertise em obstetrícia;
- Sinalização falha do setor de classificação de risco até o consultório de atendimento.

✓ ***Fragilidade de algumas boas práticas importantes:***

- Falta de sensibilização da equipe quanto à importância das boas práticas no parto e nascimento (contato pele a pele, amamentação na primeira hora e clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno)
- Atraso na coleta do teste rápido, dificultando a amamentação na primeira hora de vida;

✓ ***Estratégias de Comunicação/ Orientações inadequadas/ Treinamentos***

- Mapa de vinculação visível para os servidores;
- Ausência de quadro de funcionários do plantão;
- Ausência de um banner explicativo sobre as boas práticas na entrada do Bloco Obstétrico
- Ausência de reunião de alta para as puérperas.
- Falta de um protocolo sobre as boas práticas do parto e nascimento para atuação conjunta das equipes;
- Realização das prescrições pós-parto pelo enfermeiro obstetra, porém assinada e carimbada pelo obstetra;

✓ **Problemas verificados no processo de trabalho para melhoria contínua**

- Condutas heterogêneas por parte dos obstetras de plantão quanto à aceitação ou não de casos solicitados via Central de Leitos;
- Não há PTS (Projeto Terapêutico Singular) na maternidade
- A comunicação é fracionada entre as categorias.
- Não existe comitê de aleitamento materno na instituição;
- Comissões com atuação incipiente;
- Pré-Parto com 5 leitos separados por cortina;
- Distância entre os leitos do alojamento conjunto menor que o exigido na RDC 36;
- Não existe enfermeiro obstétrico alocado na admissão, pós-triagem da paciente pelo Manchester;
- Não existe enfermeiro obstétrico no alojamento conjunto para avaliação da puérpera e alta;
- Percentual reduzido de parto no banquinho ou cócoras, geralmente realizado por enfermeiro obstétrico;
- A atuação do enfermeiro obstétrico se restringe ao trabalho de parto e parto.
- A admissão e AIH são realizados pelos médicos residentes e plantonista.

Atuação efetiva do enfermeiro obstétrico no serviço

Para levantamento dos desafios e atuação do enfermeiro obstétrico no serviço, foi aplicada a ferramenta de gestão da matriz SWOT, que ficou organizada da seguinte maneira:

Quadro 4: Desafios e atuação do enfermeiro obstétrico no serviço, de acordo com a matriz SWOT.

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none">- Fazer parte do Programa da Rede Cegonha;- Ter 90% da equipe de enfermeiros com especialidade em obstetrícia, 1 em cada plantão de 12 hs, no bloco obstétrico;- Possuir 100% de enfermeiros obstétricos	<ul style="list-style-type: none">- Possuir área física inadequada e insuficiente para uma assistência individualizada e privativa;- Possuir ainda alguns protocolos assistenciais desatualizados;

<p><i>com experiência profissional prévia;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Possuir escala de enfermeiros horizontais, de 2ª a 6ª feira, no diurno para administrar recursos materiais, humanos, equipamentos e fluxos de trabalho, deixando assim o enfermeiro obstétrico voltado par a assistência da mulher, do RN e da família</i> -<i>Deter o apoio dos gestores da maternidade;</i> - <i>Trabalhar em equipe;</i> - <i>Possuir equipe jovem de Enfermeiros Obstétricos e médicos;</i> - <i>Possuir equipe multiprofissional no atendimento as mulheres;</i> - <i>Ser unanime a vontade da equipe de EO em melhorar a assistência às mulheres no serviço;</i> - <i>Possuir horizontalidade no cuidado;</i> - <i>Possuir materiais e equipe disponíveis para promoção do alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto;</i> - <i>Possuir rotina implementada de verticalização da mulher durante o parto, com a cama de parto e banco de parto.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Equipe médica e de enfermagem com múltiplos vínculos trabalhistas;</i> - <i>Possuir falhas na comunicação entre a equipe de Enfermeiros Obstétricos;</i> - <i>Possuir equipe de enfermagem com muitos anos de formação;</i> - <i>Possuir 60% da equipe de técnicos de enfermagem concursados, hoje, graduados em outras áreas e prioridades de atuação;</i> - <i>Trabalhar em equipe;</i> - <i>Promover pouco acesso da comunidade na maternidade.</i>
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Proporcionar melhoria na assistência ao parto de risco habitual, sem distócia;</i> - <i>Qualificar a assistência no pós parto com redução de danos a todas as mulheres e seus filhos;</i> - <i>Ampliar o vinculo das mulheres com o serviço e profissionais</i> - <i>Melhorar os indicadores de assistência da Rede Cegonha</i> - <i>Atuar desde a admissão até a alta da mulher e família</i> -<i>Divulgar o papel do EO no restante do hospital e comunidade</i> 	<p style="text-align: center;">AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atuar de maneira restrita a assistência ao trabalho de parto e parto;</i> - <i>Apresentar indicador insuficiente de numero de partos realizados pelo Enfermeiro Obstetra;</i> - <i>Possuir atendimento fragmentado pela equipe multiprofissional na atenção primária, ambulatorial e hospitalar;</i> - <i>Possuir, ainda, alguns protocolos de assistência às urgências obstétricas e ginecológicas desatualizados, bem como equipe desatualizada;</i> - <i>Persistir ainda algumas disputas de poder no espaço de trabalho;</i> - <i>Perceber pouco conhecimento da população sobre o papel do Enfermeiro Obstétrico;</i>

	<p>- Possuir Centros de saúde da referência do serviço onde os profissionais desconhecem ainda o papel do Enfermeiro Obstétrico, junto a equipe médica, na adoção das boas práticas ao parto e nascimento nas maternidades.</p>
--	---

2. JUSTIFICATIVA

Considerando o cenário descrito, evidencia-se que a atuação do enfermeiro obstétrico no serviço se limita ao pré-parto, acompanhamento do trabalho de parto e parto vaginal sem distócia e percebe-se a inquietação da equipe de enfermeiros obstétricos do serviço quanto ao potencial de ampliação de sua atuação e melhoria da assistência às mulheres e suas famílias. Para responder às lacunas gerenciais e assistenciais observadas, propõe-se a elaboração de um projeto de ação-intervenção junto à gestores e trabalhadores da maternidade com o objetivo de ampliar e melhorar a assistência prestada às mulheres e suas famílias através da abordagens dos quatro grupos de pontos frágeis descritos acima

3. OBJETIVO GERAL

Consolidar e ampliar a atuação do enfermeiro obstétrico, considerando a linha de cuidado da mulher e recém-nascido no serviço, desde a sua entrada na instituição até a alta, incluindo o PNAR.

4. MÉTODO

Trata-se de um trabalho de campo estruturado a partir da elaboração de um diagnóstico situacional do percurso clínico da gestante e do recém-nascido no Hospital Odilon Behrens desde o acompanhamento no pré-natal até o momento da alta hospitalar no puerpério. Após identificação dos pontos críticos e comprometedores do processo assistencial, foram organizadas frentes de atuação que possibilitassem o tratamento adequado para as intervenções definidas pelo grupo como prioritárias. A escolha do líder da ação foi baseada na experiência, inserção operacional e política junto aos gestores na área de atuação, ficando cada membro do grupo responsável por um conjunto de atividades.

As frentes de trabalho definidas pelo grupo como prioritárias foram:

- Inserção do enfermeiro obstétrico e da equipe multidisciplinar no Pré Natal de Alto Risco (PNAR) do HMOB: estreitando os laços entre o PNAR e a Maternidade
- Reestruturação da porta de entrada da gestante: acolhimento e Classificação de Risco
- Boas práticas de atenção ao parto e nascimento no Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB): ênfase nos primeiros cuidados com o recém-nascido.
- Estratégias de comunicação assertiva entre serviços e profissionais da Rede assim como serviço e pacientes na divulgação da maternidade e das boas práticas por ela adotadas.

Cada eixo foi organizado nos seguintes tópicos:

- Referencial teórico/contextualização
- Caracterização do problema
- Propostas de enfrentamento
- Ações implementadas
- Perspectivas futuras

5. DESENVOLVIMENTO

Inserção do enfermeiro obstétrico (EO) e da equipe multidisciplinar no Pré Natal de Alto Risco (PNAR).

5.1 Referencial teórico/Contextualização

A gravidez é um momento singular na vida das mulheres, permeado por importantes mudanças físicas e emocionais, as quais, por sua vez, estão intrinsecamente relacionadas aos contextos culturais, socioeconômicos, condições de acesso aos serviços, qualificação dos profissionais que as assistem, bem como ao modelo assistencial de saúde. Por ser um aprendizado multifacetado, sob a ótica do Ministério da Saúde (MS), a gravidez demanda um aprendizado contínuo, alicerçado na promoção da saúde e voltado para as necessidades dessas mulheres.

Nesse sentido, as ações educativas durante o pré-natal são fundamentais, não apenas pela sua importância, mas também em função da necessidade de preservação da saúde materna e fetal, além da possibilidade de mediação entre as práticas de cuidado e educação com a participação ativa das mulheres e suas famílias. De acordo com ALMEIDA et al (2011) é através da adoção desses pressupostos que profissionais e mulheres se fortalecem com maiores possibilidades de vivenciar um processo de gestar e parir seguro e prazeroso.

A consulta de pré-natal, conforme destaca o MS, constitui um importante fator de acompanhamento da gestação e é através do manejo adequado desta assistência que se proporciona um trabalho de parto e um parto mais seguro tanto para o binômio mãe-bebê quanto para o profissional que o assiste. O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. Para isso, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde-doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico em que ela vive.

Para haver uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada é necessário incorporar condutas acolhedoras e banir as intervenções

desnecessárias, facilitando o acesso da mulher a todos os níveis da atenção, desde o atendimento ambulatorial ao atendimento hospitalar de alto risco. (9)

Já no contexto da gestação de alto risco, percebe-se que a mesma é permeada de dúvidas e ansiedades pois envolve mais consultas, exames, procedimentos e um cuidado mais acurado (15). Tanto a gestante como sua família necessitam de orientações e informações eficazes para que a condução da gestação ocorra de forma tranquila e segura pois a informação, quando veiculada de forma didática e correta, tende a minimizar as dúvidas e o estresse gerados pela gravidez de risco.

Considerando o acompanhamento da gestação de risco, a literatura enfatiza que é essencial, além de assegurar o parto seguro, que sejam fornecidos espaços para possibilitar o esclarecimento de dúvidas por parte das futuras mães e suas famílias. Segundo PINTO et al (2012), as gestantes que recebem assistência de qualidade no pré-natal, com eficiência e eficácia em suas ações, têm possibilidade de redução de morbidades que podem persistir mesmo após o término da gestação. Além disso, os mesmos autores salientam que a orientação fundamentada pode evitar mortalidade materna, baixo peso do recém-nascido, retardo do crescimento intra uterino, entre outras complicações.

Já tomando-se o contexto da construção de uma abordagem com vistas à orientação das gestantes pelas enfermeiras obstétricas e pela equipe multiprofissional do HMOB, percebe-se que as atividades educativas no pré-natal têm sido descritas em vários estudos como uma ação relevante, particularmente por seus resultados positivos e porque possibilita o chamado suporte social. Pela ótica de ALMEIDA et al (2011), um outro aspecto favorável acerca de tais atividades é seu caráter informativo e de apoio, características capazes de diminuir o estresse e o medo diante do desconhecido, aqui em nosso caso o parto e a própria maternagem/maternidade. No âmbito da saúde, destaque-se que essas ações, desenvolvidas individual ou coletivamente, devem ser priorizadas e também organizadas com o objetivo de incluir companheiros e/ou familiares das gestantes.

Conforme OLIVIERA, D.C e MANDU, E.N.T, vários estudos publicados abordam vivências e percepções de grávidas em situação de maior risco. No

entanto, a maioria destes correlacionam as mesmas a riscos e problemas específicos. Existem poucos trabalhos atuais (dos últimos cinco anos) sobre o tema abordado. Eles discorrem sobre como mulheres diagnosticadas como maior risco sentem a gestação (10-14), sobre circunstâncias da gravidez de maior risco, condições que mulheres portam frente ao problema, riscos mais frequentes (10), consequências (11 e 12) e cuidados (13 e 14). Neles, as suscetibilidades das grávidas não são abordadas da perspectiva das vulnerabilidades, embora, alguns consideram fatores além dos biológicos.

O indivíduo, sob o ponto de vista de FREITAS et al (2008), tem a chance de compreender que outras pessoas podem vivenciar o processo saúde-doença com revelações clínicas semelhantes quando está inserido na atividade grupal em saúde. Essa interação, ainda de acordo com os mesmos autores, amplia o nível de conhecimento do indivíduo, uma vez que permite o compartilhamento de experiências e a ampliação e fortalecimento de saberes. Assim, a ação educativa consiste em um instrumento eficaz, capaz de facilitar e permitir que a gestante, ao entrar em contato com outras pessoas do grupo, construa seu próprio conhecimento e transforme seu modo de agir. Logo, tais práticas permitem também o desenvolvimento das potencialidades, a transformação e o fortalecimento das futuras mães para decisões ligadas ao parto.

Visando responder mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade, PINTO et al (2012) descrevem a promoção da saúde como aceitar o imenso desafio de desencadear um amplo processo que inclui atuações intersetoriais, articulação de parcerias e participação popular. Nesse sentido, os mesmos autores afirmam que desenvolver ações voltadas para os modos de vida dos sujeitos, acreditando em sua capacidade de autocuidado, em parceria com serviços de saúde que apontem para os espaços, além dos muros das suas unidades e do próprio sistema de saúde, não é tarefa fácil.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, FREITAS et al (2008) acreditam que o processo educativo contribui para a aproximação das pessoas e favorece o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas na valorização da saúde, na utilização dos recursos disponíveis e no exercício da cidadania. Portanto, a enfermagem deve valorizar o poder da ação educativa, pois esta é

inerente ao desenvolvimento do trabalho e ao processo de ensino-aprendizagem que perpassa as práticas de saúde.

5.2 Caracterização do Problema

Iniciativas de apoio ao parto humanizado e ao nascimento seguro são percebidas atualmente em várias esferas do SUS. O Governo Federal implementou a Rede Cegonha a partir da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011(3) como forma de complementar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Ademais, a Prefeitura de Belo Horizonte, além de ofertar a assistência ao pré-natal de risco habitual, oferece um cuidado diferenciado às gestantes de risco através do atendimento ao Pré-Natal de Alto Risco – PNAR. Atualmente existem 7 unidades que atendem ao PNAR no município. O HMOB está inserido nesse contexto e atende à demanda do PNAR, ofertando aproximadamente 85 primeiras consultas e 296 consultas subsequentes por mês à rede municipal de saúde. As consultas são ofertadas seguindo o sistema de marcação de consultas do SISREG que vincula as gestantes que são referenciadas dos Centros de Saúde às unidades que realizam o PNAR. A unidade do HMOB realiza consultas de segunda a sexta-feira, de 8 às 18h. A equipe multidisciplinar atualmente conta com 4 médicos obstetras, 3 residentes de medicina e 2 residentes de enfermagem que realizam um trabalho de pesquisa não vinculado diretamente ao PNAR. Não existe nenhum enfermeiro responsável pelo serviço do PNAR especificamente. No ambulatório, onde o PNAR é inserido juntamente com outras especialidades, há apenas uma enfermeira que exerce a coordenação do ambulatório como um todo, exercendo funções de cunho administrativo e burocrático, como a confecção de escalas e a resolução de problemas pontuais referentes aos fluxos de atendimento geral aos usuários.

As gestantes são atendidas inicialmente por demanda espontânea nos Centros de Saúde da capital e avaliadas a todo o tempo quanto a situações de risco. Os fatores de risco são aqueles em que há uma probabilidade maior da mulher e do recém-nascido desenvolverem alguma complicação, exigindo então ações de maior complexidade. A partir do momento em que se detecta algum fator de risco, a gestante é encaminhada para avaliação da enfermeira ou do médico

obstetra, que por sua vez indica a realização do pré-natal de alto risco em serviços referenciados e o agendamento é realizado pela Central de Marcação de Consultas, via SISREG. Não necessariamente a gestante será atendida por uma unidade de PNAR próxima de sua residência, o que reflete um ponto que merece ser melhor avaliado para facilitar o deslocamento da gestante e a comunicação entre o hospital de referência e o Centro de Saúde que a referenciou.

Durante a realização do Diagnóstico Situacional foram elencadas algumas dificuldades que nortearam a elaboração de intervenções, que vão desde atividades de implementação imediata a de médio e longo prazo. Dentre elas, destacam-se:

- Ausência de enfermeira exclusiva para o PNAR, que atue diretamente na assistência, visando organizar a demanda do serviço, traçar o perfil das gestantes atendidas e assim ampliar o vínculo das mesmas com os profissionais e com a instituição por meio de orientações de acordo com a demanda de cada mulher;
- Distanciamento do PNAR da maternidade no que diz respeito à disponibilidade de acesso às gestantes que são referenciadas ao HMOB. Elas, em sua maioria, chegam ao bloco obstétrico sem muitas orientações básicas sobre direitos da gestante, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, amamentação, sinais de parto ou até mesmo apresentando dificuldade de se deslocar dentro do hospital. Informações estas que poderiam ser ofertadas durante o pré-natal. Também não há participação das enfermeiras obstétricas no âmbito do PNAR, o que constitui outro problema, pois tais profissionais têm muito a somar nesse tipo de assistência, o que proporcionaria um atendimento mais integral às mulheres e suas famílias.
- Inexistência de realização de grupos operativos, rodas de conversa ou qualquer outra dinâmica de grupo que proporcione a troca de saberes entre as mulheres. Ainda não foi estabelecido um vínculo dos profissionais da nutrição, da psicologia, da fonoaudiologia e do serviço social do hospital com o PNAR no que tange a oferta de tais práticas. A organização de rodas de conversa com as futuras mães e a criação do

Curso do Casal Grávido pode auxiliar em vários aspectos o percurso da mulher no momento da internação reduzindo a ansiedade gerada pelo fato de estarem vivenciando uma gestação de risco, além de proporcionar um maior envolvimento da família no pré-natal.

- Não existe um fluxo estabelecido para realização de visita guiada à maternidade. Conhecer os fluxos internos e o ambiente físico do hospital diminui o estresse da gestante, agiliza o atendimento e promove confiabilidade na instituição e nos profissionais. Também não há nenhuma cartilha informativa nesse sentido, o que seria útil para minimizar os desconfortos gerados pela falta de informação correta acerca das rotinas e normas do serviço.

5.3 Propostas de Enfrentamento

Objetivando inserir o EO no âmbito no PNAR, espera-se proporcionar às mulheres, aos recém nascidos e seus familiares um ambiente mais acolhedor, um trabalho de parto em que a mulher participe ativamente através de um conhecimento prévio da situação a ser vivenciada, de seus direitos, com esclarecimento de todas as condutas tomadas pela equipe, optou-se, a partir de reuniões com a equipe do PNAR, por propor as seguintes intervenções:

- Estabelecimento de consultas compartilhadas de PNAR com a presença do obstetra e da enfermeira obstetra, a fim de orientar melhor as gestantes e promover um ambiente acolhedor e privativo para o esclarecimento de dúvidas mais subjetivas;
- Implementação do Encontro do Casal Grávido, quinzenalmente, no período da manhã, com a participação de uma equipe multidisciplinar (Enfermagem Obstétrica, Medicina Obstétrica, Fonoaudiologia, Serviço Social e Nutrição) cujos temas abordados são: direitos da gestante, assistência humanizada ao parto normal e a cesárea, cuidados com o recém-nascido e amamentação;
- Organização de uma visita guiada à maternidade do HMOB desde a porta de entrada, onde acontece a classificação de risco, seguindo para o bloco obstétrico, alojamento conjunto e Casa da Gestante. Cada

gestante terá direito de trazer um acompanhante para a visita guiada. A divulgação será feita durante as consultas pelos obstetras e enfermeiros obstetras e também por meio de cartazes afixados na sala de espera do PNAR, nos corredores do alojamento conjunto e na recepção do hospital. A condução dessa visita ficará a cargo da enfermeira obstetra e tais visitas sempre acontecerão após a realização do Curso Casal Grávido;

- Elaboração de uma cartilha informativa acerca das rotinas e horários do hospital, além de incluir orientações sobre as boas práticas ao parto e ao nascimento, a fim de minimizar dúvidas e proporcionar um melhor planejamento de visitas e outras peculiaridades por parte da gestante, como o que trazer para a maternidade na bolsa dela e do bebê, por exemplo.

5.4 Ações Implementadas

Inicialmente foi realizada a coleta de dados acerca do funcionamento do PNAR e suas particularidades, a fim de elencar as possíveis estratégias de abordagem das gestantes e seus familiares. Foi realizado um encontro com a coordenadora do ambulatório e outro com os obstetras e residentes do PNAR, onde foi apresentada a proposta de intervenção e as implicações positivas que a ampliação da atuação da enfermagem obstétrica no HMOB trará no âmbito da assistência. Também aconteceu uma reunião com profissionais de saúde que trabalham no hospital em outras áreas de atuação, como fonoaudiologia, nutrição e serviço social para participarem do grupo, de forma a contribuir com o fluxo do saber. O Banco de Leite Humano também foi envolvido, de forma a aumentar a sensibilização para a doação, além de ampliar a divulgação de seu funcionamento.

A estratégia pedagógica escolhida foi a Roda de Conversa, pois permite a troca de experiências entre os participantes (as gestantes e seus familiares) e tal estratégia ainda retira o facilitador da posição de transmissor do conhecimento, transformando-o em um facilitador, o que na percepção do grupo facilita a comunicação e o aprendizado. A atividade educativa foi denominada “Encontro

do Casal Grávido do PNAR – HMOB” uma vez que a iniciativa visa inserir tanto a gestante quanto a família nas orientações oferecidas pela enfermeira obstétrica e a equipe multiprofissional.

A proposta é de que os encontros sejam realizados quinzenalmente e as datas estão sendo divulgadas com antecedência à coordenação do ambulatório e estão sendo realizados convites via telefone, onde a coordenadora do ambulatório envia com antecedência uma lista com os nomes e telefones das gestantes a serem atendidas na semana que acontecerá o encontro para que os contatos sejam realizados pela enfermeira obstetra em tempo hábil. A duração do evento é de duas horas, sendo uma hora de roda de conversa com os temas propostos e na sequência é realizada uma visita guiada à maternidade e seus anexos. Também há a distribuição de uma cartilha informativa contendo os horários e normas para visitas, além de orientações a respeito das boas práticas e sobre o que levar para a maternidade.

A avaliação dos resultados está sendo realizada após o encontro pelos participantes através de uma abertura ao final do evento onde são elencados os pontos positivos e negativos da atividade. Assim serão trabalhadas as estratégias para ampliar a satisfação e o aprendizado no próximo grupo.

5.5 Dificuldades encontradas

Durante o primeiro contato com o ambulatório houve muita resistência tanto por parte dos médicos do PNAR em inserir o EO nas consultas compartilhadas, como em relação à receptividade da coordenação do ambulatório, criando dificuldades em ceder espaço para a realização do Encontro do Casal Grávido e criando empecilhos para fornecer os nomes e telefones das gestantes para que o convite para o encontro com as gestantes fosse efetivado. A direção do hospital precisou ser acionada para facilitar a comunicação com a coordenação do ambulatório e com esse auxílio as atividades propostas conseguiram ser iniciadas.

A divulgação dos Encontros do Casal Grávido pelo setor de comunicação do hospital ainda está sendo realizada de forma incipiente, o que contribui para a baixa adesão inicial das gestantes à atividade proposta.

Além disso, o fato de a participação das gestantes e seus familiares no Encontro do Casal Grávido não gerar atestado médico (somente pode-se emitir atestado de comparecimento) também foi um fator dificultador para a adesão das grávidas ao evento.

5.6 Perspectivas Futuras

Diante do exposto, percebe-se que existem metas ainda não alcançadas, porém podem ser elencadas como metas a serem atingidas a médio e longo prazo. Dentre elas destacam-se:

- Estabelecimento de consulta compartilhada com o enfermeiro obstetra como meta a ser alcançada em médio prazo, pois depende da disponibilização de espaço físico pela coordenação do ambulatório e de reunião para a sensibilização dos obstetras responsáveis pelo PNAR;
- Elaboração de um método avaliativo das rodas de conversa por escrito e mais específico, como um questionário. Essa meta seria proposta para ser atingida em curto prazo;
- Já em longo prazo inclui-se o rodízio de todos os enfermeiros obstetras como facilitadores das rodas de conversa do Encontro do Casal Grávido, visando estreitar o vínculo destes profissionais com as gestantes e sua família, pois serão eles que as receberão no hospital quando se aproximar o nascimento do bebê.

Embora ainda existam metas a serem conquistadas, foi efetivado o Encontro do Casal Grávido (até o momento aconteceram 3 encontros) juntamente com a visita guiada à maternidade e a distribuição das cartilhas informativas, o que proporciona, mesmo que coletivamente, informações muito úteis para as gestantes e seus familiares, colaborando para a ampliação do autocuidado e minimizando a ansiedade gerada pela proximidade com o parto.

A iniciativa da inserção das enfermeiras obstétricas no PNAR também deveu-se à contribuição que o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha trouxe para a construção de um projeto de mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal do HMOB. A partir do conhecimento adquirido durante o curso e da troca de experiências entre as realidades vivenciadas pelo corpo docente da UFMG e pelas especializadas provenientes de diversos municípios do estado de Minas Gerais, foram construídas estratégias para a efetividade e a continuidade da intervenção no serviço.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação do enfermeiro obstétrico envolve habilidades e competências que possibilitam a prestação de um cuidado integral às mulheres, respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde materno infantil, refletindo diretamente na melhoria da saúde perinatal e, conseqüentemente, nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Desde o pré-natal até os cuidados do puerpério o enfermeiro obstétrico desempenha inúmeras ações que impactam diretamente na qualidade da assistência e por conseqüência nesses índices de morbimortalidade.

Percebem-se avanços marcantes no serviço, principalmente na atuação e autonomia do enfermeiro obstétrico no acompanhamento do trabalho de parto e parto, de maneira complementar, confiante e segura. A equipe de enfermeiros obstétricos vem trabalhando na padronização de cuidados e condutas assistenciais, baseados em protocolos e procedimentos validados em conjunto com os demais integrantes da equipe.

No que diz respeito à atuação fora do bloco obstétrico, o quantitativo reduzido dos enfermeiros obstétricos colabora para tal situação, assim como o desconhecimento das equipes do pré-natal e do alojamento conjunto acerca do potencial do que tais profissionais possuem no que concerne a oferta de práticas educativas e a transferência do cuidado. Grande é o desafio de introduzir a enfermagem obstétrica nas consultas de pré-natal de alto risco de maneira conjunta e integrada, humanizada e holística, visando garantir um cuidado multiprofissional às gestantes.

Ainda em relação ao papel educador do enfermeiro obstétrico, muito se pode avançar dentro e fora das fronteiras do HMOB, expandindo sua abordagem para os serviços de saúde que são de referência desta instituição, onde a enfermagem do partear poderá atuar como replicadora das boas práticas aos profissionais, assim como divulgador das práticas adotadas no serviço pela equipe de enfermeiros obstétricos.

Em relação à condução e caminhar do trabalho, percebe-se uma maior interação entre as equipes, maior envolvimento dos profissionais nos

processos que foram construídos em conjunto e discutidos com os vários atores envolvidos, evidenciando que a metodologia adotada foi envolvente e eficaz.

Graças ao direcionamento dado pelo diagnóstico levantado na maternidade foram percebidas as necessidades mais urgentes de ação- intervenção junto aos profissionais em busca de melhor atender as usuárias e suas famílias no momento da parturição, garantindo um cuidado humanizado, seguro, menos intervencionista e respeitando as particularidades de cada mulher.

No sentido de consolidar e ampliar a atuação do enfermeiro obstétrico no hospital em questão, ainda há muito o que fazer visando que as mulheres sejam atendidas de forma integral e humanizada, diretamente e indiretamente pelo enfermeiro obstétrico e os demais profissionais.

Inúmeras são as possibilidades pretendidas de ampliação a médio e longo prazo da assistência realizada pela enfermagem obstétrica do serviço. Em se tratando de um hospital de ensino, muito pode-se influenciar na formação de novos profissionais.

Os conhecimentos obtidos no Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha proporcionaram oportunidade de formação a quatro enfermeiras já inseridas na maternidade, possibilitando reflexão crítica da prática do cuidado e qualificação dos locais de trabalho nos quais estão inseridas.

A iniciativa da inserção das enfermeiras obstétricas no PNAR também deve-se à contribuição que o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha trouxe para a construção de um projeto de mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal do HMOB. A partir do conhecimento adquirido durante o curso e da troca de experiências entre as realidades vivenciadas pelo corpo docente da UFMG e pelas especializadas provenientes de diversos municípios do estado de Minas Gerais foram construídas estratégias para a efetividade e a continuidade da intervenção no serviço.

Nesse sentido, o enfermeiro obstétrico desempenha um importante papel, tanto no sentido de oferecer às mulheres e recém-nascidos uma assistência integral,

que independe de altas tecnologias e/ou recursos, quanto de agente transformador da prática vigente, quando desempenha seu papel de educador. No entanto, nos enganamos quando acreditamos que fazer o simples é fácil. Demanda mudança de processos de trabalho que estão muitas vezes fortemente “enraizados”, e vão além do fazer das profissões envolvidas, passam por questões culturais e de formação de cada profissional envolvido na atenção às mulheres e seus recém-nascidos. Existe então um grande desafio pela frente: oferecer às mulheres, seus filhos e familiares uma assistência integral e digna. A semente da orientação multiprofissional em saúde foi semeada no HMOB, resta cuidar para que ela cresça, seja frutífera e os laços entre a Maternidade e o PNAR sejam estreitados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - WHO, UNICEF, UNFPA and. **The World Bank estimates: Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. 1 Geneva 27, Switzerland; 2012.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.
- 3 - BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha** [manual_pratico_rede_cegonha.pdf]. 2012^a.
- 4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: ill.
- 5 - CAUS, E. C. M., et al. **O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012.
- 6 - DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, Set. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>.
- 7 - SAMPAIO, Maria do Rozário de Fátima Borges; ALVES, Valdecyr Herdy; BONAZZI, Vera Cristina Augusta Marques; NERY, Inez Sampaio; FRANCO, Carolina Sampaio. **Reflexões éticas e legais sobre a atuação da enfermeira obstétrica no parto e nascimento**. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2014 mai/ago; 1(2):72
- 8 – ALMEIDA, M.R.C.B et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p.79-85, jan./mar. 2011.
- 9 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual

técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n.5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

10 – PINTO, B.K et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.4, p.487-493, out./dez. 2012.

11 – FREITAS, G.L de et al. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.12, n.4, p.461-468, out./dez. 2008.

12 – OLIVEIRA, D.C, MANDU, E.N.T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.93-101, jan./mar. 2015.

13 – VÁSQUEZ, C.L et al. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. **Enferm. glob.**, 2013;31:357-71.

14 – LAFAURIE, M.M et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. **Rev colomb enferm** [Internet]. 2011 [citado 2013 mar 24]; 6(6):15-28. Disponible:http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/vivencias_gestantes.pdf.

15 – SILVA, M.R.C et al. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. enferm. UERJ**. 2013; 21(esp.2): 792-7.

16 – OLIVEIRA, V.J, MADEIRA, A.M.F, PENNA, C.M.M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev Rene**. 2011;12(1):49-56.

17 - Oliveira VJ, Madeira AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc Anna Nery**. 2011 jan/mar;15(1):103-9. 12.

ANEXOS

Anexo 1

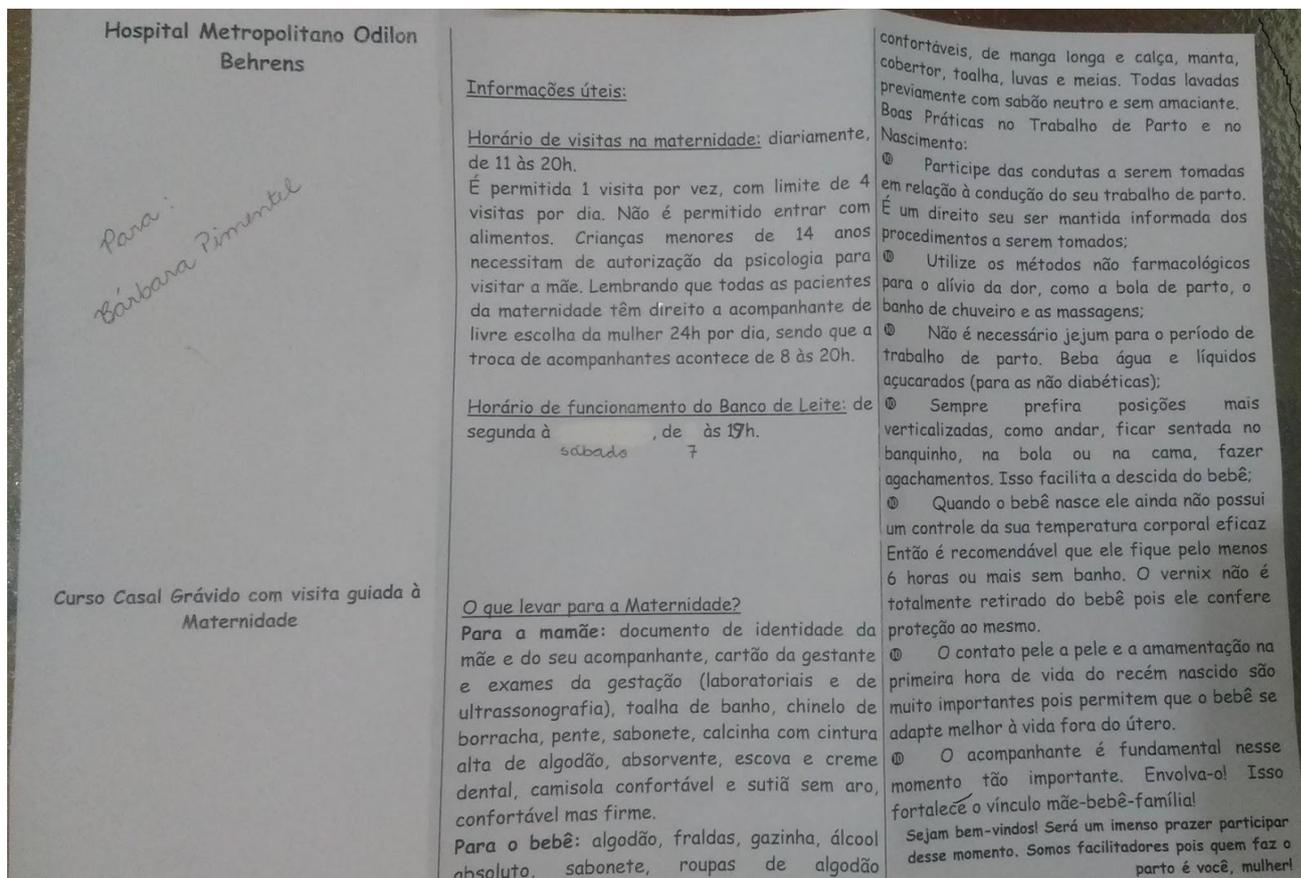
Foto 1 :Encontro do Casal Grávido ocorrido em 16/11/2017



Fonte: FOTO AUTORIZADA. HMOB/2017.

Anexo 2

Foto 2: Cartilha Informativa entregue às gestantes no Encontro do Casal Grávido em 16/11/2017.



Fonte: Cópia e divulgação autorizadas. HMOB/2017