

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE  
CEGONHA**

**HERIKA DANTAS MODESTO PINHEIRO**

**IMPLANTAÇÃO DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO CENTRO  
OBSTÉTRICO DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO NA CIDADE DO  
RECIFE- PE**

**RECIFE  
2015**

HÉRIKA DANTAS MODESTO PINHEIRO

IMPLANTAÇÃO DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO  
DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO NA CIDADE DO RECIFE- PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista, sob a orientação da Enf. MSc Luiziane Souza Vasconcelos de Lima.

RECIFE  
2015

HÉRIKA DANTAS MODESTO PINHEIRO

IMPLANTAÇÃO DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO  
DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO NA CIDADE DO RECIFE- PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista, sob a orientação da Enf. MSc Luiziane Souza Vasconcelos de Lima.

APROVADO EM \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

BANCA EXAMINADORA

---

MSc Luiziane Souza Vasconcelos de Lima – Orientadora

---

1º Membro: Prof<sup>ª</sup> Dra Sheyla Costa de Oliveira

---

2º Membro: Ana Catarina Torres de Lacerda

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter permitido subir mais um degrau, por sempre me fortalecer diante das dificuldades.

Ao meu marido Felipe por estar sempre ao meu lado e, mais uma vez, compreender a minha ausência neste período de busca por novos conhecimentos.

Aos meus filhos, pelo amor e carinho diários, em especial a Helinho por permitir que terminasse o curso, já que participou desde que estava meu ventre. Que mesmo pequeno, passava-me a força e coragem necessária para concluir esta etapa.

Ao Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Pernambuco e a Rede Cegonha por terem idealizado e fomentado este curso.

Ao Hospital Barão de Lucena por minha indicação para este curso. À Maternidade Arnaldo Marques por ter cedido o campo de prática onde pude vivenciar momentos de grande aprendizagem.

À Iris, pela condução na preceptoria da atenção básica. E à toda equipe da USF Jáder de Andrade.

À minha orientadora, preceptora e amiga Luiziane Souza (Luizi), que através de seus conhecimentos, dedicação de seu tempo e compreensão contribuiu de forma significativa e marcante nesta etapa do meu crescimento profissional. Obrigada por colaborar para o “renascimento” de uma nova Héríka.

Às minhas colegas do curso, pela amizade, carinho e atenção. Não terei como esquecer as nossas convivências quinzenais, os lanches e altas conversas no zap zap.

A todas as pacientes assistidas por mim, por confiarem em meus cuidados e serem parceiras nesse aprendizado.

## RESUMO

A presença do acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério é um direito garantido por lei a todas as gestantes do Sistema Único de Saúde, que embora regulamentado, persiste como uma dificuldade vivenciada pelas mulheres durante a hospitalização nas maternidades públicas no Brasil. O Hospital Barão de Lucena (HBL) está inserido na rede de cuidados à saúde da mulher no estado de Pernambuco, sendo referência para a gestação de alto risco. Faz parte do Plano Nacional de Qualificação das Maternidades, onde obteve diversos avanços, mas ainda não possui inserida na rotina a presença do acompanhante no centro obstétrico. Neste sentido, faz-se necessário realizar um projeto de intervenção que sistematize as dificuldades apontadas pelos profissionais para garantir a presença do acompanhante no centro obstétrico do HBL, melhorando assim a qualidade deste atendimento e respeitando às normas vigentes.

Palavras Chaves: Assistência ao parto; Humanização da Assistência; Direitos Reprodutivos.

## ABSTRACT

The presence of the companion throughout labor, delivery and puerperium is a right guaranteed by law to all pregnant women of the National Health System, that although regulated, persists as a difficulty experienced by women during hospitalization in public hospitals in Brazil. The Baron de Lucena Hospital (HBL) is inserted in the network of care to women's health in the state of Pernambuco, with reference to the high-risk pregnancy. Part of the National Qualification Plan of Maternity, where he earned several advances, but has not yet inserted into the routine of companions presence in the delivery room. In this sense, it is necessary to carry out an intervention project that systematize the difficulties pointed out by professionals to ensure the presence of a partner in the delivery room of HBL, thus improving the quality of this care and respecting the regulations.

**Keywords:** Delivery care; Humanization of Assistance; Reproductive Rights.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

HBL – Hospital Barão de Lucena

CEEQ – Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

MS – Ministério da Saúde

PHPN – Programa de Humanização ao Parto e Nascimento

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO (FORMULAÇÃO DO PROBLEMA)	10
3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	11
4. JUSTIFICATIVA	12
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
6. PÚBLICO ALVO	16
7. OBJETIVOS	17
7.1 Objetivo Geral	17
7.2 Objetivos Específicos	17
8. METAS	18
9. METODOLOGIA	19
10. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	20
11. ORÇAMENTO	21
12. RECURSOS HUMANOS	22
13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	23
REFERÊNCIAS	24



## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém, especial e marcante na vida de uma mulher, onde se desenvolve num contexto cultural e social que influencia e determina sua ocorrência e evolução (FREITAS, 2011).

Tal como a gravidez, o parto também representa uma experiência única na vida da mulher, trazendo consequências para sua saúde física e mental, autoimagem, relacionamento com o bebê, com o companheiro (a) e com a família. Embora muitas mulheres relatem que este momento foi empoderador, a maioria delas registra cenas de estresse, medo e dor que em parte podem estar relacionadas à: falta de familiaridade com os profissionais de saúde, com o ambiente hospitalar e suas rotinas, à dor e ao desconforto inerentes ao processo fisiológico de parir, à preocupação e à incerteza sobre o que está acontecendo, às falhas de comunicação, à falta de empatia, o tratamento hostil, e à solidão (DINIZ et al, 2014).

A evolução científica e cultural ocorrida nas últimas décadas contribuiu para a mudança do local do parto, saindo de um contexto domiciliar para ser vivenciado no hospital, onde a figura do médico representa o profissional responsável por este procedimento, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005).

Apesar desta hospitalização ter propiciado uma redução na mortalidade materna e infantil, também alterou o cenário do nascimento, sendo a mulher despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade (CASTRO, 2014). Os profissionais de saúde tendem a subestimar a importância da experiência do parto e preocupam-se mais com seus resultados, como a morbidade e mortalidade (DINIZ et al, 2014).

A partir de 1980 iniciou-se no Brasil um movimento organizado para priorizar as tecnologias apropriadas na assistência à parturiente e a sua qualidade, sendo chamado de humanização do parto. Em 2000 foi criado pelo MS o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), que dentre as práticas que foram preconizadas, há a possibilidade da parturiente escolher a pessoa que a acompanhará na maternidade (BRASIL, 2000).

Na tentativa de reduzir a mortalidade materna e infantil, revertendo os indicadores inaceitáveis da saúde, o governo federal lançou em 2011 a Rede Cegonha, que dentre as suas diretrizes para propiciar a melhoria no acesso e qualidade do parto, está também o reconhecimento de que o apoio contínuo durante o trabalho de parto tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Este acompanhante da mulher durante seu internamento hospitalar na maternidade é assegurado pela Lei N° 11.108 de 07 de abril de 2005, onde define que todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Embora seja conhecida esta lei bem como o benefício da presença do acompanhante durante todo o processo parturitivo, a participação deste no trabalho de parto e parto da mulher se detém àquelas instituições que permitem e têm condições para tal. Existem ainda, algumas maternidades que só aceitam o acompanhante do sexo feminino, contrariando a lei que define ser da livre escolha da gestante.

Neste contexto, este projeto de intervenção pretende sistematizar os problemas enfrentados numa maternidade de alto risco da cidade do Recife-PE para garantir a presença do acompanhante junto à gestante durante todo o seu internamento.

## **2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO (FORMULAÇÃO DO PROBLEMA)**

A partir da experiência enquanto enfermeira lotada no centro obstétrico de uma maternidade de alto risco foi vivenciada a prática comum de gestantes sozinhas nos leitos do pré-parto. Onde muitas vezes ficavam isoladas, sendo notória a expressão de dor e abandono, refletindo na conduta do parto.

A situação encontrada nos dias atuais é de sobrecarga dos serviços de obstetrícia, com locais atuando com superlotação, implicando, muitas vezes, no déficit da qualidade da assistência. Tal prerrogativa era constantemente mencionada por alguns profissionais como impeditiva da presença do acompanhante junto à mulher. Embora em alguns momentos existisse a liberação, mesmo diante desta superlotação, poderia atribuir o fato da superlotação não ser a principal justificativa para esta exclusão.

Neste sentido, ao desenvolver os módulos do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha da Universidade Federal de Pernambuco, foi vislumbrada a possibilidade de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso focado em uma proposta de intervenção, que trabalhasse a presença do acompanhante no centro obstétrico por meio de ações educativas aos profissionais e pacientes de uma maternidade de alto risco da cidade do Recife-PE.

### **3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Credenciado pelo ministério desde 1998 na iniciativa do Hospital Amigo da Criança, o Hospital Barão de Lucena (HBL) funciona atualmente como hospital geral e maternidade 100% SUS, tendo como principais especialidades: Pediatria, Obstetrícia de Alto Risco, Oncologia (habilitado como UNACON), Clínica Médica e Terapia Renal Substitutiva, além das Clínicas Cirúrgicas (Vascular, Geral, Proctologia, Ginecologia, e Mastologia) com foco na Alta Complexidade. O HBL é referência estadual em atendimento materno-infantil de alta complexidade, com 320 leitos ativos. Sendo, 5 leitos de cirurgia geral, 16 ginecologia, 44 clínica geral, 6 nefrologia, 10 oncologia, 10 unidade de cuidados intermediários neonatal canguru, 16 unidade de cuidados intermediários neonatal convencional, 10 UTI adulto, 18 UTI neonatal, 8 UTI pediátrica, 55 obstetrícia cirúrgica, 20 obstetrícia clínica e 37 pediatria clínica.

O Hospital oferece também assistência ambulatorial e serviço de Emergência para a especialidade de Obstétrica. Dispõe ainda de Casa de Apoio para as mães dos recém nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva, Ouvidoria, Programa de Registro Civil e Projeto Nascer para a prevenção da transmissão vertical do HIV, com o seguimento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), se indicado. Está localizado no bairro da Iputinga, zona oeste da cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, pertencente ao Distrito Sanitário IV, divisão territorial de saúde do Recife.

O HBL está interligado à Central de Regulação do Estado de Pernambuco, recebendo pacientes regulados e também através de demanda espontânea.

#### **4. JUSTIFICATIVA**

A presença do acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto está garantida através de uma lei federal desde 2005, entretanto, o que é observado na maioria das maternidades é a privação deste direito. A parturiente é colocada em um leito, onde fica dividindo espaço e atenção com outras mulheres em condições semelhantes.

Diversas pesquisas apontam que o acompanhante no centro obstétrico favorece o trabalho de parto, proporcionando conforto e segurança à gestante em seu momento mais vulnerável.

A maternidade do HBL está incluída no plano de qualificação das maternidades do Nordeste e Amazônia Legal, que visa melhorar os indicadores maternos, infantis e fetais, bem como qualificar a atenção obstétrica. Neste mesmo contexto está inserida a Rede Cegonha, programa do Governo Federal, que traz como princípios adotar as boas práticas do nascimento, onde a presença do acompanhante parece ser uma prática ainda difícil de ser implantada, diante de tantas resistências, quer sejam profissionais, físicas ou gerenciais.

Diante disso, torna-se necessário sistematizar as dificuldades apontadas pelos profissionais para garantir a implantação da presença do acompanhante no centro obstétrico do HBL, melhorando a qualidade deste atendimento e respeitando às normas vigentes.

## 5 . REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O parto constitui-se um evento que vai além da esfera biológica e fisiológica para ser também inserido num contexto social e cultural, sendo considerado um dos momentos mais importantes na vida da mulher e por isto pode afetar o resto da sua vida, tanto física, como emocionalmente (REBELLO, NETO, 2012).

No final do século XVII e início do século XVIII a figura do médico-cirurgião-parteiro surgiu para realizar os partos mais difíceis, cabendo às parteiras aqueles partos ditos “normais”. Ao longo dos anos, os obstetras empreenderam movimentos para controlar o parto, transferindo-os para o ambiente hospitalar, o que se tornou concreto na metade do século XX (MAIA, 2010).

No Brasil, até este período, o parto era vivenciado no âmbito domiciliar, sendo um evento que reunia toda a família. As intensas transformações ocorridas após esta fase foram responsáveis pela mudança do contexto e local do parto, tornando-o um evento realizado numa unidade hospitalar e centrado na ação do médico, profissional de saúde responsável pela sua realização (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005).

O objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos sadios com o mínimo de intervenções realizadas. Essa mudança no modelo de assistência ao parto foi bem maior que uma simples permuta de ambiente para parir, implicando em transformações decisivas de ordem cultural, institucional e organizacional. Pouco a pouco o saber médico foi ganhando espaço dando ênfase à incorporação de tecnologias na assistência materno-infantil (DIAS, 2005).

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, que transforma em necessidade médica as vivências, dores e sofrimentos que antes eram vivenciados de uma forma mais tênue junto à família. Esta medicalização diminuiu a capacidade da mulher em enfrentar o trabalho de parto, aumentando o medo em relação à dor sofrida, causando verdadeiro pavor entre as mulheres (CASTRO, 2014).

Com isso, ocorreu um aumento no número de cesarianas no Brasil, bem como de partos vaginais realizados de forma intervencionista. É inegável que o surgimento da cesárea contribuiu para a redução da mortalidade materna, fetal e infantil, porém, as taxas de cesariana mostram-se incompatíveis com a tecnologia disponível, pois gestantes de risco habitual são submetidas a intervenções desnecessárias e as de alto risco não recebem o cuidado adequado (GOMES, MOURA, 2012).

Embora pareça contraditório, a política de assistência obstétrica do Brasil, normatizada pelo MS defende claramente a escolha pela humanização ao parto, com estímulo a redução da cesárea. Tal defesa é em grande parte pautada na luta do movimento de mulheres, que atuam de forma a subsidiar a formulação das políticas públicas vigentes no país (BRASIL, 2000).

O termo humanização é polissêmico e foi adotado pelo MS a partir de 2000, quando lançou o PHPN, trazendo um sentido de equidade/cidadania. Com o lançamento do manual “Parto, aborto e puerpério: atenção humanizada à mulher”, o sentido de humanização adotado foi o de práticas legitimadas pelas evidências científicas, além da discussão sobre gênero e direito das mulheres.

Segundo o PHPN, para promover um parto humanizado deve-se resgatar o contato humano, saber ouvir a paciente, acolhê-la, explicar e criar vínculo. Tão importante quanto o cuidado físico, o programa define também a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, através da redução de medidas intervencionistas, estímulo e respeito à privacidade e autonomia da mulher. Embora seja normatizada, a realidade está em desalinho com a proposta em portaria (BRASIL, 2000).

Baseado no princípio da humanização encontra-se a lei do acompanhante, que foi regulamentada em 2005, através da Lei nº 11.108, onde determina que os serviços de saúde do SUS devem permitir a presença de um acompanhante de livre escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Alguns anos após o sancionamento da referida Lei, entra em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 2008, descrevendo que os serviços de saúde públicos, privados, civis e militares passassem a serem obrigados a permitir a presença de um acompanhante que a mulher deseje no trabalho de parto, parto e pós-parto, além de possuir uma cadeira específica para esse acompanhante (RDC nº 36, 2008).

Apesar do direito respaldado pelas diversas leis, é freqüente na maioria das instituições de saúde a presença do acompanhante ser negada ou restringida. Para isso, conta-se tanto o despreparo e desconhecimento dos usuários e acompanhantes que não exigem o cumprimento de seus direitos, como a relação de poder exercida pelo profissional de saúde junto ao usuário do serviço (DINIZ et al, 2014).

Estudos exploram importantes reflexões sobre as condições que as mulheres usuárias do serviço público são expostas durante o momento do parto (DIAS, 2006; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2011).

“Ainda hoje ao ser admitida em trabalho de parto (TP) em um hospital público, de um modo geral, a mulher é afastada de seus familiares, submetida a uma série de procedimentos de indicação e resultados duvidosos. Como forma de adequar o TP ao funcionamento do hospital e aos horários dos profissionais sua fisiologia é modificada por intervenções que tem o objetivo acelerá-lo, independente dos desejos da mulher ou de eventuais riscos para ela ou para o bebê. Estas intervenções são geralmente executadas sem que a mulher seja informada sobre o que está sendo feito e é comum que permaneça abandonada no pré-parto sem nenhum tipo de suporte físico ou emocional. Com dor, em jejum, seminua, num ambiente estranho e com profissionais desconhecidos, a mulher não tem como vivenciar esta experiência senão como um sofrimento interminável” (DIAS, 2006, pág 51).

As pesquisas recentes evidenciam que a parturiente acompanhada por um familiar durante o parto contribui para o seu bem-estar físico e emocional. A presença do acompanhante fornece o apoio emocional que ela necessita para vivenciar este momento, oferecendo conforto e encorajamento, permitindo reduzir os sentimentos de solidão, ansiedade e estresse causados pela vulnerabilidade da mulher, além de outros fatores, como dor durante o trabalho de parto, medo, ambiente não familiar e contato com pessoas desconhecidas. O apoio contínuo durante o parto e o nascimento também contribui para elevar a autoestima da mulher (DODOU, 2014).

A presença de acompanhante melhora a segurança da mulher no parto, uma vez que parece aumentar a sua capacidade de expressão, sendo especialmente valioso em casos de complicações graves, ajudando as mulheres a serem ouvidas quando o atendimento de urgência é necessário. A presença de acompanhante pode ser considerada um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência (DINIZ et al, 2014).



## **6. PÚBLICO ALVO**

### **Beneficiários diretos**

A clientela assistida pelo HBL: gestantes admitidas no pré-parto do centro obstétrico e seus respectivos acompanhantes, independente do grau de parentesco ou sexo.

### **Beneficiários indiretos**

Os profissionais de saúde do centro obstétrico e o próprio serviço de saúde.

## **7. OBJETIVOS**

### 7.1 - Objetivo Geral

Sistematizar as dificuldades apontadas pelos profissionais para garantir a presença do acompanhante no Centro Obstétrico do Hospital Barão de Lucena na cidade do Recife-PE.

### 7.2 - Objetivos Específicos

1. Identificar as principais dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde.
2. Realizar rodas de conversas entre os profissionais de saúde lotados na maternidade, além de recepcionistas e maqueiros.
3. Elaborar folder para os acompanhantes.
4. Criar protocolo de acolhimento aos acompanhantes do Centro Obstétrico.

## 8. METAS

Ao final deste projeto de intervenção pretende-se alcançar as seguintes metas:

- 1- Identificação das dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde para garantir a presença do acompanhante no centro obstétrico (Curto prazo).
- 2- Realizar três rodas de conversas com os profissionais de saúde, recepcionistas e maqueiros, garantindo 50% de presença dos profissionais (Curto prazo).
- 3- Elaborar um folder para ser distribuído aos acompanhantes (Médio prazo).
- 4- Criar um protocolo de acolhimento no centro obstétrico (Médio prazo).

## 9. METODOLOGIA

### 9.1- Cenário de Intervenção

Este projeto será desenvolvido junto aos profissionais do Centro Obstétrico do HBL, que possui em seu cadastro 35 obstetras plantonistas, 12 enfermeiras, 01 assistente social, 1 psicóloga e 50 técnicos de enfermagem, 5 maqueiros e 4 recepcionistas. Este hospital, descrito anteriormente, faz parte da rede estadual obstétrica de Pernambuco, sendo vinculado à Rede Cegonha.

### 9.2- Procedimentos de Intervenção

Para realização deste projeto, inicialmente será feito um convite aos profissionais para participarem das ações desenvolvidas. É pertinente citar que todos os servidores estaduais necessitam participar de cursos, palestras e outros eventos, como forma de manutenção da gratificação de desempenho que recebem. Sendo assim, estimou-se a participação de 50% destes profissionais lotados na maternidade como sendo o público alvo esperado para as rodas de conversa.

Estas rodas de conversas serão realizadas no auditório próprio do hospital, que fica localizado no 1º andar, para até 30 participantes, permitindo trocas de conversas, debates e reflexões. Serão realizadas três rodas, com periodicidade mensal, sendo assim distribuídas:

- 1- Profissionais do nível superior (enfermeiros, médicos, assistente social, psicóloga)
- 2- Profissionais do nível médio (técnicos de enfermagem, maqueiros, recepcionistas).

Esta sensibilização terá duração de um turno (4h) e será realizado de forma problematizadora, com o intuito de ouvir as queixas dos profissionais, dificuldades vivenciadas e também sugestões de possíveis soluções. Desta forma, estes servidores serão co-participantes do processo de implantação da presença do acompanhante, objetivo deste projeto. Neste momento será realizada também dinâmica de reflexão e interação entre o grupo. As ações educativas em grupo fazem com que os integrantes percebam problemas comuns, sendo estimulados a desenvolver soluções, aumentando assim a adesão.

Com o produto desta roda será elaborado um protocolo de condutas de acolhimento no centro obstétrico dos acompanhantes, que será apresentado à diretoria e repassado aos profissionais.

Ao término, será elaborado um folder informando o papel do acompanhante, seus direitos e deveres, que retratará de forma lúdica esta temática.

### 9.3- Materiais utilizados

Para a realização destas rodas de conversas serão utilizados os seguintes materiais: papel ofício, cartolina, canetas esferográficas, pincel atômico, fita adesiva, aparelho de som, data show e aparelho de DVD.



## 11. ORÇAMENTO

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
01	Papel ofício tamanho A4 (resma)	03	R\$ 15,00	R\$ 45,00
02	Caneta esferográfica	90	R\$1,00	R\$ 90,00
03	Cartolina Branca	15	R\$0,50	R\$7,50
04	Pincel Atômico (azul e preto)	15	R\$2,00	R\$ 30,00
05	Fita Adesiva larga	3	R\$ 2,90	R\$ 8,70
06	Coffee Break	90	R\$ 5,00	R\$450,00
07	Arte digital	01	R\$ 500,00	R\$ 500,00
08	Reprodução gráfica	3000	R\$0,20	R\$600,00
	<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 1.731,20</b>

- O aparelho de som, data show e aparelho de DVD não apresentarão custos, pois são equipamentos disponíveis para utilização no hospital.

## **12. RECURSOS HUMANOS**

- Responsável pela seleção do modelo e recurso pedagógico para execução do projeto, assim como pela elaboração do material: Hérika Dantas M. Pinheiro. Enfermeira do HBL, lotada no bloco obstétrico.
- Apoio técnico e gráfico de terceiros mediante pesquisa de orçamento da arte em empresa especializada
- Parceria: coordenação médica e de enfermagem do serviço e equipe da unidade obstétrica na divulgação do recurso de orientação.
- Instituição apoiadora: HBL nas pessoas da direção geral e da coordenação de enfermagem.
- Instituição incentivadora: CEEO



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

Após a realização deste projeto de intervenção pretende-se verificar, inicialmente, se houve adesão dos profissionais para a permissão da presença do acompanhante no Centro Obstétrico, que também será avaliado mediante a diminuição das queixas realizadas junto à Ouvidoria do hospital e abordagens semanais junto às gestantes sobre a presença do acompanhante.

Após cada roda de conversa será averiguado se houve o levantamento das principais queixas e dificuldades, com o direcionamento das possíveis soluções. As dinâmicas poderão sofrer ajustes conforme o público da roda. Será avaliada a quantidade de profissionais que participarão destas rodas, sendo articulado junto ao setor de recursos humanos do hospital, caso haja déficit de participação.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria GM/MS nº 569 de 01 de junho de 2000** – Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento, Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 de junho de 2000.
- \_\_\_\_\_. **Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 8 abr 2005.
- \_\_\_\_\_. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC n.º 36, de 03 de junho de 2008** – Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em:  
<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>. Acesso em: 23/10/15.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria GM/MS nº 1459 de 24 de junho de 2011** – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a rede cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011.
- DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M.S.M. **Desafios na Implantação de uma Política de Humanização da Assistência Hospitalar ao Parto**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.
- DIAS, M.A.B. **Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública, 2006**. Tese (Doutorado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- DINIZ, C. S. G, et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014.
- DODOU, H. D et al. **The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women**. Escola Anna Nery, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.
- FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª edição. Ed. Artmed. 2011.
- GOMES, M. L; MOURA, M. A.V. **Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica** [Humanized childbirth care model in Brazil: evidence in scientific production][Modelo humanizado de atención al parto en Brasil: evidencias en la producción científica]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2012.

**MAIA, M.B. Humanização do Parto: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

**NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil.** Ciênc saúde coletiva, v. 10, n. 3, p. 651-7, 2005.

**NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil.** Rev. bras. saúde matern. infant, v. 11, n. 4, p. 415-425, 2011.

**REBELLO, M. T. M. P.; NETO, J. F. R. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, p. 188-197, 2012.