



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE  
CEGONHA**

**MARÍLIA SANTOS DA MATA PEREIRA**

**RESTABELEECER AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À MULHER, RECÉM-  
NASCIDO E FAMÍLIA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO A EQUIPE DE  
SAÚDE QUE ATUA EM CENTRO OBSTÉTRICO**

**PALMAS – TO  
2017**

MARÍLIA SANTOS DA MATA PEREIRA

**RESTABELECER AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À MULHER, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO A EQUIPE DE SAÚDE QUE ATUA EM CENTRO OBSTÉTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leidiene Ferreira Santos.

PALMAS – TO

2017

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG.**

Pereira, Marília Santos da Mata

[manuscrito]: Restabelecer As Boas Práticas De Atenção À Mulher, Recém-Nascido E Família No Processo De Parto E Nascimento A Equipe De Saúde Que Atua Em Centro Obstétrico / Marília Santos da Mata Pereira. - 2017.

35 f.

Orientadora: Leidiene Ferreira Santos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1.Humanização da Assistência. 2.Enfermeira Obstétrica. 3.Rodas de Conversa. I.Santos, Leidiene Ferreira. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

MARÍLIA SANTOS DA MATA PEREIRA

**RESTABELECER AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À MULHER, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO A EQUIPE DE SAÚDE QUE ATUA EM CENTRO OBSTÉTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

COMISSÃO JULGADORA

APROVADO EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leidiene Ferreira Santos  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Tiago Barreto De Castro E Silva

*À minha família que sempre esteve ao meu lado me incentivando, e me ensinou que existem cinco degraus para se alcançar a sabedoria: calar, ouvir, lembrar, amar e estudar.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a DEUS pelo dom da vida, sendo meu refúgio e fortaleza. Depositando em mim confiança e me dando forças para seguir sempre em frente independente dos obstáculos a serem enfrentados.

Ao meu marido Emanuel da Silva Pereira, e ao meu filho: Adão Neto da Mata Pereira, pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

E finalmente a todos que direto ou indiretamente fizeram parte na concretização deste trabalho.

## RESUMO

O desenvolvimento do presente estudo objetiva restabelecer as boas práticas de atenção à mulher, recém-nascido e família no processo de parto e nascimento a equipe de saúde que atua em centro obstétrico. Sabe-se que a humanização do parto é uma das diferentes ações que integram a Política Nacional da Humanização (PNH), desenvolvida pela OMS, cuja premissa é o atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, com o intuito de reduzir as taxas de cesáreas e de mortalidade materna, garantindo maior participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, assegurando, assim, o máximo bem-estar da mulher e do bebê. A metodologia adotada foi pelo processo de intervenção junto à equipe de saúde que atua no Centro Obstétrico através de análise coletiva e diagnóstica situacional do serviço, rodas de conversa e análise do livro de registro do HRP em relação aos partos realizados dentro do hospital, para que fosse possível contabilizar em percentuais se as ações adotadas tiveram resultados na questão de humanização do parto dentro da unidade hospitalar. Como resultado foi contabilizado através da análise do livro de registro do HRP que no ano de 2017, 35% dos partos normais tiveram um acompanhante, média abaixo do esperado, mais nota-se um grande interesse por parte tanto dos profissionais como da equipe de gestão do hospital o interesse em propor melhorias onde já foi implantado leitos com divisórias promovendo assim a humanização junto a gestante, o acompanhante e o bebê. Conclui-se que a implementação desse estudo contribui para qualificar as práticas realizadas pelos profissionais de saúde durante o parto e, conseqüentemente, humanizar a assistência à mulher, acompanhantes e criança.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Enfermeiras Obstétricas. Rodas de Conversa.

## **ABSTRACT**

The development of the present study aims at restoring the good practices of attention to the woman, newborn and family in the process of birth and birth to the health team that works in obstetric center. It is known that the humanization of childbirth is one of the different actions that integrate the National Humanization Policy (HNP), developed by the WHO, whose premise is the humanized care to the users of the Unified Health System, with the aim of reducing the rates of cesarean and maternal mortality, ensuring greater parturient participation in decisions about their health, thus ensuring the maximum well-being of women and the baby. The methodology adopted was the intervention process with the health team that works at the Obstetric Center through collective analysis and situational diagnosis of the service, talk wheels and analysis of the HRP registry book regarding deliveries performed within the hospital, so that it was possible to account in percentages if the actions adopted had results in the issue of humanization of childbirth within the hospital unit. As a result, it was recorded through the analysis of the HRP registry book that in the year 2017, 35% of the normal births had an accompanying, average below expectations, but there was a great interest by both the professionals and the management team of the hospital the interest in proposing improvements where already has been deployed beds with partitions thus promoting the humanization with the pregnant woman, the companion and the baby. It is concluded that the implementation of this study contributes to qualify the practices performed by health professionals during childbirth and, consequently, to humanize the care of women, companions and children.

Keywords: Humanization of Care. Obstetric Nurses. Conversation Wheels.

## **LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIACÕES**

AC - Alojamento Conjunto

AM - Aleitamento Materno

CEEQ - Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

HRP - Hospital Regional de Paraíso

MS - Ministério da Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré - Natal e Nascimento

PNH - Política Nacional de Humanização

RN- Recém Nascido

SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	5
1.1 Problema .....	7
2. OBJETIVOS .....	8
2.1 Objetivo Geral .....	8
2.2 Objetivo Específico.....	8
3. REFERENCIAL TEÓRICO: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA .....	9
4. METODOLOGIA.....	13
5. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	15
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
8. REFERÊNCIAS.....	27

## 1. INTRODUÇÃO

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS), implantou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a humanização do parto é uma das diferentes ações que integram a Política Nacional da Humanização (PNH), desenvolvida pela OMS, cuja premissa é o atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, reduzindo as taxas de cesáreas e de mortalidade materna, e garantir maior participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, assegurando, assim, o máximo bem-estar da mulher e do bebê entre outros (PADILHA, 2013).

Segundo Frello (2012) outro jeito essencial da política de humanização é o acolhimento, que implica em uma recepção humana e atenta às queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres, que são ouvidas, garantindo-lhes a responsabilidade da equipe na resolução dos problemas e na continuidade da assistência, quando houver necessidade desta.

Entretanto, a humanização na saúde requer mudanças institucionais, e que as equipes de saúde estejam preparadas para promover uma assistência humanizada conforme as necessidades individuais, realizando treinamentos periódicos direcionados para tal finalidade. Algumas barreiras ainda são encontradas e dificultam todo processo dessa política como a fragmentação da rede assistencial, baixos investimentos na qualificação dos profissionais, dificuldades de interação das equipes, entre outros (REIS et al., 2016).

Em 2011, como mais uma estratégia para proteção e promoção da saúde materno infantil no país, iniciou-se a Rede Cegonha, estratégia que visa assegurar às mulheres o direito do planejamento reprodutivo, atenção humanizada no pré-natal, parto e, às crianças um nascimento seguro e crescimento saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Autores sugerem que a rede cegonha tem colaborado para qualificar a formação dos profissionais que atuam na área materno-infantil, por meio de estratégias voltadas para as boas práticas de cuidados na atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2014).

Nesse cenário, diversas recomendações de práticas baseadas em evidência devem ser inseridas pelos profissionais de saúde, visando favorecer a saúde da mulher e da criança. Especificamente na sala de parto, estudos demonstram

importância do contato pele a pele e aleitamento materno, logo após o nascimento do recém-nascido (RN), para a saúde da criança e da mulher (MAGALHÃES, 2016).

Atualmente, muitas pesquisas tem abordado a temática humanização da assistência obstétrica (PAIVA et al., 2017; BARRETO *et al.*; 2015; POLGLIANE *et al.*, 2014), sendo realizados debates, cursos e também programas de educação e treinamento da mulher para o parto. “No entanto, é preciso se saber o real significado da palavra humanizar que, para Ferreira (1986), significa 'tornar humano; tornar benévolo; afável; tratável; fazer adquirir hábitos sociais”.

Para que isso aconteça, é necessário acabar com a hegemonia profissional; rever e mudar a maneira de como se relacionar com a mulher/parturiente e a família, aprender a compartilhar conhecimentos e realizar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, respeitando as diferenças de crenças, socioculturais, religiosas de cada mulher, e entender que isso deve ser iniciado no pré-natal, para que elas se sintam acolhidas, e que sejam valorizadas suas queixas, medos e dúvidas (BARRETO *et al.*, 2015).

O parto normal humanizado possui inúmeras vantagens em relação ao parto cesariano, tendo em vista que o corpo da mulher é preparado fisiologicamente para esse evento, a recuperação é mais rápida, há menores riscos de formações de hematomas e de contrair infecções, reduzindo de forma considerável riscos para mãe e bebê. Entretanto, tem-se observado que nos últimos anos houve um aumento descontrolado de partos cirúrgicos, no Brasil (BRASIL, 2014).

Em razão disto, uma forma de combate à prática de violência institucional obstétrica é através de uma assistência pré-natal de qualidade, destinada à mulher durante todo o processo gravídico-puerperal. Esta assistência deveria envolver diversos aspectos que poderiam ser benéficos às gestantes e profissionais de saúde, como compromisso, empatia, respeito e escuta ativa, englobando, dessa forma, a mulher como ser biopsicossocial, com modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais, não devendo ser restritos à apenas aspectos biológicos da gestante (BRASIL, 2011).

Sendo assim, espera-se que a realização dessa pesquisa contribua para sensibilizar a equipe de saúde que atua no centro obstétrico do Hospital Regional de Paraíso Dr. Alfredo Oliveira Barros(HRP), localizado no Município de Paraíso do Tocantins para atendimento e cumprimento de ações humanizadoras, de modo a favorecer que programem assistência à parturiente e seu bebê em uma visão

integral e singular, com conseqüente redução do número de intervenções cirúrgicas e medicamentosas desnecessárias, respeitando o fluxo natural do parto e nascimento, as expressões do corpo e o instinto materno de cuidar do seu bebê na hora mais decisiva de sua vida.

Ainda, acredita-se que a realização desse estudo contribua para que os profissionais de saúde compreendam que humanizar a assistência implica, primeiramente, em humanizar os profissionais de saúde e, para isso, não são suficientes somente à realização de cursos e palestras, é necessário também mudanças na atitude, na filosofia de vida, na percepção de si e de seus semelhantes como seres humanos, em que a informação, a decisão e a responsabilidade sejam compartilhadas entre o cliente e o profissional de saúde.

### **1.1 Problema**

Como enfermeiras obstétricas podem no processo de formação em saúde associada à ideia de intervenção sensibilizar para humanização do parto a equipe de saúde que atua em centro obstétrico?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- Restabelecer as boas práticas de atenção à mulher no período de parto e pós-parto juntamente com as equipes de saúde do centro obstétrico do Hospital Regional do Município de Paraíso do Tocantins.

### 2.2 Objetivo Específico

- Garantir respeito aos direitos e a individualidade de cada parturiente e seu acompanhante;
- Atualizar a equipe de saúde referente às novas práticas baseadas em evidências.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

No Brasil, a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, em 1993, e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000 são marcos históricos para promoção dos direitos humanos das mulheres, destacando-os durante o trabalho de parto e parto (DINIZ et al., 2015).

Destaca-se a evolução nas políticas públicas brasileiras de saúde da mulher, a partir de iniciativas do Ministério da Saúde. Todavia, as iniciativas parecem ser ainda ineficazes para a necessária mudança no modelo de atenção obstétrica, o qual tem sido rotulado como extremamente intervencionista, expressado nas maiores taxas de cesárea do mundo (LEAL, 2014).

A assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Porém o uso inadequado de tecnologias ou intervenções desnecessárias podem trazer danos para a mãe e recém-nascido. Apesar dos avanços ocorridos na assistência ao parto e nascimento no Brasil, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio, uma vez que a qualidade da assistência ainda não é satisfatória (TANAKA, 2012).

Nesse contexto, os profissionais de saúde, a destacar o enfermeiro, responsável pela assistência ao pré-natal de baixo risco nas estratégias de saúde da família, deve orientar as gestantes durante todo processo gravídico através de ações individuais e grupais, atenuando medos e ansiedades, empoderando-as sobre direitos durante o trabalho de parto e parto, dentre outras ações que tem como principal alvo diminuir as intervenções que caracterizam violência obstétrica nas unidades de saúde e seus potenciais riscos à saúde da mulher e do bebê e promover humanização da assistência tanto em maternidades, como em casas de parto (SILVA et al., 2015).

Sendo assim, uma assistência humanizada refere-se à prestação de uma assistência que prioriza a qualidade do cuidado garantindo respeito aos direitos e sua individualidade, valorizando a autonomia, protagonismo e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado. É uma forma de transformar o processo de desumanização que se tornou cada vez mais gradativa, em procedimentos que visam a suavizar as dores e temores de pacientes que necessitam de atendimento e cuidados (NUNES, 2012).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde em 2014, declarou a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos fundamentais e a evidenciou como um problema global e disseminado (FARIAS, 2015). A violência obstétrica não prejudica apenas a experiência do parto, mas também pode gerar um efeito psicológico para as próximas gerações, pois a vivência no parto será lembrada não só pelo momento singular na vida da mãe e do bebê, mas também pelos atos violentos.

Atualmente, muito tem se discutido sobre humanização da assistência obstétrica, sendo realizados debates, cursos e também programas de educação e treinamento da mulher para o parto; no entanto, é preciso se saber o real significado da palavra humanizar, que para Ferreira *et al.*, (2013) significa 'tornar humano; tornar benévolo; afável; tratável; fazer adquirir hábitos sociais.

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo é quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, é a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Nessa condição de fragilidade, o momento do parto e do nascimento é encarado com medo devido à ameaça de riscos de dor, sofrimento e morte, e a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, uma vez que o modelo de parto “normal” é considerado degradante (BRASIL, 2014).

Diante do excesso de ações de medicalização e desvalorização do ser humano em sua totalidade e na busca de trazer a proposta de humanização da assistência para o campo obstétrico e neonatal, surgiu no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que proporciona um resgate do contato humano, do acolhimento, vínculo entre a família e o profissional, a privacidade e o direito de escolha e ao direito de um acompanhante (FERREIRA *et al.*, 2013).

É inegável o papel do profissional que assiste as gestantes durante o trabalho de parto. Além do conhecimento sobre técnicas de parto, este deve ser capacitado a reconhecer que cada mulher é portadora de uma cultura própria, que muitas vezes atribui significados diferentes à vivência do parto. Respeitar esta condição, orientá-

la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la, enfim, a fazer desta experiência um marco em sua trajetória pessoal, são os atributos desejáveis num profissional (ROCHA, 2012).

No entanto, o modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento ainda é predominantemente intervencionista, penalizando a mulher e sua família por ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, e acarretando como consequência taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos disponíveis. Dessa forma, a proposta de humanização da assistência ao parto focaliza duas grandes demandas atuais das mulheres e da sociedade: o direito de ter acesso a um sistema de saúde não apenas público, mas de qualidade, e, a possibilidade de atuar durante o parto como protagonistas, exercendo um papel ativo durante todo o processo (CARVALHO, 2012).

Vale ressaltar que, no Brasil, a consolidação da profissão de enfermeiro, enfermeiras obstétricas e demais profissionais da classe, ocorreu com a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências (SILVA, 2012). O artigo 6º assegura que Enfermeiro é o titular do diploma de Enfermeiro, conferido por instituição de ensino, nos termos da lei (inciso I); obstetriz ou enfermeira obstétrica é o titular do diploma ou certificado de Obstetra ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei (inciso II).

Com o ingresso de recursos tecnológicos, notamos que o compromisso do profissional e o relacionamento com a mulher na assistência ao parto foram perdendo-se ao longo dos anos. A enfermeira obstétrica surge como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres. Esta presença constante oferece segurança, além de ser fundamental na detecção precoce de intercorrências que possam surgir (SANTOS, 2012).

Dessa forma, é papel da equipe de enfermagem minimizar esses fatores por meio de ações que possam contribuir para um trabalho de parto livre de traumas, ansiedade e estresse. É importante salientar de que a lei nº 7.498/86, que dispõe sobre a Lei do Exercício Profissional, coloca como dever do profissional enfermeiro a assistência à parturiente e ao parto normal, por meio do acompanhamento da evolução do trabalho de parto (SECRETARIA DA SAÚDE, 2014).

Dado o exposto, coloca-se a necessidade de verificar as evidências disponíveis da relação entre o parto humanizado e a assistência de enfermagem. Assim, o presente estudo teve como objetivo sensibilizar equipes de saúde do centro obstétrico do Hospital Regional do Município de Paraíso do Tocantins, Brasil, em relação à importância da humanização do parto, utilizando a roda de conversa como instrumento. Acredita-se que a inclusão de reflexões, discussões e atividades práticas referentes a essa temática no processo de formação dos profissionais é uma das estratégias que podem viabilizar a implementação dessa proposta de humanização dentro do Hospital Regional de Paraíso.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipos de estudo, local e população.

Trata-se de um estudo de intervenção, realizado com a equipe de saúde que atua no Centro Obstétrico de um hospital público, localizado em Paraíso, Tocantins, Brasil, em que foram realizadas rodas de conversa direcionadas a boas práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme preconiza o Ministério da Saúde com os profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto e pós-parto (SOUSA, 2011).

O Centro Obstétrico é composto por duas subunidades: o pré-parto - possui nove leitos e um banheiro; e a sala de parto-dividida em um ambiente para recepção do recém-nascido e três para procedimentos cirúrgicos. No Centro Obstétrico são realizados, em média, 150 partos por mês, e sua equipe é formada por 17 médicos, sendo 12 obstetras e 5 pediatras, 7 enfermeiros, sendo uma com formação em obstetrícia, e 36 técnicos de enfermagem.

### 4.2. Coleta de dados

Os profissionais de saúde que atuam no Centro Obstétrico foram convidados a participar dessa pesquisa. Para tanto, foram realizados três encontros, “Rodas de Conversa”, direcionados a compartilhar informações e conhecimentos para práticas humanizadoras nos parto. Esses encontros foram coordenados por uma enfermeira, pesquisadora, gravados em mídia digital e transcritos, para posterior análise dos dados.

Atendendo a recomendações da literatura especializada (OLIVEIRA *et al.*, 2015), cada encontro foi realizado considerando as seguintes etapas: 1. Acolhimento e contrato de trabalho (10 minutos); 2. Discussões e trabalho em grupo (40 minutos); 3. Avaliação das atividades realizadas (10 minutos).

A pesquisa ocorreu em três etapas:

- Etapa 1 - Análise coletiva e diagnóstica situacional do serviço;
- Etapa 2 - Observação “*in loco*” e livro de registro a equipe multiprofissional que atua no centro obstétrico do HRP;
- Etapa 3 - Roda de conversa como instrumento sensibilizador da equipe que atua diretamente na assistência ao parto e nascimento.

### **4.3. Critério de inclusão**

Foram incluídas nesse estudo:

- Profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto e pós-parto;

### **4.4. Critérios de exclusão**

Foram excluídos desse estudo:

- Profissionais de férias ou licença médica;

### **4.5. Aspectos éticos**

Para implementação da etapa de coleta de dados, foi solicitada autorização da Direção do Hospital Público, esse projeto atendeu aos preceitos da Resolução CNS nº 466/12, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Todos os profissionais da saúde convidados a participar foram orientados em relação aos objetivos dessa pesquisa, estratégia para coleta de dados e publicação dos resultados. Sendo esclarecidos em relação à participação voluntária nessa pesquisa, ou seja, não houve qualquer tipo de pagamento e, caso não desejassem participar, não sofreriam qualquer tipo penalidade, tais como prejuízos nos atendimentos, retaliação por parte dos profissionais de saúde e pesquisadores.

Foram ainda informados que após a conclusão da construção e implementação do estudo, os resultados serão apresentados como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais/Ministério da Saúde/Rede Cegonha, em sessão pública, e publicada em periódico científico. Todavia, será garantido sigilo em relação à identidade dos participantes.

## 5. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 5.1. Etapa 1 – Análise coletiva e diagnóstica situacional do serviço.

Foi preenchido um formulário estruturado nas diretrizes que o ministério da saúde indica para qualificação dos serviços na perspectiva de reorganização do modelo de atenção obstétrico-neonatal que abrange vários tópicos importantes que nortearam melhor o desenvolvimento do trabalho dentro da instituição.

Está análise foi organizado em três blocos:

- Análise de situação atual com base em diretrizes de organização do trabalho e atenção obstétrica e neonatal.
- Mapeamento de alguns dados de produção e eventos sentinela.
- Fatores dificultadores e facilitadores para operar mudanças no serviço.

Para melhor entendimento do instrumento, a seguir demarcamos os itens de análise contemplados no Bloco 1 com notas avaliativas feitas por profissionais qualificados e habilitados para o setor.

- **Diretrizes e focos:** aqui colocados no sentido de “direcionar” o objeto e objetivo a serem alcançados. Traz em si os atributos desejados para nortear/direcionar as mudanças desejadas e qualificação dos processos.
- **Parâmetros:** recorte de itens a serem observados, que indicam se o serviço está operando com aquela diretriz/focos na prática cotidiana.
- **Situação atual:** descrições/respostas que indicam como o serviço está funcionando ou o que tem implementado quanto aos itens correspondentes.
- **Dificuldades enfrentadas:** descrições/respostas sobre as dificuldades, limitações, problemas observados quanto ao funcionamento ou implementação daqueles itens.

## BLOCO 1

## ANÁLISE DE SITUAÇÃO ATUAL COM BASE EM DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

DIRETRIZES E FOCOS	PARÂMETROS	SITUAÇÃO ATUAL E NOTA AVALIATIVA	DIFICULDADES ENFRENTADAS
<b>DIRETRIZ: COGESTÃO</b>			
<p><b>Gestão colegiada e participativa:</b> O serviço tem buscado a democratização da gestão, ampliando a participação e responsabilização das equipes/trabalhadores nas análises, decisões e na organização dos processos de trabalho, com a estruturação de espaços de gestão compartilhados (colegiados gestores) e ativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegiado Gestor implementado, com plano e metodologia de trabalho pactuado</li> <li>• Agenda ativa de reuniões do colegiado gestor do serviço e colegiados das áreas/setores</li> <li>• Encontros periódicos de planejamento com participação de representantes de toda a Equipe</li> <li>• Contratos internos de gestão construídos coletivamente, com base em metas acordadas</li> <li>• Espaços e agendas periódicas das equipes para análises coletivas: dos dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho</li> </ul>	<p>A diretoria do hospital juntamente com as coordenações realizou reuniões com intuito de implantar a gestão colegiada e participativa.</p> <p>Mas após a primeira reunião não aconteceram outras.</p> <p><b>Nota avaliativa: 03</b></p>	<p>Não adesão da equipe. Não foi elaborada agenda ativa de reuniões.</p>
<p><b>Gestão participativa aos usuários:</b> Mecanismos de escuta e participação dos usuários (mulheres, familiares, acompanhantes), propiciando condições para responsabilização com os procedimentos de cuidado e autonomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conselhos ativos</li> <li>• Ouvidoria</li> <li>• Pesquisas de satisfação de usuários</li> <li>• Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento</li> </ul>	<p>Temos implantado ouvidoria em nosso hospital, o atendimento é de segunda a sexta – feira das 08h00min às 18h00min. As próprias ouvidoras fazem visita de leito em leito e conversam com acompanhantes, fazendo busca ativa de informações.</p> <p><b>Nota avaliativa: 03</b></p>	<p>As informações da ouvidoria nem sempre são utilizadas como subsídio para planejamento.</p>

<b>Estratégias de comunicação para com os Usuários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informações visuais afixadas com identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores), sobre direitos dos usuários</li> <li>• Outras</li> </ul>	Temos afixados em todo ambiente hospitalar informações aos usuários sobre atendimentos e direitos dos usuários. <b>Nota avaliativa: 05</b>	Serviço realizado.
<b>“Vaga Sempre” para a gestante e o recém-nascido (RN):</b> Garantia de vaga para internação em todo e qualquer momento de necessidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de mulheres com parto realizado no primeiro serviço</li> <li>• % de mulheres que foram transferidas de outro serviço</li> <li>• % de mulheres que foram transferidas deste serviço;</li> <li>• % de RN do serviço encaminhado para a UTI Neonatal própria ou referenciada</li> <li>• % de RN encaminhado para UTI Neonatal de outro serviço</li> </ul>	Tendo como referência os meses de janeiro a junho de 2017 com o valor total de 797 atendimentos foram: 40% de mulheres com parto realizado no primeiro serviço. 45% de mulheres que foram transferidas de outro município. 15% de mulheres que foram transferidas para outro município. <b>Nota avaliativa: 03</b>	A maior dificuldade que encontramos em nosso serviço é a falta de obstetra e pediatra motivo de 80% das transferências realizadas para outros municípios.
<b>Trabalho compartilhado em Equipe Multiprofissional:</b> Considera-se em trabalho compartilhado a equipe que utiliza de vários recursos, como Projeto Terapêutico Singular (PTS), reunião para discussão de casos, ronda compartilhada, alta compartilhada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Configuração de equipe multiprofissional de referência para o cuidado</li> <li>• PTS elaborado pela equipe</li> <li>• Reuniões regulares de discussão de casos</li> <li>• Ronda compartilhada</li> <li>• Prontuário integrado</li> </ul>	Temos um grupo multiprofissional de Nutricionistas, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogo, Dentista, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiros e Médicos. Trabalhamos com ronda compartilhada, alta compartilhada e prontuário. <b>Nota avaliativa: 02</b>	Não possuímos reunião para discussão de casos, conduta de tratamento adequado fica centralizada na equipe médica.

DIRETRIZ: GARANTIA DE CUIDADO EM REDE			
<b>Vinculação da gestante à maternidade de referência:</b> definição de referência territorial para vincular as gestantes a equipes de referência, seja na atenção básica, seja no local onde ocorrerá o parto, evitando a peregrinação da mulher e criança e a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado (###)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenho de vinculação entre Unidades de Atenção Básica (AB) e a maternidade como referência</li> <li>• Mecanismos de comunicação com a AB com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (RN de risco; usuárias de AD; Adolescentes, deficiência, má formação...)</li> <li>• Alta responsável: documentos e orientações para mulher e família (ex: Caderneta; relatório de alta, agendamento; cuidado compartilhado entre maternidade e AB para o RN de risco)</li> <li>• Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade</li> <li>• % de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré natal</li> </ul>	Há uma vinculação entre as unidades e nosso hospital, realiza contato telefônico em alta de risco e relatório emitido pelo médico responsável pela alta. Mantemos uma agenda mensal onde recebemos as gestantes dos dezesseis municípios que nos tem como referência. São visitas quinzenais. Onde apresentamos o hospital e realizamos uma roda de conversa com as gestantes. 30% de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré natal. <b>Nota avaliativa: 03</b>	Deslocamento das gestantes de municípios mais distantes.

<p><b>Uso de líquidos e/ou alimentos leves durante trabalho de parto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta de líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto</li> <li>• % de mulheres que receberam oferta de líquidos durante trabalho de parto</li> </ul>	<p>90% das parturientes recebem de líquidos e alimentos leves. <b>Nota avaliativa: 4</b></p>	<p>Apenas 01 profissional médico prescreve dieta zero para qualquer parturiente, independente da situação.</p>
<p><b>Enfermeiros obstétricos em parto de baixo risco em todos os plantões</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros obstetras assistindo parto de baixo risco em todos os plantões</li> <li>• Enfermeiro obstetra realizando a admissão e assinatura da AIH</li> <li>• % de partos normais realizados por Enfermeiros obstetras</li> </ul>	<p>Ausente. <b>Nota avaliativa: 0</b></p>	<p>Ausente.</p>
<p><b>Contato pele a pele imediato entre mãe e bebê: contato pele a pele conforme as indicações previstas nas portarias 371/2014 e 1153/2014</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele</li> <li>• % de mulheres com contato pele a pele ele</li> </ul>	<p>Nosso hospital não realiza o contato pele a pele. Protocolo em fase de elaboração com toda equipe de saúde atuante no centro obstétrico. <b>Nota avaliativa: 0</b></p>	<p>Dificuldade de adesão da equipe multiprofissional pratica realizada recentemente apenas por uma pediatra. Faltam treinamento e aceitação da equipe.</p>
<p><b>Amamentação na primeira hora de vida: estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação,</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele</li> <li>• % de RN com amamentação na primeira hora de vida</li> </ul>	<p>Protocolo inexistente. 50% de RN com amamentação na primeira hora de vida. Protocolo em fase de elaboração com toda equipe de saúde atuante no centro obstétrico. <b>Nota avaliativa: 3</b></p>	<p>Dificuldade de adesão da equipe multiprofissional e falta de protocolo.</p>

<b>DIRETRIZ: AMBIÊNCIA</b>			
<p><b>Ambiência na maternidade:</b> qualidade dos ambientes como espaços adequados para o conforto dos trabalhadores e usuários, especialmente assegurando privacidade e conforto às mulheres e seus acompanhantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequação dos ambientes conforme RDC 38 de 2008, principalmente em relação à estrutura de quartos PPP.</li> </ul>	<p>Ambiente não possui privacidade e possui pouco conforto para os usuários. Trabalhadores do pré parto e centro cirúrgico não possuem repouso e privacidade adequado. <b>Nota avaliativa: 0</b></p>	<p>Ambiente inadequado.</p>
<p><b>Ambiência na Neonatologia (UTIN, UCINco, UCINca – Cuidado intermediário convencional e canguru).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequação dos ambientes, garantindo conforto térmico, luminoso e acústico no salão coletivo dos leitos.</li> </ul>	<p>Disponibilizamos apenas de UCIN que não tem espaço para cadeiras/poltronas, nem local de convivência. <b>Nota avaliativa: 1</b></p>	<p>Ambiente inadequado. Falta de estrutura.</p>

<b>DIRETRIZ: RELAÇÕES DO SERVIÇO COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCORREGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUNS INTERSETORIAIS</b>			
<b>Relação com Secretaria Estadual de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SES onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil</li> </ul>	O serviço participa da reunião das maternidades que acontece em Palmas, onde compartilhamos metas, desafios e histórias exitosas. <b>Nota avaliativa: 5</b>	Ausentes.
<b>Relação com Secretaria Municipal de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil</li> </ul>	Sim temos um contato direto com secretários e equipes que trabalham diretamente na assistência. <b>Nota avaliativa: 5</b>	Ausentes.
<b>Participação no Fórum Perinatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O serviço participa do Fórum Perinatal (municipal e/ou regional) com representantes da gestão e assistência</li> </ul>	Sim o serviço participa do Fórum Perinatal Regional, com representantes da gestão. <b>Nota avaliativa: 4</b>	O não comparecimento de profissionais da assistência no Fórum Perinatal se dá devido dificuldade para suprir falta de servidor.

## BLOCO 2

### MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA

<b>MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA RELEVANTES</b>	
Nº. de partos realizados por mês	JANEIRO/ 2017= 77 partos FEVEREIRO/ 2017= 100 partos MARÇO/ 2017= 111 partos ABRIL/ 2017= 128 partos MAIO/ 2017 = 135 partos JUNHO/ 2017= 94 partos
Nº e % de partos normais/mês	JANEIRO/ 2017= 47 partos normais FEVEREIRO/ 2017= 42 partos normais MARÇO/ 2017= 55 partos normais ABRIL/ 2017= 63 partos normais MAIO/ 2017 = 60 partos normais JUNHO/ 2017= 49 partos normais
Nº e % de cesáreas	JANEIRO/ 2017= 30 cesáreas FEVEREIRO/ 2017= 58 cesáreas MARÇO/ 2017= 58 cesáreas ABRIL/ 2017= 65 cesáreas MAIO/ 2017 = 75 cesáreas JUNHO/ 2017= 45 cesáreas
Nº e % de cesáreas em primíparas por faixa etária	Dados não contabilizados
Nº e % de cesáreas por principais indicações	Dados não contabilizados
Nº e % de parto normal em mulheres com cesárea anterior	Dados não contabilizados
Nº de mortes maternas/ano	Nenhuma morte materna em 2017
Nº de mortes neonatais/ano	FEVEREIRO/ 2017= 01 MARÇO/ 2017= 01 JUNHO/ 2017= 01

### BLOCO 3

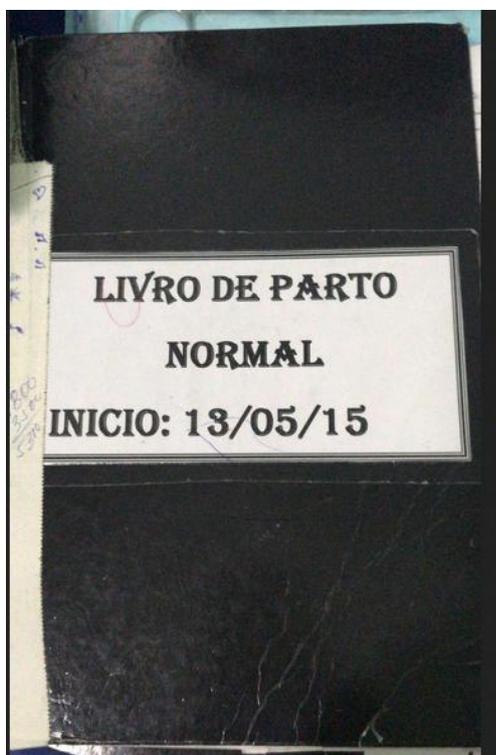
#### **FATORES DIFICULTADORES E FACILITADORES PARA OPERAR MUDANÇAS NO SERVIÇO.**

Baseando nos resultados de suas análises e diagnóstico realizados inclusive por meio de conversas com equipes e gestores do serviço, sintetize o que você considera fatores dificultadores/limitadores e facilitadores/favoráveis a mudanças no serviço, no sentido do aprimoramento do modelo de atenção e gestão no campo obstétrico-neonatal.

- 1) **Fatores dificultadores/limitadores**  
A grande dificuldade é profissional de saúde com métodos ultrapassados que não participam nem se interessam em atualização. Espaço físico inadequado, sem privacidade e conforto para parturiente e funcionários. Falta de protocolo.
- 2) **Fatores facilitadores/favoráveis**  
Gestão flexível com disponibilidade a realizar, permitir e incentivar mudanças.

#### **5.2. Etapa 2 – Observação “*in loco*” a equipe multiprofissional que atua no Centro Obstétrico do HRP.**

Através de alguns plantões realizados no decorrer deste ano foram feitas as observações tanto nos livros de registro do hospital quanto dentro da sala de parto onde foram observadas que a mesma não seguia as recomendações das boas práticas do parto e nascimento como exemplo: proibindo acompanhante, que as mesmas se alimentassem, não permitindo a posição desejada pela mulher, uso rotineiro de tricotomia, entre outros.



### **5.3. Etapa 3 – Roda de Conversa como instrumento sensibilizador da equipe que atua diretamente na assistência ao parto e nascimento.**

As Rodas de Conversa se dividiram em três encontros que serão descritos abaixo. Seguem algumas questões importantes que foram acordadas durante os trabalhos na unidade do Hospital Regional de Paraíso.

- Para acolhimento e contrato de trabalho, as pesquisadoras receberam cada participante, resgatando o objetivo da pesquisa, a importância da participação da equipe nesse de reflexão sobre humanização do parto. Posteriormente, os presentes foram convidados a se apresentar, informando nome, área de formação e há quanto tempo está na instituição.
- Para o contrato de trabalho, as pesquisadoras afixarão uma cartolina na parede, de modo a garantir a visualização por todos os presentes. Nela, foram escritos os termos acordados para o funcionamento do grupo, tais como manter o celular no modo silencioso, horário de início e término, respeito mútuo, direito de fala a todos, entre outros. O contrato de trabalho foi reapresentado ao início de cada sessão e, conforme movimento grupal, os itens acordados poderão ser mantidos, retirados ou reelaborados (OLIVEIRA et al., 2015).
- Em relação às discussões e trabalho em grupo, em cada encontro foi apresentado um tema específico para nortear as atividades no grupo, a saber: conhecimentos e práticas para acolhimento da gestante; evidências científicas para redução da dor no trabalho de parto; empoderamento da mulher para o trabalho de parto. Em cada encontro foram usadas frases disparadoras para possibilitar o compartilhamento de informações e a construção de saberes individuais e coletivos.
- Ao final de cada encontro, foi realizada avaliação verbal das atividades implementadas no grupo. Para tanto, os participantes foram convidados a responder ao grupo as seguintes questões: Fale como foi para você participar do encontro? Você sugere alguma mudança para o próximo encontro? Fale uma palavra ou frase, que represente o significado dessa atividade para o serviço.

Destaca-se que os encontros foram coordenados por uma enfermeira pesquisadora que integra a equipe de pesquisadores desse estudo. Todo o trabalho

de planejamento, conteúdo, processo e avaliação foram supervisionados por uma profissional com experiência em dinâmica de grupo, conforme recomenda literatura da área (OLIVERIA *et al.*, 2015).

### **5.3.1. 1º Roda de Conversa**

Primeira roda realizada no dia 04.09.2017, com duração de 60 minutos conforme descrito no item 4.2 coleta de dados. Participaram 08 profissionais, inicialmente foi feita a apresentação de cada participante e abordagem sucinta da sua experiência pessoal com o parto e nascimento. Foi abordado conceito da violência obstétrica e o modelo de assistência no Brasil, neste momento vários assuntos foram abordados desde parto em posição de livre escolha da mulher; Presença de acompanhante junto à parturiente; métodos não farmacológicos de alívio da dor, estímulos de formação do vínculo na primeira hora de vida; entre outros. Na avaliação final da roda foi solicitado que cada participante citasse uma palavra para avaliação do encontro.

### **5.3.2. 2º Roda de Conversa**

A segunda roda realizada no dia 07.11.2017, com duração de 60 minutos conforme descrito no item 4.2 coleta de dados. Participaram 06 profissionais. Foram abordados assuntos para discussão: Dificuldade de adesão da equipe em cumprir as boas praticas de assistência ao parto e nascimento e Violência Obstétrica.

Foi feito entrega de artigo dos temas abordados e posterior troca entre as equipes para que as mesmas continuem exercendo a reflexão da importância de se implantar a humanização na assistência ao parto. Na avaliação final da roda foi solicitado que cada participante citasse uma palavra para avaliação do encontro.

### **5.3.3. 3º Roda de Conversa**

A terceira roda realizada no dia 09.11.2017, com duração de 60 minutos conforme descrito no item 4.2 coleta de dados. Participaram 15 profissionais, desta vez bastante variada, entre eles: Diretora geral do HRP Waldineide Pereira de França; Diretora Administrativa; Diretora de Enfermagem Rosemeire Ribeiro; Psicóloga Norma; Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem; Responsável pelo faturamento do hospital Tânia; Enfermeira Ilza responsável pelo centro e controle de infecção hospitalar.

Participação convite da Dr. Edneusa Morais (Advogada) para que fosse mais bem explanado o assunto referente à Lei do Acompanhante (11.108/2005) e a Violência Obstétrica em foco.

Na avaliação final da roda foi solicitado que cada participante citasse uma palavra para avaliação do encontro.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em análise ao livro de registro de parto do Hospital Regional de Paraíso do Tocantins foi contabilizado entre os dias 02 de janeiro a 08 de dezembro do ano de 2017 um total de 532 partos normais, destes 186 mulheres tiveram acompanhantes na hora do parto, em termos percentuais seria 35% do total analisado. Média abaixo do esperado quando se trata do Programa de Humanização criado há 17 anos no Brasil. Em análise a esses dados e melhoria no trabalho exercido dentro da unidade obstétrica foi realizado este trabalho com o intuito de humanizar toda a equipe de saúde e também no que tange a gestão do hospital que participou ativamente do trabalho executado dentro da unidade e assumiu a necessidade urgente de adequação da estrutura do pré-parto instalando divisórias em cada leito.

A partir das rodas de conversa despertou a memória, conduziu à discussão, permitiu a reflexão e construção coletiva de saberes. Destaca-se que a roda de conversa, instrumento utilizado nesse estudo como recurso para instituir as equipes de saúde do centro obstétrico do Hospital Regional do Município de Paraíso do Tocantins, em relação à importância da humanização do parto, permitiu a compreensão de dados que, talvez, não viessem à tona se não fossem despertados pelo interesse no diálogo e na partilha.

Assim, a roda de conversa se firma como um instrumento de produção de dados para pesquisa e para mudança da prática assistencial, em que é possível haver uma ressonância coletiva, na medida em que se criam espaços de diálogo e de reflexão. Tendo assim como resultado a criação de banners informativos que já colocados em locais estratégicos dentro do hospital.

Nos registros foi notado um grande aumento de partos com a presença do acompanhante e em posição de livre escolha da mulher, além do contato pele a pele imediato após o parto, acredita-se que a implementação desse estudo contribuiu para qualificar as práticas realizadas pelos profissionais de saúde durante o parto e, conseqüentemente, humanizar a assistência à mulher, acompanhantes e criança, além de partilhar com equipe os estudos baseados em evidências mais atuais, fazendo assim com que a assistência prestada seja na medida do possível a mais recente.

A intervenção será contínua, devido a grande solicitação da equipe, caso seja necessário outras intervenções que vise à melhoria do trabalho dentro do centro

obstétrico este será comunicado a equipe participativa e a gestão do HRP e a possibilidade de implantação das mesmas visando sempre à necessidade de mudança do modelo da assistência garantindo o respeito aos direitos e a individualidade de cada parturiente e seu acompanhante e por fim é indispensável atualizar a equipe de saúde referente às novas práticas baseadas em evidências que tornaram positivas as atividades e práticas de mudança junto ao HRP.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou restabelecer as boas práticas de atenção à mulher com a participação do enfermeiro no processo de parto e nascimento de modo a compreender as necessidades da parturiente e efetiva participação da equipe profissional. A humanização requer da enfermeira uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro.

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir, realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com os princípios éticos no trato com a vida humana.

Dessa forma, este estudo realizado HRP proporcionou conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento, é importante reafirmar que o desenvolvimento de propostas de mudança das práticas em direção à sua humanização, por parte de várias instituições - inclusive do Ministério da Saúde - é muito marcante, criando um campo amplo de possibilidades de mudança concreta.

Nesse contexto, o trabalho conjunto entre todos os profissionais envolvidos permitiu uma atenção menos intervencionista, prevendo que a atuação desses deva se complementada e que deva haver respeito aos limites de atuação de cada categoria. O parto humanizado sofre influência direta do modelo organizacional, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constituem a política em ações materiais e concretas. Neste sentido as ações propostas teve a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do sistema que queremos.

## 8. REFERÊNCIAS

BARRETO CN. **Humanização da atenção pré-natal na práxis dos profissionais de saúde [dissertação]**. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015.

BASTOS SOARES POLGLIANE, Rúbia et al. **Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 570/GM, de 1º de junho de 2000. **Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do **Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha**. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acompanhante no parto** em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto\\_traz\\_mais\\_seguranca\\_para\\_a\\_mae](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto_traz_mais_seguranca_para_a_mae)>. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, *Diário Oficial da União*, 12 dez. 2012.

BRASIL; **Humanização do parto e do nascimento**. Catalogação na fonte - Coordenação- Geral de Documentação e Informação - vol 4, Brasília - DF, Editora MS - OS 2014/0106, 2014.

CARVALHO VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves GB, Rodrigues FE, Azambuja EP. **Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal**. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2012.

**Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-Rede Cegonha**. Disponível em:<http://www.enf.ufmg.br/index.php/noticias/300-curso-de-especializacao-em-enfermagem-obstetrica-rede-cegonha-promove-aula-inaugural>. Acessado em 18 de dezembro de 2017.

DA SILVA, Daisy Costa et al. **Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal.** Revista Brasileira de Educação e Saúde, v. 5, n. 2, p. 50-56, 2015.

DINIZ, S. G. et al. **Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** Journal of Human Growth and Development, 25(3): 377-376, 2015.

FARIAS KG. **Quando a lente muda o retrato: um olhar sobre a violência obstétrica.** In: Anais XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande; 2015.

FRELLO AT, Carraro TE, Bernardi, MC. **Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira.** Baiana de Enfermagem . 2012.

FERREIRA A. G. N., RIBEIRO M. M., DIAS L. K. S., FERREIRA J. G. N., RIBEIROS M. A., NETO F. R. G. X., **Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire.** Ver. Enferm. UFPE; Recife, v. 7, n. 5, p. 1398- 405. 2013.

FREITAS, L. O. **Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 13 de novembro 2017.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais.** Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15 21, out. 2013.

LEAL MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad.Saúde Pública. 2014.

MAGALHÃES SOUSA, Ana Maria et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas,** em Belo Horizonte, Minas Gerais. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 20, n. 2, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília (DF); 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de humanização-HumanizaSUS.** Atenção Básica, v. 2, 2004.

NUNES, D. C.; SILVA, L. A. M. **Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde.** Revista Mineira de Ciências da Saúde ISSN 2176-2244, 2012.

OLIVEIRA, Henrique Nunes de. **Estimativas de (co) variâncias entre características de reprodução e de crescimento em fêmeas de um rebanho Nelore**. Revista Brasileira de zootecnia, p. 997-1004, 2015.

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno; LEMOS, Adriana; DE SOUZA, Maria das Dores. **Estratégias de humanização do cuidado no pré-natal: revisão integrativa**. Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963, v. 11, n. 1, p. 214-223, 2016.

PADILHA JF et al. **Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul**. Revista da saúde. 2013.

REIS, A. E. dos; PATRICIO, Z. M. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, supl. dez. 2016.

ROCHA CR, Fonseca LC. **Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza**. Revista de Pesquisa cuidado é fundamental. 2012.

SANTOS RB, Silva RK. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica**. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2014. 162 p. – (Série Enfermagem).

SILVA, L.M. BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. **Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.64, n.1, p. 60-65, jan./fev. 2012.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação**. 4 ed. rev. e atualizada Florianópolis:. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

SOUZA TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto**. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011.

TANAKA OY, Tamaki EM. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. Ciênc. Saúde Colet.2012.

VELHO, Manuela Beatriz; DE OLIVEIRA, Maria Emília; DOS SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino. **Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 4, p. 652-659, 2010.