

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA- REDE
CEGONHA**

FRANCISCA MARIA DA SILVA FREITAS

**IMPLANTAÇÃO DA VISITA PROGRAMADA À MATERNIDADE:
CONHECIMENTO E VINCULAÇÃO DA GESTANTE À MATERNIDADE
CARMOSINA, EM CAXIAS-MA.**

**SÃO LUÍS-MA
2015**

FRANCISCA MARIA DA SILVA FREITAS

**IMPLANTAÇÃO DA VISITA PROGRAMADA À MATERNIDADE:
CONHECIMENTO E VINCULAÇÃO DA GESTANTE À MATERNIDADE
CARMOSINA, EM CAXIAS-MA.**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica- Rede Cegonha, da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Waldeney Costa Araújo Wadie

SÃO LUÍS-MA
2015

Freitas Francisca Maria da Silva

Implantação da Visita Programada à Maternidade: Conhecimento e Vinculação da Gestante à Maternidade Carmosina, em Caxias-MA. 2015.

F

Orientadora: Waldeney Costa Araújo Wadie

FRANCISCA MARIA DA SILVA FREITAS

**IMPLANTAÇÃO DA VISITA PROGRAMADA À MATERNIDADE:
CONHECIMENTO E VINCULAÇÃO DA GESTANTE À
MATERNIDADE CARMOSINA, EM CAXIAS-MA.**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica- Rede Cegonha, da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do Título de Especialista.

APROVADO EM: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Waldeney Costa Araújo Wadie
(orientadora)

2º Examinador

3º Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, pelo amor incondicional e por ter me dado forças para concluir essa especialização.

A meu esposo, José Rodrigues, pela paciência, apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

As minhas filhas Maria Gabriela, Mariana e Vitória, pelos finais de semanas de ausência para assistir as aulas do curso.

A minha mãe, Irací, pela educação e incentivo para sempre ir em busca do conhecimento e qualificação profissional.

RESUMO

OBJETIVO: Estabelecer a Visita Programada da Gestante à Maternidade Carmosina Coutinho promovendo vinculação e conhecimentos. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, versa sobre a Visita como estratégia de aprendizagem e vinculação da gestante à maternidade através da articulação desta instituição com a Atenção Primária à Saúde (APS). Foi utilizado um roteiro pré-estabelecido para o momento da visita assim como rodas de conversa. A amostra foi constituída por as gestantes no terceiro trimestre de gravidez, acompanhadas pela Atenção Básica do Município de Caxias. **RESULTADOS:** A primeira visita foi realizada em setembro, com um grupo de 13 gestantes da Unidade dos Caldeirões, foi seguido um roteiro pré-estabelecido para o conhecimento das unidades. O registro da atividade foi realizado através de fotos e da frequência das participantes, não houve registro no cartão da gestante. Fazendo uma análise preliminar, observou-se que a visita foi muito proveitosa, com a participação ativa das gestantes. O centro obstétrico foi o ambiente de maior interesse delas, provavelmente por ser o local onde ocorre o parto, houve troca de experiências entre elas, permitindo a desconstrução negativa deste momento. Das gestantes que participaram da visita apenas uma, até o momento, entrou em trabalho de parto, com evolução natural e sem intercorrências, estava segura e informada com relação ao que estava acontecendo com ela. **CONCLUSÃO:** A vinculação contribui para desmitificar o medo do desconhecido, as dúvidas relacionadas a admissão na maternidade, quando procurar o serviço, fortalecendo o vínculo entre atores envolvidos.

Palavras-chave: Vinculação. Educação e Saúde. Rede de cuidados de atenção a saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish a Scheduled Visit the Pregnant Maternity Carmosina Coutinho promoting linkage and knowledge. **METHOD:** This is a study with qualitative approach, deals with the visit as a learning strategy and pregnant woman's maternity linking through the articulation of this institution with the Primary Health Care (PHC). A pre-established route for the time of the visit as well as conversation circles will be used. The sample consisted of pregnant women in the third trimester of pregnancy, accompanied by the Primary Care of the Municipality of Caxias. **RESULTS:** The first visit took place in September with a group of 13 pregnant women from Unity cauldrons, was followed a pre-established script for knowledge of the units. The record of the activity was carried out through photos and frequency of participants, there was no record in the pregnant woman's card. Making a preliminary analysis, it was observed that the visit was very fruitful, with the active participation of pregnant women. The delivery room was the environment of most interest them, probably for being the place where the birth takes place, there was an exchange of experiences among them, allowing the negative deconstruction of this moment. Of the pregnant women who participated in the visit only one, so far, she went into labor with natural evolution and uneventful, was safe and informed about what was happening to her. **CONCLUSION:** Linking helps to demystify the fear of the unknown, the doubts related to admission in the maternity ward when seeking the service, strengthening the bond between stakeholders.

Keywords: Linking. Education and Health. Network health care attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCON – Alojamento Conjunto

APS – Atenção Primária à Saúde

BLH – Banco de Leite Humano

CRAS – Centro de Referências de Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PPP – Pré-Parto, Parto e Pós-Parto

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RC – Rede Cegonha

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascido Vivo

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	11
3 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	12
4 JUSTIFICATIVA	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6 PÚBLICO ALVO	18
7 OBJETIVOS	18
7.1 Geral	18
7.2 Específicos	18
8 METAS	18
9 METODOLOGIA	19
10 RESULTADOS PRELIMINARES	19
11 INSTITUIÇÕES APOIADORAS	20
12 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	20
13 RECURSOS	21
13.1 Recursos Humanos	21
13.2 Recursos Materiais	21
14 CRONOGRAMA	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICES	25

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são eventos que determinam a vida da mulher, podendo ter desfechos positivos ou negativos, resultante, entre outros fatores, das orientações e cuidados recebidos neste período (AIRES et al., 2015). E apresentam diversos acontecimentos de ordem biopsicossociais que necessitam de um atendimento especializado e qualificado que assegure uma assistência segura à gestante e sua família durante o parto e nascimento (FRANCISQUINI et. al., 2010).

Desde o início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde, tem proposto a readequação de tecnologias para o parto e nascimento, baseado em evidências científicas que contrariam as práticas adotadas no modelo médico de atenção (COSTA; OLIVEIRA; LIMA 2010). Caracterizado por intervenções desnecessárias, que causam sofrimento à mulher e podem contribuir para o aumento da taxas de morbimortalidade materna e infantil (DINIZ, 2005). Considerando a importância de um modelo de atenção com enfoque na assistência humanizada, atitudes que visem a promoção do parto, o nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal precisam ser adotadas para melhorar à atenção à saúde materna e infantil nos serviços de saúde.

A assistência pré-natal segundo recomendações do Ministério da Saúde deve ocorrer através do agrupamento de condutas acolhedoras, da prática de ações educativas e preventivas, com o mínimo de intervenções desnecessárias, da identificação precoce de patologias e de situações de risco e vulnerabilidade na gestação; bem como, facilidade de acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 2006). A mulher precisa ir em busca da completa liberdade de decidir sobre seu corpo, deve interagir com a equipe envolvida na assistência e tomar decisões que impliquem no seu bem-estar.

Outro ponto primordial que deve ser garantido na atenção pré-natal, é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local onde será realizado o parto. A gestante deve ser informada pela a equipe sobre o processo natural do parto, proporcionando um elo de comunicação através do vínculo entre as gestantes e seus acompanhantes com a equipe técnica da maternidade.

Como proposta de ampliação de acesso e melhoria da atenção à assistência da mulher e da criança, o Ministério da Saúde em 2011, instituiu através da Portaria nº 1.459, a Rede Cegonha, tendo como uma das ações a garantia à vinculação da gestante à maternidade de referência, fundamentadas pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2011).

Baseada em experiência profissional na área de saúde da mulher, mais especificamente na maternidade Carmosina Coutinho, percebe-se que a gestante, durante o período de internação para o parto, expressa muitas dúvidas sobre a gestação, parto e puerpério que poderiam ter sido esclarecidas no pré-natal.

A vinculação oferece um espaço de construção de saberes, desmistificação da imagem negativa do parto influenciado por outros, medo do desconhecido, anseios, e dúvidas pertinentes a admissão no pré-parto, parto e puerpério durante o período de permanência da mulher na maternidade. Na visita, a usuária terá a oportunidade de conhecer a instituição antes do parto, obter informações sobre documentação que deve ser levada para a maternidade; sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor, amamentação, e cuidados com o recém-nascidos.

Com base no exposto, propõe-se neste projeto, instituir a visita programada das gestantes e de seu acompanhante, no terceiro trimestre de gestação. Esta proposta de intervenção, favorece a articulação entre os pontos de atenção à saúde, da linha de cuidado entre a atenção básica, com o acompanhamento pré-natal, com as maternidades (atenção terciária) assegurando o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade onde ocorrerá o parto e o atendimento nos casos de intercorrências.

Durante a visita, a gestante deverá ser orientada e preparada para o momento do parto, minimizando o medo e a tensão. Serão organizados um roteiro e um fluxo de rotina para a realização desta prática na instituição, garantindo de forma efetiva a continuidade da ação.

Compreende-se ser relevante o projeto por melhorar e humanizar a atenção hospitalar, no sentido de fornecer subsídios para a construção de uma assistência centrada na mulher, possibilitando vivenciar a experiência do parto como um evento fisiológico, e consequentemente possibilitando a redução da mortalidade materno infantil do município.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O projeto de intervenção em questão propõe à articulação com à Atenção Primária à Saúde com o intuito de acolher a mulher ainda na sua gestação para mostrar a maternidade de referência, oferecendo todas as informações e orientações pertinentes, com a finalidade de reduzir dúvidas e medos com relação ao momento do parto. Observa-se que a gestante, durante o período de internação para o parto, expressa muitas dúvidas sobre o trabalho de parto que poderiam ter sido esclarecidas no pré-natal.

Ações como a visita prévia à maternidade e as orientações sobre o local do parto objetivam vincular a gestante aos serviços de atenção ao parto no território e evitar a peregrinação anteparto. A pesquisa Nascer no Brasil, indicou que a peregrinação para o parto e a falta de referência para gestação de alto risco foram fortes fatores associados aos óbitos neonatais (LANSKY et al., 2014). O estudo de Barreto (2013) mostrou que de 8.164 mulheres estudadas, 56,1% não foram orientadas no pré-natal sobre o local de parto, 31,2% não realizaram o parto na maternidade de referência devido a distância e 9,4% apenas realizaram o parto na maternidade vinculada.

A visita à maternidade é uma medida estratégica para apoiar as parturientes durante a gravidez, permitindo que a mulher se sinta segura e fortalecida para o momento do parto, organiza à rede de atenção, assegurando o fim da peregrinação, e proporcionando elementos para confirmar esta vinculação, definindo a escolha do local do parto. Durante a visita à maternidade, as gestantes e seus acompanhantes deverão receber da equipe multiprofissional informações sobre as rotinas da maternidade, bem como o conhecimento dos espaços, como: pré-parto/centro obstétrico, alojamento Conjunto, Banco de Leite Humano (BLH), dentre outros. Na visita, a gestante tem contato com os métodos não farmacológicos de alívio da dor e têm a oportunidade de observar a ambiência e como de fato decorre e é abordado o trabalho de parto (BRASIL, 2014).

3 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O cenário desta intervenção é o município de Caxias, situado a 374 km da capital maranhense, São Luís, com população estimada para 2015 de 161.137 habitantes e com área geográfica de 5.196,771 km², segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este projeto de intervenção será implantado na Maternidade Carmosina Coutinho, localizada na Avenida Walter Brito, s/n, Bairro Campo de Belém, referência em atendimento as gestantes de risco habitual e de alto risco para Caxias e macrorregião. A macrorregião Caxias é composta por 07 municípios: Afonso Cunha, Aldeias Altas, Caxias, Buriti, Coelho Neto, São João do Sóter e Duque Bacelar. A população do município conta com 79% de cobertura em atenção básica, 42 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 314 Agentes Comunitários de Saúde.

A Maternidade dispõe de um pré-parto com 10 leitos, individualizados por cortina, 02 camas PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e as demais camas tradicionais, com banheiro único e compartilhado para todo ambiente do pré-parto, dispõe ainda de 02 salas de parto e 02 salas de cirurgias, mais Ambulatório da Alto de Risco, Banco de Leite Humano (BLH), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e alojamento Conjunto (ALCON) com 50 leitos.

4 JUSTIFICATIVA

A mortalidade materna é uma preocupação mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008 estimou que 358.000 mulheres no mundo viessem a óbito durante a gravidez, parto ou puerpério (BITTENCOURT, 2013). Para enfrentar o desafio de promover a maternidade segura, o governo brasileiro lançou um Pacto Nacional Para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004, com o objetivo de atingir a Meta do Milênio 5, de redução em três quartos da Razão de Mortalidade Materna (RMM) até 2015. Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil registrou uma queda de 43% na proporção de mortes de mulheres vítimas de complicações durante a gravidez ou do parto entre 1990 e 2013, em linha com a redução da mortalidade materna no mundo. As projeções mundiais desde 2011 indicavam que o Brasil, mantendo o ritmo de redução estabelecido, não alcançaria a meta proposta pelos Objetivos do Milênio (ODM) de redução da mortalidade. O que representaria, um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). Apesar da queda, tem-se um grande desafio pela frente na melhoria da assistência prestada à mulher e consequentemente redução nos indicadores de mortalidade materna e infantil.

Nesse sentido, preveem-se ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, expressas nas seguintes ações: vinculação da gestante à unidade de referência, fundamentadas pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007; desenvolvimento de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, com destaque para o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, dentre outras ações inseridas nos componentes estruturantes da Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde (MS), instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez; ao parto e ao puerpério; bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudável.

O interesse pela temática surgiu após a vivência profissional como enfermeira e coordenadora do centro obstétrico da maternidade Carmosina Coutinho onde foi observado os sentimentos apresentados pelas parturientes em relação às dúvidas, medos e ansiedades no momento do parto, referindo por vezes questionamentos e apresentando complicações que poderiam ter sido evitadas se tivessem realizado um bom pré-natal, oportunidade de conhecer

o serviço de referência para o parto com instruções pertinentes em relação ao trabalho de parto, parto e nascimento. Desta forma, e para garantir o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e onde será atendida nos casos de intercorrências no pré-natal optei por realizar o presente estudo no intuito de minimizar tais problemas, bem como promover a articulação entre as redes de atenção à saúde, tendo à Atenção Primária à Saúde como eixo articulador com as demais redes.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A atenção à saúde da mulher no Brasil, especialmente a atenção à gestação, ao parto e nascimento, faz parte da agenda das políticas de saúde desde a década de 1990. Na atualidade os organismos de saúde nacionais e internacionais preconizam um modelo de atenção ao parto e nascimento, que se caracteriza por práticas que oferecem às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos o cuidado integral e de qualidade, ou seja, que assegure à mulher o acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e seus familiares como protagonistas neste cenário, e não como expectadores (DINIZ, 2005).

Historicamente o parto é um evento fisiológico. Durante todo o século XIX deu-se continuidade à assistência ao parto cuidado por parteiras, em ambiente domiciliar, e cercado pelo apoio físico e emocional oferecido pela família. Com as justificativas de redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil no início do século XX, o parto deixou de ser um momento único vivenciado pela mulher e se tornou um evento hospitalar, medicalizado e com o forte predomínio de intervenções desnecessárias, passando a ser vivenciado nas instituições de saúde, com vários atores conduzindo o processo de parturição (MOURA et al., 2007). No entanto, as parteiras continuaram a realizar seu trabalho, desta vez, sob os ditames médicos (BRASIL, 2001).

Neste processo, o parto passa a ser visto pela mulher como um momento de intensa dor e de desgaste emocional. Esse turbilhão de sentimentos impedem a evolução fisiológica do parto normal, o que leva a utilização de práticas que poderiam ser evitadas, e quando em excesso contribuem para a elevação das taxas de cesáreo e para morbimortalidade materna e perinatal (MOURA et al., 2007).

De acordo com a estatística disponível sobre a condição de nascimento e a situação de morbimortalidade materna no Brasil, houve uma elevação no número de cesarianas em todas as regiões do país entre 2000 e 2012, sendo que o nordeste apresentou uma curva de crescimento maior, passando de 25% a 48% de cesarianas no mesmo período. Dados mais recentes do município de Caxias, colhidos junto à Vigilância Epidemiológica, a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), evidenciam esta tendência, entre os anos de 2006 a 2014, se manteve esta crescente elevação, de 27,54% para 49,67%. Entretanto, a recomendação da Organização Mundial da Saúde é de 15% no máximo de cesarianas (BRASIL, 2014). Nesta mesma pesquisa, avaliando à atenção à saúde materna no

tocante à atenção pré-natal, foi evidenciado pela análise do indicador número de consultas pré-natais que três em cada quatro nascimentos em 2012 as mães realizaram seis ou mais consultas, o número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). No entanto este indicador não é apto para uma avaliação completa do pré-natal (BRASIL, 2014). Trazendo para a realidade local, o último relatório pré-natal acessado no SISWEB (01/01 a 06/10/2015), observou-se que apenas 7,35% das gestantes cadastradas tinham 6 ou mais consultas pré-natais, apontando falhas na atenção.

O Ministério da Saúde tem empenhado esforços na diminuição das taxas de cesarianas no Brasil, desenvolvendo ações voltadas à redução de cesarianas desnecessárias. Para isso, vem incentivando a prática do parto normal através da qualificação de profissionais em relação à necessidade de mudança de práticas e humanização da assistência. Outra foco de atuação para o incentivo à redução das cesarianas, foi a proposta do Ministério da Saúde em instituir em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para assegurar o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, pós-parto e assistência neonatal (SOUSA, 2011). E tem como princípios:

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no desenrolar da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Por diversos autores a humanização do parto e nascimento têm sido definida como o resgate do acompanhante no trabalho de parto, o respeito a fisiologia da mulher no momento do parto, a valorização da mulher na sua integridade, respeitando seus desejos e permitindo que esses acontecimentos sejam vivenciados em sua totalidade (DIAS, 2006). O manual intitulado "Assistência ao Parto Normal: um guia prático" (OMS, 1996) descreve aos profissionais médicos e enfermeiros obstetras em forma de recomendações práticas sobre o trabalho de parto e parto, o que pode ou não ser feito durante esse processo, fundamentadas nas melhores evidências disponíveis. Na busca por uma assistência que regaste a autonomia feminina no parto, aliada a uma assistência segura e humanizada na atenção, é necessário

embasamento ético, respeito as evidências científicas, às políticas públicas e sobretudo entendimento às demandas femininas. A gestante precisa participar desse momento, conhecendo a si mesma e ao seu corpo, interagindo com a equipe e podendo tomar decisões que impliquem no seu bem-estar.

O Ministério da Saúde em 2011, normatizada pela Portaria nº 1.459, instituiu a Rede Cegonha, como proposta de ampliação de acesso e melhoria da atenção à assistência da mulher e da criança, efetivação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento e acesso ao pré-natal de qualidade, através da vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto. Todas as ações desta rede estão encaixadas em quatro componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e atenção Integral à saúde da criança e Sistema Logístico (BRASIL, 2011).

Neste contexto, propõe-se um plano de intervenção que assegure a gestante o conhecimento e à vinculação a maternidade de referência, através da visita programada, com orientações sobre o trabalho de parto e parto, sinais que elas podem observar e em que momento deverão buscar a maternidade, enfatizando sobre direito ao acompanhante de livre escolha da parturiente. Esse ambiente de aprendizado e de troca experiências, aborda além da preparação para o parto, o conhecimento às instalações e a equipe que provavelmente irá recebê-la no momento da admissão. Embora garantido por lei (Lei nº 11.634 de 2007) e seja uma das diretrizes da Rede Cegonha, a visita à maternidade de referência ainda não acontecia no município de Caxias, proporcionando o ambiente hostil ao parto. Esse pontapé inicial reforça a articulação entre as Redes para a garantia de uma assistência integral à mulher.

6 PÚBLICO ALVO

Gestantes no terceiro trimestre de gravidez, preferencialmente a partir da 28ª semana gestacional acompanhada na atenção primária.

7 OBJETIVOS

7.1 Geral

Estabelecer a Visita Programada da Gestante à Maternidade promovendo vinculação e conhecimentos.

7.2 Específicos

- ✓ Promover a vinculação da gestante com a maternidade onde irá ocorrer o parto.
- ✓ Integrar a gestante com o ambiente hospitalar a partir da visita oportunizando mais segurança às gestantes através do esclarecimento de dúvidas.
- ✓ Orientar a gestante em relação à gravidez, trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como os cuidados para melhorar sua saúde.

8 METAS

- ✓ Reforçar a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Maternidade, através da vinculação em 100% das gestantes.
- ✓ Melhorar em 100% o conhecimento das gestantes sobre o trabalho de parto e parto, contribuindo com a reorganização dessa porta de entrada da atenção terciária;
- ✓ Promover a humanização da assistência materna e neonatal em 100%.

9 METODOLOGIA

A metodologia selecionada no presente projeto, de caráter qualitativo, versa sobre a Visita como estratégia de aprendizagem e vinculação da gestante à maternidade através da articulação desta instituição com a Atenção Primária à Saúde (APS). Será estabelecido um fluxo contínuo de visitas de gestantes a este serviço no período de 09 de setembro de 2015 à abril de 2016. Será utilizado um roteiro pré-estabelecido para o momento da visita assim como rodas de conversa onde serão repassadas informações sobre documentação que deve ser levada para o dia da internação, sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor, posições do parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido.

10 RESULTADOS PRELIMINARES

Inicialmente a Direção da Maternidade Carmosina Coutinho, através de memorando, solicitou a coordenadora da Atenção Primária, a vinculação e o conhecimento da gestante à maternidade, promovendo a articulação entre os vários pontos de Atenção à Saúde (APS), vale informar que apesar de algumas tentativas junto a APS ainda não foi estabelecido um fluxo contínuo de visitas de gestantes a este serviço. Durante o período de elaboração do plano, houve uma visita, agendada através do contato prévio da Enfermeira da Unidade de Saúde dos Caldeirões com a Maternidade. A Visita foi realizada em setembro, às 15:00 horas, com a participação de 13 gestantes, 01 acompanhante, e 02 assistentes sociais do CRAS que as acompanharam até a maternidade, além do enfermeiro condutor da visita, do assistente social da unidade, bem como a participação do enfermeiro obstetra de plantão. O registro desta atividade ocorreu através de fotos e assinatura da frequência, nesse primeiro encontro não houve registro no cartão da gestante. Foi seguido um roteiro pré-estabelecido para o conhecimento das unidades (APÊNDICE A).

As discussões foram surgindo a medida que elas se sentiam mais a vontade, tudo era muito novo pra elas, conhecer a maternidade e poder compartilhar suas dúvidas e anseios. O Centro Obstétrico foi o ambiente de maior interesse e curiosidade, talvez por ser o local de realização do parto, as perguntas versavam em torno do que era repassado. O ponto de maior discussão foi em relação ao momento de procurar a maternidade e quais os sinais do trabalho de parto poderiam ser percebidos por elas. Houve troca de experiências que gerou

questionamentos, como frequência de exames (toque vaginal) e insatisfação com a experiência do parto demonstrada por algumas, pelo sentimento de abandono, associada à ausência de um acompanhante no momento do parto. As percepções negativas sobre o evento do parto normal foram descritas pelas mulheres como solidão, sofrimento e abandono. Neste contexto foi trabalhado a inserção do enfermeiro obstetra, como um profissional capacitado e com um papel relevante na assistência ao parto, contribuindo para vivência desse processo pela mulher de forma menos traumática, através da valorização de experiências, orientando-as sobre a dor no trabalho de parto e sua condução, através dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. A participação do acompanhante foi de grande valia para o entendimento do seu papel neste processo. Das gestantes que participaram da visita apenas uma entrou em trabalho de parto, até agora, com evolução natural e sem intercorrências, demonstrou confiança na capacidade de lidar com as dores do parto.

Essa síntese do conhecimento produzido acerca das discussões sobre as dúvidas do trabalho de parto e parto ratifica a importância da utilização do plano de intervenção, como estratégia de vincular a gestante à maternidade referência. Esse espaço de discussão permite que a mulher se redescubra e procure superar o medo e as aflições que permeiam este momento.

11 INSTITUIÇÕES APOIADORA

O presente projeto de intervenção será apoiado pela Maternidade Carmosina Coutinho, Atenção Primária à Saúde e pela Universidade Federal do Maranhão.

12 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A visita foi um momento de experiências enriquecedoras, tanto para a mulher quanto para os profissionais envolvidos. A análise da visita revela oportunidade de conhecimento e troca de saberes a respeito do parto normal, não somente com o intuito de informar às gestantes sobre o processo do parto, mas também como forma de interação entre o profissional e a gestante, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, diminuindo assim a ansiedade delas em relação ao momento do parto. Para o registro da visita é importante incluir

o registro no cartão da gestante, para assegurar a comunicação entre a maternidade e a atenção primária, na visita inicial não foi utilizado esse recurso.

Outro ponto observado foi quanto as experiência vivenciadas e compartilhadas entre elas sobre o sentimento de medo e angústia, ratificando a importância da presença do acompanhante escolhido por elas, para oferecer o suporte emocional e físico e a construção de experiências positivas sobre o parto para as gestantes atendidas.

A avaliação ocorrerá a cada 2 meses, através do levantamento do número de gestantes vinculadas a maternidade, através de dados comparativos entre as que foram agendadas previamente pela atenção básica no referido período e as parturientes admitidas no pré-parto com registro no cartão da gestante.

13 RECURSOS

13.1 Recursos Humanos

ORDEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE
01	Intervencionista	01
02	Professor orientador	01
03	Banca examinadora	02
04	Digitador	01
05	Encadernador	01
06	Enfermeiro para conduzir a visita	01

13.2 Recursos materiais

ORDEM	QUAT.	TIPO	ESPECIFICAÇÃO	V. UNIT.	V. TOTAL
01	01	Unidade	Pen drive	R\$ 25,00	R\$ 25,00
02	02	Unidade	Livros	R\$ 140,00	R\$ 280,00
03	03	Unidade	Resma Papel sulfite A4	R\$ 15,00	R\$ 30,00
04	04	Unidade	Cartucho	R\$ 60,00	R\$ 120,00
					*R\$ 455,00

*pesquisa financiada pela autora

14 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA													
ITEM	ATIVIDADE	MÊS 2015						2016					
		06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05
01	LEVANTAMENTO DO PROBLEMA	X	X										
02	INTRODUÇÃO			X	X								
03	OBJETIVOS			X	X								
04	REVISÃO DE LITERATURA			X	X	X							
05	METODOLOGIA			X	X	X							
06	QUALIFICAÇÃO DO PROJETO		X	X									
07	DEFESA DO PROJETO			X									
08	EXECUÇÃO DO PROJETO				X	X	X	X	X	X	X	X	
09	AVALIAÇÃO DO PROJETO						X	X	X	X	X	X	X
10	RESULTADOS PRELIMINARES						X			X			X

REFERÊNCIAS

AIRES, N.T. et al. **Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade**. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.263-270, 2015.

BITTENCOURT, S. D. de A (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro, EAD/Ensp. 2013. BRASIL. Ministério da Saúde.

BRASIL, IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. [Acessado em: 08 de setembro de 2014].

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, v. 1. 2007.

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);

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

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459**, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das **Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.160 p.: il.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: **uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.384 p.: il.

CAVALCANTI, PCS et al. O modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1297-1316, 2013.

COSTA, T; OLIVEIRA, FC; LIMA, MOP. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado, conflitos e dificuldades institucionais na implantação da lei do acompanhante.** *Enferm. Brasil.* 2010; 9(3): 140-7.

CURY, A. F.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Revista de Saúde Pública;** v.40, n.2, p. 226-232, 2006.

DIAS MAB. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública** [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-37, 2005.

FRANCISQUINI, AR et. al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e Pós-parto por um grupo de puérperas. **Cienc Cuid Saúde,** 2010 Out/Dez; 9(4):743-751.

GOTTEMS LBD, et al. Acesso à rede de atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol.06, N°. 01, Ano 2015 p.95 ISSN: 1982-4785.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública,** v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LUZ da Jica. **Manual do Parto humanizado**(online). Brasil; 2001. [citado em 2009 mai 05]. Disponível em:<<http://www.amigasdoparto.com.br/jica.html> >. Acesso em 20 de setembro de 2014,08: 00.

MOURA, FMJSP et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm,** 2007 jul-ago; 60(4):452-5.

Portaria nº 1.459, de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União.** 2011.

PROGIANTI, JM; PEREIRA, ALF; SÉ, CCS. Prática das Enfermeiras Obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. **Rev. Enferm UERJ,** Rio de Janeiro 2014 nov/dez.

Programáticas Estratégicas. Nota Técnica de 31 de julho de 2012. **Esclarecimento às Secretarias Municipais de Saúde sobre o apoio deslocamento às gestantes inseridas na Rede Cegonha,** 2012.

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

APÊNDICE A

Fluxo e Roteiro da Visita:

Dia de funcionamento:

O serviço funcionará as quintas-feiras das 14:30h as 16:15h a cada 15 dias.

Agendamento:

Agendamento da Visita: A marcação será realizada pela unidade onde a gestante realiza o pré-natal. A relação com o nome das gestantes será enviada mensalmente a maternidade e agendadas com a recepcionista Marinete. Para o registro da atividade desenvolvida serão utilizados a carteira da gestante e lista de frequência na unidade hospitalar.

No dia da visita:

As gestantes e os seus respectivos acompanhantes deverão apresentar-se à recepção, apresentando documento com foto e cartão da gestante, em seguida receberão os crachás para identificação durante a visita e serão conduzidas pela recepcionista ao auditório da Maternidade para aguardar em grupo.

A visita será conduzida pela graduanda em obstetrícia, responsável pelo projeto de intervenção. A condutora deverá apresentar-se ao grupo e iniciar a explicação informando o objetivo e o fluxo da visita aos setores. Deverá ser iniciada rigorosamente no horário estabelecido, com 15 minutos de tolerância, caso haja atraso, retornarão para a sua unidade de saúde para serem remar cadas.

Roteiro:

Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia (ACCR):

-Explicar o funcionamento do ACCR, de forma clara e concisa, deixando claro que a ordem de atendimento segue o risco para a gestação, sinalizado através das cores;

-Orientar sobre os sinais de alerta, e que na presença deles elas devem encaminhar-se imediatamente para a maternidade (bolsa rota, sangramento vaginal significativo, diminuição ou ausência de movimentos fetais, sinais de hipertensão); e

-Informar sobre os sinais de trabalho de parto: (2 a 3 contrações a cada 10 min) e perda de tampão mucoso.

Orientar sobre as documentações necessárias para a admissão na maternidade.

Pré-parto

-Nesta unidade o grupo contará com o apoio do enfermeiro obstetra de plantão;

-Enfatizar que os enfermeiros obstetras da maternidade podem assistenciar partos de risco habitual e que ele é capacitado para a esse momento;

-Apresentar para a gestante o espaço do pré-parto, enfatizando que embora não haja salas individualizadas, mas espaços separados por cortinas, a maternidade garante à mulher o direito de livre escolha do acompanhante;

-Disponibilidade dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e tecnologias que auxiliem no trabalho de parto (Bola suíça, massagedores, camas PPPs, aromaterapia),

-Evidenciar o respeito ao corpo da mulher permitindo que ela adote a melhor posição para o parto e informar qual o papel do acompanhante neste processo;

-Orientar o acompanhante como proporcionar conforto a parturiente (massagens e formas de prestar apoio no momento da expulsão do bebê);

-Explicar sobre o cuidado à mulher no momento do parto, como: contato pele a pele, Clampeamento tardio do cordão; Incentivo a amamentação na primeira meia hora de vida;

Informar sobre o tempo de permanência no centro obstétrico, após o parto normal e cesárea (pós-parto imediato); E que posteriormente serão encaminhadas ao alojamento conjunto.

Centro Cirúrgico

-Serão orientadas que nas intercorrências obstétricas, havendo necessidade de uma cesariana os setores são interligados.

Alojamento Conjunto

-Informar sobre a previsão de alta (48 hs);

-Incentivo ao aleitamento materno;

-Orientar sobre o horário de funcionamento do cartório, serviços oferecidos (psicólogo e assistente social);

-Ressaltar que a maternidade obedece a Lei do Acompanhante e que o pai neste processo não é visita.

Banco de Leite

-Orientar sobre o funcionamento do BLH;

-Unidade apoio, promoção e proteção ao Aleitamento Materno;

-Informações sobre doação de leite humano.

Observações:

Registrar no cartão da gestante a realização da visita e devolver ao final da visita;

Solicitar e confirmar a assinatura da gestante em impresso produzido pela graduando;

Informar que o Enfermeiro poderá fornecer declaração de comparecimento para as gestantes ou acompanhantes referentes ao horário da visita.

APÊNDICE B





