

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIA CECÍLIA MORAIS COSTA

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

BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO HMOB:
ÊNFASE NOS PRIMEIROS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO.

BELO HORIZONTE

2017

MARIA CECÍLIA MORAIS COSTA

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

BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO HMOB:
ÊNFASE NOS PRIMEIROS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO.

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

Dedicamos este trabalho as mulheres que sempre nos fizeram acreditar ser possível uma assistência digna e qualificada, sem intervenções desnecessárias, protagonizando seu momento de glória com o nascimento do seu tão esperado filho.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela Sua infinita misericórdia com a qual não se descuida de mim nem nos pequenos detalhes;

À minha querida orientadora Profa Juliana que fez com o nosso projeto fosse desenvolvido dentro de um percurso metodológico necessário à sua construção. Esteve conosco compreendendo nossas fragilidades e colaborando imensamente para que o mesmo se tornasse possível;

Às amigas especializadas Dayanne, Débora e Thays pela parceria nesse projeto;

Às Profas Bruna e Elysângela que nos provocaram e nos fizeram reconstruir a proposta inicial;

Ao Josiel pelo apoio incondicional e por estar comigo durante todo esse percurso;

Ao meu querido filho Diego por entender à sua maneira as minhas ausências;

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 para saúde. No Hospital Metropolitano Odilon Behrens (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 enfermeiro obstétrico 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 foram desenvolvidas ações voltadas para adoção de boas práticas de atenção ao parto e nascimento enfatizando os primeiros cuidados com o RN. A motivação primária desse trabalho foi tornar essas práticas ações institucionalizadas, independentes de motivações e práticas individuais, uma vez que se trata de recomendações formuladas a partir de evidências científicas, de articulação fácil e simples, que demandam pouco ou nenhum investimento financeiro, com benefícios incontestáveis para o RN e sua família. **Resultados:** As estratégias utilizadas para a implementação das propostas de enfrentamento foram: 1. Apresentação do Projeto de Formação-Intervenção para a Gestão. 2. Organização do questionário respondido pela equipe de enfermagem com o objetivo de identificar as potencialidades e fragilidades para a adoção das boas práticas. 3. Capacitação através de rodas de conversa com a equipe de enfermagem. Como metas em processo de execução espera-se instituir o teste rápido de HIV na admissão da gestante com o objetivo de iniciar o aleitamento materno na primeira hora de vida, criar indicadores como ferramenta de gestão do cuidado e implementar o Protocolo Multidisciplinar "ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA 1ª HORA DE VIDA - APRIMORAMENTO DAS BOAS PRÁTICAS". **Conclusão:** Destaca-se a importância de manter o assunto em discussão incluindo-o nas reuniões de colegiado gestor, oportunizar clubes de revista e rodas de conversa com a equipe rotineiramente para que o assunto seja revisto com frequência. A criação de indicadores para a análise da ocorrência das boas práticas relacionadas ao RN é uma importante ferramenta na gestão do cuidado. O curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha contribuiu para construção de um projeto de mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal no HMOB e possibilitou conhecimento para adoção de estratégias para continuidade da intervenção no serviço.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica, 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 BO e AC.....	18
Quadro 4: Desafios e atuação do enfermeiro obstétrico no serviço, de acordo com a matriz SWOT.....	23
Tabela 1. Fatores facilitadores para a realização das boas práticas após o nascimento.....	48
Tabela 2. Fatores dificultadores para a realização das boas práticas após nascimento.....	49
Fotos da “Rodas de Conversa”.....	50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1. Diagnóstico do Serviço de Saúde da Mulher e Recém-Nascido	14
2. JUSTIFICATIVA	25
3. OBJETIVO GERAL	26
4. MÉTODO	27
5. DESENVOLVIMENTO	28
5.1 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO HMOB: ÊNFASE NOS PRIMEIROS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO.	
5.1 Referencial teórico/contextualização.....	28
5.2 Caracterização do problema.....	29
5.3 Propostas de enfrentamento.....	31
5.4 Ações implementadas.....	31
5.5 Dificuldades encontradas.....	35
5.5 Perspectivas futuras.....	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	43

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 em 2011 criou, 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 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 como 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.

Nessa inclusão do enfermeiro obstétrico 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 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. Esse 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)

De acordo com 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 haja 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 TP, 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 sócio histórico. A inserção do enfermeiro obstétrico 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. Concordamos 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 e dão sustentação a esse exercício e estão listadas no quadro abaixo. (SAMPAIO, 2014)

QUADRO 1: Marcos Regulatórios da Enfermagem Obstétrica no Brasil.

<p>Constituição Federal do Brasil</p>	<p>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.</p>
<p>Lei 7.498/86</p>	<p>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 obstetiz 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 Obstetiz, 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 Obstetiz; 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.</p>
<p>Lei Nº 7.498/86</p>	<p>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</p>

	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 dos (as) enfermeiros (as) obstétricos (as) ainda é pouco expressiva, sendo os dados sobre o impacto dessa atuação são quase inexistentes, o que aponta ainda para a pouca participação na assistência a mulher durante o processo de gestação, parto e puerpério.

Faz-se necessário que os profissionais se mobilizem para garantir sua atuação conforme os dispositivos legais e contribuam com o planejamento das políticas de atenção à saúde da mulher, RN e família, bem como 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 do enfermeiro obstétrico ainda se encontra restrita ao pré-parto e sala de parto. Sendo assim, o desafio maior é consolidar a assistência prestada por eles e expandir sua atuação considerando os diversos pontos de assistência na linha de cuidado da mulher e do recém-nascido 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 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) no município de Belo Horizonte e região metropolitana. Trata-se da única maternidade própria do município, 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 pacientes 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, com uma equipe altamente capacitada e equipamentos de ponta. 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 do CEM 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 MS e é considerada Maternidade de Alto Risco nível II. Inaugurou em 2012 a Casa da Gestante localizada próximo ao hospital (cerca de 300 metros) e com capacidade para 10 internas. Atrelado a este programa, foram incorporados à equipe os (as) enfermeiros (as) obstétrico (as) e as doulas para acompanhamento dos trabalhos de parto e parto juntamente com a equipe de médicos obstetras da unidade.

O serviço dispõe de equipe capacitada para atendimento às urgências ginecológicas e para os casos de vítimas de violência sexual que são atendidos conforme norma técnica do Ministério da Saúde e encaminhados para acompanhamento ambulatorial por uma equipe multiprofissional altamente especializada, sendo referência para mais de cinquenta 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, processo que acabo por torná-la vítima novamente, perpetuando o seu sofrimento.

Estrutura Física

A Maternidade do HMOB é dividida em 4 setores: Bloco Obstétrico, Alojamento Conjunto, Casa da Gestante, bebê e puérpera e US da Mulher.

Bloco obstétrico (BO)

O BO possui uma estrutura física com 02 consultórios, um pré-parto com cinco leitos e um bloco com três salas e uma recuperação pós anestésicos. Em 2016 passou por uma ampla reforma com revitalização de todo o setor, readequação das salas transformando duas delas em salas multiuso com estrutura para partos vaginais, cesarianas e curetagens (salas de cesárea/litotomia) e uma delas de parto vaginal exclusiva com uma mesa PPP, escada de Ling, bola de Bobath e banco de parto. No pré-parto houve uma readequação dos leitos permitindo maior espaço entre eles e do 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 no 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.

Porém, 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 para observação, em 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 à Rede Cegonha, foi necessário transformar uma enfermaria em leitos destinados prioritariamente ao Projeto Canguru. Esta enfermaria conta atualmente com 5 leitos para este fim. No ano de 2012, foi incorporada a presença do acompanhante em horário integral a fim de atendermos 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.

O serviço possui uma equipe multiprofissional constituída por: médicos obstetras e neonatologistas, enfermeiras, assistente social, psicóloga, técnicos em enfermagem, médicos residentes em ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia, multiprofissional, além de acadêmicos de diversas áreas.

Este setor é distribuído em 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 de 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 avaliação de intercorrências.

Casa da Gestante (CGBP)

A Casa da Gestante foi aberta em outubro de 2012, inicialmente com 20 leitos. Entretanto, foi necessário a redução para 10 leitos a fim de adequar à área física pois vários leitos eram bicamas. Possui uma infraestrutura que permite às mães uma convivência semelhante ao ambiente 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 que estão com os bebês internados na instituição (UNCP ou CTI) e que 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 habilitada a atuar na sua totalidade.

O enfermeiro obstétrico da casa da gestante 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 bloco obstétrico.

Recursos Humanos

Quadro 2: Quantitativo de Profissionais por plantão

Profissionais	BO	AC	CGBP
Obstetras	3	Horizontal: 2 manhã	1 referência

		Horizontal: 1 tarde	
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 referencia

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	-
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	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 cardiocografia, 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 ultima 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 funcionante, 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 funcionante, 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 polícia 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 clampamento 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 com experiência profissional prévia; - 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 para a assistência da mulher, do RN e da família 	<ul style="list-style-type: none"> - Possuir área física inadequada e insuficiente para uma assistência individualizada e privativa; - Possuir ainda alguns protocolos assistenciais desatualizados; - Equipe médica e de enfermagem com múltiplos vínculos trabalhistas; - Possuir falhas na comunicação entre a equipe de Enfermeiros Obstétricos; - Possuir equipe de enfermagem com muitos anos de formação; - Possuir 60% da equipe de técnicos de

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

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(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) e da equipe multidisciplinar no pré natal de alto risco 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

Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento no Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) com ênfase nos primeiros cuidados com o Recém-nascido.

5.1 Referencial teórico/Contextualização

Em 2011 o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS visando a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”. (BRASIL, 2017)

No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas fundamenta-se nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. (WHO, 1996)

Na assistência à criança no momento do nascimento os profissionais de saúde devem considerar os possíveis danos que qualquer intervenção pode causar no processo fisiológico de adaptação do recém-nascido. Cerca de três milhões de crianças nascem ao ano no Brasil, sendo 98% dos nascimentos em ambientes hospitalares. A maioria dos bebês é termo e tem boa vitalidade, não necessitando de qualquer manobra de reanimação. (BRASIL, 2011)

O RN a termo com boa vitalidade deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por, no mínimo, um minuto ou até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente três minutos após o nascimento). O clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno é benéfico em comparação ao clampeamento imediato com relação aos índices hematológicos na idade de 3 a 6 meses (Ministério da Saúde, 2014). As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal publicadas em 2017 recomendam realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma

contra-indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.

O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia no recém-nascido a termo com respiração espontânea, sem necessidade de ventilação, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. Os cuidados de rotina na sala de parto só devem ser iniciados após ter sido garantido ao bebê, à sua mãe e seu pai, se este estiver presente, um primeiro encontro seguro e protegido. (BRASIL, 2011)

Vale ressaltar que o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê, além de afetar o desenvolvimento da criança para além do período neonatal e do puerpério. Assim, um programa de atenção integral que inclua essas três práticas irá contribuir a curto, médio e longo prazo, tanto para a saúde da mãe quanto para a saúde do bebê, prevenindo a morbidade e a mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2011)

5.2 Caracterização do Problema

Apesar das diretrizes da OMS recomendar desde 1996 as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento com base em evidências científicas e na afirmação que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático. (BRASIL, 2011) Esse modelo tem passado por mudanças significativas que visam proporcionar assistência integral e humanizada às mulheres no contexto do parto e nascimento.

A equipe do HMOB reconhece a importância das boas práticas no momento do parto e nascimento, porém, devido a alguns entraves do cotidiano e/ou resistência de alguns profissionais frente às recomendações, a realização do contato pele a pele, da amamentação na primeira hora de vida e o

clampeamento tardio do cordão umbilical nem sempre ocorrem com a frequência desejada ou acontecem de forma ainda tímida, insipiente.

A motivação primária desse trabalho é tornar essas práticas ações institucionalizadas, que independam de motivações e práticas individuais, uma vez que se trata de recomendações formuladas a partir de evidências científicas, de articulação fácil e simples, que demandam pouco ou nenhum investimento financeiro, com benefícios incontestáveis para o recém-nascido e sua família.

5.3 Propostas de Enfrentamento

Frente aos desafios encontrados para a efetivação da adoção das boas práticas, pretende-se, a partir do diagnóstico situacional do serviço, elaborado em conjunto com todos os envolvidos no processo assistencial:

- Identificar fatores facilitadores e dificultadores relacionados aos primeiros cuidados do RN;
- Realizar a capacitação dos profissionais para a utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Elaborar de forma conjunta um protocolo de cuidados ao RN na primeira hora de vida;
- Implantar o protocolo de teste rápido de HIV e sífilis no momento da admissão da gestante a fim de evitar o adiamento do aleitamento precoce a ser realizado no primeiro atendimento pelos enfermeiros obstétricos.

5.4 Ações Implementadas

Intervenção 1: Apresentação do Projeto de Formação-Intervenção para a Gestão (Diretoria de Atenção e Gerência da Maternidade e Neonatologia).

A proposta para discussão e elaboração do Protocolo Multidisciplinar - Cuidados ao Recém-Nascido na primeira hora de vida aconteceu em 06/03/17 e contou com a participação dos gestores da Maternidade e Neonatologia, especializadas e representantes dos setores. A pauta que foi discutida consta nos anexos (Anexo 2).

Intervenção 2: Organização do questionário respondido pela equipe de enfermagem com o objetivo de identificar as potencialidades e fragilidades para a adoção das boas práticas.

A fim de elencar os fatores facilitadores e dificultadores relacionados à implementação dos “Cuidados na primeira hora de vida do Recém-Nascido”, foi solicitado à equipe o preenchimento de um questionário semiestruturado contendo duas questões abertas sobre o tema proposto. As perguntas foram elaboradas da seguinte forma: “Cite 2 fatores facilitadores e 2 fatores dificultadores para a realização de boas práticas na primeira hora de vida do recém-nascido”.

Os resultados obtidos a partir dos questionários aplicados aos 30 colaboradores dentre eles técnicos de enfermagem, enfermeiros generalistas, enfermeiros obstétricos, pediatras e obstetras estão listados nas tabelas em anexo (ANEXO 3) e estão discutidos abaixo:

Observa-se a partir da análise das tabelas 1 e 2 que cerca de 23% dos questionários preenchidos pelos colaboradores ressaltaram fatores facilitadores, como: aceitação da gravidez pela gestante/familiares, vínculo entre mãe e bebê, conhecimento da gestante sobre o processo de parto e puerpério, histórico social e RN em boas condições.

Em relação ao processo de trabalho, verificou-se que aproximadamente 10% dos questionários aplicados evidenciaram a importância do(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) no plantão como agente transformador da prática vigente. Ademais, cerca de 40% apontam o conhecimento sobre o tema, incluindo os benefícios para o binômio, como um fator importante para que se operacionalizem tais práticas no serviço. Por fim, em concordância com as recomendações, 10% dos questionários apontam a presença do acompanhante como facilitador das boas práticas no parto e nascimento.

Em 47% dos questionários, a estrutura física deficitária, associada a equipamentos em mau estado de conservação foram fatores relatados que podem dificultar as boas práticas no cotidiano. Quanto ao binômio, 50% das respostas apontaram como fatores dificultadores a instabilidade hemodinâmica da puérpera, RN com necessidade de intervenções precoces, gravidez não

planejada/desejada, pouco conhecimento da gestante sobre o processo de parto, estrutura familiar prejudicada e ausência de realização de pré-natal. Em relação ao processo de trabalho, aproximadamente 61% abordaram fatores, como a dificuldade em adaptar o perfil profissional à nova realidade: equipe com foco na agilidade dos procedimentos em detrimento dos cuidados e orientações; pediatras que trabalham na ótica do "bebê patológico", pois a maioria deles tem formação em neonatologia e terapia intensiva; tarefas de enfermagem historicamente realizadas em série e a percepção da equipe de que a realização das boas práticas anula o "fazer" da enfermagem. Por fim, em 4% dos questionários foram apontadas dificuldades relacionadas aos setores de apoio, dentre elas o laboratório para a liberação do teste rápido em tempo hábil para garantir o início precoce da amamentação. .

Intervenção 3: Capacitação através de rodas de conversa com a equipe de enfermagem.

Foram utilizadas rodas de conversa como estratégia de intervenção por possibilitarem diálogo e troca de saberes entre os membros da equipe, além de promover um processo de horizontalização das relações de trabalho. Essa ferramenta tona a gestão acessível e a voz dos membros da equipe que atuam na etapa operacional audível. O resultado almejado é a abertura para o pensamento crítico e reflexivo, além da construção conjunta de novas possibilidades que impactem diretamente no desempenho das práticas, uma vez que os atores são colocados como condutores da ação (SAMPAIO et al, 2014).

A linha temática da roda de conversa foi "Cuidados na primeira hora de vida do Recém-Nascido", conforme recomendação das Boas Práticas. As reuniões ocorreram em horário de serviço nas seguintes datas: 17, 22, 23, 27, 29 e 31/03, e em 03,04 e 6/04/2017 nos períodos diurno e noturno com duração de aproximadamente 30 minutos. Foi levantado do grupo o saber de cada um e complementado pelo interlocutor o saber científico com a fundamentação de cada ação proposta com base nas recomendações atuais. Tal ação objetivou aproximar e inserir a equipe na construção do Protocolo Multidisciplinar intitulado "ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA 1ª HORA DE VIDA - APRIMORAMENTO DAS BOAS PRÁTICAS". Nas reuniões, foi percebida

maior adesão e interesse pela maioria dos profissionais da equipe de enfermagem no que diz respeito aos temas "contato pele a pele" e "amamentação", respectivamente. O tema "clampeamento de cordão", por sua vez, foi mais relacionado à conduta médica do que da enfermagem. A equipe levantou situações vivenciadas que enriqueceram a discussão das boas práticas e bem-estar do binômio. Foram apontadas várias propostas de melhoria no processo de trabalho, que vieram de encontro com as propostas pretendidas pelo grupo responsável pela construção do protocolo e contribuíram diretamente para a visão do processo de trabalho atual e de quais ações poderiam ter respostas imediatas e positivas com visibilidade de implantação e adesão por todos da equipe. Por meio destas propostas, foi possível perceber que a equipe se mostrou mais receptiva às mudanças, pois estavam se sentindo parte integrante e atuante na construção do modelo a ser seguido no serviço.

Dentre as ações sugeridas, foram apontados:

- Instituir o teste rápido de HIV no B.O., a fim de iniciar o aleitamento materno na primeira hora de vida. Um dos obstáculos identificados em relação ao aleitamento na primeira hora de vida é a ausência da sorologia anti-HIV. A viabilização do teste rápido poderia resolver essa questão, entretanto, atualmente a coleta do material para análise é realizada por funcionários do laboratório e o resultado depende de um processo de trabalho que envolve outros setores, o que resulta em demora excessiva na liberação dos testes com conseqüente adiamento do início do aleitamento materno. Com base nesse apontamento realizado pelo grupo de trabalhadores iniciou-se uma mobilização para a efetiva implantação da testagem no Bloco Obstétrico tanto para o início precoce da amamentação quanto para o seguimento das diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde para a testagem rápida para HIV e Sífilis na Admissão das Gestantes no HMOB.
- Atentar para as ações humanizadoras durante a primeira hora de vida. Ex: Oferecer alimentação para a mãe, deixar o RN no colo da mãe quando houver sutura de lacerações;

- Manter o acompanhante na Sala de Cesárea para facilitar o posicionamento do RN;
- Definir plano contingente nas situações de superlotações, com pactuação com a Maternidade – Alojamento Conjunto para maior agilidade na admissão do binômio;
- Definir critérios de inclusão e exclusão dos RN a serem colocados em pele a pele com a mãe e amamentados na primeira hora de vida para a equipe de enfermagem.

5.5 Dificuldades encontradas

Com relação aos percalços encontrados destaca-se a pouca adesão da equipe de pediatria às reuniões iniciais para discussão das questões relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento com enfoque nos primeiros cuidados com o recém-nascido. A ideia inicial seria a realização de uma reunião para a apresentação do projeto aos gerentes, e a partir de então iniciar a construção conjunta do Protocolo Multiprofissional de Primeiros Cuidados ao Recém-Nascido. Como estratégia diante da pouca adesão da equipe de pediatria, optou-se por realizar reuniões direcionadas à essa categoria.

Além disso, foram observadas dificuldades com relação às mudanças no processo de trabalho, principalmente no que se refere a resistência de alguns profissionais em aderir às boas práticas. Esse sem dúvida está sendo o maior dos desafios, uma vez que parte do princípio de mudança de modelo de atendimento requer mobilização dos profissionais no sentido de entender a importância do “não fazer”.

5.6 Perspectivas Futuras

Diante do exposto percebe-se que ainda há metas a curto, médio e longo prazo a serem desenvolvidas para que os recém-nascidos sejam efetivamente cuidados dentro da ótica das boas práticas ao nascimento.

- Curto prazo: Destaca-se a importância de manter o assunto em discussão. Dessa forma incluí-lo nas reuniões de colegiado gestor, realizar clubes de revista e rodas de conversa com a equipe rotineiramente e envolver a residência no programa de capacitação.

Criar indicadores para a análise da ocorrência das boas práticas relacionadas ao RN afim de acompanhar e servir de subsídios para o planejamento de ações para a sua efetiva implementação.

- Médio prazo: Instituir o teste rápido de HIV no B.O. com o objetivo de iniciar o aleitamento materno na primeira hora de vida. Para tal, a equipe precisa ser capacitada para a realização dos testes e é necessário que seja feita uma adequação do espaço físico e organização do processo de trabalho.
- Longo prazo: Instituição efetiva do Protocolo Multidisciplinar "ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA 1ª HORA DE VIDA - APRIMORAMENTO DAS BOAS PRÁTICAS".

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.

Percebemos que o serviço avançou muito 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 ainda está muito limitada também pelo quantitativo de enfermeiros obstétricos, bem como pelo desconhecimento das equipes do pré-natal e alojamento conjunto do potencial do enfermeiro obstétrico em outras práticas educativas e de transferência do cuidado. Grande é o desafio de introduzi-lo nas consultas de pré-natal, de maneira conjunta e integrada, humanizada e holística, através das consultas multiprofissionais.

Em relação ao seu papel educador, muito se pode avançar dentro e fora das fronteiras do HMOB, expandindo sua abordagem para os serviços de saúde de nossa referência como replicador 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, percebemos uma maior interação entre as equipes, maior envolvimento dos profissionais nos processos que foram construídos em conjunto e discutidos com vários atores envolvidos, evidenciando que a metodologia adotada foi envolvente e eficaz.

Graças ao direcionamento dado pelo diagnóstico levantado da 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 e caso.

Até aqui muito caminhamos no sentido de consolidar e ampliar a atuação do enfermeiro obstétrico na nossa instituição, mas muito ainda há que fazer para que as nossas mulheres sejam atendidas de forma integral e humanizada, diretamente e indiretamente pelo enfermeiro obstétrico.

Acreditamos que nossa trajetória apenas começou. 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 podemos 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.

No que se refere a implementação das boas práticas relacionadas aos primeiros cuidados com os recém-nascidos, ações como o esclarecimento da equipe sobre os benefícios das boas práticas através de capacitação podem tornar tais condutas passíveis de realização. Ademais, atitudes simples independem de mudanças na estrutura física vigente e refletem a conscientização do grupo, não necessitando de investimentos financeiros nem mudanças bruscas no cotidiano de trabalho de outras classes profissionais além da enfermagem.

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

e/ou o papel de incentivador das boas práticas. 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. Temos um grande desafio pela frente – oferecer a eles uma assistência integral e humanizada. A semente das boas práticas já foi semeada no HMOB, resta cuidar para que ela cresça e seja frutífera.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.WHO, UNICEF, UNFPA and. **The World Bank estimates: Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. 1 Geneva 27, Switzerland; 2012.
- 2.OLIVEIRA JDG, **Atuação do Enfermeiro Obstetra na Assistência a Parturientes: Percepções do Profissional**. SANTA CRUZ- RN 2015
3. Rabelo LR, Oliveira DL. **Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar**. Rev.Esc.Enferm USP. 2010;44(1):213-20.
- 4.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.
- 5.BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha** [manual_pratico_rede_cegonha.pdf]. 2012^a.
- 6.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.
7. DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **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, Sept. 2005.Availablefrom<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>.
8. 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
9. 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.
- 10.World Health Organization. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO; 1996
- 11.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

12._____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

13.Brasil. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde.** Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos Humaniza SUS; v. 4) ISBN 978-85-334-2136-3 1. Humanização do parto. 2. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Série. III. Universidade Estadual do Ceará.

14.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

15.Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. **Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil.** Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1299-1312.

16.Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Silva PM, Walty CMRF. **A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência.** Esc. Anna Nery. 2013;17(4):713-720.

17.DUARTE, ED. Et al. **Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática.** Ver eletrônica enferm. 2010;12(3):539-46.

18.ESTEVES, T.M.B. et al. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática.** In: Rev Saúde Pública 2014; 48 (4): 697-708.

19.SILVA, C. M. et al. **Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe e filho e amamentação na sala de parto.** In: Ver Nutr., Campinas, 29 (4); 457-471., jul/ago 2016.

20.Adaptações respiratórias e circulatórias do RN In:Committee Opinion No. 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After BirthObstetrics & Gynecology: January 2017 - Volume 129 - Issue 1 - p e5–e10

21.Rolim KMC, Campos ACS, Oliveira MMC, Cardoso MVLML. **Sensibilizando a equipe de enfermagem quanto ao cuidado humanizado ao binômio mãe e filho: relato de experiência.** Rev Enferm Atual. 2004; 4(21):30-3

22.MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Brasília, 2014.

23.**Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2010. 98 p.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

ANEXOS

ANEXO 1:

Recomendações para o Clampeamento do Cordão Umbilical	
Orgão/Entidade	Recomendação
<p align="center">MINISTÉRIO DA SAÚDE</p> <p align="center">Secretaria de Atenção à Saúde Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno</p> <p align="center">Organização Pan-Americana da Saúde</p> <p align="center">Brasília - DF 2011</p> <p>Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mãe</p>	<p>O momento ideal para pinçar o cordão de todos os recém-nascidos, independentemente de sua idade gestacional, é quando a circulação do cordão umbilical cessou, o cordão está achatado e sem pulso (aproximadamente 3 minutos ou mais depois do nascimento).</p>
<p align="center">Ministério da Saúde</p> <p align="center">Secretaria de Atenção à Saúde</p> <p align="center">2014</p>	<p>PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014 <i>Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Art. 4º Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se: II - proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato;</i></p>
<p align="center">Sociedade Brasileira de Pediatria</p> <p>Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016 Texto disponível em www.sbp.com.br/reanimacao</p>	<p>RN ≥ 34 semanas com respiração adequada e tônus muscular em flexão ao nascimento, clampear o cordão umbilical 1-3 minutos depois da sua extração completa da cavidade uterina. O neonato pode ser posicionado no abdome ou tórax materno durante esse período.²⁶ Se a circulação placentária não estiver intacta (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia ou rotura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão) ou se o RN ≥ 34 semanas não inicia a respiração ou não mostra tônus muscular em flexão, recomenda-se o clampeamento imediato do cordão.</p>
<p align="center">Organização Mundial da Saúde</p> <p align="center">O CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL REDUZ A ANEMIA INFANTIL</p> <p align="center">RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARI</p>	<p>O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido.</p> <p>O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) continua sendo recomendado para reduzir a anemia infantil, dando início simultaneamente aos cuidados essenciais ao recém-nascido. O clampeamento precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) somente é recomendado no caso de um neonato estar asfixiando e precisar ser</p>

<p align="center">WHO. 2012.</p>	<p>encaminhado imediatamente para reanimação. O clampeamento tardio do cordão umbilical é recomendado especialmente para partos prematuros e até mesmo para bebês nascidos de mulheres soropositivas.</p>
<p align="center">PROTOCOLO HEMORRAGIA PUERPERAL</p> <p align="center">Belo Horizonte 2016</p>	<p>Clampar o cordão umbilical 1 a 3 minutos após o desprendimento fetal.</p>
<p>Assistência ao Parto e Nascimento Diretrizes para o cuidado multidisciplinar</p> <p align="center">Belo Horizonte 2015</p>	<p>O clampeamento do cordão umbilical seja realizado em tempo oportuno, ou seja, entre 60 segundos e 3 minutos após o nascimento. A laqueadura do cordão deverá ser imediata apenas nas gestantes HIV, HTLV e HBsAg positivas com o objetivo de reduzir a transmissão vertical e nas isoimunizadas pelo fator Rh com o objetivo de reduzir a passagem de anticorpos anti-Rh da classe IgG. É importante, neste momento, incentivar a participação do acompanhante, oferecendo que ele corte o cordão umbilical;</p>
<p align="center"><i>American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)</i></p>	<p>Adiar o clampeamento do cordão umbilical por 30 a 60 segundos.</p> <p>Para os bebês nascidos a termo, o clampeamento tardio melhora as reservas de ferro nos primeiros meses, o que pode ajudar o desenvolvimento, escrevem os autores. Baixos níveis de ferro, relacionados com diminuição da capacidade cognitiva, motora e comportamental, são mais prevalentes nos países de baixa renda, mas são comuns nos países de alta renda, com índices que variam de 5% a 25%. O clampeamento tardio também aumenta os níveis de hemoglobina no nascimento.</p> <p>No entanto, nas crianças nascidas a termo que tiveram clampeamento tardio, há um ligeiro aumento da incidência de icterícia com indicação de fototerapia, de modo que os médicos que utilizam esta técnica devem ter instrumentos disponíveis para detectar e tratar este quadro.</p> <p>Entre os prematuros, o adiamento melhora a circulação, aumenta o volume de eritrócitos e reduz a necessidade de transfusões de sangue. O adiamento também resulta em menor incidência de enterocolite necrotizante e hemorragia intraventricular, de acordo com as diretrizes.</p>
<p align="center">CONITEC, 2016</p>	<p>Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.</p>

ANEXO 2:

Proposta para discussão e elaboração do Protocolo Multidisciplinar - Cuidados ao Recém-Nascido na primeira hora de vida. Tal documento será a base do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) das Enfermeiras lotadas na GAMU e GNEO do HOB - Assistência ao Recém-nascido na 1ª hora de vida numa Maternidade Municipal de Belo Horizonte - Aprimoramento das Boas Práticas.

Algumas questões para reflexão relacionadas à interação mãe-filho, ao aleitamento materno às intervenções de rotina no recém-nascido logo após o nascimento.

- ✓ Quais métodos são efetivos para encorajar o apego mãe-filho em ambiente de parto?
- ✓ Quais os efeitos do contato pele a pele imediato logo após o parto?
- ✓ Quais os efeitos da amamentação imediata em ambiente de parto?
- ✓ Em que tempo logo após o parto a amamentação é mais efetiva?
- ✓ Quais intervenções são efetivas para promover a amamentação imediatamente após o parto?
- ✓ Qual o momento mais apropriado para clampeamento do cordão umbilical?
- ✓ Qual posição, em relação à mãe, o recém-nascido deve permanecer até o pinçamento do cordão umbilical, para favorecer a transfusão placentária?
- ✓ Qual a efetividade da aspiração nasofaringeana e sondagem gástrica e retal de rotina do recém-nascido no pós-parto imediato?
- ✓ A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser feita de rotina?
- ✓ Qual o momento ideal para realização da profilaxia da oftalmia neonatal?
- ✓ Quais intervenções são mais apropriadas para a realização da profilaxia da oftalmia neonatal?
- ✓ A profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido deve ser feita de rotina?
- ✓ Qual o momento ideal para realização da profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido?
- ✓ Quais intervenções são mais apropriadas para a profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido?
- ✓ Vacina da Hepatite B?
- ✓ Banho?

Conforme Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal publicada em Janeiro de 2016 temos de forma resumida:

Recomendações sobre aleitamento materno e interação mãe-bebê logo após o parto

As evidências analisadas demonstram que o contato pele-a-pele com início precoce da amamentação na primeira hora após o parto favorece uma maior relação mãe e filho e maior duração da amamentação materna.

Estimular as mulheres a ter contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento.

Cobrir a criança com um campo **ou toalha morna** para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele.

Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho **a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher**, ou seja, realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.

Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.

Registrar **a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso** imediatamente **após** a primeira hora de vida.

Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência.

Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento.

Recomendações em relação ao clameamento do cordão

Realizar o clameamento do cordão umbilical **entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação**, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.

Recomendações em relação à aspiração nasofaringeana e sondagem gástrica e retal de rotina em recém-nascidos saudáveis

Não se recomenda a aspiração orofaringeana e nem nasofaringeana sistemática do recém-nascido saudável.

Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.

Recomendações sobre profilaxia da oftalmia neonatal

A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido.

O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até **4 horas após o nascimento**.

Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina.

Recomendações em relação à profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido

Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica. A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade. **Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses.**

Considerando a PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014 que *Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS)* temos no Art. 4º:

Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

II - proceder ao clameamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clameamento deve ser imediato;

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras

medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos;

A fim de normatizar o atendimento ao RN logo após o nascimento de acordo com as recomendações descritas acima propomos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Clampagem do cordão

Proceder ao **clampeamento do cordão** umbilical depois de cessadas suas pulsações (aproximadamente 1 a 3 minutos), **exceto nos casos em que o RN necessite de Manobras de Reanimação e/ou de mães isoimunizadas ou HIV /HTLV positivas. Nesses casos o clampeamento deve ser imediato.** Realizar a laqueadura do cordão umbilical, fixar o clamp ou a “borrachinha” à distância de 2 a 3cm do anel umbilical no colo da mãe - realizar a passagem da “borrachinha ou mesmo a colocação do clamp com o RN ainda no colo da mãe de forma a evitar interromper o contato pele a pele. Incentivar a participação do acompanhante nesse momento oferecendo a ele a possibilidade de seccionar o cordão umbilical garantindo que não haja contaminação do instrumental.

Contato pele a pele

“Quando crianças a termo são colocadas pele a pele com suas mães, no seu abdome, tórax ou em seus braços, elas muito raramente choram durante os primeiros noventa minutos de vida”.
Klaus e Klaus

Manter o RN sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em RNs a termo com respiração espontânea e que não necessitam de ventilação, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. O recém-nascido poderá ficar no colo do acompanhante em casos de realização de procedimentos dolorosos na mãe como, por exemplo, suturas de lacerações e deve retornar para o contato após o término. Na Cesárea o recém-nascido com boa vitalidade sem necessidade de manobras de reanimação poderá ser colocado no contato pele a pele posicionado pelo pediatra e acompanhado pelo técnico de enfermagem.

Amamentação

“A Organização Mundial da Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna.”

Realizar o aleitamento precoce para promoção do contato mãe-bebê imediato após o parto, evitando intervenções desnecessárias que interferem nessa interação nas primeiras horas de vida. Deve ser estimulado o contato pele a pele e o **aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivos.**

Identificação do RN

Identificar o RN com pulseira contendo o nome da mãe, número de prontuário, data de nascimento, sexo e hora. **Não é necessário o registro do peso na pulseira de identificação.**

Procedimentos a serem realizados APÓS a primeira hora de vida:

Realizar os procedimentos de rotina do recém-nascido após a primeira hora de vida na presença da mãe e explicar a indicação de cada um deles de forma que elas entendam.

Realizar o “Credé” para prevenção da oftalmia gonocócica. A profilaxia deve ser realizada após a primeira hora do nascimento, tanto no parto vaginal quanto cesáreo, uso do PVPI 2,5% colírio.

Administrar vitamina K para prevenção do sangramento, 1mg de vitamina K por via intramuscular ao nascimento.

Administração da vacina contra Hepatite B quando indicada deve ser feita após a primeira hora de vida e no máximo em 12 horas após o nascimento.

Realizar antropometria, **incluindo peso**, comprimento e os perímetros cefálico, torácico e abdominal.

Colocação de roupas no recém-nascido devera ser feita somente depois da primeira hora.

Banho somente será dado se orientação do pediatra nos seguintes casos: mãe HIV +, mecônio e fezes maternas.

Referências:

Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 381p. Disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf (acesso em 08/10/2016)

PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014 *Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS).*Secretaria de Atenção à Saúde Ministério da Saúde

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas)

ANEXO 3:

Tabela 1. Fatores facilitadores para a realização das boas práticas após o nascimento.

Belo Horizonte, 2017.

Relacionados ao espaço físico e equipamentos	<u>n</u>	<u>%</u>
Espaço físico adequado	1	3,3
Equipamentos seguros para manter as mulheres em tempo integral	5	16,6
Relacionados ao binômio		
Vínculo entre mãe e filho	2	6,6
Aceitação da mãe	2	6,6
Mãe tranquila	1	3,3
RN em boas condições	2	6,6
Presença do acompanhante	3	10,0
Relacionados à organização do plantão e aos processos de trabalho		
Plantão organizado	2	6,6
Plantão tranquilo	1	3,3
Equipe completa	3	10,0
Interação entre as equipes	4	13,3
Treinamentos sobre o tema	2	6,6
Agilidade na liberação dos leitos na Maternidade	1	3,3
Equipe orientada quanto ao procedimento	10	33,3
Simplificação da identificação do RN	1	3,3
Presença do (a) Enfermeiro (a) Obstetra	2	6,6
Não respondeu	1	3,3

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Tabela 2. Fatores dificultadores para a realização das boas práticas após nascimento.

Belo Horizonte, 2017.

Relacionados ao espaço físico e equipamentos	n	%
Estrutura física inadequada	13	43,3
Falta de maca ou macas em condições ruins	1	3,3
Relacionados ao binômio		
Mãe pouco orientada	3	10,0
Mãe em estado grave	3	10,0
Mãe que não aceita o bebê	5	16,6
RN em condições ruins ao nascimento	4	13,3
Relacionados à organização do plantão e aos processos de trabalho		
Demanda aumentada/superlotação/plantão tumultuado	17	56,6
Demora na liberação de leitos pela Maternidade/cooperação da equipe da maternidade	3	10,0
Falta de vagas na Maternidade	1	3,3
“Pressa” por parte dos pediatras	2	6,6
“Pressa” para realização da rotina de admissão pela enfermagem	3	10,0
Demora para realização de exames (teste rápido de HIV)	1	3,3
Temperatura da Sala de Parto/ar condicionado	2	6,6
Estresse da equipe	1	3,3
Falta de cooperação entre as equipes	1	3,3
Passagem de plantão	1	3,3
Realização de procedimentos ginecológicos	3	10
Partos simultâneos	1	3,3
Equipe incompleta/falta de funcionários	2	6,6

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Anexo 4

Fotos das “Rodas de Conversa com a equipe de enfermagem sobre as Boas Práticas ao Nascimento com destaque nos primeiros cuidados com os recém nascidos”





Fonte: FOTOS AUTORIZADAS. BO-HMOB/2017.