

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

**IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS  
RECOMENDADAS INTERNACIONALMENTE PELA  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, NA MATERNIDADE  
DR. MOURA TAPAJÓZ, EM MANAUS.**

**JOSÉ NILSON ARAÚJO BEZERRA**

**MANAUS - 2015**

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

**JOSÉ NILSON ARAÚJO BEZERRA**

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatal.

Orientador: **Profa. Dra. Gilsirene Scantelburi**

**MANAUS - 2015**

## RESUMO

Trata-se de projeto de intervenção para implementação das Boas Práticas Obstétricas recomendadas internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde, na Maternidade Dr. Moura Tapajós, em Manaus. A proposta baseia-se no tripé indignação, inconformismo e revolta, com os eventos presenciados durante os plantões como Enfermeiro assistencial nessa maternidade, onde as mulheres são rotineiramente violentadas física e psicologicamente, além de terem os seus direitos mínimos desrespeitados. O objetivo era implementar as Boas Práticas Obstétricas recomendadas internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde na Maternidade Dr. Moura Tapajós. O público alvo da intervenção eram as parturientes, puérperas e recém-nascidos, além da equipe de Enfermagem. A questão norteadora visava descobrir porque a Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajós permanece na direção contrária à todas as recomendações internacionais para implementação das Boas Práticas em obstetrícia. Os principais resultados esperados eram a elaboração de um protocolo de ação para os profissionais de Enfermagem, atuação profissional do corpo de Enfermagem com base em Evidências Científicas consistentes e nas recomendações internacionais, redução no número de cesáreas desnecessárias, aumento da satisfação com o atendimento durante o parto e pós-parto e redução do número de recém-nascidos que necessitassem de assistência na UCI/UTI. O plano de intervenção não foi executado porque não houve qualquer apoio da direção que proibiu a atuação dos alunos do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha na unidade, apesar de autorização prévia ao início do curso, quando da realização do processo de seleção ao ingresso.

**Palavras-Chaves/Descritores:** Boas Práticas Obstétricas; Parto Humanizado; Enfermeiras Obstétricas; Parto Normal; Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. Problematização de situação .....	7
3. Apresentação da instituição.....	10
4. Justificativa.....	11
5. Referencial teórico.....	12
6. Público Alvo.....	17
7. Objetivos.....	17
7.1. Objetivo	17
Geral .....	
7.2. Objetivos	17
Específicos.....	
8. Metas.....	18
9. Metodologia.....	19
10. Cronograma de atividades.....	20
11. Resultados.....	21
Considerações finais.....	22
Referências Bibliográficas.....	23

## 1. INTRODUÇÃO

Pensar num projeto de intervenção relacionado ao parto na maternidade municipal Dr. Moura Tapajóz, em Manaus, é, indubitavelmente, revisitar as recomendações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), com relação às condutas que são claramente úteis e que devem ser encorajadas, as condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas, as condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas e as condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Portanto, essas recomendações são o ponto de partida deste trabalho.

Alguns estudos realizados há mais de vinte anos e que investigaram ações relacionadas ao parto e sua assistência, mostraram problemas relevantes na assistência obstétrica, como altos coeficientes de mortalidade materna em todo o Brasil, altas taxas de cesáreas, número de leitos insuficientes nas maternidades, baixa qualificação da assistência pré-natal e desorganização do sistema de saúde (TANAKA, 1995; FAÚNDES; CECATTI, 1991).

O presente projeto visava implantar as Boas Práticas Obstétricas recomendadas internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Maternidade Moura Tapajóz, em Manaus – Amazonas.

O interesse pelo tema surgiu da vivência de mais de dez anos atuando em maternidades na cidade de Manaus, vendo um completo desrespeito pelas mulheres submetidas à assistência obstétrica, ao mesmo tempo em que as ações praticadas, desrespeitavam as recomendações internacionais, geralmente confrontando evidências científicas internacionalmente consolidadas.

A ideia inicial era aproximar o ambiente da maternidade onde atuo do ambiente dos Centros de Parto Normal, que resgataram a privacidade e a dignidade das mulheres que davam à luz, em especial porque são semelhantes aos espaços familiares. Ao mesmo tempo, pensava em um ambiente que embora tivesse a humanização por princípio, fosse seguro para as parturientes, que teriam acesso a recursos tecnológicos quando necessário.

O estímulo para que essa modalidade de assistência fosse estruturada ganhou força a partir da década de 80, através do movimento de mulheres brasileiras e de todo o mundo, que passaram a questionar as práticas obstétricas estabelecidas como rotina nos hospitais e apresentaram propostas para humanização do atendimento (MACHADO; PRAÇA, 2006; COSTA FILHO, 2000).

Nesse mesmo período, foi importante a disseminação da informação de que a assistência ao parto e nascimento com risco baixo era realizada por enfermeiras obstétricas ou mesmo parteiras especializadas, com formação voltada para dar suporte emocional e atendimento à mulher e ao recém-nascido, sem qualquer interferência no processo fisiológico, natural, do parto. As mães vivenciavam esse momento de forma segura e prazerosa (MACHADO; PRAÇA, 2006).

A partir desse histórico, o desejo de fazer algo pelas parturientes de Manaus foi fortalecido e acreditamos que fosse possível a implementação das Boas Práticas Obstétricas, principalmente pelo fato de a Maternidade Dr. Moura Tapajóz ser uma instituição de pequeno porte e com poucos leitos.

## 2. PROBLEMATIZAÇÃO

O ponto de partida desse projeto de intervenção foi a imensa indignação à forma como as gestantes ainda são tratadas na supracitada maternidade, rotineiramente violentadas sob os mais diversos aspectos da obstetrícia. Embora a maternidade tenha abolido práticas como uso rotineiro de enema, raspagem de pelos pubianos, exame retal e lavagem rotineira do útero depois do parto, ainda é comum se ver a prescrição de infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto, inserção profilática rotineira de cateter intravenoso, uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto e da posição de litotomia, com ou sem estribos durante o trabalho de parto, prescrição de ocitócitos a qualquer hora antes do parto, estimulação aos esforços de puxo prolongados e dirigidos, também conhecidos como manobra de Valsalva, durante o período expulsivo, massagens de distensão perineal durante o trabalho de parto e parto e uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação. Todas essas condutas são claramente prejudiciais ou ineficazes e que, certamente, deveriam estar há muito abolidas.

Além disso, não é comum na maternidade a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. Por outro lado, são comuns manobras rotineiras de manipulação ativa do feto no momento do parto/nascimento e de utilização rotineira de ocitocina, tração controlada do cordão ou até mesmo a combinação de ambas as práticas durante a dequitação e clampeamento absolutamente precoce do cordão umbilical.

Embora se tenha tentado modificar as práticas de manutenção de dieta zero durante o trabalho de parto, essa ainda é uma prática comum na maternidade e mesmo quando a ingesta hídrica está liberada, os líquidos não são disponibilizados adequadamente para as gestantes, ao mesmo tempo em que não há permissão para que a família os disponibilize para as parturientes. As mulheres também são submetidas inadvertidamente a exames frequentes de toques vaginais que são repetidos com regularidade. As clientes são rotineiramente transferidas do pré-parto para o centro cirúrgico durante o segundo estágio do trabalho de parto, contrariando as recomendações internacionais da OMS/OPAS, o mesmo acontecendo com os a prática rotineira de estimular os puxos dirigidos quando se verifica a dilatação completa ou quase completa, independentemente de a mulher estar ou não sentindo o puxo voluntário.

Apesar da utilização de práticas não recomendadas representarem um grande problema, a ausência de práticas recomendadas também impacta negativamente na assistência obstétrica na Maternidade Moura Tapajóz. Não se ouve falar em plano de parto na maternidade e a maioria dos profissionais nem mesmo sabe do que se trata (avaliado empiricamente nos plantões de rotina). Não é comum a avaliação e monitoramento do bem-estar físico e emocional da parturiente ao longo do trabalho de parto e parto nem após o nascimento do bebê. Não faz parte da rotina da maternidade oferecer líquidos à mulher, por via oral, durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Em geral, até por uma questão relacionada à estrutura, não a maternidade não respeita a privacidade da parturiente. Não há apoio consistente à mulher durante o trabalho de parto e parto, por parte de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, pediatras e demais profissionais em geral. Apesar de atualmente a maternidade respeitar a escolha do acompanhante, depois de muita luta interna dos defensores desse direito, os acompanhantes ainda são barrados com frequência durante o parto cesárea. Não é comum e prática regular, explicar às mulheres tudo que desejam saber sobre o trabalho de parto e parto. Não há utilização de métodos e técnicas não invasivas



para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, como massagem e técnicas de relaxamento. Não é rotina e não se vê a monitorização fetal através da ausculta intermitente. Não se respeita a liberdade de posição e movimento das mulheres durante o trabalho e parto e parto, além de se manterem as posições supinadas (deitadas). Não é comum a utilização rotineira do partograma para monitorização cuidadosa do trabalho de parto, recomendado pela OMS. Finalmente, não se respeita de forma adequada o contato pele a pele entre mãe e bebê, fator extremamente importante para apoiar a amamentação na primeira hora após o parto. Rotineiramente, na maternidade Moura Tapajóz, os bebês são literalmente "arrancados" das suas mães, tendo como principal justificativa a avaliação pediátrica.

Com base na situação exposta, estabelecemos a seguinte questão norteadora:

Por que a Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajóz permanece na direção contrária à todas as recomendações internacionais para implementação das Boas Práticas em obstetrícia?

### 3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A proposta de implementação de Boas Práticas Obstétricas foi estabelecida para realização na Maternidade Moura Tapajóz.

A maternidade Moura Tapajóz está localizada na Avenida Brasil, nº1335, bairro da Compensa I, CEP 69.036-110, Zona Oeste da cidade de Manaus-AM. O site da prefeitura ([www.manaus.am.gov.br](http://www.manaus.am.gov.br)) informa que a maternidade é:

(...) um serviço de urgência e emergência que presta assistência hospitalar à mulher no período da gravidez, parto e puerpério, bem como ao recém-nascido, por meio de serviços e programas de promoção social e apoio ao ensino e à pesquisa através da oferta de campo de estágio na área das Ciências da Saúde.

A Maternidade Moura Tapajóz tem por MISSÃO garantir os direitos reprodutivos da mulher de forma humanizada usando os recursos científicos e tecnológicos disponíveis; além disso, a Maternidade vem buscando desenvolver atendimentos de qualidade, por meio do total envolvimento de uma equipe interdisciplinar entre os profissionais que atuam nos setores existentes na instituição, na busca incessante pela melhoria da qualidade de vida de seus usuários.

#### **4. JUSTIFICATIVA**

A principal razão para se pensar nesse projeto de intervenção foram as situações descritas na problematização e a necessidade atacar frontalmente esses problemas. Um dos pilares da proposta de intervenção era a de ressignificar a atenção ao parto através das Boas Práticas Obstétricas. Iríamos propor uma nova modalidade de atendimento na perspectiva de um parto natural saudável, fisiológico, prevenindo possíveis agravos e evitando intervenções desnecessárias. Desejávamos uma ação prática centrada nas necessidades das mulheres, nos seus anseios e respeitando suas individualidades.

Esperávamos com a implementação das Boas Práticas Obstétricas melhorar de maneira decisiva a qualidade da assistência obstétrica na maternidade, humanizando os atendimentos, aumentando a satisfação das usuárias e reduzindo a violência obstétrica.

A intervenção seria fundamental à minha formação considerando que as Boas Práticas Obstétricas são parte da essência de atuação dos Enfermeiros Obstetras. Para as mulheres seria um novo tempo, um novo momento, diferente do que vinha ocorrendo até então. Pretendíamos contribuir diretamente para mudar o cenário de violência obstétrica e assistência não humanizada, que confronta as evidências científicas e as recomendações internacionais.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

A efetiva necessidade de se implementar um modelo de atenção ao parto diferente do atual modelo operante, fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolvesse estratégias nas mais diversas frentes, para promover mudanças significativas, em especial no que se refere aos aspectos profissionais e culturais. Juntamente com as recomendações da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), as recomendações da OMS se tornaram modelos para as políticas nacionais no Brasil. No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs os 8 "Objetivos do Milênio", dentre os quais se destacavam: "Melhorar a Saúde das Gestantes" e "Reduzir a Mortalidade Infantil". O Brasil assumiu o compromisso de perseguir a meta até o ano de 2015. Com o compromisso assumido, o governo brasileiro lançou em 2004 o "Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal". Em 2005, foi composta a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional (DOMINGUES; RATTO, 2008).

Em 2014, a OMS, em parceria com a International Confederation of Midwives e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), lançou o informativo denominado "O Estado da Obstetrícia no Mundo 2014", que analisa o panorama internacional da obstetrícia em 73 países de baixa e média renda. O documento mostra que investimentos imediatos na assistência obstétrica de alta qualidade podem prevenir aproximadamente dois terços das mortes maternas e neonatais,

resultando em milhões de vidas salvas por ano. Os 73 países da África, Ásia e América Latina, incluindo o Brasil, representam 96% das mortes maternas mundiais, 91% dos natimortos e 93% das mortes de recém-nascidos. Paradoxalmente, contam com apenas 42% dos médicos (as), parteiros (as) e enfermeiros (as) do mundo (WHO, 2014a).

O documento mostra avanços desde 1990 com redução de 50% da mortalidade materna e 41% da mortalidade infantil. Nos 73 países analisados, a taxa de mortalidade materna diminuiu 3% ao ano em média e a taxa de mortalidade neonatal caiu cerca de 1,9% ao ano. Há um esforço generalizado dos países no sentido de melhorar a permanência de profissionais de obstetrias em regiões remotas, 28% deles estão aumentando a contratação de parteiras profissionais, 20% contam com novos protocolos e/ou marcos normativos em saúde e 71% estão melhorando a coleta de dados, informação e prestação de contas. Alega ainda que existe um déficit de parteiras devidamente capacitadas para atenção a mulheres e crianças. Somente 22% dos países contam com uma quantidade potencialmente suficiente de parteiras qualificadas, enquanto 78% dos países enfrentam deficiências graves na obstetria, que resultarão em mortes desnecessárias de mulheres e recém-nascidos.

Esse déficit de recursos críticos envolvendo profissionais e infraestrutura de saúde só aumenta à medida que a população cresce. O relatório da OMS indica mudanças necessárias em quatro áreas fundamentais (disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da obstetria) e indica o caminho até 2030.

A estimativa é de que o número de 166 milhões de gravidezes registradas anualmente no mundo se mantenha constante até 2030 e que os países devem ampliar o acesso aos serviços de planejamento familiar e obstetria (WHO, 2014a).

Segundo a OMS (2014b) Trabalho de parto prolongado é uma causa importante da mortalidade materna e mortalidade perinatal. Causas subjacentes comuns contrações uterinas ineficientes, apresentação

anormal ou posição fetal, pelve óssea inadequada ou anormalidades do tecido mole da mãe. Identificar essas causas que causam lenta progressão no trabalho de parto pode ser um desafio. O documento conclui que “o fracasso na progressão do trabalho de parto” pode ser uma das principais causas de cesareas, principalmente em primíparas. Há, portanto, uma crescente preocupação de que a cesariana seja realizada cedo demais em muitos casos, sem que se explore intervenções menos invasivas, que poderiam levar ao parto vaginal.

O aumento do trabalho é o processo de se estimular o útero para aumentar a frequência, duração e intensidade das contrações após o início do trabalho de parto espontâneo e tem comumente sido usado para tratar atraso na evolução do parto, quando há contrações uterinas pobres. Entre os métodos tradicionais para o aumento do trabalho, destaca-se o uso de infusão intravenosa de oxitocina e ruptura artificial das membranas (amniotomia). Ao longo das últimas décadas, os esforços para evitar trabalho de parto prolongado, levaram à utilização de uma gama de práticas com a finalidade de acelerar o trabalho de parto lento ou conduzir o processo fisiológico do trabalho de parto. Entretanto, enquanto as intervenções no contexto do aumento do trabalho de parto podem ser benéficas, o seu uso inadequado pode causar danos. Intervenções desnecessárias, no processo natural de nascimento prejudica a autonomia e a dignidade das mulheres, como beneficiárias de cuidados e pode impactar negativamente na sua experiência de parto. Os profissionais de obstetrícia requerem orientações baseadas em evidências científicas para melhorar o atendimento através da seleção adequada das pacientes e para utilização de intervenções eficazes (OMS, 2014b).

No Brasil, um dos principais problemas é a suposta preferência das mulheres pelo parto normal, que não se confirma nos estudos. Ao contrário, as mulheres percebem os benefícios do parto normal em relação à cesárea e são conscientes das dificuldades enfrentadas nessa modalidade de parto, além dos riscos de que envolvem uma cesariana. Adicionalmente, o parto normal permite maior autonomia das mulheres diante de sua evolução. O nascimento também apresentou vivência mais positiva e satisfatória na modalidade de parto normal. Finalmente, as

medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto foram identificadas positivamente pelas mulheres. O mesmo estudo verificou que embora a cesárea seja mais rápida e cômoda, e de proporcionar um momento mais agradável e tranquilo, não está associada a sentimentos positivos, mas sim aos benefícios físicos (VELHO; DOS SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado no Centro de Parto Normal David Capistrano com 2.117 partos, mostrou taxa de transferência materna de 11,4%, taxa de cesárea de apenas 2,2%, taxa de admissão em Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de 1,2% e taxa de Apgar < que 7 no quinto minuto, de 1%. As principais causas de transferências maternas foram as distocias de trabalho de parto e o desejo de ser submetida a uma analgesia peridural. O desconforto respiratório foi a principal causa de admissão dos recém-nascidos no CTI. Os resultados seguem a tendência dos resultados internacionais, mas o mais evidente foi a muito baixa taxa de cesárea (CAMPOS; LANA, 2007).

As práticas inadequadas persistem nas maternidades brasileiras e as justificativas são as mais diversas, dentre elas: manutenção de modelos inadequados, facilidade na assistência ao parto e autoritarismo dos trabalhadores sobre as parturientes, por acreditarem serem detentores do conhecimento (CARVALHO et al, 2012).

As Boas Práticas Obstétricas apresentam bons resultados, inclusive, sobre as estruturas perineais maternas. Estudos realizados com base em evidências científicas mostraram que durante o período expulsivo, o relaxamento espontâneo das estruturas do períneo materno, a posição escolhida pela parturiente e a condução adequada do parto, favorecem saída fetal tranquila, com menos dor e menores chances de lacerações/lesões perineais (ENKIN, 2005; BRASIL, 2001WHO, 1996; PEREIRA, 2001b; PEREIRA, 1999a;).

No entanto, bons resultados não costumam ocorrer em muitas maternidades brasileiras. Estudo proposto com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência hospitalar ao parto normal em Goiânia, com 404 mulheres que tiveram partos normais em 13 hospitais da cidade mostrou resultados desanimadores. A conclusão foi que houve uma má qualidade da assistência ao parto, com baixos resultados no índice de Bologna, altas proporções de cesarianas eletivas e de urgência, frequência inadequada de intervenções benéficas e alta frequência de intervenções prejudiciais na assistência ao parto (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Em oposição, a assistência recebida em Centros de Partos Normais melhora a satisfação com o acompanhamento contínuo, com o relacionamento interpessoal adequado estabelecido pela equipe de profissionais e com as orientações que são fornecidas por eles, além de melhorar a avaliação positiva das mulheres sobre a assistência que receberam durante o parto (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013). Além disso, a prevalência de cesariana mostra-se dentro dos limites recomendados pela OMS com maior risco para cesariana as mulheres admitidas com até 4 cm de dilatação, idade gestacional maior que 40 semanas, com líquido amniótico meconial e recém-nascido maior que 4 quilos (OSAVA; SILVA; TUESTA et al, 2011).

A assistência ao parto nos Centros de Partos Normais, que instituíram as Boas Práticas Obstétricas, é realizada com menos intervenções desnecessárias, mas com resultados maternos e neonatais semelhantes aos encontrados na assistência hospitalar (SCHNECK; RIESCO; BONADIO, 2012). Além disso, o modelo de assistência ao parto praticado nessas unidades apresenta resultados maternos e perinatais esperados para mulheres com risco obstétrico baixo, mostrando que essas unidades podem ser uma alternativa segura e menos intervencionista na atenção ao parto normal (LOBO; OLIVEIRA; SCHNECK, 2010).

O foco nas necessidades das mulheres em trabalho de parto é tão evidente nessas instituições que alguns autores propuseram a mudança do termo “assistência humanizada ao



parto”, por “assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente” (MACHADO; PRACA, 2006). A ideia é reforçada pela visão de que uma assistência qualificada e humanizada ao parto e nascimento, deve privilegiar o respeito, a dignidade e a autonomia das mulheres, resgatando seu papel ativo no processo parturitivo (MOURA; CRIZOSTOMO; NERY et al, 2007)

## **6. PÚBLICO ALVO**

O motivo de existir do projeto eram as Parturientes, as Puérperas e os Recém-Nascidos.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1. Geral:**

Implementar as Boas Práticas Obstétricas recomendadas internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde na Maternidade Dr. Moura Tapajós.

### **7.2. Específicos**

- Identificar as principais razões para a não implementação das Boas Práticas Obstétricas;
- Rastrear as principais recomendações que são fortemente recomendadas com base em evidências científicas;

- Eliminar as práticas claramente prejudiciais, ineficazes e não recomendadas das práticas dos Enfermeiros Obstetras.

## **8. METAS**

1. Realizar entrevista com todos os médicos obstetras, enfermeiros obstetras e enfermeiros generalistas que atuam na maternidade para identificação dos motivos que os levam a não promoverem as Boas Práticas Obstétricas;
2. Realizar uma ampla revisão de literatura nas bases de dados, nos principais manuais técnicos e documentos nacionais e internacionais para identificar as principais recomendações de Boas Práticas Obstétricas, com base em evidências científicas;
3. Verificar a existência de Revisões Sistemáticas e Metanálises sobre o tema para embasar as ações de implementação do projeto;
4. Eliminar as práticas prejudiciais, ineficazes e não recomendadas das práticas dos Enfermeiros Obstetras e Generalistas.

## 9. METODOLOGIA

A primeira fase do projeto seria o levantamento de opiniões de médicos obstetras, enfermeiros obstetras e enfermeiros generalistas, para identificação dos motivos que os levam a não respeitarem as Boas Práticas Obstétricas em suas rotinas de atuação. O instrumento de coleta de dados dessas informações seria a entrevista semiestruturada com perguntas abertas.

Na segunda fase, seria realizada uma revisão de literatura nas principais bases de dados, através dos descritores apresentados no Quadro 1, abaixo, além das palavras chave “Boas Práticas Obstétricas”, considerando que não encontramos um descritor para o termo.

**Quadro 1. Descritores estabelecidos para busca nos idiomas português, inglês e espanhol.**

PORTUGUES	ESPAÑHOL	INGLÊS
Parto Humanizado	Parto Humanizado	Humanizing Delivery
Parto	Parto	Parturition
Dor do Parto	Dolor de Parto	Labor Pain
Enfermeiras Obstétricas	Enfermeras Obstetricas	Nurse Midwives
Obstetrícia	Obstetricia	Obstetrics

Parto Obstétrico	Parto obstétrico	Delivery Obstetric
Parto Domiciliar	Parto Domiciliario	Home Childbirth
Parto Normal	Parto Normal	Natural Childbirth
Trabalho de Parto	Trabajo de Parto	Labor Obstetric
Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto	Centros de Assistencia al Embarazo y al Parto	Birthng Centers

Finalmente, após a consolidação dos resultados da revisão de literatura sobre o tema, as evidências e recomendações seriam organizadas e os Enfermeiros seriam treinados com base nessas recomendações.

Uma vez concluídos os treinamentos, os Enfermeiros iniciariam a assistência com base nas Boas Práticas Obstétricas.

## 10. CRONOGRAMA

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Compilação dos instrumentos para a intervenção												
Preparação da intervenção												
Aplicação da intervenção												
Análise e Discussão dos resultados e revisão das estratégias												
Interpretação dos resultados												
Redação do Relatório												

Entrega do Relatório de Intervenção													
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 11. RESULTADOS

Esperávamos como resultados da proposta de intervenção, a elaboração de um protocolo de ação para os profissionais de Enfermagem, atuação profissional do corpo de Enfermagem com base em Evidências Científicas consistentes e nas recomendações internacionais, redução no número de cesáreas desnecessárias, aumento da satisfação com o atendimento durante o parto e pós-parto e redução do número de recém-nascidos que necessitassem de assistência na UCI/UTI.

Infelizmente, em razão de uma ação corporativa da direção da Maternidade Dr. Moura Tapajóz, a mesma que autorizou a minha participação no curso, não nos foi permitido atuar na unidade durante a realização do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal Rede Cegonha.

Levei o caso ao conhecimento da coordenação do curso e por várias vezes à plenária do Conselho Municipal de Saúde. O secretário se comprometeu a intervir junto à direção para que o problema fosse sanado, mas nada disso ocorreu e a minha atuação na maternidade não foi permitida, nem mesmo para realização da assistência ao parto, prevista como atividade obrigatória. As atividades tiveram de ser desenvolvidas em outra unidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Infelizmente o meu sentimento ao final do curso é o de completa frustração pelo fato de não ter aplicado o projeto de intervenção como havia projetado e a certeza de que a atividade corporativa médica permanece na Maternidade Moura Tapajóz, impedindo que as Boas Práticas Obstétricas sejam implementadas, contrariando todas as recomendações de assistência ao parto e também promovendo a violência obstétrica sob as suas mais diversas configurações.

## REFERÊNCIAS

- CAMPOS, S. E. V; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.6, pp. 1349-1359. ISSN 0102-311X.
- CARVALHO, V. F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 30-37. ISSN 0080-6234.
- COSTA FILHO, C. F. Tratado de obstetrícia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. Infecção puerperal. Cap. 28, p. 380.
- DOMINGUES, R.M.S.M.; RATTO, K.M.N.. Favorecendo o parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas. In.: BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil : cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.p. 27-51.
- FAÚNDES, A; CECATTI, J.G.A. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad Saúde Pública. 1991;7(2):150-73.
- GIGLIO, M. R. P.; FRANCA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2011, vol.33, n.10, pp. 297-304. ISSN 0100-7203.
- JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.12, pp. 2436-2446. ISSN 0102-311X.
- LOBO, S. F.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; SCHNECK, C.A. et al. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 812-818. ISSN 0080-6234.
- MACHADO, N. X. S; PRACA, N. S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 274-279. ISSN 0080-6234.

- MACHADO, N.X.S.M.; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2):274-9.
- MOURA, F. M. J. S. P.; CRIZOSTOMO, C. D.NERY, I. S. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.4, pp. 452-455. ISSN 0034-7167.
- OSAVA, R.H.; SILVA, F.M.B.; TUESTA, E.F. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1036-1043. ISSN 0034-8910.
- SCHNECK, C. A.; RIESCO, M.L.G.; BONADIO, I.C. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):77-86.
- TANAKA, A. C. d'A. *Maternidade, dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
- VELHO, M.B.; DOS SANTOS, E.K.A.; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm.* 2014 mar-abr; 67(2): 282-9.
- VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos e COLLACO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2014, vol.67, n.2, pp. 282-289. ISSN 0034-7167.
- VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos; BRUGGEMANN, Odaléa Maria e CAMARGO, Brígido Vizeu. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.2, pp. 458-466. ISSN 0104-0707.
- World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide (report of a technical working group)*. Geneva: World Health Organization; 1996.
- PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 2 ed. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999a.
- PEREIRA, J. C. *Análise de dados qualitativos – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 3ª ed. São Paulo: USP-FAESP; 2001b.
- ENKIN, M. W. et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e parto*. 3a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 199p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Folheto Informativo: O Estado da Obstetrícia no Mundo 2014. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/folha\\_de\\_dados\\_relatorio\\_obstetricia2014.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/folha_de_dados_relatorio_obstetricia2014.pdf). Acesso em 19.12.14a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations for augmentation of labour**. Switzerland, WHO, 2014b. 64p.