

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

GIZELE MOREIRA RODRIGUES

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: CONTRIBUIÇÕES
PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NO
HOSPITAL MUNICIPAL DANIEL GONÇALVES EM CANAÃ DOS CARAJÁS-PA.**

CANAÃ DOS CARAJÁS – PARÁ

2017

GIZELE MOREIRA RODRIGUES

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: CONTRIBUIÇÕES
PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NO
HOSPITAL MUNICIPAL DANIEL GONÇALVES EM CANAÃ DOS CARAJÁS-PA.**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha (CEEQ- Rede Cegonha) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal do Pará e Ministério da Saúde como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof. MsC Andrea Costa.

CANAÃ DOS CARAJÁS - PARÁ

2017

Rodrigues, Gizele Moreira

BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: CONTRIBUIÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NO HOSPITAL MUNICIPAL DANIEL GONÇALVES EM CANAÃ DOS CARAJÁS-PA / Gizele Moreira Rodrigues - Pará, 2017.

Orientadora: Andrea Ribeiro da Costa.

83 p.

Projeto de Intervenção Apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

1. Parto Humanizado 2. Boas Práticas no Parto e Nascimento

3 Educação Permanente em Saúde

GIZELE MOREIRA RODRIGUES

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: CONTRIBUIÇÕES
PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NO
HOSPITAL MUNICIPAL DANIEL GONÇALVES EM CANAÃ DOS CARAJÁS-PA.**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha (CEEQ- Rede Cegonha) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal do Pará e Ministério da Saúde como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica. b

Orientadora: Prof^a. MSc. Andrea Costa.

Aprovado em: 18 de Dezembro de 2017.

Prof^a. MSc. Andrea Ribeiro da Costa

Prof^a. MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves

Membro da UFMG

CANAÃ DOS CARAJÁS - PARÁ

2017

Á Deus pelo seu infinito amor, por ter me dado sabedoria e força para trilhar essa jornada.

AGRADECIMENTOS

À Rede Cegonha em parceria com a UFMG e UFPA pela oportunidade de cursar esta especialização em enfermagem obstétrica e contribuir para a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento no Hospital Municipal Daniel Gonçalves.

A minha orientadora Prof. MSc. Andréa Costa pelo apoio constante, estímulo, dedicação e competência na orientação durante todo o curso.

As coordenadoras locais Ana Paula Gonçalves e Elisângela Ferreira pela organização e incentivo.

Aos professores e enfermeiros que contribuíram para a formação Teórico-prático.

Aos meus colegas de turma pelo apoio e amizade.

Ao meu esposo pelo incentivo e compreensão.

Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer.

Michel Odent

RESUMO

O óbito infantil e fetal constitui importante problema de saúde pública e permanece como um desafio. No Brasil, 60% da mortalidade infantil ocorrer nos primeiros 6 dias de vida, expressando a necessidade de mudanças assistenciais na atenção à gestante e ao recém-nascido. O município de Canaã dos Carajás, situado no sudeste do estado do Pará, ao qual se desenvolveu o plano de intervenção, apresenta um elevado coeficiente de mortalidade infantil 17,79 por mil nascidos vivos em 2014, sendo 65% dos óbitos ocorridos nos primeiros 06 dias de vida, conforme dados do Ministério da Saúde em 2017. Diante da quantificação do elevado índice de mortalidade neonatal no município, objetivou-se intervir para contribuir a implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento no Hospital Municipal Daniel Gonçalves (HMDG) com ênfase na assistência ao recém-nascido; bem como realizar diagnóstico situacional dos óbitos maternos, infantis e fetais do município; apresentar e discutir o projeto de intervenção a direção do hospital municipal e da Secretaria Municipal de Saúde; realizar a I Oficina de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento: ênfase as boas práticas na atenção ao recém-nascido (Clampeamento oportuno do cordão, contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, início do aleitamento materno exclusivo logo após o parto, novos parâmetros para microcefalia, aspiração nasofaringeana e sondagem gástrica e retal, Profilaxia da oftalmia neonatal, e profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido) e por fim promover reflexão dos gestores e profissionais acerca dos indicadores de saúde coadunados as boas práticas. O diagnóstico situacional sinalizou consideráveis índices de mortalidade. O projeto foi discutido e aprovado pelo grupo gestor do HMDG. A Oficina de Boas Práticas foi realizada nos dias 09 e 10 de novembro 2017, com a presença de 47 participantes entre médicos obstetras, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem. A estratégia de condução da Oficina sustentou-se nos pilares da educação permanente em saúde, trazendo (re) significados por parte dos profissionais e gestores técnicos da necessidade da incorporação de boas práticas na assistência ao neonato; além de ponderações acerca dos indicadores coadunados as boas práticas do nascer. O projeto fomentou compartilhamento de saberes e práticas das boas condutas na assistência ao recém-nascido, mediatizado pela reflexão, diálogo, exposição de dificuldades e possibilidades de melhoria no cotidiano do trabalho.

Palavras Chave: Boas Práticas no Parto e Nascimento. Educação Permanente em Saúde. Assistência ao recém-nascido.

ABSTRACT

Infant and fetal death is an important public health problem and remains a challenge. In Brazil, 60% of infant mortality occurs in the first 6 days of life, expressing the need for care changes in the care of pregnant women and the newborn. The municipality of Canaã dos Carajás, located in southeastern Pará state, to which the intervention plan was developed, has a high infant mortality rate of 17.79 per thousand live births in 2014, with 65% of deaths occurring in the first 06 days of life, according to data from the Ministry of Health in 2017. In view of the quantification of the high neonatal mortality rate in the municipality, it was intended to contribute to the implementation of good practices of care for childbirth and birth at the Hospital Municipal Daniel Gonçalves (HMDG) with emphasis on newborn care; as well as to carry out a situational diagnosis of the maternal, infantile and fetal deaths of the municipality; present and discuss the intervention project the direction of the municipal hospital and the Municipal Health Department; Workshop on Good Attention to Delivery and Birth: Emphasis on good practices in care for newborns (timely cord clamping, skin-to-skin contact between mother and newborn, initiation of exclusive breastfeeding soon after delivery, new parameters for microcephaly, nasopharyngeal aspiration and gastric and rectal prophylaxis, prophylaxis of neonatal ophthalmia, and prophylaxis of newborn hemorrhagic disease), and finally, to promote reflection among health professionals on health indicators. The situational diagnosis showed significant mortality rates. The project was discussed and approved by the HMDG management group. The Workshop on Good Practices was held on November 09 and 10, 2017, attended by 47 participants among obstetricians, nurses, nutritionists, speech therapists, physiotherapists and nursing technicians. The workshop's management strategy was based on the pillars of continuing education in health, bringing (re) significations by professionals and technical managers of the need to incorporate good practices in the care of the newborn; in addition to considering the indicators of good practices at birth. The project fostered sharing of knowledge and good behavior practices in the care of the newborn, mediated by reflection, dialogue, exposure of difficulties and possibilities for improvement in daily work.

Keywords: Good Practices in Childbirth and Birth. Permanent Education in Health. Assistance to the newborn.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Mapa dos Municípios que compõem a Região de Saúde de Carajás.....	17
Figura 02	Passos Naturais da Transfusão Placentária	36
Gráfico 01	Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Brasil, Pará, Região de Saúde de Carajás e município de Canaã dos Carajás/PA, 2000 a 2014.....	23
Gráfico 02	Percentagem de óbitos infantis e seus componentes. Canaã dos Carajás, 2010-2014.....	24
Gráfico 03	Percentagem de óbitos segundo grupo de causas no CID-10. Canaã dos Carajás. 2010 a 2014.....	24
Gráfico 04	Taxa de mortalidade fetal (por mil nascidos vivos). Brasil, Pará, Região de Saúde de Carajás e município de Canaã dos Carajás/PA, 2000 a 2014.....	25
Gráfico 05	Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, Pará, Região de Saúde de Carajás e município de Canaã dos Carajás/PA, 2000 a 2014.....	26
Gráfico 06	Percentagem de nascimentos por tipo de parto. Canaã dos Carajás, 2010-2014	27
Gráfico 07	Percentagem de NV por nº de consultas de pré-natal. Canaã dos Carajás, 2010-2014.....	28
Gráfico 08	Número de teste de sífilis por gestante. Município de Canaã dos Carajás, 2010-2014.....	28
Gráfico 09	Número de casos de Sífilis congênita. Canaã dos Carajás, 2010-2014.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Número de equipes de atenção básica. Município de Canaã dos Carajás. 2016.....	18
Tabela 02	Cobertura de Equipes de Atenção Básica e Equipe de Saúde Bucal no ano de 2015.....	19
Tabela 03	Serviços cadastrados no Hospital Municipal Daniel Gonçalves. Canaã dos Carajás, 2017.....	20
Tabela 04	Tipo de leitos por esfera administrativa. Canaã dos Carajás, 2016.....	20
Tabela 05	Expansão do número de leitos no Hospital Municipal Daniel Gonçalves. Canaã dos Carajás, 2017.....	21
Tabela 06	Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Municípios da Região de Saúde de Carajás, 2000-2014.....	22
Tabela 07	Percentual de óbitos infantis, fetais, maternos e de MIF investigados. Canaã dos Carajás, 2010-2014.....	29
Tabela 08	Benefícios imediatos do clampeamento tardio do cordão umbilical.....	37
Tabela 09	Resumo dos benefícios imediatos e no longo prazo do contato pele-a-pele da mãe e seu recém-nascido logo após o parto.....	40
Tabela 10	Resumo de benefícios imediatos e no longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GETAT	Grupo Executivo das Terras do Araguaia e Tocantins
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CEDERE	Centro de Desenvolvimento Regional
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CEEO	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
DDRAS	Departamento de Desenvolvimento da Rede Assistencial de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHVK	Doença Hemorrágica por Deficiência de Vitamina K
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HMDG	Hospital Municipal Daniel Gonçalves
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MIF	Mulher em Idade Fértil
NVs	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RC	Rede Cegonha
RAS	Rede de Atenção em Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PPP	Sala Pré-Parto, Parto e Pós-Parto
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SUS	Sistema Único de Saúde

RN	Recém-nascido
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico da Célula Humana
RNPT	Recém-nascido Pré-termo
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
BPM	Batimentos por minuto
PC	Perímetro Cefálico
NP	Nitrato de Prata
DHVK	Doença Hemorrágica por Deficiência de Vitamina K
CEEO	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO.....	16
3	JUSTIFICATIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ATUAL EPERSPECTIVAS.....	30
4	REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO.....	32
5	OBJETIVOS DO PROJETO.....	46
	5.1 Objetivo Geral.....	46
	5.2 Objetivos Específicos.....	46
6	PÚBLICO ALVO.....	47
7	METAS.....	48
8	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	49
	8.1 Etapas da Intervenção.....	49
	8.2 Acompanhamento Avaliativo do Projeto.....	56
	8.3 Recursos.....	58
	8.4 Cronograma das Atividades.....	59
9	ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS.....	60
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A - PLANO EDUCATIVO “I OFICINA DE IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO”.....	65
	APÊNDICE B – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE REUNIÃO COM GRUPO GESTOR.....	70
	APÊNDICE C – CONVITE PARA OFICINA.....	71
	APÊNDICE D – CERTIFICADO.....	73
	APÊNDICE E – LISTA DE FREQUÊNCIA.....	74
	ANEXO 1 - DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA SITUAÇÃO ATUAL.....	76

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, através do Ministério da Saúde vem empreendendo esforços no intuito de organizar e qualificar o Sistema Único de Saúde, em Redes de Atenção, apresentando como pioneira a Rede de Atenção Materno-Infantil (BRASIL, 2011a).

Além dos objetivos de qualificar a atenção à saúde, promover integralidade e resolutividade, a Rede visa ainda ações que favoreçam reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2011a).

A instituição das Redes se materializa em 2011 com a Rede Cegonha, com movimentos de implementação a potencializar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, com isso, traz a proposta de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, na vigilância das ações do parto até 24 meses da criança; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, favorecendo o acesso, acolhimento e resolutividade; no fomento as boas práticas do parto e nascimento e redução da mortalidade materna e infantil enfatizando componente neonatal (BRASIL, 2011 a, 2014).

Um modelo de assistência a saúde, ao encontro dos pressupostos da Rede Cegonha requer alicerces de práticas que compreendam que, o nascimento é um evento cercado de inúmeras modificações fisiológicas na transição do feto para a vida extrauterina. Tais modificações incluem o estabelecimento da respiração, alterações cardiovasculares, regulação da temperatura corporal, início do processo de digestão e absorção dos alimentos e desenvolvimento do sistema imune (BRASIL, 2016a).

A grande maioria das crianças faz essa transição sem intercorrências, mas a vigilância por parte dos profissionais de saúde e intervenção oportuna, quando necessária, podem influenciar na saúde desse recém-nascido e no seu desenvolvimento futuro (BRASIL, 2016a).

Estima-se que, durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais associados a problemas como asfixia, baixo peso ao nascer e prematuridade (BRASIL, 2016a).

No Brasil, em 2013, nasceram 2.904.027 crianças sendo 11,5% prematuros e 8,5% com baixo peso ao nascer (<2500g) (BRASIL, 2016a). A mortalidade infantil no período foi de 13,4 por mil nascidos vivos. Considerando-se o total de óbitos no primeiro ano de vida, cerca de 60% desses ocorreram nos primeiros 06 dias de vida expressando a complexa conjugação de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, esses últimos relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2016a).

O município de Canaã dos Carajás, apresenta um elevado coeficiente de mortalidade infantil, passando de 10,32/1000 Nascidos Vivos (NVs) em 2010 para 17,79/1000 NVs em 2014. Em 2014, a taxa de mortalidade do município ficou acima da taxa da Região de Saúde de Carajás (13,58), Pará (15,74) e do Brasil (12,9). No ano de 2014 no município foram registrados 20 óbitos infantis, dos quais apenas 11 (55%) foram investigados e 65% ocorreram nos primeiros 06 dias de vida (BRASIL, 2014).

Esse fato tem chamado a atenção para práticas importantes no cuidado neonatal ao nascimento e nos primeiros dias de vida com o objetivo de reduzir de forma expressiva a mortalidade neonatal. Entre essas práticas destacamos a reanimação neonatal, o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva ao seio materno, entre outras. São práticas que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto no longo prazo e no desenvolvimento da criança muito além do período neonatal.

Nesse contexto emergem os desdobramentos do presente projeto de intervenção, tomando como intuítos os movimentos organizativos em redes de atenção à saúde, a adoção de boas práticas de atenção ao parto e nascimento – especificamente a atenção ao recém nascido e o fomento as práticas de educação permanente em saúde.

Estando a autora na coordenação da Rede de Atenção Materno-Infantil de Canaã dos Carajás, integrando do Grupo Condutor da Rede Cegonha da Região de Saúde de Carajás e cursando a Especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha (CEE0 II), surgiu a necessidade e o interesse em desenvolver ações estratégicas, com enfoque a educação permanente que contribuíssem as boas práticas de assistência ao recém-nascido baseada em evidências científicas no Hospital Municipal Daniel Gonçalves. E que a partir da intervenção possa semear-se futuramente, as fases de implantação do Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais no município de Canaã dos Carajás – Pará, através da etapa de sensibilização dos profissionais de saúde e gestores.

A vigilância dessas mortes é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidade no País, contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde e transformam-se em boas práticas consolidadas na Rede de atenção materno infantil (BRASIL, 2009 a, CONSELHO, 2011). Além de que os Comitês inserem-se nas ações instituídas pela Rede Cegonha ao encontro de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e conhecimento acerca de morbimortalidade para o intervir com solidez (BRASIL, 2014).

2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

2.1 Condições Geográficas, Demográficas e Socioeconômicas

O Município de Canaã dos Carajás nasceu a partir de um assentamento agrícola. O Projeto de Assentamento Carajás, localizado na região sudeste do Pará, foi implantado a partir de 1982 pelo Grupo Executivo das Terras do Araguaia e Tocantins (GETAT), do Governo Federal. O objetivo era atenuar os conflitos pela posse da terra na região, principalmente na área conhecida como Bico do Papagaio. Ao longo de três anos, 1.551 famílias foram assentadas na área que ficou conhecida como Centro de Desenvolvimento Regional, (CEDERE). Até 1985, 816 famílias haviam recebido o título definitivo de terra. Porém, naquele mesmo ano, as atividades de assentamento dos sem-terra terminam e o GETAT foi extinto. Só em outubro de 1994, através da Lei Estadual 5.860, o CEDERE é desmembrado de Parauapebas e vira município - o de Canaã dos Carajás (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA).

Pertence à mesorregião Sudeste Paraense. Limita-se ao norte como Município de Parauapebas, a leste com Curionópolis e Sapucaia, ao Sul com Água Azul do Norte e a Oeste com Parauapebas. Localiza-se a 860 Km da capital do Estado e possui uma área 3.146,43km² (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2013).

Canaã dos Carajás é a 6ª maior economia do Estado e a 200ª economia do País. O tripé da economia de Canaã em 2011 é a Indústria com 86,3%, responsável pela maior parcela da movimentação financeira do município, seguido pelo segmento de Serviços com 32,05% e pela Agropecuária. De acordo com o IBGE em 2000 a renda média domiciliar per capita era de R\$332,77 passando para R\$ 490,67 em 2010 (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2013).

O município faz parte da Região de Saúde Carajás. A Região de saúde é composta por 12 (doze) municípios da Região de Integração de Carajás (Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Eldorado dos Carajás, Marabá, Palestina do Pará, Parauapebas, Piçarra, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia e São João do Araguaia) 02 (dois) municípios da Região Lago do Tucuruí (Nova Ipixuna e Itupiranga) e 03 (Três) municípios da Região Rio Capim (Abel Figueiredo, Dom Eliseu, Rondon do Pará), totalizando 17 municípios (Figura 01), segundo a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) N° 90, de 12 julho de 2013 (PARÁ, 2013).

Em relação aos dados demográficos o início da exploração comercial de minério de cobre em suas formas oxidada se sulfetada, pela Companhia Vale do Rio Doce em julho de

2003, motivou o crescimento do Município que hoje apresenta um forte crescimento populacional e econômico (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2013). Atualmente o município é sede do maior projeto de mineração do mundo, o Projeto Ferro Carajás S11D. O projeto iniciou as obras de implantação da mina e da usina em 2013, finalizando em 2016 e encontra-se em início de operação (VALE, 2017).

Apresenta uma população de 34.853 mil habitantes segundo estimativa do IBGE (2016) para o ano. Segundo a estatística do eleitorado do Tribunal Superior Eleitoral, o município apresenta 39.803 eleitores no ano de 2016, superando a estimativa do IBGE para o ano. A Secretaria de Saúde de Canaã dos Carajás em parceria com a Vale realizou no final de 2014 um a contagem populacional com o objetivo de redividir as micro-áreas de Agente Comunitário de Saúde. Foi encontrado um total de 52.862 habitantes, mostrando o elevado crescimento populacional desde o último censo do Instituto em 2010 em que o município apresentou uma população de 26.716 habitantes (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2015).

Figura 01 – Mapa dos Municípios que compõem a Região de Saúde de Carajás – Pará.



Fonte: PARÁ, 2014.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Canaã dos Carajás foi de 0,673 em 2010 e o Município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,700 e 0,799). O Município encontra-se em 6º lugar no ranking Estadual (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

A taxa de analfabetos em Canaã dos Carajás é de 9,60% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE (2010).

Em relação ao Saneamento Básico o percentual de domicílios atendidos pela rede de abastecimento de água é de 30.81%. A coleta de lixo abrange 75,09% da população. Já a rede de esgoto atende 1.587 residências, ou pouco mais de 21% do número de domicílios da cidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

2.2 Rede de serviços de saúde - Canaã dos Carajás

A Secretaria Municipal de Saúde encontra-se na gestão Plena do Sistema Municipal e pertence ao 11º centro Regional de Saúde, colegiado de Gestão Carajás. Os municípios nessa modalidade de Gestão Plena recebem diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada (BRASIL, 2003).

A Rede de Saúde Municipal de Canaã dos Carajás tem na Atenção Primária a Saúde, 06 (Seis) Equipes de Saúde da Família (ESF) com Saúde Bucal na zona urbana, 03 ESF sem Saúde Bucal e 04 (quatro) Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), das quais 03 (três) estão na zona rural, e 01 NASFI (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) de acordo com a tabela 01. O município apresenta uma alta cobertura de equipes de atenção básica e equipe de Saúde Bucal, acima da média regional e estadual (Tabela 02) (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2013).

Tabela 01 – Número de equipes de atenção básica. Município de Canaã dos Carajás. 2016.

Equipes de Atenção Básica	Nº
ESF - Equipe de Saúde da Família	03
ESF com Saúde Bucal - M I	06
EACS - Equipe De Agentes Comunitários de Saúde	04
ENASF1-Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família 1	01
Total	14

Fonte: DATASUS, 2017.

Tabela 02- Cobertura de Equipes de Atenção Básica e Equipe de Saúde Bucal no ano de 2015.

Local	Cobertura Equipes Atenção Básica	Cobertura Equipes Saúde Bucal
Canaã dos Carajás	94,12	97,93
RSC	55,76	40,29
Pará	58,03	39,24

Fonte: DATASUS, 2015.

O Departamento de Desenvolvimento da Rede Assistencial de Saúde (DDRAS), onde está inserido a Atenção Básica, está organizado em divisões de apoio as redes de saúde, a seguir listadas:

- Divisão de apoio a Rede de Atenção Materno-infantil;
- Divisão de apoio a Rede de Atenção às Urgências;
- Divisão de apoio a Rede de Atenção Psicossocial e a Pessoa com Deficiência;
- Divisão de apoio as Redes de Atenção Oncológica e Doenças Crônico-Degenerativas;
- Divisão de apoio a rede de Atenção à Saúde Bucal;
- Divisão de apoio as redes de Assistência Farmacêutica e Laboratorial; e
- Divisão de apoio as Estratégias Saúde da Família e PACS (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2013).

As unidades especializadas compreendem: 01 Centro de Assistência Psicossocial I (CAPS I); 01 SAE-CTA (Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Centro de Testagem e Aconselhamento), 01 serviço de fisioterapia, 01 serviço de Radiologia, 01 serviço de Ultrassonografia e 01 laboratório Municipal (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2013).

O Município de Canaã dos Carajás conta com 02 hospitais gerais, sendo um público e um privado. O Hospital Municipal Daniel Gonçalves (HMDG), possui em seu corpo técnico 21 enfermeiros, 93 técnicos de enfermagem, 5 médicos obstetras, 03 pediatras e 02 nutricionistas. O Hospital conta com 44 leitos e conta com os seguintes serviços:

Tabela 03 – Serviços cadastrados no Hospital Municipal Daniel Gonçalves. Canaã dos Carajás, 2017.

Descrição	Total
Regulação de acesso a ações e serviços de saúde	1
Serviço de atenção a saúde reprodutiva	1
Serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento	1
Serviço de atenção psicossocial	1
Serviço de cirurgia reparadora	1
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e ou citopatológico	1
Serviço de diagnóstico por imagem	1
Serviço de urgência e emergência	1
Serviço de vigilância em saúde	2
Serviço posto de coleta de materiais biológicos	1
Serviço de diagnóstico por laboratório clínico	1
TOTAL	12

Fonte: CNES/DATASUS, 2017.

Hospital 05 de Outubro com 27 leitos, entidade beneficente sem fins lucrativos, esfera administrativa privada.

O parâmetros de leitos estabelecidos pela Portaria 1.101 de 2002, estabelece 2,5 a 3,0 leitos p\1.000 habitantes. O Município possui atualmente 2.04 leitos por mil habitantes (DATASUS, 2017).

Tabela 04-Tipo de leitos por esfera administrativa. Canaã dos Carajás, 2016.

Descrição	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgico	18	8	10
Clinico	25	16	9
Obstétrico cirúrgico	5	3	2
Obstétrico clínica	7	5	2
Pediátrico	16	12	4
Total	71	44	27

Fonte: CNES/DATASUS, 2017.

O Hospital Municipal Daniel Gonçalves passou por reforma e ampliação finalizada 2016. Houve aumento do número de leitos conforme tabela 05.

Tabela 05- Expansão do número de leitos no Hospital Municipal Daniel Gonçalves. Canaã dos Carajás, 2017.

Descrição	Nº de leitos antes da ampliação	Nº de leitos após a ampliação
Cirúrgico	8	12
Clinico	16	16
Obstétrico cirúrgico	8	13
Pediátrico	12	12
Total	44	53

Fonte: Coordenação do HMDG, 2017.

O HMDG é cadastrado no Projeto Nascer. A capacitação da equipe ocorreu em julho de 2015 juntamente com a capacitação para implantação do SAE.

O município cadastrou no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) o projeto de ambiência para maternidade em 2014 (Proposta Ambiência Reforma Nº 11903351000114001). O projeto encontra-se aprovado, porém sem liberação do recurso para reforma. Constam no projeto 01 sala para avaliação e classificação de risco, 03 salas Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) e 01 Sala de reanimação Neonatal. No momento, o HMDG conta com três leitos de pré-parto e 10 leitos de alojamento conjunto. As cirurgias cesarianas e os partos normais são realizadas em salas do centro cirúrgico pelo médico obstetra plantonista.

2.3 Perfil de morbi-mortalidade materno infantil e fetal

2.3.1 Mortalidade Infantil

A faixa etária de 0 a 1 ano merece especial destaque no diagnóstico de situação de saúde, por ser objeto de preocupação das políticas públicas, em especial das políticas de saúde. A taxa de mortalidade infantil é um indicador clássico para embasar qualquer diagnóstico de saúde (MEDEIROS; SONODA; KUSCHNIR, 2014).

Ao avaliar as informações de mortalidade infantil para a Região de Carajás, verifica-se que a maioria dos municípios, apresentou redução da taxa de mortalidade infantil, no período de 2000 a 2014, exceto, Brejo Grande do Araguaia e Piçarra. Em Brejo Grande do Araguaia, registrou-se ainda o maior valor da região, no ano 2005, correspondendo a 59,83 óbitos para

cada mil nascidos vivos. No ano 2010, verificou-se que os menores valores identificados pertencem a Abel Figueiredo (0,00), São Domingos do Araguaia (2,70) e São Geraldo do

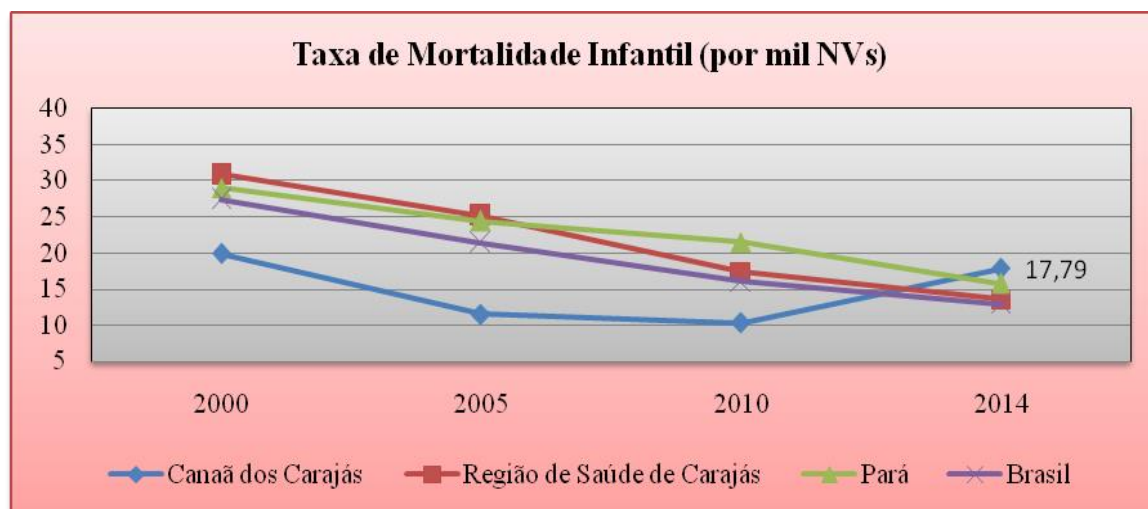
Araguaia (9,17). O município de Canaã dos Carajás teve em 2014 um aumento de 72,38% em relação aos anos de 2010 (DATASUS, 2014).

Tabela 06 – Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil NVs). Municípios da Região de Saúde de Carajás, 2000-2014.

Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos)				
Municípios	2000	2005	2010	2014
Abel Figueiredo	19,60	08,26	08,90	-
Bom Jesus do Tocantins	-	17,54	08,26	14,78
Brejo Grande do Araguaia	31,06	59,83	07,09	43,48
Canaã dos Carajás	19,90	11,49	10,32	17,79
Curionópolis	30,15	21,95	25,00	12,53
Dom Eliseu	26,02	22,70	18,87	19,71
Eldorado dos Carajás	37,66	26,12	17,32	10,97
Itupiranga	32,44	32,37	12,35	19,63
Marabá	44,07	23,91	19,86	11,12
Nova Ipixuna	-	48,88	21,64	18,60
Palestina do Pará	29,07	28,74	06,37	10,00
Parauapebas	25,66	24,72	15,89	14,37
Piçarra	12,27	30,08	40,23	19,48
Rondon do Pará	33,60	33,65	25,90	19,35
São Domingos do Araguaia	18,52	24,07	11,76	02,70
São Geraldo do Araguaia	07,93	17,04	15,36	09,17
São João do Araguaia	41,92	16,95	04,83	12,12
Total RSC	30,80	25,12	17,38	13,58

Fonte: DATASUS, 2014.

Gráfico 01 – Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil NVs). Brasil, Pará, Região de Saúde de Carajás e município de Canaã dos Carajás/PA, 2000 a 2014.



Fonte: DATASUS, 2014.

A diminuição da taxa de mortalidade infantil dos municípios da Região de Carajás demonstra melhoria nas condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

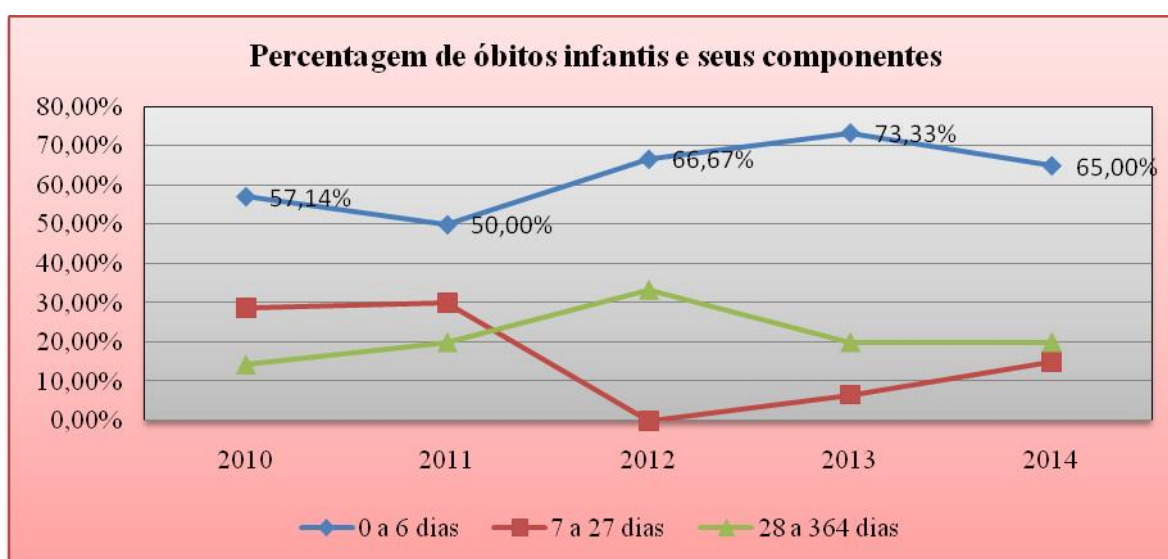
Em 2014, Canaã dos Carajás apresentou um aumento da taxa de mortalidade infantil, ficando acima da taxa da região de saúde, Pará e do Brasil. Foram registrados esse ano 20 óbitos infantis, apenas 11 (55%) foram investigados (DATASUS, 2014).

A mortalidade infantil apresenta dois componentes principais: a **mortalidade neonatal** e a **pós-neonatal**. Como o próprio nome sugere, a neonatal se refere ao período de tempo do nascimento até o 27º dia de vida. Esse componente pode ainda se decompor em neonatal precoce – do nascimento ao 6º dia de vida – e neonatal tardio – do 7º ao 27º dia de vida. Já o período pós-neonatal tem início no 28º e vai até o 364º dia de vida (BITTENCOURT, 2013).

Essa divisão é importante, porque as causas de mortalidade costumam ser diferentes. As mortes neonatais estão mais relacionadas à prematuridade e problemas na atenção ao parto. Já as pós-neonatais são classicamente ligadas às piores condições de vida, com causas como gastroenterite e consequente desidratação e pneumonia. Este componente é o primeiro a diminuir e, em geral, é responsável pela queda da mortalidade infantil (MEDEIROS; SONODA; KUSCHNIR, 2014).

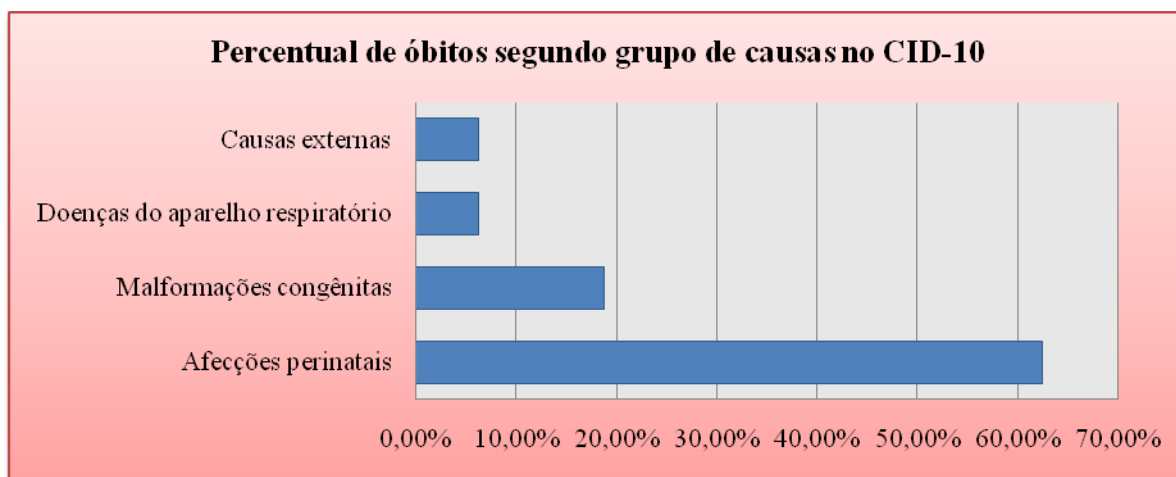
Em Canaã dos Carajás, o componente neonatal precoce teve os maiores percentuais de óbitos, seguido do neonatal tardio (gráfico 02) nos anos de 2010 a 2014. As principais causas segundo a lista de mortalidade CID-10 foram **afecções perinatais** (62,5%) e **malformações congênicas** (18,75%) segundo gráfico 03. Dentre as afecções perinatais se destaca a **Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer** (30%) e **transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal** (20%) (DATASUS, 2014).

Gráfico 02 – Percentagem de óbitos infantis e seus componentes. Canaã dos Carajás, 2010-2014.



Fonte: DATASUS, 2014.

Gráfico 03- Percentagem de óbitos segundo grupo de causas no CID-10. Canaã dos Carajás. 2010 a 2014.



Fonte: DATASUS, 2014.

2.3.2 Mortalidade Fetal

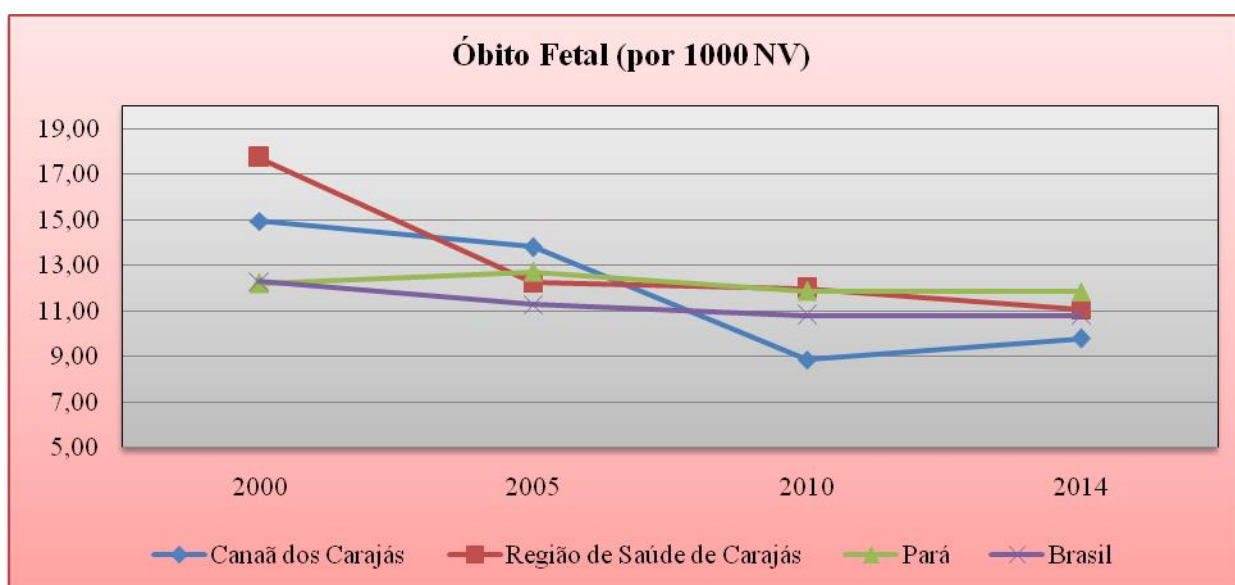
“Em contraste com o aumento do interesse e investimentos na saúde materna e infantil no mundo e no Brasil, o óbito fetal continua invisível”, aponta a série especial da revista *The Lancet* dedicada à natimortalidade, uma publicação recente cuja missão é divulgar o problema no mundo (MULLAN; HORTON, 2011 apud BITTENCOURT, 2013).

Os óbitos fetais são, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis e ocorrem na maioria das vezes ao final de gestações de baixo risco – em geral, em recém-nascidos normais e sem malformações congênitas (BITTENCOURT, 2013).

A OMS define morte fetal, óbito fetal, perda fetal ou natimorto como

A morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito, o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.14).

Gráfico 04 – Taxa de mortalidade fetal (por mil nascidos vivos). Brasil, Pará, Região de Saúde de Carajás e município de Canaã dos Carajás/PA, 2000 a 2014.



Fonte: DATASUS, 2014.

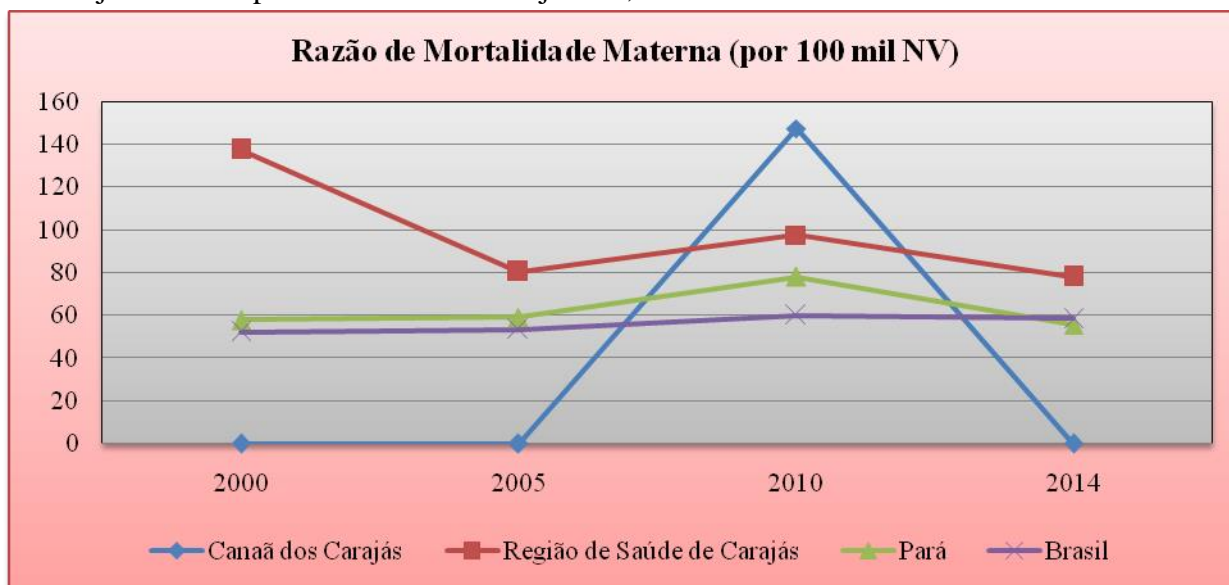
Observa-se uma redução da taxa de mortalidade fetal na série histórica. No ano de 2014 o município apresentou 11 óbitos fetais, destes 63% foram investigados.

2.3.3 Taxa de mortalidade materna

O estudo da morte materna permite avaliar se as ações do governo para promover a saúde da mulher estão sendo bem-sucedidas. O indicador utilizado nesse estudo é chamado Razão de Mortalidade Materna (RMM), que mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal (BITTENCOURT, 2013).

Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomada sem relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2009b).

Gráfico 05 – Razão de mortalidade materna (por 100 mil NVs). Brasil, Pará, Região de Saúde de Carajás e município de Canaã dos Carajás/PA, 2000 a 2014.



Fonte: DATASUS, 2014.

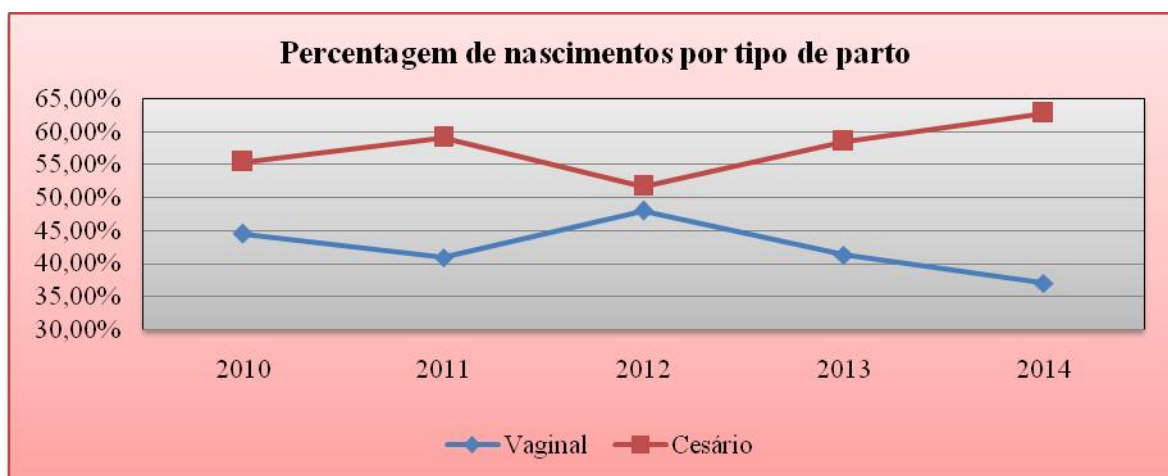
De 2010 a 2014 Canaã registrou 02 óbitos maternos, ambos não foram investigados. A Região de Saúde de Carajás permanece com uma alta razão de mortalidade materna, sobrepondo as médias estaduais e nacionais (DATASUS, 2014).

2.4 INDICADORES DE SAÚDE E PACTUAÇÕES - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL

- Percentual de partos normais

A meta pactuada pelo município em 2014 foi de 55% de partos normais. No gráfico 06, observa-se que a proporção de cirurgias cesarianas foi maior em todos os anos, chegando a 62,90% no último ano (DATASUS, 2014). Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Segundo a OMS (2015), ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.

Gráfico 06 – percentagem de nascimentos por tipo de parto. Canaã dos Carajás, 2010-2014.

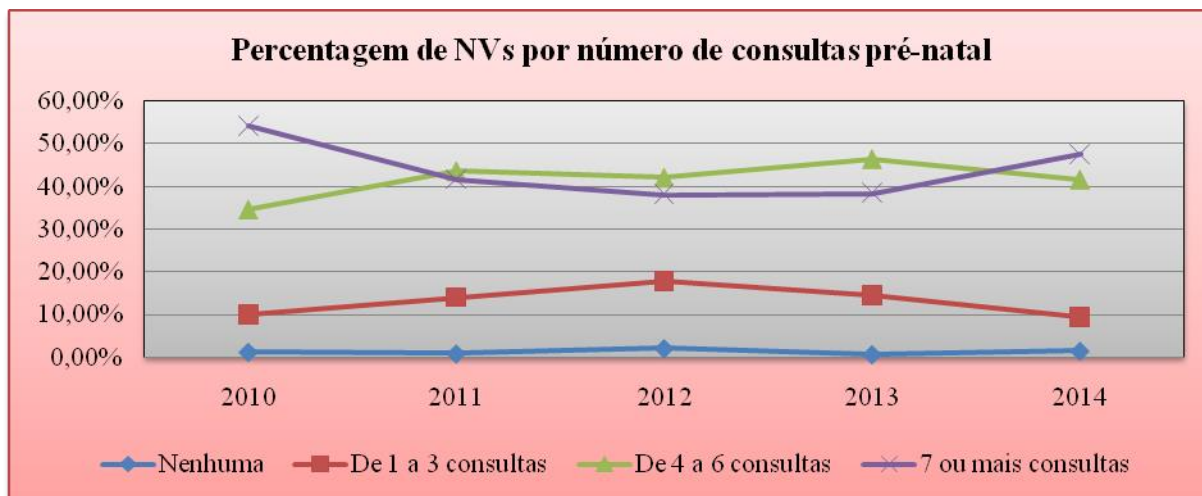


Fonte: DATASUS, 2014.

- Percentual de NVs com 07 ou mais consultas de pré-natal

A meta para 2014 foi de 45% de NVs de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, alcançando 47,41% (gráfico 07).

Gráfico 07 – Percentagem de NVs por n° de consultas de pré-natal. Canaã dos Carajás, 2010-2014.

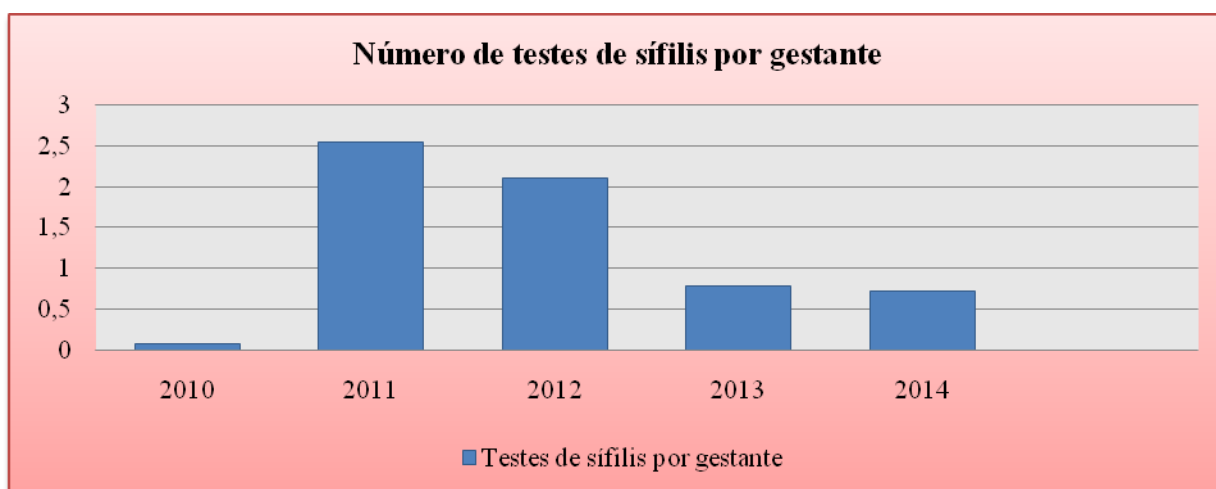


Fonte: DATASUS, 2015.

- Número de testes de sífilis/Gestante

Os testes rápidos para sífilis e HIV foram implantados no município no final de 2013 pela Coordenação Estadual de IST/Aids. Observa-se uma redução significativa do número de testes nos dois últimos anos (gráfico 08) que além de outras causas pode sugerir falha no registro da produção de testes rápidos (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2013).

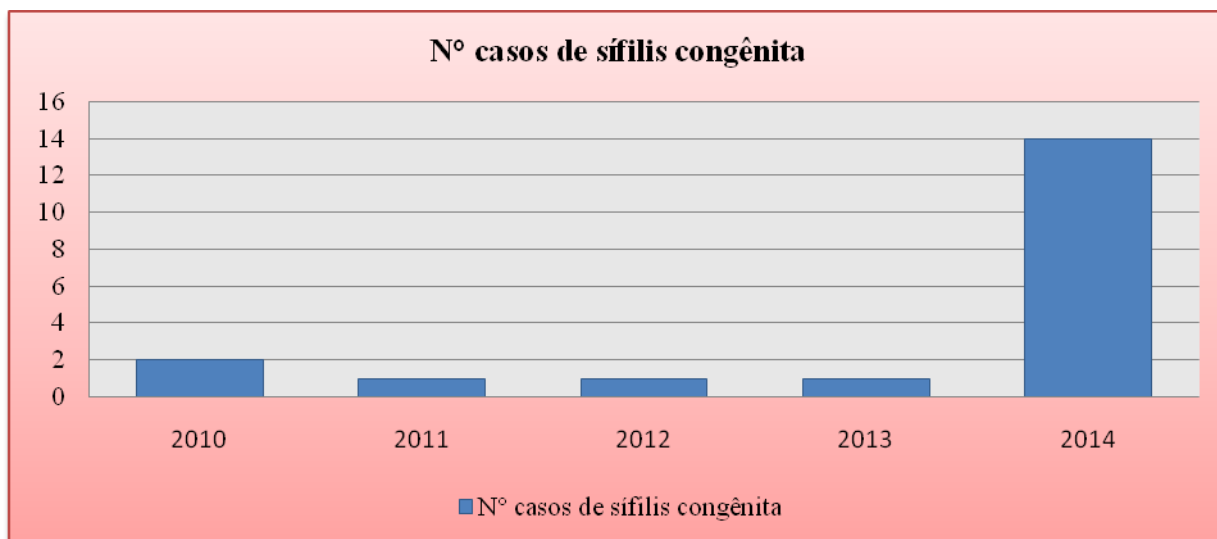
Gráfico 08 – Número de teste de sífilis por gestante. Município de Canaã dos Carajás, 2010-2014.



Fonte: DATASUS, 2015.

- Casos de sífilis congênita

Gráfico 09 – Número de casos de Sífilis congênita. Canaã dos Carajás, 2010-2014.



Fonte: DATASUS, 2015.

- Percentual de óbitos infantis/fetais investigados; óbitos maternos investigado; e óbitos em mulher em idade fértil (MIF) investigados

Observa-se aumento da investigação dos óbitos infantis, fetais e de MIF nos últimos anos. Porém os dois óbitos fetais registrados no período não foram investigados.

Tabela 07 – Percentual de óbitos infantis, fetais, maternos e de MIF investigados. Canaã dos Carajás, 2010-2014.

Nº de óbitos	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	% Inv.	Nº	% Inv.	Nº	% Inv.	Nº	% Inv.	Nº	% Inv.
Óbitos maternos	01	0,00	-	-	1	0,00	-	--	-	-
Meta: 0 óbitos maternos e 100 de óbitos investigados										
Óbitos infantis	7		10		12		15		20	
Óbitos Fetais	6	23,08	13	30,43	13	32,00	11	61,54	11	58,06
Meta: 50% de Óbitos infantis e fetais investigados										
Óbitos de MIF	13	38,46	10	60,00	15	53,33	8	100,00	11	100,00
Meta: 60 % dos óbitos de MIF investigados										

Fonte: DATASUS, 2014.

3. JUSTIFICATIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

O município de Canaã dos Carajás, onde se realizou o projeto de intervenção, apresenta um elevado coeficiente de mortalidade infantil, passando de 10,32/1000 Nascidos Vivos (NVs) em 2010 para 17,79/1000 NVs em 2014.

O Município aderiu a Rede Cegonha em 2011, desde então tem trabalhado a melhoria da Rede de Atenção materno-infantil. Possui um Hospital Geral que atende ao parto e nascimento, não possuindo ainda uma ambiência voltada para atenção ao parto humanizado. Houveram capacitações pontuais para os profissionais do hospital em relação as boas práticas. Primeiramente foi realizada oficina teórico-prática de atenção ao parto humanizado em 2014, tendo como ministrante uma médica do Hospital de Clinicas Gaspar Viana. Em 2016 ocorreu uma capacitação em Reanimação Neonatal pela Sociedade Paraense de Pediatria. Necessita-se de uma formação permanente para equipe que assiste ao parto.

O município possui um baixo percentual de parto normal. No ano de 2016 o HMDG apresentou um total de 977 partos, sendo apenas 438 (44,80%) normais. Neste ano 09 recém-nascidos entre de 0 a 6 dias foram a óbito no próprio hospital municipal. Porém esse número é ainda maior considerando que o município referencia os RN que necessitam de suporte de UTIN e UCI para outros hospitais da Região de Saúde e muitos vão a óbito fora do município. No ano de 2016, foram a óbito um total de 21 RN de 0 a 6 dias e residentes do município, apenas 11 (52,4%) dos óbitos ocorreram no próprio município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Em relação a situação atual do município de implementação das boas práticas no Parto e Nascimento há muitas diretrizes que precisam ser trabalhadas e melhoradas. Os maiores entraves são a falta de capacitação da equipe e de protocolo clínico assistencial e de normas e rotinas. A oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor é realizada de forma incipiente, apenas banho quente de aspersão e massagens. Os partos ocorrem 100% em posição ginecológica, sem liberdade de posição e movimentação. A oferta de líquidos e ou alimentos leves varia de acordo com a conduta do obstetra plantonista, com predominância de jejum. O parto é assistido somente pelo médico obstetra. Não há realização de contato pele a pele e o clampeamento oportuno do cordão é pouco realizado. Positivamente, é estimulado a amamentação na primeira hora de vida e ofertado métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

O diagnóstico situacional evidenciado no cenário de atuação da autora do projeto de intervenção, ao encontro dos pressupostos da Rede Cegonha como potencializadora de um modelo assistencial materno infantil, evidencia a necessidade consistente de intervenção. Intervenção justificada que o enfrentamento da realidade assistencial em prol de melhorias requer conhecimento e estudo da situação saúde, articular dificuldades, fornecer subsídios teóricos e principalmente favorecer ao profissional de saúde a interrogação de sua prática para com a gestão e os usuários do SUS caminharem a mudanças de modelo de atenção à saúde que reflitam qualificação da assistência (BRASIL, 2011, 2013, 2014).

O Projeto de intervenção vai ao encontro da necessidade de capacitação da equipe, permitindo a discussão e a reflexão da prática assistencial atual e a introjeção da necessidade de adoção das boas práticas de atenção ao parto e nascimento na assistência diária dos profissionais. A adoção de práticas simples na assistência ao binômio podem afetar a curto e longo prazo a saúde da mãe e do recém-nascido, podendo contribuir para a redução da morbimortalidade infantil.

Assim a situação atual descrita alinha-se a intervenção não somente como objeto de intervenção da autora, mas ao revelado pelo diagnóstico situacional inerente a mortalidade neonatal, a explicitação da necessidade dos profissionais terem aproximação teórica oportunizada para implementação das boas práticas, mediatizado não pela deposição de conhecimento e sim produção de auto interrogação de suas práticas, um dos pilares da educação permanente em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, uma vez que atender os pressupostos das mudanças trazidas por programas e políticas de saúde, requer que o profissional de saúde a incorpore com significados para seus fazeres diários, assim de fato as mudanças serão sentidas pelos sujeitos que fazem o SUS (BRASIL, 2015c).

4. REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO

4.1 Trajetórias Rede Cegonha e possibilidades de mudança assistencial

O Brasil tem firmado compromissos internos e externos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012a).

No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, entre as quais está a redução da mortalidade de crianças menores de 05 anos de idade, em dois terços e redução da mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015 (BITTENCOURT, 2013; BRASIL, 2012a).

No ano de 2004, no âmbito da Presidência da República, foi firmado o "Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal", o qual sistematizou uma série de ações estratégicas para a redução da mortalidade de gestantes, puérperas e recém-nascidos e alinhou compromissos entre gestores das três esferas de governo, profissionais de saúde e um conjunto de movimentos sociais e organizações da sociedade civil para a transformação do quadro epidemiológico e a efetivação dos direitos reprodutivos no Brasil (BITTENCOURT, 2013; BRASIL, 2012a).

O Pacto pela Saúde publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 estabeleceu no eixo Pacto pela vida que os estados, e municípios devem pactuar reduções mínimas da mortalidade materna, a neonatal e a infantil (BRASIL, 2009a).

A redução da mortalidade infantil foi assumida como uma das metas para a redução das desigualdades regionais no País em 2009 sob a coordenação do Ministério da Saúde. O objetivo traçado foi de reduzir em 5% ao ano as taxas de mortalidade infantil e do componente neonatal nas regiões da Amazônia Legal e do nordeste brasileiro (BRASIL; 2010a, 2012a).

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51% (BRASIL, 2012b). Em relação à mortalidade infantil, observa-se expressiva queda da taxa de mortalidade em todas as regiões brasileiras entre 1990 e 2010, passando de 47,1 a 16/1.000 NVs. A partir de 2010, a queda tem sido mais lenta, alcançando, em 2013, 14,5/1.000 NVs (BRASIL, 2015a)

Neste sentido, o Ministério da Saúde, reconhecendo iniciativas e acúmulo de experiências em estados e municípios, organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as

Redes de Atenção Materno-Infantil em todo País, com vistas à redução das taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil. Trata-se da Rede Cegonha (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, vem sendo implementada em parceria com estados e municípios, gradativamente, em todo o território nacional. Trata-se de uma iniciativa inovadora que visa implementar, em todo o país, uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL; 2011a, 2012).

A RC está inserida na discussão de Rede de Atenção em Saúde (RAS). O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2011b).

Com a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, a implementação de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento e segurança na atenção ao parto e nascimento, a atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses e o acesso às ações de planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha tem como objetivos mais gerais, conforme as preconizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a):

- Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses;
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

As ações da RC estão inseridas em quatro componentes que compreendem uma série de ações de atenção à saúde nos seguintes temas: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. (BRASIL, 2011a). Estas ações constituem uma Linha de Cuidados Integrais de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes têm acompanhamento, tomando a unidade básica de saúde, próxima a sua casa, como

referência, e sabem com antecedência onde darão à luz (vinculação da gestante à maternidade) (BITTENCOURT, 2013).

Entre as estruturas estão as Casas da Gestante, do Bebê e da Puérpera, que dão acolhimento e assistência às gestantes, puérperas ou recém nascidos de risco, e os Centros de Parto Normal, que funcionam em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento. A rede hospitalar obstétrica de alto risco também é fortalecida com a ampliação progressiva da quantidade de leitos na rede SUS, de acordo com as necessidades apresentadas pelos municípios. Outra ação prevista é equipar as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o transporte seguro dos recém-nascidos (BITTENCOURT, 2013).

A Rede Cegonha prevê a qualificação dos profissionais de saúde que atuam tanto na atenção primária como em serviços de urgências obstétricas; a criação de estruturas de assistência e acompanhamento das mulheres; e o reforço na rede hospitalar convencional. A proposta é garantir que sempre haverá vaga para gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde (gestante não peregrina) (BITTENCOURT, 2013).

Nesse movimento de implementar a Linha de Cuidados Integrals de Atenção à Saúde Materno-Infantil fomentada pela Rede Cegonha, foi instituída a Portaria nº 371/2014 trazendo diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido, no âmbito do SUS (BRASIL, 2014b).

A presente portaria apresenta recomendações acerca de boas práticas a serem adotadas pelos enfermeiros, técnicos e médicos, na atenção humanizada ao recém nascido nascidos em hospitais que realizam (BRASIL, 2014b). As preconizações presentes coadunam as recomendações da Organização Mundial da Saúde, para a redução da mortalidade enquanto meta do milênio, nas ações de atenção integral à saúde (BRASIL, 2014 b).

4.2 Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento: Ênfase as Boas Práticas na Atenção ao Recém Nascido

As recomendações abaixo se baseiam na supracitada portaria e recomendações da Organização Mundial, uma vez que consideram a necessidade de organização e melhoria da qualidade da atenção ao recém-nascido, no momento de seu nascimento, a partir das Diretrizes listadas:

4.2.1 Profissional que assiste ao recém-nascido logo após o parto

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetiz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP (BRASIL, 2017).

É recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em todos os passos da reanimação neonatal. Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal (BRASIL, 2017).

A Portaria 371 do Ministério da Saúde do Brasil de 07 de maio de 2014, considera como capacitado em reanimação neonatal o profissional que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme orientação da Norma técnica 16/2014, da Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/MS) de 10 de junho de 2014 (BRASIL, 2016a).

4.2.2 Clampeamento do cordão umbilical

Após o bebê ter nascido e ser secado com um pano limpo e seco, e se estiver completamente ativo e reativo, ele pode ser colocado de bruços sobre o abdome da mãe, onde pode ser coberto com um cobertor seco e quente (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

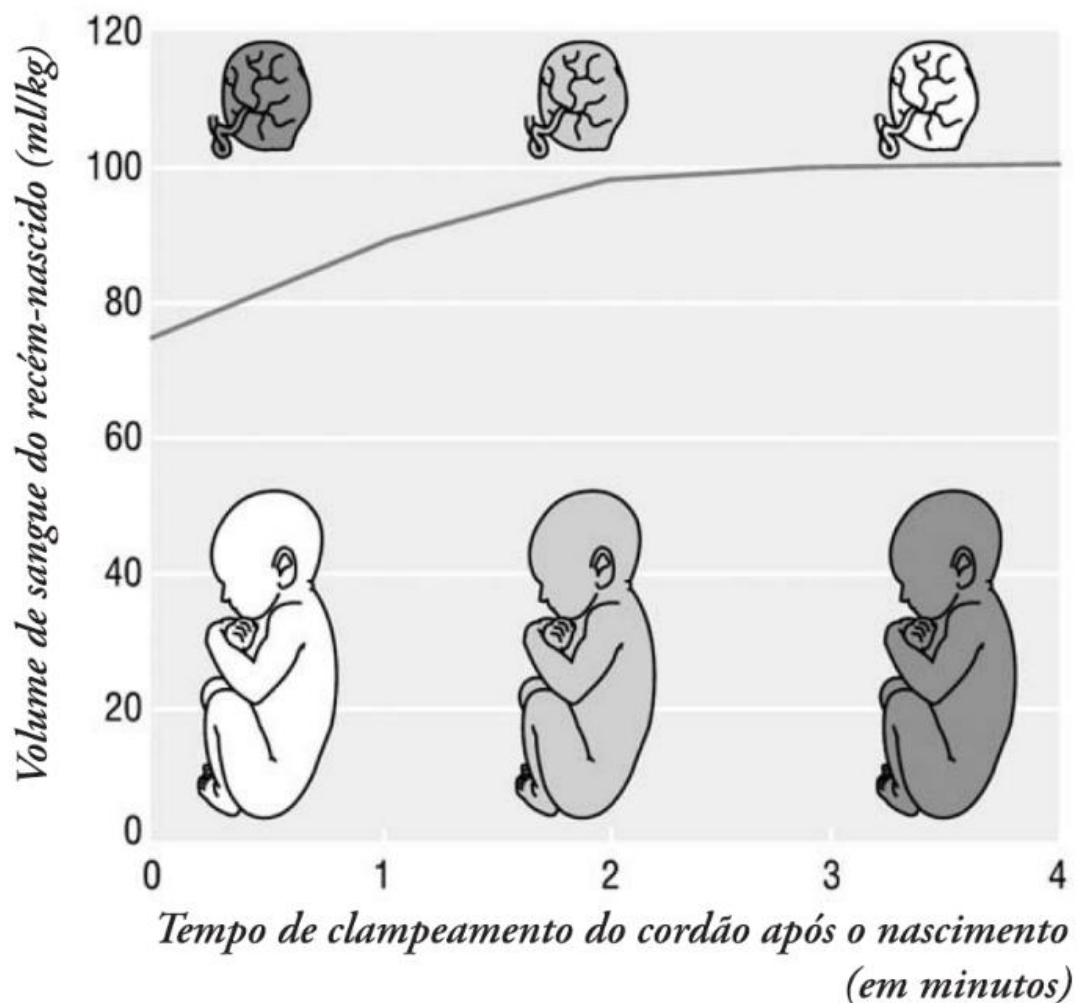
O clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal (BRASIL, 2017).

Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato (BRASIL, 2016b).

Durante um período de tempo após o nascimento, ainda existe circulação entre o recém-nascido e a placenta através da veia e das artérias umbilicais e, portanto, o momento do clampeamento do cordão umbilical terá profundos efeitos sobre o volume de sangue do recém-nascido após o parto. Na veia umbilical, o fluxo sanguíneo continua da placenta para o recém-nascido por mais de três minutos depois do nascimento; a partir daí, o fluxo sanguíneo

é insignificante. Segundo estudos que tentaram medir o volume sanguíneo do recém-nascido depois de pinçar o cordão em diferentes momentos, o ponto médio aproximado dos valores estimados foi de 40 ml/kg de sangue placentário transfundi do ao bebê, depois de uma demora de pelo menos três minutos para pinçar o cordão. Isso representa aumento de aproximadamente 50% no volume de sangue total do recém-nascido. A “transfusão placentária” ocorre também para os recém-nascidos pré-termo, embora ela seja relativamente menor. Uma demora de 30 a 45 segundos permite um aumento do volume sanguíneo de aproximadamente 8 a 24%, com uma transfusão ligeiramente maior após o parto vaginal (entre 2-16 ml/kg depois do parto cesáreo e 10-28 ml/kg depois do parto vaginal) (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

Figura 02 - Passos Naturais da Transfusão Placentária



Fonte: (CHAPARRO; LUTTER, 2007)

Tabela 08 - Benefícios imediatos do clampeamento tardio do cordão umbilical

Benefícios imediatos		Benefícios no longo prazo		
Recém-nascidos pré-termo/ baixo peso ao nascer	Recém-nascidos a termo	Mães	Pré- termos/baixo peso ao nascer	A termo
Diminui o risco de: – Hemorragia intraventricular – Sepse de início tardio Diminui a necessidade de: – Transfusão sanguínea por anemia ou baixa pressão sanguínea – Sufactante – Ventilação mecânica Aumenta: – Hematócrito – Hemoglobina – Pressão sanguínea – Oxigenação cerebral – Fluxo de glóbulos vermelhos	Fornece volume adequado de sangue e de reservas de ferro no nascimento	Placenta com menos sangue encurta o terceiro período etapa do parto e diminui a incidência de retenção da placenta.	Aumenta a hemoglobina com 10 semanas de idade	Melhora o estado hematológico (hemoglobina e hematócrito) dos 2 aos 4 meses de idade Melhoram as reservas de ferro até os 6 meses de idade

Fonte: (CHAPARRO; LUTTER, 2007)

4.2.3 Clampeamento do cordão umbilical no RN ≥ 34 semanas

Logo após a extração completa do produto conceptual da cavidade uterina, avalia-se se o RN ≥ 34 semanas começou a respirar ou chorar e se o tônus muscular está em flexão. Se a resposta é “sim” a ambas as perguntas, indicar o clampeamento tardio do cordão, independentemente do aspecto do líquido amniótico (SBP, 2016a).

Se a circulação placentária não estiver intacta (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia ou rotura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão) ou se o RN ≥ 34 semanas não inicia a respiração ou não mostra tônus muscular em flexão, recomenda-se o clampeamento imediato do cordão. Estudo recente sugere que, em neonatos que não iniciam a respiração ao nascer, o clampeamento tardio do cordão pode retardar o início da ventilação com pressão positiva, com maior chance de admissão em unidade de cuidados intermediários/intensivos ou morte no primeiro dia de vida. Assim, não existem evidências do benefício do clampeamento tardio nessas situações (SBP, 2016a).

4.2.4 Clampeamento do cordão umbilical no RN <34 semanas

Logo após a extração completa do produto conceptual do corpo da mãe, avalia-se se o RNPT começou a respirar ou chorar e se está ativo. Se a resposta é “sim” a essas perguntas, indica-se aguardar 30-60 segundos antes de clampar o cordão umbilical. O neonato pode ser posicionado no abdome ou tórax materno durante esse período, tomando-se o cuidado de secar rapidamente e envolver a região das fontanelas e o corpo em campo estéril aquecido para evitar a hipotermia. O clampeamento de cordão em RNPT com boa vitalidade ao nascer após 30 segundos resulta em menor frequência de hemorragia intracraniana e enterocolite necrosante, além de diminuir a necessidade de transfusões sanguíneas, embora se comprove a elevação da bilirrubinemia indireta, com indicação de fototerapia. Tais achados parecem estar relacionados ao aumento do volume sanguíneo circulante, com estabilização mais rápida da pressão arterial, em consequência da transfusão placentária (SBP, 2016b).

Se a circulação placentária não estiver intacta (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia ou rotura, prolapso ou nó verdadeiro de cordão) ou se o RNPT <34 semanas não inicia a respiração ou não mostra atividade/tônus adequado, recomenda-se o clampeamento imediato do cordão. Não existem evidências do benefício do clampeamento tardio nessas situações (SBP, 2016a).

4.2.5 Contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido

O contato pele-a-pele entre a mãe e seu recém-nascido imediatamente após o parto (colocar o bebê sem roupa, de bruços, sobre o tórax ou abdome desnudo da mãe, e cobri-los com um cobertor aquecido) ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Essa prática promove a amamentação logo após o parto, pois aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do bebê de abocanhar e sugar a mama durante a primeira hora de vida, geralmente sem requerer nenhuma ajuda em particular (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

Se, ao nascimento, o RN é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão umbilical. Diante da resposta “não” a pelo menos uma das três perguntas iniciais: gestação a termo, respiração ou choro presente e tônus muscular em flexão, conduzir o RN à mesa de reanimação (SBP, 2016a).

Nos RN em que foram realizados os passos iniciais da estabilização e a avaliação mostrou respiração espontânea regular e FC >100 bpm, avaliar as condições clínicas gerais e, sempre que possível, ainda na sala de parto, deixá-lo em contato pele-a-pele com a mãe, coberto com tecido de algodão seco e aquecido (SBP, 2016a).

Recomendações sobre aleitamento materno e interação mãe-bebê logo após o parto (BRASIL, 2016a):

- Estimular as mulheres a ter contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento.
- Cobrir a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele
- Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido
- Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.
- Registrar a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso imediatamente após a primeira hora de vida.
- Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência.
- Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento.

Tabela 09- Resumo dos benefícios imediatos e no longo prazo do contato pele-a-pele da mãe e seu recém-nascido logo após o parto.

Benefícios imediatos		Benefícios no longo prazo	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
Melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva	Melhoram os comportamentos de afeto e vínculo da mãe	Existe associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós parto e maior duração de amamentação	Melhoram os comportamentos de afeto e apego da mãe
Regula/mantém a temperatura corporal	Diminui a dor causada pelo ingurgitamento mamário		
Melhora a estabilidade cardiorrespiratória*			

Fonte: (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

4.2.6 Início do aleitamento materno exclusivo logo após o parto

A amamentação na primeira hora pós-parto assegura que o RN receba o colostro, rico em fatores protetores. O contato pele-a-pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação e aumenta a chance do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros meses de vida (SBP, 2016a).

Deve ser oferecido apoio qualificado às mães durante a primeira mamada e, quando necessário, também nas mamadas seguintes, para assegurar que o recém-nascido tenha uma boa sucção e mame efetivamente. O apoio deve ser oferecido de maneira apropriada e encorajadora e ser sensível ao desejo de privacidade da mãe. As mães devem ser encorajadas a amamentar frequentemente e deve-se garantir a permanência da mãe com o bebê em alojamento conjunto nas maternidades. Devem-se evitar práticas que demonstraram ser prejudiciais para a amamentação (separação da mãe e seu recém-nascido, uso de alimentação pré-láctea e outros líquidos não lácteos, e uso de mamadeiras e chupetas) (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

Tabela 10 - Resumo de benefícios imediatos e no longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente

Benefícios imediatos *		Benefícios no longo prazo	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
<p>Previne a morbidade e mortalidade neonatais</p> <p>O aleitamento materno logo após o parto está associado a maior duração da amamentação</p> <p>O aleitamento materno logo após o parto está associado a maior duração do aleitamento materno exclusivo</p>	<p>Estimula a liberação da ocitocina, que provoca a contração uterina</p> <p>Possível efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno</p>	<p>Diminui o risco de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Otite média aguda – Gastroenterite inespecífica – Hospitalização por infecção do trato respiratório inferior – Dermatite atópica – Obesidade – Diabetes tipo 1 e 2 – Leucemia da infância – Síndrome da morte súbita infantil – Enterocolite necrosante <p>Melhor desenvolvimento motor</p>	<p>A amenorrea lactacional ajuda a postergar futuras gestações e protege as reservas de ferro materno</p> <p>Diminui o risco de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diabetes tipo 2 – Câncer de ovário – Câncer de mama <p>Perda mais rápida de peso após a gravidez</p>

*Benefícios imediatos do início da amamentação exclusiva o mais cedo possível

Fonte: (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

4.2.7 Novos Parâmetros para microcefalia

Entre as semanas epidemiológicas 45 a 49/2015 (8 de novembro a 12 de dezembro de 2015), o Ministério da Saúde adotou um critério mais sensível para caracterização da microcefalia em recém nascidos a termo, a fim de captar um maior número de casos, classificando como caso aqueles com perímetro cefálico (PC) igual ou menor que 33 cm. Dessa forma, muitas crianças normais poderiam ser incluídas como caso suspeito de microcefalia (falso positivos) e serem submetidas desnecessariamente a exames de imagem que envolvem radiação (como a tomografia computadorizada, por exemplo), além de gerar angústia desnecessária aos pais. Por isso as definições de caso foram revistas, a fim de torná-las mais específicas e expressar melhor a realidade desse evento de saúde (BRASIL, 2015b).

Para finalidade de vigilância, a triagem de recém-nascidos, entre as semanas epidemiológicas 50/2015 e 10/2016 (13 de dezembro de 2015 a 12 de março de 2016) vigorou como ponto de corte para definição de casos o valor de 32cm de perímetro cefálico para ambos os sexos. A partir da semana epidemiológica 11/2016, iniciada em 13 de março de

2016, passam a ser adotadas novas definições recomendadas pelas Sociedades Científicas Médicas e especialistas consultados e as recomendações da OMS (BRASIL, 2015b).

Novas definições para identificação de recém-nascido com microcefalia:

- RN com menos de 37 semanas de idade gestacional, apresentando medida do PC menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela do Intergrowth, para a idade gestacional e sexo.
- RN com 37 semanas ou mais de idade gestacional, apresentando medida do PC menor ou igual a 31,5 centímetros para meninas e 31,9 para meninos, equivalente a menor que -2 desvios-padrão para a idade da neonato e sexo, segundo a tabela da OMS.

Considerando-se que a maioria dos RN de parto normal apresenta suturas cavalgadas (superpostas), pode ocorrer que o PC esteja transitoriamente abaixo do parâmetro de corte. Deste modo, recomenda-se que a medida de referência para notificação de microcefalia seja realizada somente a partir de 24 horas após o nascimento. Deste modo, evita-se que crianças normais sejam inseridas para investigação desnecessariamente (falsos-positivos) (BRASIL, 2015b).

Durante o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, deve ser notificado todo caso que se enquadrar na definição de microcefalia (menor que -2 desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo). Os profissionais devem identificar as crianças que apresentam deficiência no desenvolvimento neurológico, psicológico e motor. Deve-se, também, orientar a mãe ou responsável sobre as medidas de estimulação precoce e encaminhar para o serviço especializado, quando necessário (BRASIL, 2015b).

4.2.8 Aspiração nasofaringeana e sondagem gástrica e retal

Não se recomenda a aspiração orofaringeana e nem nasofaringeana sistemática do recém-nascido saudável. As evidências analisadas na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016a) chegaram à conclusão de que não há necessidade de realizar a aspiração nasofaringeana em recém-nascidos saudáveis, considerando que a mecânica respiratória e a frequência cardíaca não se beneficiam da aspiração oronasofaringeana.

Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável. Os desenvolvedores da diretriz espanhola não encontraram evidências e consideraram que existem outros sinais de alarme que permitem

suspeitar de uma atresia de esôfago, estando de acordo com as últimas recomendações da Associação Espanhola de Pediatria sobre cuidados e atenção com o recém-nascido saudável nas primeiras horas após o nascimento, em não realizar sondagem pelas fossas nasais, pelo esôfago e pelo ânus, já que um exame físico rotineiro do recém-nascido pode ser suficiente para descartar a maior parte dos problemas neonatais (BRASIL; 2016, 2017).

4.2.9 Profilaxia da oftalmia neonatal

A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido. As evidências de estudos realizados antes e depois que compararam a realização da profilaxia em comparação com sua não realização mostraram uma drástica redução na incidência de oftalmia gonocócica e cegueira. Com relação à infecção por clamídia, as evidências procedentes de ensaios quase experimentais mostraram que os diferentes agentes possuem eficácia comparável, ainda que isso não seja conclusivo (BRASIL; 2016, 2017).

O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. Há evidências sobre os períodos de incubação das infecções oftálmicas (9 dias para gonorréia e 3-4 para clamídia) que têm servido de apoio para atrasar o momento de realização da profilaxia oftálmica (BRASIL; 2016, 2017).

Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata (NP) a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina. Embora não apresentando evidências de comparação entre as intervenções para a profilaxia da oftalmia neonatal, a diretriz espanhola, baseada em recomendações da Associação Espanhola de Pediatria aponta que doses únicas de pomada oftálmica de eritromicina a 0,5%, tetraciclina a 1% ou nitrato de prata a 1% são eficazes e comparáveis na profilaxia oftálmica do recém-nascido. A solução de NP pode causar conjuntivites químicas transitórias no recém-nascido (BRASIL; 2016, 2017)

A Farmacopéia Americana estabelece que: a concentração de solução de NP para uso oftálmico não deve ser inferior a 0,95% e nem superior a 1,05%; o potencial hidrogeniônico (pH) da solução quimicamente pura a 1% deve estar entre 4,5 e 6; deve ser envasada em frasco de vidro neutro, de cor escura e provido de dispositivo conta-gotas, que deve ser mantido bem fechado, ao abrigo do calor e da luz; o tempo adequado de troca da solução é de 24 a 48 horas. É ainda ressaltado que a solução de NP é instável. Sua concentração aumenta

pela evaporação e se modifica pela ação da luz, originando uma solução fortemente cáustica. O calor dissocia suas moléculas, formando radicais livres. Daí, a necessidade de armazená-la durante o tempo correto e em condições adequadas. Os estudos mostraram também que o NP era frequentemente utilizado de forma supostamente incorreta, em grande parte das casas de parto, inclusive no que diz respeito ao tempo de armazenamento da solução (PASSOS; AGOSTINI, 2011)

O vitelinato de prata é um antisséptico de ação lenta e persistente, capaz de alterar a lisozima da lágrima e, embora pouco irritante, é muito menos eficaz que o NP, conforme estudo experimental realizado em coelhos. Não foi encontrada nenhuma recomendação do uso do vitelinato de prata para a profilaxia da CN, pelo MS ou por qualquer outra instituição de saúde pública ou privada. Assim sendo, não parece haver qualquer fundamentação para seu uso, sendo, portanto, um estranho equívoco, a substituição que vem sendo feita há muitos anos, em tantos serviços do Brasil, do NP pelo vitelinato de prata (PASSOS; AGOSTINI, 2011).

4.2.10 Profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido

A Doença Hemorrágica por Deficiência de Vitamina K (DHVK) pode se apresentar em uma de 3 maneiras: início precoce dentro das primeiras 24 horas após o nascimento; doença clássica, dentro da primeira semana após o nascimento e tipicamente se manifestando por sangramento oral, umbilical, retal ou na circuncisão; início tardio, após a primeira semana após o nascimento, quase que exclusivamente em crianças amamentadas. As evidências disponíveis indicam que a profilaxia com vitamina K é efetiva e reduz a mortalidade e morbidades relacionadas à DHVK. Entretanto, os riscos e benefícios da profilaxia devem ser analisados à luz das evidências (BRASIL, 2016a).

Em relação às doses, momento e vias de administração, a via Intramuscular é mais eficaz, tendo em vista os problemas relacionados à aderência e absorção da via oral. Entretanto ambas podem ser consideradas, desde que todas as doses do esquema oral sejam realmente administradas (BRASIL, 2016a)

Recomendações em relação à profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido (BRASIL, 2017):

Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica.

- A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade.

- Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses.
- A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia.
- Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena.

4.2.11 Rede Cegonha: Assistência ao Recém-nascido

As sustentações teóricas trazidas apresentam-se inseridas ainda na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, instrumento legal que se insere no âmbito do SUS, através da criação de protocolo assistencial, representando esforços da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, no intuito de qualificar o nascer no Brasil (BRASIL, 2017).

Portanto o Sistema Único de Saúde traz na iniciativa Rede Cegonha o buscar da organização da assistência humanizada, qualificada e resolutiva da atenção ao recém nascido, requerendo dos profissionais de saúde, essenciais para a implementação de um modelo assistencial, mas os dispositivos legais, que instituem as Redes de Atenção à Saúde, os protocolos assistenciais só trarão resultados se o profissional torna-se disponível e interrogar suas práticas ao encontro das necessidades de mudança (BRASIL, 2015c).

Assim as ações propostas pela Rede Cegonha, exigem uma articulação com a Política de Humanização à saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde, conforme assertiva:

A (micro) política educacional na qual se respalda a Rede Cegonha coaduna com o sentido construído por essas duas políticas, na medida em que, para ambas, é fundamental que a formação aconteça no próprio espaço de trabalho, e que ela seja capaz de provocar mudanças nos processos de trabalho instituídos, desnaturalizando-os, transformando-os, vitalizando-os (VASCONCELOS et al., 2016, p.985)

A Política de Educação Permanente em saúde, foi lançada em 2003 e revista em 2007, trazendo a necessidade de qualificação da assistência através da valorização dos saberes e

potenciais dos profissionais de saúde, no sentido de incorporarem conhecimento e significados em suas práticas (BRASIL, 2007).

A Educação permanente traz definições de aprendizagem significativa, a com capacidade de produzir sentidos às práticas, oportunizando aos sujeitos transformá-las, através de reflexão crítica as suas ações (BRASIL, 2009b, 2015b).

Pelas sustentações teóricas trazidas, as necessidades do serviço hospitalar incorporar práticas ao encontro da Rede Cegonha, os desejos dos profissionais em conhecerem a RC e as práticas fomentadas e contribuir a melhoria dos indicadores em saúde no município, o presente projeto de intervenção apresentou como objetivos:

5. OBJETIVOS DO PROJETO

5.1 OBJETIVO GERAL

- Implementar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento com enfoque na assistência ao recém-nascido no Hospital Municipal Daniel Gonçalves em Canaã dos Carajás/PA.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar diagnóstico situacional dos óbitos maternos, infantis e fetais do município de Canaã dos Carajás-Pará;
- Apresentar e discutir o Projeto de Intervenção a Direção do Hospital Municipal Daniel Gonçalves e a Secretaria Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás/PA;
- Realizar a I Oficina de boas práticas de atenção ao parto e nascimento: ênfase as boas práticas na Atenção ao Recém Nascido (Clampeamento oportuno do cordão, contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, início do aleitamento materno exclusivo logo após o parto, novos parâmetros para microcefalia, aspiração nasofaringeana e sondagem gástrica e retal, Profilaxia da oftalmia neonatal, e profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido).
- Promover reflexão dos gestores e profissionais de saúde acerca dos indicadores em saúde coadunados as boas práticas.

6. PÚBLICO ALVO

O público-alvo deste projeto de intervenção incluiu os profissionais que atendem partos no Hospital Municipal Daniel Gonçalves, além de gestores que são responsáveis pelo estabelecimento de políticas de saúde para a atenção à mãe e ao recém-nascido no município.

A equipe de saúde que assiste ao parto é composta por médico obstetra, médico pediatra, enfermeiro/enfermeiro obstetra e técnico de enfermagem.

Os gestores foram: o secretário de saúde, a direção do Departamento de Desenvolvimento das Redes Assistenciais de Saúde e a direção do Hospital Municipal Daniel Gonçalves.

7. METAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS
Realizar diagnóstico situacional dos óbitos maternos, infantis e fetais do município de Canaã dos Carajás-Pará.	Realizar pesquisa no site oficial do Ministério da Saúde (DATASUS) para traçar os seguintes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mortalidade • Evitabilidade dos óbitos • Taxa de investigação dos óbitos • Determinantes sociais da mortalidade materno, infantil e fetal.
Apresentar e discutir o Projeto de Intervenção a Direção do Hospital Municipal Daniel Gonçalves e a Secretaria Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás/PA	<ul style="list-style-type: none"> • Direção administrativa do HMDG; • Direção Clínica do HMDG • Pediatra representante da Cooperativa de Pediatria • Coordenação de enfermagem do HMDG; • Coordenador do centro cirúrgico do HMDG • Médica obstetra do pré-natal de alto risco. • Diretora do Departamento de Desenvolvimento de Redes Assistenciais de Saúde da Secretaria de Saúde.
Realizar a I Oficina de boas práticas de atenção ao parto e nascimento: ênfase as boas práticas na Atenção ao Recém Nascido - Clampeamento oportuno do cordão, contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, início do aleitamento materno exclusivo logo após o parto, novos parâmetros para microcefalia, aspiração nasofaringeana e sondagem gástrica e retal, Profilaxia da	Ter a participação de 100% dos profissionais que assistem ao parto no HMDG e gestores da secretaria municipal de saúde

oftalmia neonatal, e profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido.	
Promover reflexão dos gestores e profissionais de saúde acerca dos indicadores em saúde coadunados as boas práticas.	Ter envolvimento reflexivo dos participantes na Oficina

Fonte: Autora, 2017.

8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Tratou-se de um projeto de intervenção. Segundo Borba et al. (2014) os projetos de intervenção são um conjunto de ações que objetivam a mudança de algo que está apresentando problema, inviabilidade ou simplesmente precisa ser melhorado.

8.1 Etapas da intervenção:

1 – Realização do diagnóstico situacional dos óbitos maternos, infantis e fetais do município de Canaã dos Carajás-Pará

Foi realizado o diagnóstico situacional descrito no presente projeto, no item 2 - *Apresentação do serviço e 3 – Justificativa*, representando um levantamento e subsidiando evidências que foram utilizadas na Oficina realizada com os profissionais da maternidade e gestores do serviço, dado destaque da relevância de conhecer os dados e suas evidências científicas para subsidiar ações na assistência e decisões gestoras.

Os indicadores de morbimortalidade materno, fetal e infantil revelam o processo de adoecimento e condições de óbitos que acometem grávidas, conceptos e neonatos expressos em números, porém se bem avaliados podem ser utilizados como fonte para desenvolvimento de ações preventivas e práticas baseadas em evidências (BRASIL, 2011a, 2014 a).

A realização do diagnóstico situacional apresentou-se como estratégia reflexiva junto aos profissionais, para incentivar ainda futuramente, a implementação do monitoramento de indicadores relacionados as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, na maternidade, uma vez que tal monitoramento é cobrado como anexo na visita técnica estadual da Rede

Cegonha ao município, bem como será utilizado junto ao Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde do município.

2 - Apresentação do Projeto de Intervenção à equipe gestora do HMDG e Secretaria Municipal de Saúde, em reunião ocorrida no dia 19 de outubro de 2017 com a presença dos seguintes gestores:

- Direção administrativa do HMDG;
- Direção Clínica do HMDG
- Pediatra representante da Cooperativa de Pediatria
- Coordenação de enfermagem do HMDG;
- Coordenador do centro cirúrgico do HMDG
- Médica obstetra do pré-natal de alto risco.
- Diretora do Departamento de Desenvolvimento de Redes Assistenciais de Saúde da Secretaria de Saúde.

Nesta reunião foram apresentados os projetos de intervenção das outras duas especializadas do CEEO do município de Canaã dos Carajás, cujos projetos são complementares. Na oportunidade foi apresentado o diagnóstico situacional da atenção obstétrica do hospital. A equipe gestora evidenciou interesse e apoio a realização dos projetos, no fomento e contribuições ao implementar das boas práticas no Hospital, que são conhecidas, mas ainda pouco difundidas, requerendo assim de iniciativas que as fomentem junto aos profissionais da Instituição. No entanto a equipe citou limitações no tocante a dificuldade financeira pela qual o município atravessa.

Situação que levou a autora a pensar estratégia desenvolvimento de ação, sem alto custo.



Fonte: arquivo pessoal, 2017 (Foto autorizada).

- 3 - Realização da Oficina de boas práticas de atenção ao parto e nascimento: ênfase as boas práticas na Atenção ao Recém Nascido (Clampeamento oportuno do cordão, contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, início do aleitamento materno exclusivo logo após o parto, novos parâmetros para microcefalia, aspiração nasofaringeana e sondagem gástrica e retal, Profilaxia da oftalmia neonatal, e profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido)

Por se tratar de projetos complementares e o mesmo público alvo, foi realizada oficina integrada juntamente com a Especializanda do CEEO Átila Crisóstomo, que abordou os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto

Foram convidados a participar da “**Oficina de boas práticas de atenção ao parto e nascimento**” e conhecer os projetos de intervenção todos os ginecologistas, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem que trabalham no HMDG.

A Oficina ocorreu nos dias 09 e 10 de novembro, com carga horária de 04 horas. As equipes foram divididas em 02 turmas, para permitir participação do maior número de envolvidos. Como a oficina foi realizada fora do horário de trabalho e não foi proposto pela direção a compensação da carga horária, muitos profissionais não compareceram. Esperava-se uma média de 60 participantes por dia de oficina.

No dia 09 se fizeram presentes 27 participantes, sendo 19 técnicos em enfermagem, 04 enfermeiros, 01 fonoaudiólogo, 01 fisioterapeuta, 02 nutricionistas.

No dia 10 de novembro 20 participaram, sendo o Secretário de Saúde, a diretora do Hospital Municipal, 09 técnicos em enfermagem, 03 enfermeiros, 03 fonoaudiólogos, 02 fisioterapeutas, 01 agente administrativo, 01 médico. Todos atuantes do Hospital Municipal Daniel Gonçalves, a exceção de 02 enfermeiras obstetras do Hospital 05 de Outubro.

A seguir descreve-se os momentos da Oficina que apresentou um Plano Educativo (Plano Educativo da oficina no Apêndice A), que em resumo produziu compartilhamento de saberes e práticas das boas condutas na assistência ao recém nascido, mediatizado pela reflexão, diálogo, exposição de dificuldades e possibilidades de melhoria no cotidiano do trabalho.

As sustentações metodológicas de condução da Oficina, que buscou produzir reflexões de práticas dos profissionais, foram as da educação permanente em saúde.

1º Momento: Aproximação entre os sujeitos e as apresentações

Este momento foi destinado para que os profissionais de saúde realizassem sua apresentação e conhecesse o outro. Em seguida a autora do projeto, realizou um breve diálogo acerca da Rede Cegonha e a Proposta da Especialização em Enfermagem Obstétrica, enquanto projeto de intervenção.

Para tanto recorreu-se a exposição dialogada e uso de slides para a apresentação da Rede Cegonha e projeto.

2º Momento: “Conceitos pré-existentes de boas práticas de atenção ao parto e nascimento” utilizado a técnica de associação de livres palavras.

Este momento buscou, interação entre os participantes, e o avançar de trocas de saberes e interrogação de práticas, para tanto, os participantes foram reunidos em grupos, que deveriam discutir, escrever em cartolinas e fixá-las na parede do auditório, suas impressões, em 05 palavras, acerca da pergunta norteadora:

O que você entende por Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento?

Assim a intencionalidade da atividade foi fomentar aproximação entre os sujeitos, o compartilhamento de saberes e práticas e aprendizado mútuo, desvinculado de hierarquia e método tradicional de deposição de informação. Sustentasse a estratégia de condução na educação permanente em saúde, uma vez que:

Como processo inerente às relações que acontecem no cotidiano do trabalho, a EPS é um dispositivo estratégico de gestão, que permite identificar a potência dos movimentos gerados pelos trabalhadores para transformar e melhorar processos, seja na gestão, na atenção, na formação ou no controle social da saúde (BRASIL, 2015c, p.07).

Portanto o momento de interação e auto interrogação de conhecimento, induzido por trocas entre os profissionais de saúde, visou minimizar a burocratização do saber, buscando ampliar reflexão dos sujeitos, através do trabalho em equipe, fomentando autonomia e criatividade sem esquecer a responsabilidade de cada um (BRASIL, 2014b, 2015c).

Foi alcançado o objetivo proposto na medida que promoveu a interação dos participantes, além de uma ampla discussão do tema e a auto avaliação do conhecimento pré-existente.

Sendo fundamental que o momento primou pela liberdade de expressão do sujeito diante das interrogações e os significados que representam as boas práticas no contexto de seu trabalho, compreendo que o trabalhar em equipe requer respeito a liberdade e autonomia, uma vez que:

A liberdade do ser humano pode ser expressa nas diferentes reações das pessoas diante de estímulos externos; em situações idênticas, a pessoa pode escolher um conjunto diferente de coisas ou escolher as mesmas coisas, mas fazer um arranjo diferente com elas [...] (VASCONCELOS, 2011, p. 69).

Considera-se relevante que o pensar boas práticas, precisa ter aproximação entre o ideal, o real e o preconizado, de forma que os rearranjos feitos pelos diferentes profissionais de saúde, precisam objetivar uma assistência qualificada e segura para o recém nascido, a mulher e sua família.

3º Momento: Apresentação do projeto de intervenção – “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento: implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor”.

Este momento foi da especializanda Átila Crisóstomo.

Material: Imagem nos slides, apresentação de vídeos e prática com bola suíça e bacia obstétrica.

Descrição: Neste momento deve ser apresentado aos participantes os objetivos, justificativas e problematizações que levaram à realização do projeto de intervenção, bem como os métodos não farmacológicos de alívio da dor a serem utilizados no trabalho de parto e parto, tais como: oferta de líquidos, exercícios respiratórios, exercícios na bola suíça, massagens, barras de Ling, banho quente de aspersão, cavalinho e banquetas.

Durante a apresentação dos métodos não farmacológicos realizar prática com a bola suíça e demonstração de massagem para alívio da dor.

4º Momento: Apresentação do projeto de intervenção – “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento: implementação da assistência ao recém-nascido baseada em evidências científicas”.

Este momento abordou as evidências científicas das boas práticas de atenção ao recém-nascido. Para tanto se recorreu a projeção de imagens e texto em slides e, seguido de demonstração de algumas práticas mediado pelo diálogo.

Houve a exposição dialogada da assistência ao RN baseada nas novas evidências científicas, a saber: Clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, início do aleitamento materno exclusivo logo após o parto, novos parâmetros para microcefalia, aspiração nasofaríngea e sondagem gástrica e retal e profilaxia da oftalmia neonatal.

No momento da apresentação sobre o clampeamento oportuno do cordão deve ser realizada prática com recém-nascido do kit Semina Educativa (RN com cordão umbilical e placenta), demonstrando a recepção do RN, contato pele a pele e Clampeamento oportuno (Cordão umbilical contendo colchete para demonstrar o corte do cordão umbilical).

Durante a exposição dialogada houve bastante participação dos profissionais, tornando um processo dinâmico e reflexivo. Os participantes fizeram muitos questionamentos, demonstrando o interesse em aprofundar os conhecimentos acerca da temática.

5º Momento: Avaliação

Material: cartolinas contendo as palavras escritas pelos grupos no primeiro momento.

Descrição: Ao final da oficina, estimular para que os grupos analisem as palavras escritas, no sentido de acrescentar, retirar ou manter, mediante aos novos conhecimentos adquiridos após a apresentação dos temas. Encerrar a dinâmica comentando sobre as considerações feitas pelos participantes sobre os termos mediado pela apresentação de conceituação teórica.

Intencionou-se neste momento que a estratégia pudesse ressignificar as práticas dos sujeitos e não meramente induzi-los a fazer o que está preconizado, mas um fazer consolidado, ao encontro de a educação permanente em saúde apresenta potencial para ressignificar (re) construir processos de trabalho: sejam como habilidades técnicas, uso de novas tecnologias, ou desenvolver estratégias para o enfrentar de dificuldades (BRASIL, 2015c).

Neste momento os grupos foram convidados a fazer uma reflexão do conhecimento pré-existente e dos saberes que alcançaram durante a oficina. Observou-se que muitas palavras/assuntos ausentes na dinâmica de conhecimento pré-existente foram apontados pelos profissionais como conhecimentos adquiridos.

6º Momento: encerramento

Material: brindes (camiseta personalizada, livro, termômetros e botons), coffee break e certificados.

Descrição: Ao final da oficina, realizar o sorteio dos brinde, entregar os certificados e confraternizar com um delicioso coffee break.

Os profissionais participantes realizaram a exposição de seus saberes e práticas relacionando com o aprendizado na oficina. Assim expuseram algumas práticas que já desenvolviam diariamente como a amamentação logo após o parto e reconheceram que enquanto solução para as dificuldades enfrentadas no fazer diário, existe o reconhecimento de precisarem incorporar novas práticas durante o parto e nascimento e que algumas práticas não precisam de material técnico para serem implementadas aderindo as Boas Práticas. Finalizou-se a oficina com sorteio de brindes, entrega de certificado aos participantes e um coffee break.



8.2 ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

Os objetivos traçados foram alcançados, conforme apresentado no quadro de metas.

No ressaltar que a maioria dos participantes apresentava conhecimentos práticos e científicos básicos em relação às boas práticas no parto e nascimento e que almejam adquirir conhecimentos futuros para melhoria das mesmas. Relataram a necessidade de estarem colocando em prática os novos aprendizados na assistência diária, colaborando com a aplicação e incentivo às boas práticas não farmacológicas para alívio da dor dentro do nosso hospital. Apesar da resistência de alguns membros da equipe.

Após apresentação dos Projetos a equipe se sensibilizou ao se darem conta dos altos índices de cesariana, altas taxas de mortalidade neonatal e a prática de intervenções invasivas desnecessárias utilizados de rotina no hospital, e começaram a colocar em prática o que aprenderam na oficina.

Ao chegar no hospital algumas técnicas de enfermagem que participaram da oficina conversaram com uma das parturientes sobre o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a mesma se interessou em praticar os métodos e solicitou que buscassem em sua residência uma bola de pilates.

Durante o trabalho de parto foi realizado exercícios na bola, mobilidades como dança, agachamento finalizando com o parto vaginal sem episiotomia, como clampeamento oportuno do cordão, contato pele a pele e amamentação na primeira hora.

É notório o engajamento da equipe responsável pela obstetrícia com as medidas para melhoria na assistência obstétrica e busca pela qualificação dos profissionais que prestam assistência à mulher em trabalho de parto.

Considera-se, portanto, que o momento descrito trouxe a luz da reflexão das práticas, o saber e o fazer diário, o conhecer para melhorar e a necessidade de seguir aprendendo. Para tanto a estratégia de condução pela facilitadora alcançou a fase da necessidade de problematização, pressupostos da educação permanente em saúde, de encontro a afirmação do Ministério da Saúde: “problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (BRASIL, 2005, p. 07).

Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o bastante. Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a

saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005, p. 05).

Pelo exposto o projeto de intervenção oportunizou modos de ensinar e aprender, tendo o sujeito como protagonista de seu aprendizado, na intenção de que:

Para a consolidação do SUS, torna-se fundamental investir na formação e no desenvolvimento de seus trabalhadores, aqui considerados como agentes das mudanças. Na construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, as ações educativas devem ser compreendidas, para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico científicos, como processo de produção de sujeitos críticos e reflexivos, de transformação da realidade e de criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho ((BRASIL, 2015 c, p.09).

Foi apresentado à gestão e aos profissionais de saúde gráficos abordando indicadores de mortalidade infantil e fetal do município, estratificando a mortalidade infantil nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal, bem como as principais causas de mortalidade e evitabilidade dos óbitos.

A reflexão presente junto aos gestores e profissionais, motivado pelo projeto de intervenção, produziu reflexões acerca da importância de que a análise dos indicadores de saúde, fomenta auto interrogação e é capaz de produzir mudanças de práticas no âmbito do trabalho.

Assim este momento permitiu o alcance do objetivo proposto, pois pelos relatos dos participantes, promoveu reflexão dos gestores e profissionais de saúde acerca dos indicadores em saúde coadunados as boas práticas.

E tal intervenção plantou a semente de que no futuro tal coadunação venha a contribuir aos norteamentos da Rede Cegonha, no tocante a vigilância de óbitos para mudanças e melhorias assistenciais, a exemplo dos Comitês de Morte Materna, Infantil e Fetal (BRASIL,2010 a, 2010b, 2011 a).

Nesse contexto importante ressaltar que Comitês de Morte Materna, Infantil e Fetal são de natureza interinstitucional, multiprofissional, confidencial, não coercitivos ou punitivos, com caráter formativo e educativo. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, que desenvolvem ações nas áreas de saúde da mulher, do adolescente e da criança. Funcionam, portanto, como uma importante estrutura de controle social. São instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção (BRASIL, 2007; 2009a; 2009b).

Os comitês de prevenção do óbito materno, infantil e fetal, mais que uma estratégia de vigilância de óbitos, é um instrumento de controle social da qualidade de atenção à saúde prestada à mulher e à criança (BITTENCOURT, 2013).

Ao descrito dos momentos de intervenção, os objetivos traçados no projeto de intervenção foram alcançados em sua totalidade, onde destaca-se a essencialidade que o mesmo despertou na autora, nos profissionais de saúde e gestores, de forma a trazer contribuições a implementação das boas práticas ao parto e nascimento, com ênfase ao assistir do recém nascido, contribuições ancoradas nos pilares da educação permanente em saúde, baseados no diálogo, a auto interrogação das práticas e reflexões (BRASIL, 2015C).

8.3 RECURSOS

Humanos: Equipe gestora; Equipe do Hospital Municipal Daniel Gonçalves em Canaã dos Carajás; Equipe do Departamento de Desenvolvimento de Redes Assistenciais de Saúde e Equipe de Vigilância Epidemiológica.

Materiais: computador, impressora, cartucho de tinta, caixa de som, data show, cartolinas, pinceis e boneco para demonstração prática.

8.4 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Ação		Período de realização													
		2016		2017											
		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Definição do objeto		X	X												
Levantamento do referencial		X	X	X	X										
Construção do projeto			X	X	X										
Qualificação do projeto							X								
	Reunião para apresentação do Projeto de intervenção para os gestores do HMDG e SEMSA												X		
	Realização da I Oficina de Implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento.													X	
Redação final												X	X	X	
Defesa															X
Publicação															X

Fonte: Autora, 2017.

9. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

Itens de custeio	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Impressão gráfica do convite	130	02,00	260,00
Impressão gráfica do certificado	130	02,00	260,00
Cofie break	130		350,00
Brindes	01 livro	100,00	240,00
	02 botons	10,00	
	04 termômetros	15,00	
	02 camisas	30,00	
Total geral			1.110,00

Fonte: Autora, 2017.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, S.D.A. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1101, de 12 de junho de 2002. **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília-DF, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.119, de 5 de junho de 2008. **Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal : 2009–2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010. **Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 2010b. Seção 1, p. 29.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. BRASIL, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Guia para Apoio Institucional à implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): SAS; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.314, de 7 de maio de 2014. Institui as Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 maio. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde . **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CANAÃ DOS CARAJÁS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento em Saúde, Administração e Finanças. **Plano Municipal de Saúde Canaã dos Carajás 2014-2017**. Canaã dos Carajás, 2013.

CANAÃ DOS CARAJÁS. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Atenção à Saúde Básica. Ferro Carajás S11D. Vale. **Relatório final do apoio ao processo de territorialização da Atenção Básica e VII Seminário do PASB. Apresentação dos Resultados da Contagem Populacional**. Canaã dos Carajás, PA, nov. 2014.

CANAÃ DOS CARAJÁS. Lei Municipal N°727/2016 que Institui a Semana do Bebê no Município de Canaã dos Carajás e da outras providencias. Canaã dos Carajás, 2016.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Secretaria Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás. Resolução N° 03/2014. Aprovar a criação e o regimento interno do comitê de Investigação de óbitos maternos, infantis e fetal. Canaã dos Carajás, 2014.

CONSELHO. Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha. Oficina sobre Rede Cegonha do Seminário do CONASEMS. Brasília: 2011. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf

CHAPARRO, C.M., LUTTER, C. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007.

DATASUS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. **Mortalidade - 1996 a 2014, pela CID-10**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em: 15 de jan. 2017.

DATASUS. MS/SVS/CGIAE - **Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&id=30504970&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcir>. Acesso em: 15 de jan. 2017.

DATASUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 de jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Histórico do município**. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/2I7>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/2I7>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada 2016**. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/2I7>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MEDEIROS, A.;SONODA, G.;KUSCHNIR, ROSANA. **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)**. Brasília, DF, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 21 jan.2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015. Disponível em:< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 15 de jan. 2017.

PARÁ. Anexo da Resolução CIB N° 90, de 12/06/2013. Regiões de Saúde do Estado do Pará. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil - Estado do Pará**. Poder Executivo, Belém, PA, 21 de jun. 2013. Caderno 5, p.04.

PASSOS, A.F., AGOSTINI, F.S. **Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção**. *Rev Bras Oftalmol*, v. 70, n.1, p. 57-67, 2011.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Plano de Ação Rede Cegonha Região Serra dos Carajás**. Pará, 2014.

VALE. **Complexo S11D Eliezer Batista**. Disponível em: <http://www.vale.com/hotsite/PT/Paginas/Home.aspx>. Acesso em: 19 jan. 2017.

VASCONCELOS, M.F.F; NICOLOTTI, C.A; SILVA, J.F . PEREIRA, S.M.L.R. **Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2016, vol.20, n.59, pp.981-991. Epub Aug 15, 2016.

SBP. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: SBP, 2016a.

SBP. **Reanimação do Prematuro < 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: SBP, 2016b.

APÊNDICE A

“I Oficina de implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”

Local: Auditório do SINE/CIAC

Canaã dos Carajás – Pará

Ministrante: Gizele Moreira Rodrigues e Átila Crisóstomo Ribeiro

PLANO EDUCATIVO

1. JUSTIFICATIVA

Oficina que intenciona trabalhar as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, no fomento junto aos profissionais de saúde para utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e parto, bem como para oferecer uma assistência ao recém-nascido baseada nas evidências científicas.

2. OBJETIVOS

a. Geral

- Realizar oficina com os profissionais de saúde do HMDG a fim de apresentar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento com enfoque nos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e parto, bem como na assistência ao recém-nascido baseada nas evidências científicas.

b. Específicos

- Avaliar o conhecimento prévio dos participantes em relação à temática.
- Orientar a equipe do Hospital Municipal Daniel Gonçalves quanto à utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto;
- Fomentar a adoção de práticas simples, baseadas e evidências científicas, pelos profissionais de saúde durante a assistência imediata ao recém-nascido, que são capazes de afetar a curto e longo prazo a saúde do recém-nascido.

3. PÚBLICO ALVO

Médicos obstetras, Pediatras, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Nutricionistas, Fonoaudiólogos e Fisioterapeutas do Hospital Municipal Daniel Gonçalves.

4. METODOLOGIA

As estratégias metodológicas empregadas visam o alcance dos objetivos propostos, para tanto serão utilizadas a exposição dialogada e a roda de conversa tais estratégias será trabalhada nas fronteiras do desenvolvimento de oficina, buscando-se valorização de saberes e práticas com (re) significação da prática dos trabalhos em saúde de cada profissional.

A saber, o desenvolvimento das atividades versará em 06 momentos distintos, na intenção de tais momentos confluírem a articulação entre a exposição teórica das facilitadoras, a exposição de conhecimento e prática dos participantes e a (re) significação dos conteúdos trabalhados.

1º Momento: *Apresentar a Rede Cegonha e a Proposta da Especialização em Enfermagem Obstétrica.*

Material: Slides

Descrição: Apresentação da política da Rede Cegonha e os objetivos propostos pelo CEEQ.

2º Momento: *“Conceitos pré-existentes de boas práticas de atenção ao parto e nascimento” utilizado a técnica de associação de livres palavras.*

Material: Cartolinas e pincéis anatômicos; Fita adesiva para fixar na parede.

Descrição: Solicitar que os participantes se reúnam em três grupos e escrevam no mínimo 05 palavras, usando como estímulo a pergunta norteadora: O que você entende por Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento? Após a atividade, recolher as cartolinas e fixar na parede a frente dos participantes. Prosseguir com a apresentação dos temas em slide.

3º Momento: *Apresentação do projeto de intervenção – “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento: implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor”.*

Material: Imagem nos slides, apresentação de vídeos e prática com bola suíça e bacia obstétrica.

Descrição: Neste momento deve ser apresentado aos participantes os objetivos, justificativas e problematizações que levaram à realização do projeto de intervenção, bem como os métodos não farmacológicos de alívio da dor a serem utilizados no trabalho de parto e parto, tais como: oferta de líquidos, exercícios respiratórios, exercícios na bola suíça, massagens, barras de Ling, banho quente de aspersão, cavalinho e banquetas.

Durante a apresentação dos métodos não farmacológicos realizar prática com a bola suíça e demonstração de massagem para alívio da dor.

4º Momento: Apresentação do projeto de intervenção – “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento: implementação da assistência ao recém-nascido baseada em evidências científicas”.

Material: Slides e recém-nascido do kit Semina Educativa (RN com cordão umbilical e placenta).

Descrição: Apresentar aos participantes os objetivos, justificativa, problematização e que levou à escolha e realização do projeto de intervenção, bem como foi apresentado e discutido a respeito da assistência ao RN baseada nas novas evidências científicas, a saber: Clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, início do aleitamento materno exclusivo logo após o parto, novos parâmetros para microcefalia, aspiração nasofaríngea e sondagem gástrica e retal e profilaxia da oftalmia neonatal.

No momento da apresentação sobre o clampeamento oportuno do cordão deve ser realizada prática com recém-nascido do kit Semina Educativa, demonstrando a recepção do RN, contato pele a pele e Clampeamento oportuno (Cordão umbilical contendo colchete para demonstrar o corte do cordão umbilical).

5º Momento: Avaliação

Material: cartolinas contendo as palavras escritas pelos grupos no primeiro momento.

Descrição: Ao final da oficina, estimular para que os grupos analisem as palavras escritas, no sentido de acrescentar, retirar ou manter, mediante aos novos conhecimentos adquiridos após a apresentação dos temas. Encerrar a dinâmica comentando sobre as

considerações feitas pelos participantes sobre os termos mediado pela apresentação de conceituação teórica.

5º Momento: encerramento

Material: brindes (camiseta personalizada, livro, termômetros e botons), coffee break e certificados.

Descrição: Ao final da oficina, realizar o sorteio dos brides, entregar os certificados e confraternizar com um delicioso coffee break.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA N.A.M, SOUSA J.T, BACHION M.M, SILVEIRA N.A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev Lat Am Enferm.** v. 13, n.1, p. 52-8, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. / **Entra na Roda Pólos de Educação Permanente em Saúde. Conceitos e Caminhos a Percorre.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha.** Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4) 2014.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

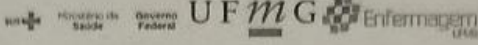
CHAPARRO, C.M., LUTTER, C. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007.

PASSOS, A.F., AGOSTINI, F.S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev Bras Oftalmol**, v. 70, n.1, p. 57-67, 2011.

SBP. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** São Paulo: SBP, 2016a.

SBP. **Reanimação do Prematuro < 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** São Paulo: SBP, 2016b.

APÊNDICE B – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE REUNIÃO COM GRUPO GESTOR



Ofício – 01/2017

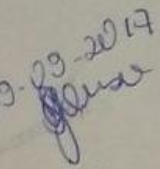
Canaã dos Carajás, 29 de Setembro de 2017.

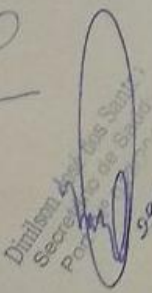
De: Especializadas em Enfermagem Obstétrica pela Rede Cegonha (CEE0 II UFPA/UFMG/MS) – Átila Crisóstomo, Jacqueline Maia e Gizele Moreira.

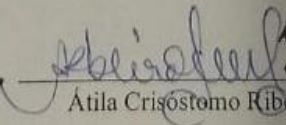
Para: Secretário Municipal de Saúde – Dinilson José
 Diretora do DDRAS – En^{fa}. Eliana do Vale
 Direção do HMDG – En^{fa} Glaucy Rejane
 Coordenação de Enfermagem do HMDG – Enf. Gutemberg Santos
 Direção Clínica do HMDG – Dr. Marcos Freitas
 Médica do Pré-natal de Alto Risco – Dra. Karla Almeida

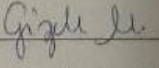
Vimos através deste, convidá-los para reunião de apresentação das propostas de implementação dos projetos de intervenção concernentes a conclusão do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica pela Rede Cegonha/Ministério da Saúde, que visa o aprimoramento de enfermeiros atuantes em maternidades vinculadas ao SUS em âmbito nacional, bem como, realizar apontamentos do que preconizam as diretrizes ministeriais no que tange à assistência obstétrica e neonatal. Devendo ocorrer na segunda semana do mês de outubro, compreendida entre os dias 09 a 13, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Horário e local a combinar.

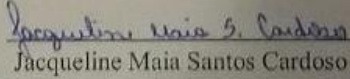
Atenciosamente,

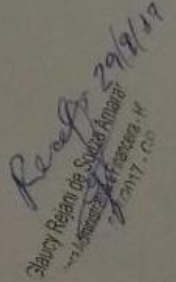

 Karla Almeida
 Médica
 CRM-PA: 8689


 Dinilson José
 Secretário Municipal de Saúde
 29/09/2017


 Átila Crisóstomo Ribeiro
 Enfermeira
 COREN/PA 310940


 Gizele Moreira Rodrigues


 Jacqueline Maia Santos Cardoso


 Glaucy Rejane
 Enfermeira
 29/09/2017

APÊNDICE C – CONVITE PARA OFICINA



A PREFEITURA MUNICIPAL DE CANAÃ DOS CARAJÁS
E A SECRETARIA DE SAÚDE CONVIDAM VOCÊ A PARTICIPAR DA:



“I Oficina de Implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”



Público Alvo:

**Ginecologistas, Pediatras,
Enfermeiros, Técnicos de enfermagem,
Nutricionistas e Fonoaudiólogos.**

**Coffee break,
Sorteio de Brindes e
entrega de certificados**

Local: CIAC/SINE

**Data: Turma 1 – 09.11.17 às 14hs
Turma 2 – 10.11.17 às 14hs**

Secretaria Municipal de
SÁUDE





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANAÃ DOS CARAJÁS
GABINETE DO PREFEITO



CONVITE

A PREFEITURA MUNICIPAL DE CANAÃ DOS CARAJÁS
E A SECRETARIA DE SAÚDE

TEM A HONRA DE TE CONVIDAR PARA A
I OFICINA DE IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS
DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

DIAS 9 E 10 DE NOVEMBRO | HORÁRIO: 14H
LOCAL: AUDITÓRIO DO CIAC/SINE

APÊNDICE D – CERTIFICADO




CERTIFICADO

Certificamos que _____ participou da

“I Oficina de Implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”

promovida pela Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Municipal Daniel Gonçalves, nos dias 09 e 10 de novembro de 2017, com duração de 4hs.

Dinilson Jose dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Glaucy Rejani de Souza
Diretora do Hospital Municipal
Daniel Gonçalves

Crisóstomo Ribeiro
Enfermeira Obstetra





Gizele Moreira Rodrigues
Enfermeira Obstetra

Secretaria Municipal de
SÁUDE



PREFEITURA
CANAÃ
DOS CARAJÁS

DATA: 10/112017

Nome	Local de trabalho/Setor	Função
1 Esauelle P. Platão	Hopital S de Outubro	Enfermeira
2 Laryssa de S. Silva	Emergência - HMDB	Téc. Enfermagem
3 Silene da Conceição da Alca	HMDB	Téc. Enfermagem
4 Maria Felícia da Costa	HMDB	Téc. Enfermagem
5 Jaciara Pereira da Silva	HMDB	Téc. Enfermagem
6 Luciano Martins de Sousa		Téc. enfermagem
7 Claudia Bibiana Hartmann Bernardino		Enfermeira
8 Camilla Souza da Silva	Clínica de fisioterapia	Fisioterapeuta
9 Rubens da Silva Andrade	Clínica de fisioterapia	Fisioterapeuta
10 Raymundo de S. Assis	UNAF/HMDB	Fonoaudiólogo
11 Mariana Rodrigues de Jesus	UNAF	Fonoaudióloga
12 Carlos Augusto de Jesus	HMDB - Pronto	Médico
13 Edilson Pereira de Jesus	HMDB - Clínicas	Téc. Enfermagem
14 Joice Lopes de Souza	HMDB - P.S.	Téc. em Enfermagem
15 Marilene das Neves de Jesus	HMDB - OH	Enfermeira
16 Alaney Regina de Jesus Amorim	HMDB - Discão	Enfermeira
17 Heloisa da Silva Pereira Cavalcanti	HMDB	Téc. Enfermagem
18 Divina Jose de S. J. S.		
19 Francisco de S. Lopes Souza Assis	HMDB	Ass. em
20 Ina Damarcano	Naf	Fonoaudiólogo

ANEXO 1

**DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA
SITUAÇÃO ATUAL**

DIRETRIZES E FOCOS	PARÂMETROS	SITUAÇÃO ATUAL E NOTA AVALIATIVA	DIFICULDADES ENFRENTADAS
Métodos não farmacológicos de manejo da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta de métodos não farmacológicos de manejo da dor como massagens, bola, banho, exercícios respiratórios, cavalinho, escada de ling e outros - % de mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor 	<p>Realizado de forma incipiente</p> <p>Nota: 02</p>	Falta de capacitação da equipe fornecimento de materiais necessários
Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos não farmacológicos de manejo da dor no RN tais como sucção ao seio, oferta de glicose oral e contato pele a pele 	<p>Realizado</p> <p>Nota: 05</p>	
Parto em posição não supina	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulo à liberdade de posição e movimento e às posições não supinas durante o trabalho de parto - % de mulheres com 	<p>100% dos partos em posição ginecológico/litotomia</p> <p>Nota: 00</p>	Estrutura física/ Capacitação da equipe

	parto na posição não supina		
Uso de líquidos e/ou alimentos leves durante trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta de líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto - % de mulheres que receberam oferta de líquidos durante trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Diversidade de condutas - Predominância de jejum <p>Nota: 03</p>	Falta de protocolos
Enfermeiros obstétricos em parto de baixo risco em todos os plantões	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros obstetras assistindo parto de baixo risco em todos os plantões - Enfermeiro obstetra realizando a admissão e assinatura da AIH - % de partos normais realizados por Enfermeiros obstetras 	<p>Parto assistido somente pelo profissional médico.</p> <p>Nota: 00</p>	Equipe reduzida\ falta de capacitação da equipe
Contato pele a pele imediato entre mãe e bebê: contato pele a pele conforme as indicações previstas nas portarias 371/2014 e 1153/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele - % de mulheres com contato pele a pele ele 	<p>Não realizado</p> <p>Nota: 00</p>	Falta de protocolo e capacitação da equipe
Amamentação na primeira hora de vida: estímulo ao aleitamento	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a 	<p>Realizado</p> <p>Nota: 05</p>	

materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	pele - % de RN com amamentação na primeira hora de vida		
Clampeamento de cordão umbilical em tempo oportuno: clampeamento após cessadas as pulsações (aproximadamente de 1 a 5 minutos) para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	- Protocolo ou orientação institucional para o clampeamento, conforme indicação da portaria	Pouco realizado Nota: 01	Falta de protocolo e capacitação da equipe
Cuidado Progressivo Neonatal: serviços com Unidade Neonatal (UTIN, UCINco e UCINca) em funcionamento de acordo com a portaria GM/MS nº 930/2012	- 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 - Mecanismos que favoreçam a permanência das mulheres na maternidade enquanto elas e/ou seus bebês precisam de atenção	Os RN que necessitam de UTIN ou UCI são encaminhados para as referências regionais através de regulação.	Demora na liberação de leito para as referências. Ocorrência de óbitos neonatais devido à falta de suporte no município e a dificuldade de leito na região.

	hospitalar ou ainda que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade		
--	---	--	--