

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

Projeto de intervenção  
Maternidade do Hospital Márcio Cunha – Ipatinga/Minas Gerais

**Humanizar é possível: Revisando a assistência em uma maternidade mista por  
meio das boas práticas**

ANA PAULA SOUZA PEREIRA CORDEIRO

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha

Projeto de intervenção  
Maternidade do Hospital Márcio Cunha – Ipatinga/Minas Gerais

**Humanizar é possível: Revisando a assistência em uma maternidade mista por meio das boas práticas**

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

**Orientadora: Mariana Santos Felisbino Mendes**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2018

## **Humanizar é possível: Revisando a assistência em uma maternidade mista por meio das boas práticas**

### **RESUMO**

**Introdução:** Há tempos fala-se em prática baseada em evidência, mas esta necessidade nunca foi tão concreta como a que hoje é vivida pela enfermagem obstétrica mundial. As mulheres têm sido expostas a práticas obsoletas e por vezes não mais recomendadas, expostas ainda a vontades e agendas pessoais que nada refletem sua real necessidade; têm tido seus corpos desrespeitados, bem como seus bebês. Nunca antes foi tão necessário que o cuidado da enfermeira obstétrica seja embasado cientificamente de modo a defender e cuidar das parturientes, os nascituros e conseqüentemente toda uma sociedade. O Hospital Márcio Cunha (HMC) é um hospital geral, administrado pela Fundação São Francisco Xavier, e atende a pacientes do Sistema Único de Saúde e de convênios. A maternidade, é responsável por aproximadamente 500 nascimentos/mês entre partos vaginais e cirurgias cesáreas, sendo os partos assistidos por obstetras, residentes de medicina e enfermeiras obstétricas.

**Objetivo:** Esse projeto visa intervir na assistência das enfermeiras obstétricas, objetivando difundir e aumentar as práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal, diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto e por fim, reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal.

**Métodos:** Para definição da intervenção foi realizado um diagnóstico situacional. Além do diagnóstico foram necessários ampla revisão de literatura, de estudos sobre as práticas obstétricas baseadas em evidências, o protocolo institucional foi consultado e revisado, observando as práticas que já são realizadas, as que precisam de reavaliação ou incentivo para realização das mesmas e as que já deveriam ter sido abolidas. A construção do instrumento de avaliação foi embasada em projeto realizado por Carvalho et al (2015), no qual buscou-se elaborar itens que correspondessem a comportamentos e atitudes individuais e coletivos que influenciam na implementação de ações e serviços.

**Resultados:** A partir daí, foi construído um instrumento de avaliação e análise da adesão às boas práticas durante o trabalho de parto e parto; foram realizadas ainda rodas de conversa com as enfermeiras e treinamento com a equipe técnica em

enfermagem com visão nas boas práticas já praticadas e nas ainda não utilizadas, além de incentivo a adoção de posições não litotômicas durante o trabalho de parto e parto, incluindo a aquisição de mesa de parto variável. **Conclusão:** Com relação à adesão dos profissionais ao projeto houveram dificuldades devido à resistência às mudanças, não compreensão do papel do enfermeiro obstetra na assistência, além de dificuldades relacionadas a estrutura física do centro obstétrico. Por outro lado, tanto a gerencia quanto o responsável técnico da instituição apoiaram fortemente o projeto e incentivaram, as técnicas em enfermagem aos poucos vão aderindo e “contaminando” a equipe com as mudanças e as pacientes tem demonstrado maior satisfação com a assistência prestada. De fato, humanizar é possível e extremamente necessário.

Palavras Chave: Boas práticas; humanização; parto; assistência; enfermagem obstétrica.

## SUMÁRIO

2 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO .....	7
3 JUSTIFICATIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS .....	9
3.1 Gestão colegiada e participativa .....	10
3.2 Acolhimento, Classificação de Risco e “Vaga Sempre” .....	10
3.3 Diretriz: Boas práticas no cuidado à mulher e à criança .....	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO POLÍTICO .....	13
5 OBJETIVO GERAL DO PROJETO .....	17
6.1 Objetivos específicos .....	18
6.2 Público-alvo .....	18
6.3 Metas .....	18
6.4 Estratégias metodológicas .....	18
7.5 Acompanhamento avaliativo do projeto .....	20
8 PRÓXIMOS PASSOS .....	22
8 CONCLUSÃO .....	23
REFERÊNCIAS .....	24
APÊNDICES .....	26
Apêndice A- Diagnóstico Situacional Hospital Márcio Cunha .....	26
Apêndice B Treinamento Equipe Técnica Centro Obstétrico .....	36
Apêndice C Cama de Parto .....	37
Apêndice D Quarto PP .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

Há tempos fala-se em prática baseada em evidência, mas esta necessidade nunca foi tão concreta como a que hoje é vivida pela enfermagem obstétrica mundial, nossas mulheres têm sido expostas a práticas obsoletas e por vezes não mais recomendadas, expostas ainda a vontades e agendas pessoais que nada refletem sua real necessidade; têm tido seus corpos desrespeitados bem como seus bebês. Nunca antes foi tão necessário que o cuidado da enfermeira obstétrica seja embasado cientificamente de modo a defender e cuidar das parturientes, os nascituros e conseqüentemente toda uma sociedade.

Tendo em vista esta mudança de realidade e prática, algumas iniciativas foram lançadas por grandes órgãos de assistência à saúde, como as Boas Práticas de Assistência ao Parto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) uma parceria entre OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) são fontes para embasamentos de projetos de assistência mundiais e inspiraram, no Brasil, a uma rede ampla de cuidados, a Rede Cegonha.

Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”, concluem que as mulheres brasileiras são expostas a intervenções desnecessárias. Para as mulheres que possuem situação socioeconômica desfavorecida houve maior utilização de procedimentos dolorosos, mas, por outro lado, elas tiveram mais acesso às boas práticas no trabalho de parto e parto. Sendo assim, considera-se importante empoderar as mulheres e promover práticas baseadas em evidências como estratégias para melhorar o modelo de assistência obstétrica, promover práticas baseadas em evidências e aprimorar a qualidade de vida e saúde da sua população.

Este projeto de intervenção é realizado na maternidade do Hospital Márcio Cunha, que fica situado no município de Ipatinga, Minas Gerais, e tem por objetivo central, revisar o cuidado prestado à parturiente, puérpera e seu recém neonato. Paralelamente à esta atividade, o credenciamento na IHAC também transcorre de modo que em determinados momentos as praticas terão dupla aplicabilidade.

## **2 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO**

O Hospital Márcio Cunha (HMC) é um hospital geral, credenciado para atendimentos de alta complexidade e prestação de serviços nas áreas de ambulatório, pronto-socorro, internação e serviços de diagnóstico. Tem 530 leitos em duas unidades, além de uma terceira Unidade de Oncologia, exclusiva para o tratamento de pacientes com câncer, e uma Unidade de Medicina Diagnóstica, e maternidade, sendo referência para cerca de 800 mil habitantes em mais de 35 municípios da região Leste do estado de Minas Gerais.

Atualmente, o HMC é administrado pela Fundação São Francisco Xavier, e atende a pacientes do Sistema Único de Saúde, de convênios e da Usisaúde. Dado este panorama misto de financiamento, o atendimento é realizado a todos os públicos.

O Hospital Márcio Cunha está hoje entre os três maiores hospitais-gerais de Minas Gerais em realização de partos e cirurgias cesarianas. Somente no último ano, foram realizados 3.154 partos vaginais e 2.869 cesarianas. Ressalta-se ainda que 2.718 partos normais foram pelo SUS, destes em média 50% realizados pelas enfermeiras obstétricas, e 436 pelo convênio. Em relação à cesariana, 1.757 cesáreas foram pelo SUS e 1.112 pelo convênio.

A maternidade se encontra inserida neste hospital, o Centro Obstétrico que conta com 7 leitos de pré-parto e 1 leito pré-parto e parto (PP), além de acolhimento para cesárea, quarto privativo para paciente pós abortamento ou vítima de violência sexual, além de RPA separada para parto vaginal/cirurgia cesárea e outra para pós curetagem/AMIU. O alojamento conjunto, se encontra no piso superior (1º andar), possui 39 leitos SUS e 18 leitos para convênio além de nele se localizar a enfermaria canguru.

As enfermeiras obstétricas foram inseridas na assistência direta ao trabalho de parto em fevereiro de 2016, nessa instituição, inicialmente seis atualmente doze além de cinco em processo de formação.

A Maternidade está inserida no Programa da Rede Cegonha do Ministério da Saúde e é considerada Maternidade de Alto Risco. Este ano, a casa da gestante foi inaugurada o lar das Mães, um espaço próximo ao centro obstétrico que conta com 10 leitos para gestantes residentes em localidades que distam do hospital ou por outras necessidades e mãe com filhos internados na unidade neonatal.

As doulas também estão inseridas no serviço, contando hoje com 6 doulas voluntárias

### 3 JUSTIFICATIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

Durante o curso de especialização em enfermagem obstétrica – CEEO UFMG, foi realizado um diagnóstico utilizando um instrumento no qual está estruturado nas diretrizes que o Ministério da Saúde indica para qualificação dos serviços na perspectiva de reorganização do modelo de atenção obstétrico-neonatal.

O diagnóstico foi organizado em três blocos:

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

Tendo em vista a proposta desse curso em ofertar um processo formativo articulado à realidade concreta em que os trabalhadores-alunos estão inseridos, o instrumento foi utilizado seguindo-se três pressupostos metodológicos:

- (i) compreender os seus focos avaliativos como base para analisar a realidade atual de seus serviços,
- (ii) partir dessa análise de “situação atual” para compor eixos de intervenção potenciais e possíveis e operar mudanças consideradas necessárias, isto é, no caminho de uma “situação desejada”, e
- (iii) organizar rodas de conversa avaliativas em seus locais de trabalho (com colegas, equipes, gestores e usuários) para desencadear as análises/diagnóstico e construção de propostas (eixos de intervenção) de forma coletiva e ampliada (condição que se julga necessária para que uma proposta seja construída e implementada).

Esses pressupostos são coerentes com as diretrizes de gestão e avaliação participativa que se espera para os serviços e também são diretrizes do Curso, qualificando o trabalhador-aluno para disparar conversas avaliativas em seus locais de trabalho.

A partir da análise, foram dadas notas de zero a 5 representando sua avaliação para cada conjunto de itens afins. Para isso, pontuar como zero ao considerar que aqueles itens não estão implementados ou funcionando muito precariamente e 5 ao considerar que estão funcionando o mais próximo do ideal.

A perspectiva de avaliação foi qualitativa e aqui servindo apenas como ponto de partida para reflexão sobre o trabalho, seus desafios e seu papel. Não se tratou de uma avaliação institucional, mas sim como recurso pedagógico para ajudar o trabalhador-aluno a ampliar o olhar analítico sobre o seu próprio trabalho.

Esta análise situacional do serviço por meio do diagnóstico foi realizada em 2016, algumas fragilidades foram encontradas, sendo que algumas de lá até a presente data já foram resolvidas ou em processo de solução. As situações que apresentam um bom seguimento não foram listadas

### 3.1 Gestão colegiada e participativa

A gestão é colegiada e participativa, por meio de grupo de trabalho dos funcionários da instituição com representantes de cada setor juntamente com gestores.

Ocorrem encontros anteriormente semanais, ultimamente até para facilitar a adesão estes encontros tem sido quinzenais ou mensais para toda a clínica obstétrica, no qual participam médicos, enfermeiras e residentes da ginecologia para discussão de protocolos assistenciais e apontamentos relacionados a melhoria do processo de trabalho. Havia e ainda há por vezes o desinteresse da equipe na participação das reuniões, a solução, quando se trata de revisões de protocolos ou apresentação de resultados é formalizar o convite por meio de correio interno.

### 3.2 Acolhimento, Classificação de Risco e “Vaga Sempre”

A classificação de risco passou por revisão, o que antes era adaptada a partir do protocolo da prefeitura de Belo Horizonte (PBH) desde o dia 18 de outubro é o da Rede Cegonha, sendo agora mais próximo a realidade das parturientes.

A questão do acolhimento ainda é uma situação a revisar dado que se mantem apenas uma sala para classificação e acolhimento especifica da obstetrícia, quando muitas usuárias marcam fichas em horários próximos, pode haver retenção e conseqüentemente aumento no tempo de espera para ser classificada/ acolhida.

“Vaga Sempre” ainda não é uma realidade em nosso serviço, após nova pactuação com a prefeitura de Ipatinga as contra referencias tem diminuído, dado que a mesma se comprometeu na realização de exames, dentre outros atendimentos.

### 3.3 Diretriz: Boas práticas no cuidado à mulher e à criança

Esta foi a diretriz com maior necessidade de mudanças durante a análise do diagnostico, servindo, portanto, de impulso para o projeto de intervenção

No contexto desse projeto de intervenção, destaca-se o resultado do diagnóstico no que se refere ao tópico Diretriz: Acolhimento e organização do processo local de trabalho, comitê de aleitamento materno, foi apontado nota zero, pois no Hospital Marcio Cunha não existia comitê ativo e com equipe multidisciplinar para apoio às ações de aleitamento. A partir desta análise, discussão com gestores e superintendentes da instituição é que foram iniciadas as atividades para implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança assim como melhoria nas atividades referentes ao aleitamento materno.

- **Métodos não farmacológicos de alívio da dor:** Apesar de estar no projeto ainda há necessidade de reestruturação da área física do centro obstétrico, a quantidade de chuveiros é insuficiente, não há banheira. Contamos com bola de parto e banquetas em todos os leitos e 1 cavalinho no PP.
- **Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN e 1os cuidados:** A intubação na sala de parto por exemplo, ainda ocorre sem a realização de analgesia.

Foi modificada a realização do argirol, antes pingado na vulva da menina, hoje não mais, além de estar no processo de mudança para PVPI 2,5% após discussão da melhor evidencia com a RT da pediatria. O contato pele a pele ainda é breve por alguns instantes ou até minutos, até que o pediatra resolva “avaliar”.

- **Parto em posição não supina:** O que antes foi identificado como insegurança por parte da equipe especialmente das enfermeiras obstétricas hoje pode ser visto como falta de interesse e procura pelo bem-estar pessoal, dado que as posições não litotômicas geralmente são desconfortáveis ao prestador de cuidados.

- **Amamentação na primeira hora de vida:** Acontece, especialmente nas puérperas pós-parto vaginal, a questão é que isso pode ser ampliado para os primeiros minutos de vida.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO POLÍTICO

### 4.2 Cuidado Amigo da Mulher

Não há a possibilidade de se ser amigo da criança sem ser amigo da mulher, portanto inserido nesta iniciativa há também algumas recomendações do cuidado à mãe sendo elas conhecidas como Cuidado Amigo da mulher, mas podendo ser reconhecidas como as boas práticas na Assistência ao parto, as recomendações são:

- Garantir às mulheres, um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e/ou emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;
- Ofertar, às mulheres, líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;
- Incentivar as mulheres a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejarem, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existem restrições médicas e isso seja explicado a mulher, adaptando condições para tal;
- Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
- Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como, banheira ou chuveiro, massageadores/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, técnicas que devem ser de conhecimento da parturiente, informações essas, orientadas à mulher durante o pré-natal.
- Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que necessárias em virtude de complicações, e, que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;
- Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, autorizar a presença e permitir o apoio à mulher, de forma contínua, se for a vontade dela.

Nesse contexto, deve-se considerar que o parto é um momento único e marcante na vida da mulher, carregado de significados construídos e reconstruídos a partir da singularidade e da cultura de cada parturiente. Nesta direção, têm-se atualmente, uma linha de discussão no cenário da saúde que aponta para a assistência obstétrica humanizada, que é aquela que visa a promoção do respeito, dos direitos da mulher e da criança, amparada em condutas baseadas em evidências

científicas. Nesta linha de pensamento, as ações voltadas à humanização do parto e do nascimento, proporcionam reflexão sobre a assistência obstétrica adotada no passado, quando um menor número de intervenções eram realizadas.

Dito isso, o cuidado realizado no parto pode refletir de modo positivo ou negativo na vivência reprodutiva da mulher, do recém-nascido, do companheiro, da família e da comunidade. Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas realizadas no mundo todo. Com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Dentre as práticas úteis e que devem ser estimuladas, pode-se citar o plano individual de cuidado, o respeito à escolha das mulheres, o fornecimento de informações claras e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Evidencia-se também, como práticas prejudiciais ou ineficazes, o uso rotineiro de enema, a tricotomia, a posição litotômica; e como prática sem evidência científica suficiente, e que, portanto, devem ser utilizadas com cautela, o uso rotineiro da ocitocina; e ainda, como práticas usadas de modo inadequado a restrição hídrica e alimentar, o controle da dor por analgesia peridural, a correção da dinâmica uterina com utilização da ocitocina e exames vaginais, como toque vaginal rotineiramente.

Em cada uma destas vertentes vários estudos são publicados anualmente, colocando as boas práticas sob nova ótica continuamente. Um dos grandes estudos como o de Mendez-Bauer et al., 1975, avaliou a pressão intra-amniótica e constatou que há um incremento de 25-30 mmHg nesta pressão devido somente ao efeito gravitacional da postura. Se analisarmos que as metrossístoles e os puxos involuntários do período expulsivo contribuem cada um com cerca de 40 a 50 mmHg na pressão intra-amniótica, a postura verticalizada representa uma economia de 30 a 40% no esforço materno na hora de parir. Outro estudo grande foi o realizado por

Michel et al. em 2002, no qual demonstraram por meio da pelvimetria óssea obstétrica realizada pela Ressonância Nuclear Magnética, que nas posições verticais (cócoras, sentada e de mãos Joelho) ocorre um aumento significativo dos diâmetros interespinhoso, intertuberoso e cocci-subpúbico em relação ao decúbito dorsal, sugerindo uma facilitação do processo do nascimento.

Com base em estudos similares e especialmente nas recomendações da OMS, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de dar seguimento na classificação desenvolvida em 1996 pela OMS, implantou no ano 2000 um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Essa estratégia tinha como desígnio o resgate da atenção obstétrica qualificada, integrada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, com o envolvimento dos estados e municípios (BRASIL, 2000). Contudo, para a obtenção de resultados positivos após a implantação desses programas governamentais, seria necessário agentes capacitados para sua realização, por isso os diferentes profissionais de saúde se tornam imprescindíveis na mudança deste cenário: como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais dentre outros, todos são de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência em geral. Suas singularidades profissionais, somadas, podem ser usadas em prol da efetivação do que se objetiva com os programas e estratégias de humanização do parto e nascimento.

Destaca-se, desta forma, que o trabalho em equipe multiprofissional deveria traduzir-se por ser aquele desenvolvido por várias profissionais, atuando de forma que respeitem os limites de suas especificidades, com o intuito de gerar um bem comum ao paciente assistido. Por outro lado, evidências epidemiológicas demonstram que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas.

Ressalta-se que o país apresenta-se como um dos campeões nas taxas de nascimentos cirúrgicos, pois, nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, em que as cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. Já no sistema público de saúde, a taxa é consideravelmente menor de 40%, mas, mesmo assim é elevada, se considerarmos a recomendação de 15%, que a Organização Mundial de Saúde preconiza (BRASIL, 2015).

Além disso, as cesáreas sem indicação contribuem para o acréscimo da morbimortalidade materna e infantil e vai de encontro à integridade e bem estar físico da mulher e do recém-nascido.

Nesse sentido, a busca pelo cuidado humanizado no parto e nascimento é uma temática de grande interesse atualmente, ainda que os caminhos percorridos para se alcançar tal objetivo seja um grande desafio. Portanto, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Entretanto, a realidade de muitos serviços de saúde demonstra resistência a essas recomendações, principalmente nos Centros Obstétricos.

A partir deste panorama, as intervenções foram construídas, tendo em vista a necessidade de humanizar a assistência ao parto.

## **5 OBJETIVO GERAL DO PROJETO**

Implementar a cultura das boas práticas na assistência à mulher e a humanização da assistência ao parto e nascimento.

## 6.1 Objetivos específicos

- Diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto;
- Reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos;
- Difundir e aumentar a adesão às práticas recomendadas e baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

## 6.2 Público-alvo

Profissionais da saúde que tenham contato direto com gestantes, mães e seus filhos recém-nascidos especialmente equipe de enfermagem; parturientes, seu nascituro e seus acompanhantes.

## 6.3 Metas

Promover mudanças na assistência prestada ao binômio mãe-filho, durante o parto e nascimento, com base na humanização e nas práticas recomendadas e baseadas em evidências, evitando intervenções desnecessárias e respeitando a mulher como protagonista.

## 6.4 Estratégias metodológicas

Para alcançar os objetivos propostos e mudanças na assistência ao parto, alguns passos foram seguidos tendo em vista a seguinte questão: “Como mostrar as mulheres e as profissionais qual caminho mais confiável e cientificamente provado mais seguro?”

Em um serviço em que as atividades se baseiam nas boas práticas, a verticalização do parto fluiu de forma natural e acontece como consequência.

Portanto, percebeu-se que o protocolo de assistência ao parto na maternidade do HMC, precisava de ampla revisão e tendo em vista o credenciamento da instituição na IHAC em andamento, a partir daí o foco foi o bem-estar materno completo. Os passos seguidos foram:

**1º Passo:** Reunião com a supervisora do Centro Obstétrico para exposição do projeto

**2º Passo:** Construção de uma capacitação em boas práticas para as enfermeiras obstétricas, revendo dentre as práticas comprovadamente úteis quais ainda não são feitas ou se feitas não funcionam de forma eficaz; dentre as comprovadamente inúteis ou ineficazes quais ainda são praticadas e porquê. Tudo baseado em estudos recentes e anexados à apresentação.

**3º Passo:** Avaliação da capacitação pelo RT da obstetrícia

4º Passo: Aquisição da mesa de parto vaginal eletrônica com possibilidades de variação de posições.

**5º Passo:** Reunião com a equipe técnica

**6º Passo:** Elaboração do 1º protocolo de construção coletiva para assistência ao parto vaginal. Neste passo, houve um impasse, pois, o protocolo existente na instituição foi revisado recentemente e segundo o RT não havia necessidade de revisão.

**7º Passo:** Utilização de instrumento de validação de assistência baseada em boas práticas (tabela 1).

**8º Passo:** Apresentação dos resultados ao RT.

Tabela 1 – Instrumento de avaliação de conhecimento e aplicação das boas práticas na assistência ao parto vaginal

### Boas Práticas na Assistência

Preencha conforme concordância sendo (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo Parcialmente; (3) Não Sei/ Não se Aplica; (4) Concordo Parcialmente; (5) Concordo Totalmente.

Itens	1	2	3	4	5
1 O parto normal é realizado em leitos PPP ( <del>pré-parto</del> , parto e pós-parto imediato) neste serviço.					
2 Restrinjo a ingestão hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto, rotineiramente.					
3 Utilizo cortinas e/ou biombo para preservar a privacidade da parturiente no <del>pré-parto</del> coletivo.					
4 Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.					
5 Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.					
6 O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.					
7 Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o Trabalho de Parto e Parto.					
8 Estimulo a deambulação da gestante durante o trabalho de parto.					
9 Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.					
10 Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o Trabalho de Parto e Parto.					
11 Na fase ativa do trabalho de parto, realizo ausculta de BCF a cada 30 min., rotineiramente.					
12 Utilizo <del>partograma</del> para <b>ACOMPANHAR</b> o trabalho de parto.					
13 Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.					
14 Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira meia hora após o parto.					
15 Realiza-se rotineiramente o <del>epurga</del> no preparo para o parto.					
16 A tricotomia é realizada rotineiramente, neste serviço.					
17 Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o Trabalho de Parto e Parto.					
18 A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP.					
19 Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.					
20 Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.					
21 Evita-se a realização de toques vaginais por mais de um profissional.					
22 Realizo manobra de <del>Kristeller</del> quando necessário.					
23 A <del>amniotomia</del> precoce raramente é realizada neste serviço.					
24 Sigo as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento.					
25 As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o trabalho de parto.					
26 Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.					
27 Cada profissional assiste ao parto conforme sua experiência.					
28 Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto e nascimento com minha equipe.					
29 Sinto-me desatualizado com relação às evidências científicas.					
30 Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada, neste serviço.					
31 Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.					
32 Assisto o parto de baixo risco de forma similar ao parto de alto risco.					
33 Neste serviço, os profissionais se capacitam periodicamente.					
34 Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.					
35 Raramente consulto as informações sobre o pré-natal registradas no cartão da gestante.					
36 As ofertas de capacitação para os profissionais desta equipe são raras.					
37 A assistência ao parto pelas enfermeiras é restrita a alguns plantões (escassa).					

## 7.5 Acompanhamento avaliativo do projeto

Mudar seja o que for e por qualquer motivo nunca é fácil ou simples. Mudar práticas enraizadas e difundidas por anos apresenta uma dificuldade maior ainda, mexer no que as pessoas acham certo, nas práticas que acreditam ser as melhores e é nisso que esta intervenção se concentrou em mudar paradigmas.

Por dificultadores podemos citar, o desinteresse ou resistência por parte de alguns profissionais especialmente algumas enfermeiras obstétricas, com relação a

liberdade de escolha de posição, a práticas intervencionistas como amniotomia de rotina; podemos citar ainda a estrutura física do centro obstétrico, apesar de estar inserido em um hospital relativamente novo, o centro obstétrico é um dos setores mais antigos, até pela sua localização (se encontra no centro do hospital com poucas possibilidades de expansão ou readequações grandes de estrutura física).

Após as rodas de conversa e os ciclos PDSA<sup>1</sup>, foi criado o indicador de posição de parto, que mensura a variabilidade de posições em que as mulheres foram assistidas, este indicador é recolhido mensalmente, a litotomia ainda tem sido mais prevalente mas aos poucos os números vão continuar mudando especialmente agora com a aquisição da mesa de parto variável, a insegurança que antes poderia existir em assistir fora da sala, não é mais justificada.

Por se tratar de uma mudança mais pessoal que tecnológica, a intervenção não vai parar e os próximos passos já estão programados

<sup>1</sup>Esta é uma ferramenta da qualidade utilizada no controle de qualquer processo para a solução de problemas. Foi criada na década de 20 por Walter A. Shewart, mas foi William Edward Deming, o “guru do gerenciamento da qualidade”, quem disseminou seu uso no mundo todo, surgiu a partir da necessidade de aprendizado e melhoria de um produto ou processo, essa ferramenta veio complementar o que já existia no PDCA, pois ela propõe que seja feito um processo de estudo em pequena escala com o objetivo de desenvolver o aprendizado e a geração de um novo conhecimento.

PDCA: Plan (Planejar) - Do (Fazer) - Check (Checar/Verificar) - Act (Agir)

PDSA: Plan (Planejar) - Do (Fazer) - Study - (estudar, agir) -Act (Agir)

A mudança ocorre de Check (Checar/Verificar) para Study (Estudar). Portanto, já é possível considerar que o ciclo passou para um âmbito maior, ele não visa apenas checar, e sim estudar, analisar.

## 8 PRÓXIMOS PASSOS

Como se trata de um projeto de intervenção em andamento, existem algumas ações ainda a serem implementadas, conforme o cronograma a seguir.

<b>Próximos Passos do Projeto</b>	
<b>1º Trimestre de 2018</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitação Técnicas de Enfermagem: Boa Práticas e Assistência ao Parto.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitação Enfermeiras Centro Obstétrico: Boas Práticas e Assistência ao Parto.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reunião Equipe Anestesia: Reformulação Protocolo de analgesia farmacológica.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jornada de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Márcio Cunha.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocolo de Prevenção de Oftalmia gonocócica Recém Nascido.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reciclagem/ Capacitação Doulas.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitação Equipe Materno Infantil Contato Pele a Pele.</li></ul>

## **8 CONCLUSÃO**

Foi visto que por meio das ações realizadas na instituição que a mobilização de profissionais de saúde, e mudanças de rotinas e condutas faz com que haja prevenção do desmame precoce assim como melhor assistência do cuidado amigo da mulher, no qual visa estimular as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde bem como está previsto pela Rede Cegonha, Programa do Ministério da Saúde voltada a qualificação do atendimento de mães e bebês no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação ao cuidado com a mulher, podemos ressaltar a satisfação das mulheres com o atendimento, através dos PQA's (pesquisa de qualidade do atendimento). Ainda temos muito caminho a trilhar as dificuldades sempre aparecem neste caso alguns profissionais se mostraram resistentes à mudança além de dificuldades relacionadas a estrutura física do centro obstétrico. Por outro lado, tanto a gerencia quanto o responsável técnico da instituição apoiaram fortemente o projeto e incentivaram e a equipe técnica em enfermagem aos poucos vai aderindo e "contaminando" a equipe com as mudanças e as pacientes tem demonstrado maior satisfação com a assistência prestada. De fato, humanizar é possível e extremamente necessário.

## REFERÊNCIAS

BRASIL portal. Governo expande metas de atenção à saúde infantil, outubro 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/10/governo-expande-metas-de-atencao-a-saude-infantil>>. Acesso em: 15/11/2017.

GOTTVALL, K; ALLEBECK, P; EKÉUS, C. **Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth, 2007.** Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x/full#b14>> . Acesso em 10 de dezembro de 2016.

<http://www.blogdaqualidade.com.br/qual-diferenca-entre-pdca-e-pdsa/>

Lamounier JA, Bouzada MC, Janneau AM. Iniciativa Hospital Amigo da Criança em Minas Gerais: situação atual. Rev Med Minas Gerais 2005;15 (Suppl 1):S1-7.

LAMOUNIER, J.A.. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 319-324, dez. 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42301998000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 05 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000400011>.

Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-americana de Assistência à Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Manejo e promoção do aleitamento materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades.** Nova Iorque: OMS; 1993.

Rezende J, Montenegro CAB. Mamas. Lactação. In: Rezende J, organizador. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.400-403.

SCHIRMER, J; FUSTINONIII, S.M; BASILE, A. L. **Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi-sitting birth positions: a randomized study, 2011.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600002)>. Acesso em 08 de dezembro de 2016.

SILVA, L. B.; SILVA, M.P; Soares, P.C.M; Ferreira, Q.T.M. **Posições maternas no trabalho de parto e parto, 2007.** Disponível em: <<http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-6.pdf>>. Acesso em 11 de dezembro de 2016.

SOONG, B; BARNES, M. **Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? 2005.** Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128969>>. Acesso em 13 de dezembro de 2016.

UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, setembro 2014. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.html](https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.html). Acesso em: 12/10/2017.

Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Saúde Mater Infant** 2004; 4:143-150.

World Health Organization/United Nations Children's Fund (WHO/Unicef). Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative". Florence/Italy: World Health Organization; 1990.

## APÊNDICES

### Apêndice A- Diagnóstico Situacional Hospital Márcio Cunha

<p style="text-align: center;">CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (CEEQ-UFMG-MS)</p>
--

<p style="text-align: center;"><b>ROTEIRO PARA ANÁLISE COLETIVA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO</b></p>
--

#### **Contexto deste documento e orientações para realização das análises e diagnóstico**

Este instrumento está estruturado nas diretrizes que o Ministério da Saúde indica para qualificação dos serviços na perspectiva de reorganização do modelo de atenção obstétrico-neonatal.

Está organizado em três blocos:

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

Partindo da proposta do Curso de ofertar um processo formativo articulado à realidade concreta em que os trabalhadores-alunos estão inseridos, o instrumento deve ser utilizado seguindo-se três pressupostos metodológicos:

- (iv) compreendendo-se os seus focos avaliativos como base para analisar a realidade atual de seus serviços,
- (v) partindo dessa análise de “situação atual” para compor eixos de intervenção potenciais e possíveis para operar mudanças consideradas necessárias, isto é, no caminho de uma “situação desejada” e
- (vi) organizando rodas de conversa avaliativas em seus locais de trabalho (com colegas, equipes, gestores e usuários) para desencadear as análises/diagnóstico e construção de propostas (eixos de intervenção) de forma coletiva e ampliada (condição que se julga necessária para que uma proposta seja construída e implementada).

Esses pressupostos são coerentes com as diretrizes de gestão e avaliação participativa que se espera para os serviços e também são diretrizes do Curso, qualificando o trabalhador-aluno para disparar conversas avaliativas em seus locais de trabalho.

Para melhor entendimento do instrumento, a seguir demarcamos os itens de análise contemplados no Bloco 1.

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

#### **Acerca da “nota avaliativa” para a situação atual**

A partir da análise, orientamos que você dê uma nota de zero a 5 representando sua avaliação para cada conjunto de itens afins. Para isso, pontuar como zero ao considerar que aqueles itens não estão implementados ou funcionando muito precariamente e 5 ao considerar que estão funcionando o mais próximo do ideal.

**Observação importante:** Essa é uma perspectiva de avaliação qualitativa e aqui servindo apenas como ponto de partida para sua própria reflexão sobre o trabalho, seus desafios e seu papel. Não se trata de uma avaliação institucional, mas sim como recurso pedagógico para ajudar o trabalhador-aluno a ampliar o olhar analítico sobre o seu próprio trabalho. Trata-se portanto de uma resposta livre como trabalhador-aluno (e, se achar pertinente, discutindo a pontuação também com a equipe de seu serviço), refletindo sua “impressão global” da situação

observada. Isso deve subsidiar uma reflexão sobre as mudanças necessárias e movimentos para isso. Caso queira, complemente seus comentários com a justificativa da nota atribuída.

### **BLOCO 1**

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

DIRETRIZES E FOCOS	PARÂMETROS	SITUAÇÃO ATUAL E NOTA AVALIATIVA	DIFICULDADES ENFRENTADAS
--------------------	------------	----------------------------------	--------------------------

<b>DIRETRIZ: COGESTÃO</b>			
<p><b>Gestão colegiada e participativa:</b> O serviço tem buscado a democratização da gestão, ampliando a participação e corresponsabilização das equipes/trabalhadores nas análises, decisões e na organização dos processos de trabalho, com a estruturação de espaços de gestão compartilhados (colegiados gestores) e ativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegiado Gestor implementado, com plano e metodologia de trabalho pactuados</li> <li>• Agenda ativa de reuniões do colegiado gestor do serviço e colegiados das áreas/setores</li> <li>• Encontros periódicos de planejamento com participação de representantes de toda a Equipe</li> <li>• Contratos internos de gestão construídos coletivamente, com base em metas acordadas</li> <li>• Espaços e agendas periódicas das equipes para análises coletivas: dos dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho</li> </ul>	<p>A gestão é colegiada e participativa, através de grupo de trabalho dos funcionários da instituição com representantes de cada setor juntamente com gestores.</p> <p>Ocorrem encontros semanais da clínica obstétrica, onde participam médicos, enfermeiras e residentes da ginecologia para discussão de protocolos assistenciais e apontamentos relacionados a melhoria do processo de trabalho.</p> <p style="text-align: right;">Nota: 3,5</p>	<p>Representantes do grupo de trabalho desmotivados.</p> <p>Baixa adesão e resistência da equipe médica a algumas mudanças solicitadas.</p>
<p><b>Gestão participativa aos usuários:</b> Mecanismos de escuta e participação dos usuários (mulheres, familiares, acompanhantes), propiciando condições para corresponsabilização com os procedimentos de cuidado e autonomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conselhos ativos</li> <li>• Ouvidoria</li> <li>• Pesquisas de satisfação de usuários</li> <li>• Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento</li> </ul>	<p>A gestão participativa dos usuários é realizada através de pesquisas de satisfação do usuário entregue em todas as unidades de atendimento, ouvidoria.</p> <p>Existe o conselho de clientes que é realizado a cada quatro meses juntamente com o diretor do hospital. Nesse conselho estão presentes usuários diversos do serviço.</p> <p>No AC abordagem das principais críticas e reclamações ainda na internação.</p> <p style="text-align: right;">Nota: 3,0</p>	<p>Falta de apoio da equipe em entregar as pesquisas aos clientes quando estes não solicitam.</p> <p>Poucas possibilidades de mudanças por parte da equipe médica.</p>

<b>DIRETRIZ: ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO LOCAL DE TRABALHO</b>
--

<p><b>Acolhimento</b> como atitude de abordagem e escuta respeitosa, “acolhedora” e comprometida com respostas que garantam vínculo e responsabilidade com a usuária, sem nenhum tipo de discriminação(#)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos</li> <li>Realização de ACR na porta de entrada 24 horas por dia, todos os dias da semana, baseado em protocolo específico para obstetrícia.</li> <li>Redução do tempo de espera da mulher para ser atendida?</li> </ul>	<p>Na instituição ocorre classificação de risco com acolhimento 24horas, realizado por enfermeira, baseado no protocolo da prefeitura de Belo Horizonte adaptado para obstetrícia e a realidade da nossa região.</p> <p>Presença da profissional do Posso te ajudar de segunda a sexta feira no período de 07:00 as 19:00hrs.</p> <p>Nota: 3,0</p>	<p>Por se tratar de apenas uma sala para classificação e acolhimento específica da obstetrícia, quando muitas usuárias marcam fichas em horários próximos, pode haver retenção e conseqüentemente aumento no tempo de espera para ser classificada/ acolhida.</p>
<p><b>Acolhimento e Classificação de Risco:</b> dispositivos de organização do atendimento, priorizando-se conforme grau de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O atendimento é priorizado de acordo com o grau de risco baseado em protocolo?</li> </ul>		

(#) Acolhimento também como respeito às diversidades étnico-culturais e populações em situação de vulnerabilidade, levando em conta o perfil socioepidemiológico da região. Pressupõe a oferta estratégias compatíveis com necessidades de saúde específicas, hábitos e diversidades étnicas e culturais de mulheres indígenas, quilombolas, ciganas, ribeirinhas, extrativistas, etc. Em relação às mulheres indígenas é importante assegurar hábitos alimentares, presença de interprete, adequação da estrutura, tal como o uso de redes, respeito à presença de acompanhantes indígenas (família), entre outras especificidades loco-regionais. No que se refere às usuárias de álcool e outras drogas, em situação de rua, é importante dar agilidade na vinculação das pacientes aos consultórios na rua. Quanto às mulheres em situação de privação de liberdade, garantir o parto humanizado e o estabelecimento de vínculo com a criança.

<p><b>Estratégias de comunicação para com os Usuários</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informações visuais afixadas com identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores), sobre direitos dos usuários</li> <li>Outras</li> </ul>	<p>Nas unidades, existem sinalizações através de quadros com nomes dos trabalhadores, horários de trabalho assim como cartilhas dos direitos do paciente, acompanhante e recém-nascido.</p> <p>Trabalhadores capacitados em inglês, comunicação não verbal/ e libras.</p> <p>A instituição possui canais de comunicação tais como, site do hospital, facebook e watts up entre outros.</p> <p>Nota:4,0</p>	<p>Usuários por vezes não demonstram interesse em conhecer melhor as cartilhas, assim como ler os quadros que estão dispostos pela instituição.</p>
<p><b>“Vaga Sempre” para a gestante e o recém-nascido (RN):</b> Garantia de vaga para internação em todo e qualquer momento de necessidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de mulheres com parto realizado no primeiro serviço</li> <li>% de mulheres que foram transferidas de outro serviço</li> <li>% de mulheres que foram transferidas deste serviço;</li> <li>% de RN do serviço encaminhado para a UTI Neonatal própria ou referenciada</li> </ul>	<p>“Vaga sempre” para RN encaminhado para UTI Neonatal.</p> <p>As pacientes que são contra referenciadas são aquelas que não necessitavam de atendimento de urgência, conforme pactuado. Usuárias em TP, idade gestacional limítrofe ou outro atendimento que demande urgência possui porta aberta.</p>	

	% de RN encaminhado para UTI Neonatal de outro serviço	<p>Por se tratar de maternidade referenciada em alto risco, é primeiro serviço de escolha da paciente em nossa região.</p> <p>Referenciamos poucas pacientes para outros serviços, apenas quando demandam procedimentos não disponíveis na instituição.</p> <p>Nota: 4,5</p>	
<b>Trabalho compartilhado em Equipe Multiprofissional:</b> Considera-se em trabalho compartilhado a equipe que utiliza de vários recursos, como Projeto Terapêutico Singular (PTS), reunião para discussão de casos, ronda compartilhada, alta compartilhada, prontuário integrado, entre outros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Configuração de equipe multiprofissional de referência para o cuidado</li> <li>• PTS elaborado pela equipe</li> <li>• Reuniões regulares de discussão de casos</li> <li>• Ronda compartilhada</li> <li>• Prontuário integrado</li> </ul>	<p>Ocorre passagem de plantão multiprofissional com discussão de casos, ronda compartilhada no CO e AC e prontuário eletrônico.</p> <p>Nota: 3,0</p>	Cada profissional tem sua forma de atuar e agir perante a algumas rotinas.
<b>Equipe horizontal de cuidado:</b> equipe responsável por manter vinculação e comunicação articulada tanto entre profissionais como com usuários.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe de diarista (mínimo de 4 horas dia) na rotina acompanhando as internações e responsável pelo cuidado de forma compartilhada com as equipes de plantão</li> </ul>	<p>Enfermeiras supervisoras nos setores e médico representante da clínica obstétrica no AC e nas passagens de plantões.</p> <p>Nota: 3,5</p>	Médico representante da clínica obstétrica (alojamento conjunto) não permanece na unidade por muito tempo e não realiza a abordagem aos profissionais como deveria.
<b>Direito ao Acompanhante:</b> direito de escolher quem acompanhará durante toda a internação (Lei 11.108/2005).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de estímulo à presença e participação do acompanhante desde os momentos do pré-natal, realização de exames, internação e ao recém-nascido</li> <li>• % de mulheres com acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto</li> </ul>	<p>Todas as pacientes são incentivadas a presença e participação de seus acompanhantes.</p> <p>Nota: 5,0</p>	
<b>Garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na Unidade Neonatal:</b> direito de permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24h por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas e rotinas escritas e divulgadas a toda equipe acerca da garantia do livre acesso</li> <li>• % de RN internados com livre acesso de acompanhante 24h</li> </ul>	<p>Na instituição a unidade neonatal possui horário de permanência dos pais 09:00 as 21:00hrs. Mas estes por vezes entram mais cedo ou saem mais tarde. Flexibilidade de horário.</p> <p>Nota: 3,0</p>	

<b>Comitê de aleitamento materno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comitê ativo e com equipe multidisciplinar para apoio às ações de aleitamento</li> </ul>	<p>Não existe comitê de aleitamento materno na instituição, mas há equipe multidisciplinar para discussão do assunto.</p> <p>Nota:2,0</p>	
<b>Comissão de discussão interna das Mortes Maternas, Infantis e fetais(##)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comissão ou Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento</li> <li>% de óbitos maternos investigados</li> <li>% de óbitos infantis investigados</li> </ul>	<p>Existência de comitê materno, fetal e infantil na instituição e todos os óbitos maternos e fetais ocorridos são investigados.</p> <p>Nota:4,5</p>	<p>Repasse das informações dos óbitos mensais, para toda equipe da unidade. Não apenas para os representantes do comitê.</p>

(##) As comissões hospitalares são serviços para investigação do óbito nos hospitais. De acordo com as Portarias GM Nº1119, de 05/06/2008 e GM Nº 72, 11/01/2010, a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e os hospitais devem estabelecer Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE). As comissões ou núcleos devem ser compostos por equipes envolvendo direções técnicas, clínicas e de enfermagem. A sua função é “realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos declarados e óbitos de mulher em idade fértil, ocorridos ou atestados em suas dependências, independente da causa e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria” e “realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria”.

<b>DIRETRIZ: GARANTIA DE CUIDADO EM REDE</b>			
<b>Vinculação da gestante à maternidade de referência:</b> definição de referência territorial para vincular as gestantes a equipes de referência, seja na atenção básica, seja no local onde ocorrerá o parto, evitando a peregrinação da mulher e criança e a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado (###)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenho de vinculação entre Unidades de Atenção Básica (AB) e a maternidade como referência</li> <li>Mecanismos de comunicação com a AB com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (RN de risco; usuárias de AD; Adolescentes, deficiência, má formação...)</li> <li>Alta responsável: documentos e orientações para mulher e família (ex: Caderneta; relatório de alta, agendamento; cuidado compartilhado entre maternidade e AB para o RN de risco)</li> <li>Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade</li> <li>% de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré natal</li> </ul>	<p>A gestante é referenciada ao hospital desde o início do pré-natal de modo que a mesma não peregrine em serviços. A cliente só é transferida em caso de necessidade de recursos indisponíveis e segue em transporte da instituição/ Prefeitura.</p> <p>Nota:3,5</p>	<p>Disponibilização de melhores serviços/ atendimentos pela Rede Publica.</p>

(###) A Lei nº 11.634/2007 em seu art. 1º estabelece que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. § 1º a vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. § 2º a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério. Art. 2º o SUS analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

<b>DIRETRIZ: AMBIÊNCIA</b>			
<p><b>Ambiência na maternidade:</b> qualidade dos ambientes como espaços adequados para o conforto dos trabalhadores e usuários, especialmente assegurando privacidade e conforto às mulheres e seus acompanhantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adequação dos ambientes conforme RDC 36 de 2008, principalmente em relação à estrutura de quartos PPP.</li> </ul>	<p>Existem 07 leitos em pré parto, 01 PPP.</p> <p>Existência de quarto privativo para pacientes pós aborto, tanto no momento da indução quanto na RPA.</p> <p>No AC existe uma sala de orientação as mães com TV no qual funcionários utilizam no momento de descanso.</p> <p>Há espaços de convivência externo para profissionais da enfermagem e demais áreas.</p> <p>Nota: 2,5</p>	<p>No Centro Obstétrico não existe espaço para conforto da equipe de enfermagem, apenas uma copa pequena.</p>
<p><b>Ambiência na Neonatologia</b> (UTIN, UCINco, UCINca – Cuidado intermediário convencional e canguru).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adequação dos ambientes, garantindo conforto térmico, luminoso e acústico no salão coletivo dos leitos.</li> <li>Cadeira/poltrona para acompanhante em toda unidade neonatal.</li> <li>Espaço de convivência para as mães-puérperas</li> </ul>	<p>O setor é rigorosamente mantido em temperatura adequada além das incubadoras. Há utilização do método canguru, há o momento do sono que ocorre diversas vezes ao dia e momento psiu. Existência de poltronas para todas as mães de RN's internados e sala de apoio e coleta do leite materno.</p> <p>Nota: 4,0</p>	<p>Não existência de casa de apoio para mães de RN's internados neste setor.</p>

<b>DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA</b>			
<p><b>Métodos não farmacológicos de manejo da dor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferta de métodos não farmacológicos de manejo da dor como massagens, bola, banho, exercícios respiratórios, cavalinho, escada de ling</li> <li>% de mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor</li> </ul>	<p>Todas as pacientes internadas em leito de PP são orientadas e recebem métodos não farmacológicos da dor citados.</p> <p>98%aproximadamente</p> <p>Nota:4,5</p>	<p>Numero de chuveiros insuficientes</p> <p>Ausência de banheira.</p>
<p><b>Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Métodos não farmacológicos de manejo da dor no RN tais como sucção ao seio, oferta de</li> </ul>	<p>Métodos sugeridos são utilizados, mas não apenas como medida de conforto.</p>	<p>Maior incentivo e utilização dos métodos com esta finalidade.</p>

	glicose oral e contato pele a pele	Nota: 2,5	
<b>Parto em posição não supina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulo à liberdade de posição e movimento e às posições não supinas durante o trabalho de parto</li> <li>• % de mulheres com parto na posição não supina</li> </ul>	<p>A maioria dos partos são realizados em mesa de parto ate mesmo pelas enfermeiras obstétricas.</p> <p>Não conseguimos mensurar em porcentagem.</p> <p>Nota: 2,0</p>	Capacitação da equipe visando estímulo (segurança) para realização de partos verticais, quatro apoio dentre outros.
<b>Uso de líquidos e/ou alimentos leves durante trabalho de parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta de líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto</li> <li>• % de mulheres que receberam oferta de líquidos durante trabalho de parto</li> </ul>	<p>Raramente as pacientes ficam em restrição hídrica durante o TP e quando ocorre é por indicação medica.</p> <p>100% das mulheres recebem oferta de líquidos durante o TP.</p> <p>Nota:4,5</p>	
<b>Enfermeiros obstétricos em parto de baixo risco em todos os plantões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros obstetras assistindo parto de baixo risco em todos os plantões</li> <li>• Enfermeiro obstetra realizando a admissão e assinatura da AIH</li> <li>• % de partos normais realizados por Enfermeiros obstetras</li> </ul>	<p>Uma enfermeira obstetra em todos os plantões e de segunda a sexta mais uma de 07:00 as 23:00hrs.</p> <p>Na nossa instituição enfermeiro obstetra não realiza admissão e assinatura de AIH.</p> <p>50% dos partos normais SUS do hospital são realizados pelas enfermeiras obstetras.</p> <p>Nota: 3,5</p>	Maior autonomia na assistência ao parto pela enfermeira obstetra.
<b>Contato pele a pele imediato entre mãe e bebê:</b> contato pele a pele conforme as indicações previstas nas portarias 371/2014 e 1153/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele</li> <li>• % de mulheres com contato pele a pele ele</li> </ul>	<p>Existe protocolo na instituição, mas é profissional independente, depende do pediatra ou obstetra de plantão.</p> <p>95%</p> <p>Nota: 3,5</p>	Adequação dos profissionais as rotinas e protocolos da instituição.
<b>Amamentação na primeira hora de vida:</b> estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele</li> </ul>	<p>Existe protocolo na instituição e o mesmo é realizado tanto PN quanto PC.</p>	

vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de RN com amamentação na primeira hora de vida</li> </ul>	100% Nota: 4,5	
<b>Clampeamento de cordão umbilical em tempo oportuno:</b> clampeamento após cessadas as pulsações (aproximadamente de 1 a 5 minutos) para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo ou orientação institucional para o clampeamento, conforme indicação da portaria</li> </ul>	Existe protocolo na instituição e o mesmo é realizado tanto PN quanto PC.  100%  Nota: 5,0	
<b>Cuidado Progressivo Neonatal:</b> serviços com Unidade Neonatal (UTIN, UCINco e UCINca) em funcionamento de acordo com a portaria GM/MS nº 930/2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espaço de convivência para as mães (Sala de atividades, área de deambulação, grupos operativos) e espaço para mães da UCINca lavarem pequenas peças de roupas</li> <li>Mecanismos que favoreçam a permanência das mulheres na maternidade enquanto elas e/ou seus bebês precisam de atenção hospitalar ou ainda que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade</li> </ul>	Não existe este espaço em nossa instituição para cuidado progressivo neonatal.  Existência de oficina de artesanato no 1º andar duas vezes na semana no qual estas mães participam.  Nota:1,0	Construção de um espaço para estas mães.
<b>Presença de Doula durante trabalho de parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de mulheres que tiveram apoio de Doulas durante o trabalho de parto</li> </ul>	Doulas apenas em alguns horários (manhã e tarde). Não possuímos no horário noturno.  Nota: 3,5	Maior quantidade de Doulas.
<b>Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento(####)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo de atendimento humanizado ao abortamento, seguindo os critérios indicados (##)</li> <li>Oferta de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento</li> <li>Oferta de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento</li> <li>Orientações para as mulheres que desejam nova gestação</li> <li>Nº. de mulheres atendidas em situação de abortamento</li> </ul>	Existência de protocolo de atendimento ao abortamento. Oferta de quarto separado favorecendo isolamento antes e depois do procedimento. Realização de anatomo patológico para determinação da causa.  117 mulheres entre os meses de Agosto, Setembro e Outubro 2016.  Nota:4,0	Planejamento reprodutivo pós-abortamento.  Melhoria das orientações pelos profissionais do Centro Obstétrico a estas pacientes.

<b>Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual(#####)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de atendimento às situações de violência, seguindo os critérios indicados (####)</li> <li>• Oferta de cuidado imediato às mulheres em situação de violência</li> <li>• N°. de mulheres em situação de violência atendidas</li> </ul>	Atendimento privativo desde a entrada, presença do acompanhante de escolha, exames e medicações realizada na unidade, acompanhamento da vítima no CCDIP.  Nota: 4,5	Realização de coleta de material para fins de investigação criminal.
---	---	---	--

**(####)** Oferta não só de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade do atendimento e com disponibilização de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento e orientações para aquelas que desejam nova gestação. A atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, baseia-se nos referenciais éticos, legais e bioéticos. Ênfase nos princípios fundamentais da bioética: (a) autonomia, (b) beneficência, (c) não maleficência e (d) justiça. Deve ser implantado o protocolo de atendimento humanizado ao abortamento de acordo com suas classificações, incluindo as ações de planejamento reprodutivo no serviço e o fluxo definido com a rede locorregional. Destaque para (i) condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo norma técnica do M/2010, sendo disponibilizada técnica da AMIU (até 12ª IG); a técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com os casos; (ii) oferecimento de métodos contraceptivos: DIU, injetável mensal ou trimestral; e (iii) orientações para mulheres que desejem nova gravidez.

**(#####)** Oferta de atenção qualificada nas situações de violência, especialmente a violência sexual. O atendimento deve ser realizado em local específico no sentido de garantir a necessária privacidade durante a entrevista e os exames. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. Importante identificar se o serviço hospitalar tem protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual implantado ou em processo de implantação com destaque para (i) organização do fluxo intrainstitucional e intersetorial; (ii) garantia de privacidade; (iii) mecanismos para trabalho em equipe; (iv) registro e acompanhamento das notificações por faixa etária; (v) registro e acompanhamento dos procedimentos realizados por faixa etária.

<b>DIRETRIZ: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO</b>			
<b>Estratégias de Educação Permanente no Serviço:</b> iniciativas de educação permanente, especialmente nos temas relacionados às boas práticas e cuidado obstétrico-neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta ou viabilização de atividades de educação permanente para as equipes</li> </ul>	Há um serviço bem estruturado de educação continuada através de treinamentos técnicos e vídeo aulas.  Treinamentos externos tal como ALSO e Parto Adequado.  Na equipe obstétrica aula/ reuniões semanais.  Nota:4,5	Melhor adesão da equipe medica da obstetrícia nas aulas semanais.

<b>DIRETRIZ: RELAÇÕES DO SERVIÇO COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCORREGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUMS INTERSETORIAIS</b>			
<b>Relação com Secretaria Estadual de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da</li> </ul>	Participamos de espaços de gestão quando a instituição é convocada. Sentimos	Mais apoio e encontros presenciais com representantes do Estado para de

	SES onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil	falta da presença do Estado mais atuante com a gerência da unidade materno infantil do hospital.  Nota:3,0	discussões de assuntos da área materno infantil.
<b>Relação com Secretaria Municipal de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil</li> </ul>	A unidade materno infantil tem excelente relação com a vigilância epidemiológica do Município de Ipatinga. Temos fácil acesso aos representantes do setor, o que torna a relação produtiva e com resultados satisfatórios.  Nota:4,0	Mais encontros presenciais com representantes do Município para de discussões de assuntos da área materno infantil. Realizamos estes apenas em dia de reunião do comitê de óbito materno fetal e infantil do Município.
<b>Participação no Fórum Perinatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O serviço participa do Fórum Perinatal (municipal e/ou regional) com representantes da gestão e assistência</li> </ul>	Quando somos convocados participamos.  Nota: 2,0	

## **BLOCO 2**

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

<b>MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA RELEVANTES Janeiro a Outubro 2016</b>	
Nº. de partos realizados por mês	Média Ano: 440 mês
Nº e % de partos normais/mês	50%      220
Nº e % de cesáreas	50%      220
Nº. e % de cesáreas em primíparas por faixa etária	88 partos mês      48%
Nº e % de cesáreas por principais indicações	SUS 100/ Convênio 174      74%
Nº e % de parto normal em mulheres com cesárea anterior	Não possuímos este dado
Nº de mortes maternas/ano	2016 0/ 2015 03
Nº de mortes neonatais/ano	29 óbitos ate Agosto 2016/ 53      2015

## **BLOCO 3**

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

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

#### **1) Fatores facilitadores/favoráveis**

- Apoio da superintendência e gerência da unidade materno infantil.
- Equipe de enfermagem atuante e disponível para mudanças.
- Apoio de novos médicos do serviço.
- Apoio financeiro para realizar determinadas mudanças.

#### **2) Fatores dificultadores/limitadores**

- Equipe médica diversificada com formação distinta impactando na conduta.

- Representantes das clínicas (obstétrica e pediátrica) antigos na instituição e resistente em divergir opiniões de outros colegas.
- Espaço físico restrito para atender determinadas situações.
- Dificuldade de vinculação de alguns serviços com a rede pública.



Apêndice C Cama de Parto



Apêndice D Quarto PP

